

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Núcleo de educação em saúde coletiva
curso de especialização gestão do cuidado em saúde da família

JOSEANE SILVA BRITO

**Ampliação do programa Hiperdia na Unidade Saúde da Família São
Francisco II**

Santo Antônio de Jesus -Bahia

2024

Joseane Silva Brito

Ampliação do programa Hiperdia na Unidade Saúde da Família São Francisco

II

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e comunidade pela Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ana Lúcia Brunialti Godard



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 03 dias do mês de outubro de 2024, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu por videoconferência para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do(a) aluno(a) **Joseane Silva Brito** intitulado "Ampliação do programa Hiperdia na Unidade Saúde da Família São Francisco II, Santo Antônio de Jesus - BA", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores Juarez Oliveira Castro, Ana Lúcia Brunialti Godard e Elifilete Costa Araújo Pena. O TCC foi considerado aprovado e o resultado final foi comunicado publicamente ao candidato. O TCC foi aprovado com a nota 100.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 11 dias do mês de junho de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 16/07/2025, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 17/07/2025, às 14:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4290885** e o código CRC **071A1ED5**.

Agradecimento

Agradeço a oportunidade de realizar o curso de especialização em saúde família e comunidade pela a universidade UFMG e agradeço a minha orientadora : Ana Lúcia Brunialti Godard por cada orientação que contribuiu para meu crescimento acadêmico com sua disponibilidade e incentivo que contribuíram para a realização deste trabalho de conclusão de curso.

“O bom médico trata as doenças, mas o grande médico trata o paciente”(William Osler -1913)

RESUMO:

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são comorbidades crônicas que necessitam de acompanhamento contínuo, com objetivo de evitar complicações. No sentido de promover a saúde do indivíduo e evitar tais complicações, foi desenvolvido o programa HIPERDIA pelo Ministério da Saúde, que visa monitoramento através de cadastro e supervisão associado a ações de promoção à saúde. Analisando o contexto da Unidade de Saúde da Família (USF) São Francisco II, localizada em Santo Antônio de Jesus, Bahia, notou-se que cerca de 38% dos pacientes não estavam participando do programa em questão. Objetivando incrementação do grupo HIPERDIA na unidade de saúde São Francisco II, será proposto um levantamento de dados dos pacientes através do prontuário eletrônico e fichas manuais dos pacientes hipertensos e diabéticos com 06 meses sem avaliação médica ou enfermagem, para realização de busca ativa desses pacientes não aderentes, e efetivar a adesão destes ao programa. A partir deste levantamento, será proposta organização com a equipe multiprofissional (médico, enfermeira, educadora física nutricionista e farmacêutica) para desenvolvimento de estratégias terapêuticas.

Palavras chaves : hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; hiperdia.

ABSTRACT:

Systemic arterial hypertension and diabetes mellitus are chronic comorbidities that require continuous monitoring in order to avoid complications. In order to promote individual health and avoid such complications, the HIPERDIA program was developed by the Ministry of Health, which aims to monitor through registration and supervision associated with health promotion actions. Analyzing the context of the São Francisco II Family Health Unit (USF), located in Santo Antônio de Jesus, Bahia, it was noted that around 38% of patients were not participating in the program in question. With the aim of increasing the HIPERDIA group at the São Francisco II health unit, a survey of patient data will be proposed through the electronic medical records and manual files of hypertensive and diabetic patients with 6 months without a medical or nursing assessment, in order to carry out an active search for these non-adherent patients, and to ensure their adherence to the program. Based on this survey, an organization will be proposed with the multi-professional team (doctor, nurse, physical educator, nutritionist and pharmacist) to develop therapeutic strategies.

