

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

NARA LETÍCIA REIS DE ANDRADE

**ESTRATÉGIAS PARA CONTROLAR A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
O DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA**

São Luís
2015

NARA LETÍCIA REIS DE ANDRADE

**ESTRATÉGIAS PARA CONTROLAR A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
O DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNA-SUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Profa. Mestre Thaian Bezerra Duarte.

São Luís
2015

Andrade, Nara Letícia Reis de

Estratégias para controlar a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Salvador - BA/Nara Leticia Reis de Andrade. - São Luís, 2016.

18f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2016.

1. Hipertensão. 2. Diabetes Mellitus. 3. Doença Crônica. I. Título.

CDU 616-036

NARA LETÍCIA REIS DE ANDRADE

**ESTRATÉGIAS PARA CONTROLAR A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
O DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família da Universidade Federal do
Maranhão/UNA-SUS, para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Thaiana Bezerra Duarte (Orientadora)

Mestre em Saúde Materno-Infantil

Universidade Federal do Maranhão

Membro da banca

Maior titulação

Nome da Instituição

Membro da banca

Maior titulação

Nome da Instituição

RESUMO

Trata-se da proposta de criação de um grupo de hipertensos e diabéticos atendidos na USF Eduardo B. Mamede localizado no bairro de Mussurunga em Salvador-BA. Tem como objetivo aumentar a aderência e eficácia do tratamento em hipertensos e diabéticos, fornecer ao paciente hipertenso e diabético um momento, além da consulta médica, onde ele possa junto aos familiares e a outros pacientes esclarecer dúvidas, partilhar experiências e compreender as doenças em questão, melhorar a relação do paciente com a UBS, explicando qual a dinâmica de funcionamento, marcação de consultas e serviços disponibilizados. Além de, integrar multiprofissionais ao grupo permitindo uma visão mais ampla desta situação-problema, como também maior rede de apoio aos pacientes. A proposta é que o médica e a enfermeira da equipe selecione, inicialmente, trinta pacientes hipertensos e/ou diabéticos que possuam dificuldade de adesão ao tratamento ou foram diagnosticados recentemente e oferecer um encontro mensal no Centro Social Urbano ou na Igreja Católica da comunidade a fim de orientar cada paciente sobre o uso correto das medicações, acesso aos serviços disponibilizados pelo posto de saúde e principalmente o esclarecimento de dúvidas, correção e orientação sobre “erros” comuns realizados pelos pacientes. Cada grupo terá duração de 6 meses e contará com o apoio de membros do NASF (fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista). Trabalhar com atividade grupal faz com que os participantes percebam que eles não estão sozinhos e que as dificuldades enfrentadas são comuns. Isso traz um sentimento de união e ajuda. Partilhar experiências, identificar desafios e propor alternativas conduzem o ser humano a refletir e atuar na obtenção de qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Doença Crônica.

ABSTRACT

This is the proposal to create a group of hypertensive and diabetic patients seen at USF Eduardo B. Mamede located in Mussurunga neighborhood in Salvador, Bahia. It aims to increase adherence and treatment efficacy in hypertensive and diabetic, provide the hypertensive patient and diabetic a moment, in addition to medical consultation where it can with relatives and other patients ask questions, share experiences and understand the diseases in question improve the patient's relationship with UBS, explaining that the operating dynamics, marking provided consultation and services. Besides, integrate multi-professional group to allow a broader view of this problem situation, but also a greater support network for patients. The proposal is that the doctor and nurse team select initially thirty hypertensive patients and / or diabetics who have membership of difficulty to treatment or were newly diagnosed and offer a monthly meeting in the Social Center Urban or community of the Catholic Church in order to guide each patient on the proper use of medications, access to services provided by the health center and mainly the clarification of doubts, correction and guidance on "mistakes" made by ordinary patients. Each group will last six months and will have the support of NASF members. Work with group activity makes the participants realize they are not alone and that the difficulties faced are common. This brings a sense of togetherness and help. Share experiences, identify challenges and propose alternatives lead the human being to think and act in obtaining quality of life.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Chronic Disease.

