

HIPERDIA: PROGRAMA PARA A MELHORIA DO CONTROLE DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO “SANTINHO I E II” EM BARRAS-PIAÚ

HIPERDIA: PROGRAM TO IMPROVE THE CONTROL OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY OF “SANTINHO I AND II” IN BARRAS-PIAÚ

Aldenora de Oliveira Sousa¹, Andrea Vieira Magalhães Costa²

¹ Pós-graduando na Universidade Federal do Piauí-UFPI. Rua 29 de Abril, nº 628, Bairro Mangueira, Cabeceiras do Piauí-PI. E-mail: aldenora1234oliver@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI).

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo contemporâneo, sendo que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus desempenham papel preponderante, realidade que incita gestores e trabalhadores do Sistema Único de saúde a efetivar ações que visem o controle dessas doenças. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo estimular a adesão dos hipertensos e diabéticos no programa do HIPERDIA da Estratégia da Saúde da Família - ESF Santinho I e II, bem como desenvolver atividades educativas sobre hábitos saudáveis, como prática de atividades física, alimentação saudável e outros. Com abordagem multiprofissional orientando e incentivando mudanças no estilo de vida da população. O estudo baseou-se no levantamento das consultas médicas que são realizadas mensalmente na UBS, onde foram detectados um número significativo de hipertensos e diabéticos faltosos. De acordo com os dados do e-SUS, 7,59% da população de Barras são hipertensos e 1,85% são diabéticos, na UBS do Santinho são atendidos mensalmente, 250 hipertensos e 200 diabéticos de ambos os sexos. Com base nas consultas foi possível identificar preliminarmente a não adesão do usuário ao Programa do HIPERDIA, onde encontramos uma certa resistência por parte dos usuários. Os profissionais de saúde tentam fazer com que o HIPERDIA seja mais participativo, mais muitos ainda não participam do programa, vimos a necessidade de implementar o HIPERDIA para melhor atender aos hipertensos e diabéticos do nosso bairro.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes. Atividade Física. Alimentação Saudável.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality in the contemporary world, and among the risk factors for the development of such diseases, systemic Arterial hypertension and Diabetes Mellitus play a preponderant role, Reality that incites managers and workers of the unified health system to carry out actions that aim to control these diseases. In this sense, the present work aims to stimulate the adherence of hypertensive and diabetic patients in the Hyperdia program of the Family Health strategy-FHS Santinho I and II, as well as to develop educational activities on healthy habits, as a practice of Physical activities, healthy eating and others. With multi-professional approach guiding and encouraging changes in the lifestyle of the population. The study was based on the survey of medical consultations that are carried out monthly at the UBS, where a significant number of hypertensive and failed diabetic patients were detected. According to the data from the E-SUS, 7.59% of the population of Barras are hypertensive and 1.85% are diabetic, in the UBS of Santinho are attended monthly, 250 hypertensive and 200 diabetics of both sexes. Based on the consultations it was possible to identify preliminarily the non-adherence of the user to the Hiperdia program, where we found a certain resistance on the part of users. Health professionals try to make hyperdia more participative, many still do not participate in the program, we have seen the need to implement Hiperdia to better serve hypertensive and diabetic patients in our neighborhood.

Key words: Hypertension. Diabetes. Physical activity. Healthy eating.

Introdução

O município de Barras-PI possui cerca de 46.291 habitantes de acordo com o último censo do IBGE, a cidade ao longo dos anos vem tendo um crescimento populacional bastante significativo, no setor do comércio, onde possui um dos maiores comércios dentre as cidades da região do Piauí. Está localizada em um entroncamento rodoviário que liga Barras e vários outros municípios, temos uma população flutuante diária de 1.500 pessoas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabétes Mellitus (DM) são doenças crônicas e não têm cura, mas podem ser controladas com medicamentos e bons hábitos de vida como exercícios físicos, alimentação saudável e sem bebida alcoólica. Do contrário as duas doenças costumam ter conseqüências graves. A HAS é o principal fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares como infarto do miocárdio, o derrame cerebral, a insuficiência renal com necessidade de diálise, por isso ela é considerada tão perigosa e tão discutida. É preciso também