Key words : hypertension; diabetes mellitus; hiperdia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1. Cronograma das atividades propostas e tempo de execução na Unidade de Saúde São Francisco, Santo Antônio de Jesus, Bahia. 15
- Quadro 2. Definição de hipertensão arterial de acordo com a pressão arterial de consultório, monitorização ambulatorial da pressão arterial e monitorização residencial da pressão arterial.
- Figura 1. Cartão de acompanhamento do paciente cadastrado no programa HIPERDIA. 23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes Mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da unidade São Francisco	13
1.4 Problemas identificados na Unidade Básica de Saúde- São Francisco II	13
1.5 Tema proposto para projeto de Intervenção	14
1.6 Situação problema	14
2- JUSTIFICATIVA	15
3-OBJETIVOS	15
3.1-Objetivos específicos	15
4- METODOLOGIA	
4.1 Levantamento dos pacientes com hipertensão e diabetes - público alvo - eixo 1	16
4.2 Análise do contexto e busca ativa dos pacientes com hipertensão e diabetes cadastrados na Unidade São Francisco II - eixo 2	16
4.3 Reunião com equipe multiprofissional para elaboração de estratégias para o grupo hiperdia - eixo 3	17

5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
6-RESULTADOS ESPERADOS	24
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
8-REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	25

1. INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

Santo Antônio de Jesus é um município brasileiro do estado da Bahia, localizado a 187 km de Salvador, emancipado no dia 29 de maio de 1880 com população de 103.055 indivíduos, de acordo com o Censo do IBGE (2022). O município faz limite com os municípios de Aratuípe, Castro Alves, Conceição do Almeida, Cruz das Almas, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado, Laje, Muniz Ferreira, Mutuípe, Nazaré, São Felipe, São Miguel das Matas e Varzedo.

A maioria da população está concentrada na área urbana, correspondendo a 87,16% do total com densidade demográfica de 393,73 hab/km² (IBGE 2022). Em relação à economia do município, o comércio e a indústria são as principais atividades e fonte de renda da população, a prestação de serviços e agricultura também estão entre as atividades geradoras de renda.

A cidade é composta de muitos bairros com predominância urbana. Dentre eles, está o bairro São Benedito, criado em 1833, e no qual a Unidade de Saúde São Francisco fica localizada. O bairro possui grande fluxo de pessoas visto ter muitas igrejas, lojas, supermercados e centros médicos privados.

1.2 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A cidade de Santo Antônio de Jesus faz parte da base regional de saúde leste e é composta por 36 unidades básicas de saúde, um Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, Hospital e Maternidade Luís Argolo, Unidade de pronto Atendimento 24 horas, uma Policlínica municipal e Regional, centros especializados de cuidados de feridas e curativos, população de rua e LGBTQIA PN+ de acordo com dados do DATASUS – CNES (2024).

1.3 A UNIDADE DE SAÚDE SÃO FRANCISCO

A unidade de Saúde São Francisco fica localizada no Largo São Benedito, composta por duas equipes: São Francisco I e II. Ambas as unidades estão instaladas na mesma estrutura física. A equipe do São Francisco I é composta por oito agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um médico e uma enfermeira. Já a equipe do São Francisco II é composta por seis agentes comunitários de Saúde, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira e um médico, uma dentista que atende os usuários das duas equipes. Os atendimentos e serviços disponibilizados na unidade são: consultas médicas, enfermagem, consultas odontológicas, nutricionista e psicóloga, vacinação, teste do pezinho, testes rápidos, tais como, sífilis, HIV, Hepatite C e B; curativos, visitas domiciliares, farmácia, acompanhamento Pré-natal, puericultura, planejamento sexual e reprodutivo, HIPERDIA e exame de citologia oncológica.

No presente estudo iremos abordar os usuários cadastrados na unidade São Francisco II. Nesta unidade, temos cadastrados aproximadamente 3.224 pessoas, tendo 1.306 famílias cadastradas na UBS. Atendo 20 pacientes diariamente, noto que habitualmente as mulheres são as que mais buscam o serviço, em especial aquelas entre 25 a 64 anos. Os problemas de saúde mais frequentes estão relacionados com comorbidades crônicas, tais quais, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus; doenças do músculo esquelético e quadro de algias agudas.