SUMÁRIO

	p.
1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	6
1.1 TÍTULO.....	6
1.2 EQUIPE EXECUTORA.....	6
1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS	6
2 INTRODUÇÃO.....	6
3 JUSTIFICATIVA.....	9
4 OBJETIVOS.....	10
4.1 Geral.....	10
4.2 Específicos.....	10
5 METAS.....	10
6 METODOLOGIA	11
7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	14
8 IMPACTOS ESPERADOS.....	14
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16
ANEXOS.....	17

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 TÍTULO

Estratégias para controlar a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Salvador-BA.

1.2 EQUIPE EXECUTORA

- Nara Letícia Reis de Andrade (médica da equipe)
- Andrea Carolina Mello (enfermeira da equipe)
- Thaiana Bezerra Duarte (orientadora)

1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS

- CSU (Centro Social Urbano)
- Igreja Católica

2 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes *Mellitus* (DM) constituem um grande problema de saúde e representam a maioria dos atendimentos ambulatoriais em Unidade de Saúde da Família (USF).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). A HAS é uma doença de alta prevalência e que apresenta fatores de risco modificáveis (excesso de peso, obesidade, ingestão de sal e álcool, sedentarismo). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No

Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. A elevação da TA (tensão arterial) relaciona-se diretamente ao aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares. Sendo assim, detecção, tratamento e controle da HAS é de suma importância para redução dos eventos cardiovasculares.

A diabetes *mellitus* caracteriza-se pela elevação de glicose no sangue (hiperglicemia). Essa elevação ocorre devido a um “defeito” na ação ou secreção da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas e que é responsável pela entrada de glicose na célula para que ela seja utilizada pelo organismo em diversas atividades celulares. A falta de insulina ou uma resistência a sua ação leva a um quadro de hiperglicemia (LYRA, 2006). Atualmente, uma “epidemia” de DM está em curso. O número de pessoas atingidas por essa doença vem crescendo consideravelmente com crescente proporção entre as faixas etárias mais jovens. Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030.

Assim como a HAS, a DM apresenta fatores de risco modificáveis como a obesidade e o sedentarismo. Sendo que a obesidade tem estreita relação com a resistência à insulina. Outra característica em comum entre essas duas doenças é que a DM também leva a complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

Antes de falar em tratamento, o ponto fundamental para qualquer patologia é a prevenção. Nessa questão a UBS tem papel essencial, uma vez que prevenção efetiva significa mais atenção à saúde de forma eficaz. Fala-se tanto da prevenção do início dessas doenças quanto de suas complicações agudas e crônicas. A unidade básica de saúde é, ou pelo menos deve ser o primeiro contato que o indivíduo deve ter com o sistema de saúde, no caso do Brasil, com o SUS. Esse usuário deve enxergar o posto como um ponto de apoio onde as necessidades mais específicas devem ser identificadas e encaminhadas a partir dele.

É cada vez comum que HAS, DM, dislipidemia e obesidade sejam uma espécie de “pacote” e são apresentadas no mesmo paciente já que uma comorbidade vai levando a outra. Dessa, forma as medidas preventivas são comuns a essas patologias.

São inquestionáveis a necessidade e os benefícios das medidas farmacológicas de tratamento da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus*. No entanto, as medidas não farmacológicas são tão importantes quanto. Há inúmeros estudos e evidências que comprovam que mudanças no estilo de vida adotando medidas que visam a realização de atividades físicas, redução de peso e alimentação saudável levam a redução dos níveis pressóricos e glicêmicos, chegando até a diminuição do uso de fármacos (SILVEIRA JUNIOR, 1999).

A relação aumento de peso e aumento da TA é diretamente proporcional. Perda de peso ($IMC < 25\text{kg/m}^2$) e diminuição da circunferência abdominal ($<102\text{cm}$ para homens e $<88\text{cm}$ para mulheres) correlacionam-se com redução da tensão arterial. Soma-se a isso uma alimentação rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais, laticínios com baixo teor de gordura, pouca ingestão de sal e álcool. Além da prática regular de atividade física.