preocupar-se com obesidade, quase metade dos brasileiros estão acima do peso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Devido a alterações que ocorrem com o envelhecimento (calcificação e endurecimento das artérias), existe uma tendência de aumento da pressão arterial sistólica (máxima) e a uma estabilidade ou até redução, da pressão arterial diastólica (mínima). Porém os níveis pressóricos maiores que 140 mmHg para pressão arterial sistólica e 90 mmHg para pressão arterial diastólica não devem ser considerados normais para o idoso (o indivíduo idoso é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma pessoa acima de 60 anos de idade). Estudos demonstram que cerca de 65% dos idosos são hipertensos, sendo que a hipertensão sistólica (elevação só da pressão máxima) é muito mais comum no idoso do que no paciente hipertenso jovem. (SAÚDE, 2014).

Os sintomas da hipertensão costumam aparecer quando a pressão sobe muito: podem ocorrer dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido e sangramento nasal. O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica. Busca-se, assim, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, cujo tratamento deve respeitar as características peculiares (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

A pressão alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. Essa doença é herdada dos pais em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, entre eles: fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, elevado consumo de sal, nível altos de colesterol, falta de atividade física. (SAÚDE, 2014).

O Diabetes Mellitus se constitui como um importante problema de saúde pública. Os fatores relacionados ao seu incremento no quadro epidemiológico mundial são de várias dimensões e tornaram sua abordagem bastante complexa. O indivíduo é considerado diabético quando sua glicose plasmática duas horas após a ingestão for igual ou maior que 200mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABÉTICOS, 2000; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004). Em um indivíduo que não seja diabético, a glicemia que normalmente, é de 90 mg/dl, sobe para 140mg/dl e depois de duas horas cai para um valor abaixo do valor encontrado, normalmente. Já em um indivíduo diabético, a glicemia em jejum é de cerca de 140 mg/dl, e sobe para um

valor muito maior, além de voltar para o valor inicial apenas 4 a 6 horas após a ingestão, e nunca atingindo um valor abaixo do inicial (GUYTON e HALL, 2006).

O tratamento do diabetes é constituído por educação e modificação no estilo de vida, incluindo aumento de atividade física, reorganização de hábitos alimentares e , se necessário, uso de medicamentos. A dificuldade do paciente em usar a medicação prescrita, fazer atividade física, seguir a dieta ou modificar seu estilo de vida, de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar é problema sempre presente na prática clínica da UBS.

A relevância desse estudo implica em subsidiar o planejamento de ações da atenção básica voltadas ao controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, visto que a prevalência dessas doenças tem se mostrado crescente no Brasil. A implementação desse plano de intervenção busca garantir maior eficiência e eficácia do Plano de Reorganização da Atenção á Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, pontuando e reavaliando as deficiências do sistema HIPERDIA, viabilizando e incorporando intervenções que atendam a comunidade assistida, quer seja em termos de necessidade individual quer seja coletiva, asseguradas nas determinações do SUS.

De dois em dois meses temos palestras com hipertensos e diabéticos, no qual queremos fazer essas palestras uma vez por semana com uma equipe de multiprofissionais e atividade física para que eles possam aderirem ao Programa HIPERDIA visando melhorar a saúde dos mesmos.

A maior dificuldade que é a UBS encontra é a falta de adesão dos usuários ao Programa de HIPERDIA e a ausência dos mesmos nas consultas mensais para fazerem o controle, verificar a pressão arterial e a glicemia. Os pacientes só querem ir ao posto para receberem os medicamentos na farmácia da UBS, isso se deve ao programa da farmácia básica onde eles recebem a receita médica e com aquela receita passam seis meses recebendo o medicamento e não vão ao posto fazer o controle da hipertensão e do diabetes e isso é preocupante para as duas equipes de Saúde da Família, Santinho I e II da cidade de Barras - PI .

Referencial Teórico

1.1- HIPERTENSÃO ARTERIAL

Na atualidade a hipertensão arterial é o maior fator de risco para as principais causas de mortalidade em adultos e idosos, como as doenças coronarianas, as cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca. (GIROTTO et al, 2013). A portaria nº

483, de 1º de abril de 2014 do Ministério da Saúde do Brasil que redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, define as doenças crônicas como aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (SAÚDE, 2014).