Em relação a DM, a terapia nutricional tem algumas peculiaridades. Possui como alvo um bom estado nutricional, saúde fisiológica e a qualidade de vida do indivíduo. Faz-se ainda mais necessário um acompanhamento com nutricionista ou nutrólogo para o desenvolvimento de uma dieta com base nas características do indivíduo (faixa etária, condições econômicas, patologias de base, entre outros).

Portanto, não há dúvida quanto a magnitude da HAS e da DM levando em consideração a alta prevalência, complicações cardiovasculares e cerebrovasculares e consequentes taxas de mortalidade apresentadas. Identificar, tratar e controlar essas patologias tem grande impacto na saúde pública e melhora a qualidade e a perspectiva de vida da população. Segunda a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde é direito de todos e dever do estado. Sendo assim, todo hipertenso e diabético deve ter acesso garantido aos meios de diagnóstico e tratamento.

3 JUSTIFICATIVA

Hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* representam a maioria das consultas realizadas em uma Unidade de Saúde da Família. Isso pode ser confirmado pela necessidade de disponibilizar mais de um turno por semana para atendimento médico dedicados ao HIPERDIA (Programa de Atenção a Hipertensos e Diabéticos) e pela grande procura de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes nas farmácias básicas.

Os profissionais que trabalham nas USF, principalmente médicos e enfermeiros, encontram alguns desafios em relação ao tratamento, adesão e controle dos níveis pressóricos e glicêmicos desses pacientes. Esses desafios têm diversas origens, desde a carência da população até a falta de recursos. Tratar hipertensão e diabetes não é apenas prescrever as medicações, é um processo que tem que ser construído em parceria com os pacientes, familiares e profissionais de saúde.

O primeiro passo é fazer o paciente entender a necessidade de consultas periódicas, a necessidade do uso correto e diário das medicações. Nesse ponto entram algumas questões. Muitos idosos moram sozinhos, não sabem ler e não sabem diferenciar as medicações. Quando não moram sozinhos não possuem um familiar que os acompanhem nas consultas e os ajudem quanto aos horários e as medicações corretas. É comum o paciente não fazer uso da medicação pois não estava sentindo nada, é difícil fazê-lo entender que HAS e DM são doenças silenciosas e algumas vezes assintomáticas, mas, isso não significa que as medicações não devem ser usadas. Outra questão muito importante é a prática de exercício físico e a redução alimentar, já que a realidade socioeconômica não garante ao usuário da UBS condições para adquirir os alimentos necessários e adequados. Muitos pacientes reclamam que não possuem condições financeiras para mudar itens da alimentação, outras não entendem o porquê de fazer essa reeducação e muitos não aceitam mudar velhos hábitos. Nesse ponto a família teria que se fazer presente e mudar os hábitos alimentares da “casa”. A atividade física parece ser algo utópico, principalmente para aqueles com idade superior a 50 anos. O bairro não é seguro, as ruas não possuem um calçamento adequado para caminhadas e não existem lugares gratuitos apropriados (praças, parques, academia pública).

Diante de todos esses desafios e da percepção que o tratamento de hipertensão e diabetes não se faz apenas com medicamentos, faz-se necessário meios educacionais e alternativos que possibilitem ao paciente, adesão ao tratamento,

conhecimento sobre a patologia que possui, entender que a UBS é sua parceira para assim melhor usufruí-la. Enfim, faz-se necessário identificar os desafios e propor medidas para supera-los, visando sempre o bem-estar do paciente.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Aumentar a aderência e eficácia do tratamento em hipertensos e diabéticos em uma USF localizada no bairro de Mussurunga, Salvador-BA.

4.2 Específicos

- Criar um grupo de hipertensos e diabéticos com atividades periódicas que auxiliem no tratamento.
- Agregar familiares dos pacientes aos encontros para melhor compreensão da problemática.
- Criar um guia direcionado aos pacientes com informações básicas e uma linguagem simples sobre tratamento, fornecimento de medicações, consultas, entre outras questões

5 METAS

Fornecer ao paciente hipertenso e diabético um momento, além da consulta médica, onde ele possa junto aos familiares e a outros pacientes esclarecer dúvidas, partilhar experiências e compreender as doenças em questão.

Melhorar a relação do paciente com a UBS, explicando qual a dinâmica de funcionamento, marcação de consultas e serviços disponibilizados.

Integrar multiprofissionais ao grupo permitindo uma visão mais ampla desta situação-problema, como também maior rede de apoio aos pacientes.

Enfim, fazer com que os pacientes através das sessões possam adotar medidas que diminuam os níveis glicêmicos e pressóricos evitando complicações futuras.

6 METODOLOGIA

A criação do grupo de hipertensos e diabéticos será realizada na USF Eduardo B. Mamede localizada no bairro de Mussurunga na cidade de Salvador-BA. A unidade possui quatro equipes de saúde e o público pode englobar, mas não obrigatoriamente, pacientes das outras equipes. A captação dos pacientes que irão participar do grupo em questão será realizada pela enfermeira e pela médica da equipe. Como o número de hipertensos e diabéticos é grande, inicialmente serão encaminhados para os encontros apenas os que possuem dificuldade de adesão ao tratamento e aqueles que foram recentemente diagnosticados e estão ainda iniciando o tratamento. Esses pacientes serão identificados durante as consultas periódicas ou até mesmo se o profissional perceber alguma necessidade em algum momento que não seja a consulta (no acolhimento, por exemplo). Uma vez identificado o paciente, ele será cadastrado no grupo, receberá um cartão de identificação já com a data do encontro. Cada paciente também terá seus dados anotados em um livro destinado apenas aos pacientes do grupo.

Os encontros acontecerão mensalmente com duração de cerca de duas horas e serão coordenados pela médica e pela enfermeira da equipe. A USF em questão possui parceria com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) assim, a cada encontro um profissional será convidado (nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta). Inicialmente cada grupo conterà no máximo trinta pacientes e serão seis encontros (seis meses). A depender da necessidade esse período pode ser estendido ou alguns pacientes encaminhados para continuar no novo grupo que irá ser formado.

A intenção é que cada equipe do posto tenha um grupo destinado ao HIPERDIA e que o médico e enfermeiro da equipe coordene seu grupo. Na USF Eduardo B. Mamede cada equipe é identificada por um cor. O primeiro grupo de HIPERDIA será organizado pela equipe azul com a médica Nara Andrade e a enfermeira Andréa Mello.

Os encontros serão realizados na igreja católica e no CSU (Centro Social Urbano), ambos localizados na mesma rua da UBS. A data e o local do encontro serão sinalizadas no cartão de identificação.

Será elaborado um guia (em anexo) para o usuário com as orientações voltadas a correção dos principais “erros” cometidos pelos pacientes. O guia será distribuído e explicado de forma dinâmica nos dois primeiros encontros. Cada paciente pode

sugerir novos tópicos e no último encontro esses novos tópicos serão adicionados ao guia.

Serão seis sessões estruturadas da seguinte forma:

Sessão 1:

- Apresentação da equipe e da proposta.
- Explicar para que serve o cartão de identificação e necessidade dele em cada encontro.
- Distribuição do guia e início da explanação sobre cada ponto.
- Aferição da TA e medida do HGT, anotados no cartão (em anexo).
- Marcar em cada cartão data e local do próximo encontro.
- Dinâmica de despedida.
- Será distribuído um convite para ser entregue aos familiares, eles também poderão participar dos encontros.
- Solicitar que cada paciente traga no próximo encontro as medicações em uso e a receita médica.

Sessão 2:

- Continuar e concluir a explanação sobre cada ponto do guia.
- Momento de dúvidas.
- Consulta individualizada: cada paciente irá conversar individualmente com o médico ou com a enfermeira explicando quais medicações usa e como usa. Nesse momento o profissional identificará os pacientes que estão fazendo uso incorreto das medicações e marcará uma consulta na UBS.
- Aferição da TA e medida do HGT, anotados no cartão.
- Marcar em cada cartão data e local do próximo encontro.
- Dinâmica de despedida.