Segundo o relatório mundial sobre doenças não transmissíveis de 2014 da Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os anos 16 milhões de pessoas morrem prematuramente, antes de completar 70 anos de idade, decorrentes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a maioria dessas mortes eram evitáveis, 42% das 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT eram prematuras e evitáveis (OPAS/OMS, 2015).

A cada quatro pessoas adultas, uma é acometida pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença muito comum que se caracteriza pelo aumento sistemático da pressão arterial igual ou superior a 140 por 90 mmHg. Quando não tratada, acarreta em sérios danos que acometem os vasos sanguíneos, coração e rins. A HAS é causada por vários fatores ligados a genética e estilo de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Segundo a linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, a hipertensão arterial é fator de risco importante e contribui para o aumento das cardiovasculares. (MINAS GERAIS, 2013).

O tratamento da HAS visa à prevenção primária de doença cardiovascular e renal, e não ao controle de sintomas, pois estes estão discutivelmente associados a níveis pressóricos.

De acordo com Nobre, (2013) o tratamento com adequado controle da pressão arterial tem se mostrando eficaz em reduzir a ocorrência de complicações decorrentes da HAS bem como redução da mortalidade.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2014) apontam que entre as doenças crônicas mais frequentes na população brasileira, a HAS apresentou a prevalência de 21,40% em indivíduos maiores de 18 anos. A variável idade apresentou associação estatisticamente significativa com o HAS em ambos os sexos. A prevalência de HAS tanto no sexo masculino quanto no feminino foi maior na faixa etária de 50 a 59 anos. Resultados semelhantes foram observados em estudos realizados no Brasil com associação entre faixa etária e HAS a partir dos 40 anos. Esse fator pode estar

relacionado com as alterações hemodinâmicas da HAS como o aumento do débito ou da resistência periférica com início entre os 20 e 30 anos de idade, porém entre os 30 e 50 anos é que os níveis elevados se instalam. A variável idade foi mantida nos modelos para ajuste de confundimento, mostrando qual é a relação independente das outras variáveis com a hipertensão arterial. (SAÚDE, 2014).

Embora a prevalência de HAS tenha sido menor em indivíduos nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil para o sexo masculino, em relação aos nascidos na região Central Oeste, estudo realizado sobre associação entre a HAS e aspectos comportamentais como o estresses e migração indica que a migração apresentou-se como um fator de risco para HAS. Este risco ocorre em decorrência de mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida dos indivíduos, sendo considerada um agente estressor, resultando em um aumento da pressão arterial mediado pelo sistema nervoso central e por processos neuro-hormonais. (SAÚDE, 2014).

Outra variável significativa no presente estudo foi em relação à classificação de peso categorizado pelo IMC. Considerada uma doença crônica não transmissível, a obesidade também é um grave problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, acarretando um grande impacto sobre o padrão de mortalidade da população, além de ser considerada também um importante fator de risco para diversas mortalidades (PINHO CPS, 2013). No presente estudo, as RP da HAS observadas tanto nos homens como nas mulheres obesos foi cerca de três vezes em relação aos não obesos. Esse achado é próximo dos obtidos nos demais estudos em Mato Grosso. Outros estudos realizados indicam a importância desse índice (IMC) na associação com a HAS. (SCALA LCN, 2014).

Os mecanismos da obesidade associada à hipertensão são complexos e ainda não completamente esclarecidos. Os principais mecanismos envolvidos são hiperatividade simpática, resistência à insulina, hiperatividade do sistema renina-angiotensina-aldosterano, alterações do perfil de liberação de adiposo, disfunção endotelial, além dos prejuízos causados por alterações estruturais e funcionais da medula renal. Além disso, o ganho de peso resulta em aumento da atividade simpática, resistência à insulina e hiperinsulinemia promove a reabsorção tubular de sódio e água e, conseqüentemente, vasoconstrição-hipertensão. O acúmulo da adiposidade visceral está diretamente envolvido na gênese de um processo inflamatório e aterogênico. (LINO MZR, 2011).

A redução da pressão arterial é certamente o principal mecanismo pelo qual se promove a prevenção de doença. O objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é

prevenir a mortalidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associada à hipertensão arterial sistêmica. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos hoje disponíveis está bem determinada. O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial, e se associado ao uso de medicamentos pode melhorar a sua eficácia, cardiovascular (NOBRE.2013). O processo de educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção da doenças e promoção da saúde (MAGNABOSCO, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, no âmbito do PSF, a educação em saúde é de responsabilidade de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área descrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (BRASIL, 2015).