Sessão 3:

- Profissional convidado: nutricionista fará uma explanação sobre a importância da alimentação saudável e trará alternativas de acordo com a realidade socioeconômicas da população alvo.
- Momentos das dúvidas.
- Aferição da TA e medida do HGT, anotados no cartão.

- Marcar em cada cartão data e local do próximo encontro.
- Dinâmica de despedida.
- Reforçar sobre a necessidade da presença dos familiares.

Sessão 4:

- Profissional convidado: psicólogo fará uma explanação associada a dinâmica para fortalecer os laços familiares, com o objetivo que os familiares entendem que alguns pacientes necessitam de ajuda.
- Conte sua experiência: os pacientes serão convidados a compartilhar um momento em que a união da família foi muito importante.
- Aferição da TA e medida do HGT, anotados no cartão.
- Marcar em cada cartão data e local do próximo encontro.
- Dinâmica de despedida.

Sessão 5:

- Profissional convidado: fisioterapeuta fará algumas considerações sobre a importância da realização de atividades físicas e ensinará alguns exercícios simples para realização em casa.
- Consulta individualizada: novamente cada paciente irá conversar individualmente com o médico ou com a enfermeira explicando quais medicações usa e como usa. Nesse momento o profissional identificará os pacientes que estão fazendo uso incorreto das medicações e marcará uma consulta na UBS.
- Aferição da TA e medida do HGT, anotados no cartão.
- Marcar em cada cartão data e local do próximo encontro.
- Dinâmica de despedida.

Sessão 6:

- Caminhada no bairro.
- Café da manhã ou lanche.
- Vídeo educativo.
- Médico e enfermeiro farão as considerações e algumas orientações.
- Aferição da TA e medida do HGT, anotados no cartão.

- Identificar pacientes que continuarão no próximo grupo.
- Dinâmica de despedida: resuma essa experiência em uma só palavra.
- Distribuição do novo guia.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Mês 01/Ano	Mês 02/Ano	Mês 03/Ano	Mês 04/Ano	Mês 05/Ano	Mês 06/Ano
Apresentação da equipe e da proposta.	X					
Explicação sobre o guia	X	X				
TA e HGT	X	X	X	X	X	X
Consulta individualizada		X			X	
NASF: nutricionista			X			
NASF: psicólogo				X		
NASF: fisioterapeuta					X	
Dinâmica de despedida	X	X	X	X	X	X
Caminhada e café da manhã						X

8 IMPACTOS GERADOS

Trabalhar com atividade grupal faz com que os participantes percebam que eles não estão sozinhos e que as dificuldades enfrentadas são comuns. Isso traz um sentimento de união e ajuda. Partilhar experiências, identificar desafios e propor alternativas conduzem o ser humano a refletir e atuar na obtenção de qualidade de vida.

Não adiantaria fazer uma prescrição sem o paciente entender o porquê e a importância dela. Ainda mais gratificante é fazer os familiares entender o problema e querer ajudar/cuidar. O familiar ganha um novo olhar diante aquele pai ou mãe que

“vive doente”. E ainda percebe que no futuro ele pode apresentar tais patologias e já pode começar a usar as medidas não farmacológicas como medidas de prevenção.

O ganho da atividade em grupo é em todas as direções, pacientes, familiares e sem dúvida um ganho enorme para o profissional de saúde que soube identificar e traçar alternativas sempre objetivando o bem-estar do paciente.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a manutenção de hábitos que produzem bem-estar seja ímpar para viabilizar mais autonomia econômica, social e cultural, condições que favorecem a interpretação positiva de qualidade de vida. Sabe-se que no caso das doenças crônicas as condições para a prática de atividades físicas, a alimentação equilibrada, as relações ambientais e humanas, além de terapêutica medicamentosa, possibilitam o seu controle, levando os portadores dessas morbidades a adjetivarem-se saudáveis.

REFERÊNCIAS

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Arq Bras Cardiol*, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários prática à educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

LYRA, Ruy *et al.* Prevenção do diabetes *mellitus* tipo 2. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 239-249, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n2/29307.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015

SILVA, Rosilda Veríssimo; COSTA, Priscila Pimentel e FERMINO, Jocemara de Souza. Vivência de educação em saúde: o grupo enquanto proposta de atuação. *Trab. educ. saúde* [online]. 2008, vol.6, n.3, pp. 633-644. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300014>. Acesso em: 23 de novembro de 2015.

SILVEIRA, Janaína da; SCHERER, Fernanda; DEITOS, Alicia e DAL BOSCO, Simone Morelo. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. *Cad. saúde colet.* [online]. 2013, vol.21, n.2, pp. 129-134. ISSN 1414-462X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200005>



SILVEIRA JUNIOR, Paulo Cesar Soter da; MARTINS, Renata Cristina de Almeida e DANTAS, Estélio Henrique Martin. Os efeitos da atividade física na prevenção da hipertensão. *Rev Bras Med Esporte* [online]. 1999, vol.5, n.2, pp. 66-72. ISSN 1517-8692. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86921999000200006>. Acesso em: 25 de novembro de 2015.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte e BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Hypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies. Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2006, vol.15, n.1, pp. 35-45. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003>. Acesso em: 25 de novembro de 2015.

WAJCHENBERG, Bernardo Léo *et al.* Doença cardiovascular no diabetes melito tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. São Paulo, v. 52, n. 2, p. 387-397. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302008000200027&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2015

ANEXOS

Medicações em uso:			Sessão 1:			Sessão 2:			Sessão 3:		
			Peso: _____			Peso: _____			Peso: _____		
			TA: _____			TA: _____			TA: _____		
			HGT: _____			HGT: _____			HGT: _____		
			Sessão 4:			Sessão 5:			Sessão 6:		
Sessão 1: DATA: __/__/__ LOCAL: _____			Sessão 2: DATA: __/__/__ LOCAL: _____			Sessão 3: DATA: __/__/__ LOCAL: _____			Peso: _____		
Sessão 4: DATA: __/__/__ LOCAL: _____			Sessão 5: DATA: __/__/__ LOCAL: _____			Sessão 6: DATA: __/__/__ LOCAL: _____			TA: _____		
									HGT: _____		

	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">   </div> <p style="text-align: center;">GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS USF EDUARDO B. MAMEDE</p> <p>NOME: _____</p> <p>END: _____</p> <p>TEL: _____ Nº DA FAMÍLIA: _____</p> <p>EQUIPE: _____</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/> DIABÉTICO </p>
--	--



**GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
USF EDUARDO B. MAMEDE**



GUIA DO USUÁRIO

- HAS e DM são doenças silenciosas. Muitas vezes não apresentam sintomas. Você deve fazer uso de suas medicações mesmo que não esteja sentindo nada;
- Sua receita tem validade de 3 meses para uso nas farmácias básicas. Não deixe que ela vença. Marque uma consulta de acompanhamento periodicamente e sempre que precisar.
- Não deixe que sua medicação termine. Procure seu posto antes que isso aconteça.
- As medicações para DM e HAS devem ser usadas todos os dias e sempre no mesmo horário, respeitando sempre as orientações médicas.
- Até mesmo nos dias de consultas médicas as medicações devem ser usadas.
- Apenas o uso correto das medicações não é suficiente para o controle dos níveis glicêmicos e pressóricos. Alimentação adequada e a prática de exercícios físicos são muito importantes.
- Se você tem dificuldade para entender como usar corretamente cada medicação, solicite que um familiar lhe acompanhe. Ele pode e deve lhe ajudar.
- Quando for para uma consulta com seu médico ou enfermeiro sempre leve a última receita ou até mesmo as caixas e cartelas das medicações.
- Existem várias medicações que podem ser usadas no tratamento de HAS e DM. Seu médico irá prescrever a melhor e mais adequada a você.
- O remédio usado pelo seu vizinho nem sempre poderá ser usado por você.
- Nunca troque ou pare de usar suas medicações sem consultar seu médico.

**ACESSO A SAÚDE É UM DIREITO SEU. PROCURE O POSTO
MAIS PRÓXIMO SEMPRE QUE PRECISAR.**