No Brasil, 25% da população adulta é acometida pó HAS, chegando a atingir mais da metade das pessoas idosas e até mesmo crianças e adolescentes em uma porcentagem menor, 5% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, no ano de 2015 havia mais de 13 milhões de pessoas no mundo vivendo com diabetes, o que representa cerca de 6,9% da população brasileira. Juntas, a HAS e a DM, são responsáveis por uma elevada taxa de morbimortalidade em indivíduos com 60 anos ou mais.

O consumo de bebida alcoólica eleva a pressão arterial e seus efeitos variam de acordo com o sexo, etnia e características de consumo. A magnitude do risco de consumo de bebidas alcoólicas sobre a HAS é determinado pela quantidade e frequência de etanol ingerido. (FUCHS SC. 2012).

O Ministério da Saúde estabelece como consumo moderado de álcool a ingestão de até uma dose/dia para as mulheres (14 g de etanol) e até duas doses/dia para os homens (30 g de etanol). A ingestão de doses diárias acima desse padrão é considerada prejudicial e representa algum risco para a saúde dos indivíduos.(BRASIL, 2003).

Os mecanismos envolvidos no aumentos da pressão arterial associados no incremento do consumo de álcool podem ser determinados pela influencia direta no coração ou na musculatura lisa dos vasos, ou por meio da estimulação do sistema nervoso simpático ou do sistema renina-angiotensina-aldosterona, e pode aumentar os níveis plasmáticos de cortisol por perda de magnésio pela urina. O álcool tem sido

associado não somente à elevação dos níveis da pressão, mas também a vários elementos da síndrome metabólica, como aumento dos níveis de triglicérides, adiposidade central e ácido úrico elevado.(BOMBIG MTN, 2008)

Mundialmente, estima-se que a relação do álcool com a mortalidade em geral é de 5,9% e o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças, sendo por 5,1% delas. No Brasil, a taxa de mortalidade, padronizada por idade por cirrose hepática foi 28,8 e 5,8 a cada 100 mil habitantes acima de 15 anos de idade. (WHO; 2014).

Segundo Nobre et al. (2010), o diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição da incidência das DCV. Os resultados encontrados por Morais e Freitas (2012) evidenciaram elevada prevalência da doença isquêmica do coração na população por eles estudada e fatores potencialmente modificáveis, como a HAS, estiveram associados ao desfecho. No entendimento de Lessa (2010), a HAS é uma doença vascular mais prevalente e o fator de risco mais potente para doenças cerebrovasculares, que são predominante causa de morte no Brasil.

Nobre et al. (2010) apontam que ao FR para HAS são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Muraro et al. (2013) afirmam que existe relação de causa e efeito entre o aumento de massa corporal e de PA que já foi demonstrada em diversos estudos. Sabe-se que, em nível individual, dieta rica em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras está relacionada com o aumento dos níveis de PA.

Nesse sentido, algumas preocupações acerca da pressão se fazem imprescindíveis, tais como:

- Meça sua pressão, arterial regularmente;
- Tenha uma alimentação saudável; Evite: açúcares e doces, derivados de leite na forma integral, com gorduras, carnes vermelhas com gorduras aparentes e vísceras;
- Prefira alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados, temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, frutas, verduras e legumes, produtos lácteos desnatados;
- Pratique atividade física pelo menos 5 dias por semana;
- Diminua a quantidade de sal na comida;
- Diminua o consumo de bebidas alcoólicas;

- Não fume! Depois da hipertensão, o fumo é o principal fator de risco de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

1.2- DIABETES

Diabetes é uma doença com impacto mundial. É característica pelo aumento de glicose na corrente sanguínea, causada por defeitos na ação ou na secreção da insulina, que é um hormônio produzido no pâncreas, e tem a função de promover a entrada da glicose nas células e assim podendo ser aproveitada para realização de diversas atividades celulares. A falta ou defeito na ação desse hormônio resulta no acúmulo da glicose sanguínea, o que caracteriza o diabetes (MUNHOZ et al, 2014).

Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico caracterizado por hiperglicemia, e por distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. A DM ocorre devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina. A hiperglicemia resultante desse transtorno metabólico com o passar do tempo pode levar a lesões da microcirculação, e afetando o funcionamento de vários órgãos como os olhos, coração, nervos e rins (METABOLOGIA, 2016).

Há 2 tipos principais de diabetes, o tipo 1 e o tipo 2. O Tipo 1 ocorre devido a destruição das células beta do pâncreas por algum processo imunológico, causando a deficiência de insulina. Esse tipo de diabetes costuma acometer mais crianças e adultos jovens, porém, nada impede que possa ser desenvolvido em qualquer idade. No Diabetes Tipo 2, a insulina é produzida corretamente pelas células beta, porém, sua ação está dificultada, levando a um quadro de resistência insulina. Esse tipo de diabetes está mais relacionado aos maus hábitos de vida, como a obesidade e atinge mais adultos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2016).

Há também outros tipos mais raros de diabetes como o MODY 1, 2 e 3, causados por defeitos genéticos nas células beta, e os diabetes causados por defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas, doenças endócrinas como o hipertireoidismo e Doença de Cushing e ao uso de alguns medicamentos. O Diabetes Gestacional é outro tipo de diabetes no qual há um aumento da glicemia sanguínea, identificado durante a gestação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2015).

O Diabetes Mellitus é um problema de saúde pública, essa doença atinge 246 milhões de pessoas, com tendência elevação, devido ao aumento populacional, envelhecimento da população já existente, a maior taxa de sedentarismo e a crescente da obesidade. (BRASIL, 2013). O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior

prevalência de diabetes e são mais de 14,3 milhões pessoas com a doença no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2015).

Os principais sinais e sintomas são: polídisia, poliúria, polifagia, emagrecimento, cansaço e fraqueza, dores nas pernas, parestesia, alterações visuais, desidratação, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, coma, glicemia de jejum > 200 mg/dl em paciente com sintomas característicos de diabetes e glicemia > 200 mg/dl duas horas após sobrecarga oral de 75 gramas de glicose. Se não controlada pode levar á complicações águas como cetoacidose diabética, estado hiperosmolar, hiperglicêmico, hipoglicemia, acidose láctica e crônicas, como retinopatia, nefropatia, neuropatia, amputações, disfunção sexual, doenças cardiovasculares, vasculares periféricas e cerebrovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2015).

O tratamento visa o controle da glicemia sanguínea que pode ser acompanhada por meio de exames de glicemia de jejum, hemoglobina glicada, função renal, perfil lipídico, avaliação oftalmologia e avaliação cardiológica. No diabetes mellitus tipo 1 são utilizadas as glicemias sanguíneas. Já no diabetes tipo 2 o tratamento é dado através da introdução de hipoglicemiantes orais e se necessário o uso de insulina também. O tratamento medicamentoso sempre deve vir acompanhando de tratamento nutricional, físico e psicológico associados (ROTHER, 2007).

Existem formas de prevenir ou retardar as doenças como a diminuição na ingestão de carboidratos, alimentos gordurosos, realização do atividades físicas e melhores hábitos de vida em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2015).

É missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da ESF efetuar o processo do cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013). O principal propósito do ESF é organizar a prática da atenção á saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (COSTA et al. 2012).

Ela prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na UBS ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a

identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (COSTA et al. 2013).

1.3 - HIPERDIA

Desta forma a ESF tem papel importante no controle e estímulo ao adequado tratamento de pessoas que possuem diabetes mellitus, pois o tratamento contínuo das condições crônicas inclui prevenção, tratamento de manutenção de longo prazo, gerenciamento de exacerbação de sintoma agudo, reabilitação e tratamento paliativo.

Um acompanhamento eficiente aos idosos com as HAS e/ou DM a partir de tratamentos ou medidas profiláticas na atenção básica, ajuda a alertar e prevenir tais morbidades, dificultando assim a evolução dessas DCNTs. Nesse intuito foi criado o HIPERDIA.

Com o HIPERDIA queremos que os hipertensos e diabéticos participem individualmente do programa para que possam ter o controle dessas doenças que vem se alastrando em todo o país. Esse grupo é muito importante, pois possibilita o aumento das relações interpessoais.

Programas eficazes de prevenção do diabetes vem sendo discutidos pela comunidade científica e pelos profissionais de saúde que se encontra um contato direto com os pacientes. As mudanças no estilo de vida, incluindo modificações na dieta e combate ao sedentarismo tem sido apontado como fatores importantes na prevenção e controle do diabetes e da hipertensão arterial. (ALMEIDA et al., 2006).

Entre os pacientes diabéticos, a hipertensão arterial é cerca de duas vezes mais reiterada quando comparados à população geral. A doença cardiovascular é a principal responsável pela redução da sobrevida de diabéticos. O tratamento com insulina, além de manter o controle glicêmico, também apresenta propriedades anti-inflamatórias. A resistência a esta substância está intimamente relacionada com a obesidade abdominal. (ALMEIDA et al., 2006).

O HIPERDIA, Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes, constitui-se em um programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos que visa o controle da DM e HAS e uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Através da vinculação do paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Estratégia de Saúde da Família (ESF) que ele está inserido na perspectiva de assim poder realizar uma assistência continuada e com qualidade, fornecendo medicamentos de maneira regular, acompanhamento também regular de acordo com a necessidade de cada paciente e fazer avaliação de risco entre os pacientes cadastrados (DIAS et al., 2014).

PLANO OPERATIVO

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
A não adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa do HIPERDIA.	Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;	Melhoria da qualidade de vida e saúde dos participantes do grupo de HIPERDIA durante 4 meses.	Realização de atividades físicas semanalmente. Conscientizar os hipertensos e diabéticos sobre a importância da atividade física para que possam ter uma qualidade de vida melhor e saudável.	Educador físico e outros profissionais da saúde.
A falta de mais informação sobre doenças crônicas .	Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na UBS.	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos e como controlar a hipertensão e diabetes semanalmente .	Realização de palestras educativas para que os usuários possam ter o conhecimento sobre o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.	Os profissionais de saúde da Unidade Básica do Santinho I e II.
A pouca frequência a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento médico .	Promover a melhoria da saúde dos hipertensos e diabéticos através de atividades com multiprofissionais da UBS.	Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas conforme periodicidade recomendada.	Fazer uma busca ativa desses usuários para que possam ter um acompanhamento mais eficaz pelos profissionais de saúde da UBS.	As duas equipes da UBS.

CONCLUSÃO

Com a implementação do programa do HIPERDIA que pretende estimular a adesão dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada que recebem busca ativa das Equipes da Estratégia da Saúde da Família- ESF do Santinho I e II da cidade de Barras-PI.

Espera-se a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa visando diminuir a morbimortalidade por doenças vasculares, falamos de infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidentes cerebrovasculares psicomotores em geral, agravos causados fundamentalmente por essas duas doenças crônicas não transmissíveis. Os usuários participaram semanalmente do programa do HIPERDIA para que possam obter informações por uma equipe de multiprofissionais que falaram sobre o controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus. Queremos que eles entendam que a prática de atividades física, alimentação saudável, evitar o álcool e evitar o consumo excessivo de sal contribuem para a manutenção de saúde e uma boa qualidade de vida.

Com isso, os hipertensos e os diabéticos que participarem e se envolverem nesse projeto com certeza se sensibilizaram da importância da prevenção para se ter uma vida mais saudável no futuro. É importante ressaltar que a mudança no estilo de vida e uma vida mais ativa são de grande importância para controlar a glicemia e manter a pressão arterial em valores normais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. et al. **Atenção à Saúde do Adulto, Hipertensão e Diabetes**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2006.

ALVES JÚNIOR, A. C. **Consolidado a rede de atenção as condições crônicas: experiência da rede hiperdia de Minas Gerais**. Brasília-DF 2011. Disponível em http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Inovacao_na_gestao_SUS-Rede-Hiperdia.pdfAcessado em 26 de nov. de 2018

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnósticos e Classificação e Diabetes Mellitus**. *Diabetes Care*, v. 27, supl. 1, p. 5-10, Jan. 2004.

BOMBIG MTN, PÓVOA R. A importância do álcool. In: Passarelli Júnior O, Fonseca FAH, Colombo FMC, Scala LCN, Póvoa R. **Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica**. São Paulo: Segundo Farma; 2008. p. 344-351.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Básica, Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. / Brasília. Ministério da Saúde, 2011 Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdfAcessado em 26 de nov. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2013. (Caderno da Atenção Básica n. 36). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia.

COSTA, F.S.; et al. Valorizando a consulta de enfermagem enquanto prática profissional no contexto do programa saúde da família (PSF). **R. pesq.: cuidado é fundamental online** 2012. out./dez. v.4 n.4 p. 2881-89. 2012

DIAS, KalinaCoeli Costa de Oliveira et al. O CUIDADO EM ENFERMAGEM DIRECIONADO PARA A PESSOA IDOSA: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista de Enfermagem UfpeOnline**, Recife,, v. 5, n. 8, p. 1337-1346, maio 2014.

FENG RN, Zhao C, Wang C, Niu YC, Li K, Guo FC et al. **BMI is strongly associated with hypertension, and waist circumference is strongly associated with type 2 diabetes and dyslipidemia, in northern Chinese adults**. *J Epidemiol.* 2012;22(4):317-23.

FUCHS SC. **Fatores de risco para hipertensão arterial**. In: **Brandão AA**, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD. **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p.3-10.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia médica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

GIROTTO, E, et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não Farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1772, Jun 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=em&nrm=iso>. Acessado em 26 de nov. de 2018

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica na Brasil: tendência temporal. Cad. **Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.26, n.8, Ago.2010.

LINO MZR, MUNIZ PT, SIQUEIRA KS. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. Cad Saúde Pública 2011; 27(4): 797-810.

MAGNABOSCO, P. **Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural**. Dissertação. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2015. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../ acessado em 26 de nov. de 2018.

METABOLOGIA, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e. **O que é Diabetes?**. 2016. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>>. Acesso em 30 de nov. 2018

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellites e Doença Renal Crônica**. 3ª edição, Belo Horizonte, 2013.

MONHOZ, M.P.; et al. Nutrição e Diabetes. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.35, n.2, p. 67-70, 2014.

MORAIS, S. A.; Freitas, I.C.M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol. 46, n.4, Ago. 2012.

MURARO, A.P. et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica auto-referida segundo VIGITEL nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 18, n.5, Mai. 2013.

NOBRE, F; et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2013;46(3):256-72. Disponível em http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EAmica%20prim%E1ria.pdf Acessado em 26 de nov. de 2018.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010, p.57.

OPAS/OMS. **Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos**. 2015. Disponível em <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sausam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-osanos&Itemid=839>. Acesso em: 29 de nov. 2018

PINHO CPS, Diniz AS, Arruda IKG, Batista Filho M, Coelho PC, Sequeira LAS, et al. **Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco**, Brasil. Cad Saúde Pública 2013; 29(2): 313-24.

ROSSI A, DIKAREVA A, BACON S, DASKALOPOULOU S. **The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review** **J Hypertens**.2012; 30:1277-88.

ROTHER, K.I. Diabetes Treatment – Bridging the Divide. **N Engl J Med.** v.356, n.15,p;1499-1501. 2007. Dói: 10.1056/NEJMp078030

SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira et al . O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 1, p. 63-70, Mar. 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100008&lng=em&nrm=iso>. Acessado em 26 de nov. de 2018.

SAÚDE. **Portal da Saúde – Ministério da. Doenças Crônicas.** 2014. Disponível em: <<http://portasaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/814-sasraiz/daet-raiz/doencas-cronica/11-doencas-cronica/12583-financiamento>> Acessado em: 10 dez. 2018.

SCALA LCN. A importância e o controle do sobrepeso e da obesidade. **Revista Fact Risco** 2014; 32: 19-32

Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** Belo Horizonte: SAS/MG, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.17, nº 1, jan/mar 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes.** 2015-2016 Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **O Que é Diabetes?** 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/diabetes/o-que-e-diabetes>>. Acesso em: 29 de nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é Hipertensão.** Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em: 29 de nov. 2018.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. V.89, n.3, p.24-79. 2007.

World Health Organization. **Obesity and Overweight.** Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (acessado em 26 de nov. de 2018).

World Health Organization. **Global status report on alcohol and health** 2014. Geneva: WHO; 2014