A unidade de saúde possui um fluxo elevado de atendimentos e, conseqüentemente, a rotina é agitada. Neste sentido, além de atendermos o público alvo do dia, ou seja, HIPERDIA, Puericultura, Pré-natal de risco habitual, planejamento de saúde sexual e reprodutiva, e visita domiciliar, também atendemos demanda livre. Os atendimentos acontecem de segunda a sexta feira, das 07:00 às 17:00 horas.

1.4 PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Um dos problemas identificado na Unidade de Saúde São Francisco II, a partir de uma análise dos atendimentos médicos realizados e discussão com equipe, foi a

baixa adesão ao grupo HIPERDIA (acompanhamento de hipertensos e diabéticos). Alguns dos problemas relacionados a baixa adesão no grupo HIPERDIA podem estar relacionados a falta de informação sobre a importância do acompanhamento periódico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), dificuldade no agendamento das consultas médicas e com a enfermagem, ou seja, escassez de reuniões com os profissionais que podem ser responsáveis pela realização de eventos do HIPERDIA, médico, enfermeira, Agente Comunitário de Saúde (ACS) nutricionista, farmacêutica, odontologia, psicóloga e educadora física.

1.5 TEMA DO PROJETO DE PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:

Acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos através da ampliação do grupo do HIPERDIA, na Unidade Saúde São Francisco II, Santo Antônio de Jesus, Bahia.

1.6 SITUAÇÃO-PROBLEMA :

Atualmente, a equipe atende cerca de 3.224 pessoas no território, sendo aproximadamente 450 hipertensos e 180 diabéticos. Geralmente 38% destes pacientes buscam prescrição de medicação de uso contínuo pontualmente, porém não realizam acompanhamento, ou quando em quadro de descompensação aguda ou ainda, nos casos de complicações crônicas, como por exemplo, pé diabético, sequelas motoras de acidente vascular encefálico, dentre outras. Desta forma, evidenciamos alto número de pacientes hipertensos e diabéticos descompensados, visto que não realizam acompanhamento regular com equipe de saúde. Geralmente o não acompanhamento das patologias crônicas citadas anteriormente, através do funcionamento do programa HIPERDIA, pode colaborar com os desfechos negativos mencionados anteriormente.

Justamente, o programa HIPERDIA é uma estratégia que objetiva o controle e acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas, como HAS e DM. Ele é protagonizado pela equipe de atenção primária à saúde, a qual é considerada a porta de entrada nos serviços de saúde. Esta equipe deve estar atuante e preparada para

executar o programa HIPERDIA com os usuários, estimulando e monitorando a adesão.

2 JUSTIFICATIVA

A ampliação do programa HIPERDIA na unidade de Saúde São Francisco II, Santo Antônio de Jesus, Bahia, contribuirá para o cuidado otimizado dos hipertensos e diabéticos e prevenção de complicações, através do acompanhamento desses pacientes e da assistência à saúde. A Incrementação do programa irá favorecer a promoção à saúde, além de reduzir os custos financeiros do sistema de saúde pública com procedimentos e internações decorrentes de tratamento inadequado da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Sendo um instrumento importante no contexto da atenção primária à saúde, pois essa medida apresenta-se como fortalecimento da equidade e integralidade no sistema único de saúde.

3 OBJETIVO GERAL :

Ampliação do grupo do HIPERDIA na Unidade de Saúde São Francisco II, do Município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos que não frequentaram a unidade há, no mínimo, seis meses.
- Incrementação do grupo do programa HIPERDIA e estabelecer nova rotina de aferição da pressão e índice glicêmico com os pacientes.
- Orientar os pacientes para melhorar a adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas do tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- Prevenir complicações decorrentes da descompensação prolongada das suas doenças de bases citadas anteriormente.
- Elaborar estratégias terapêuticas juntamente com a equipe de profissionais para melhorar a adesão ao programa.

4 METODOLOGIA

A proposta de intervenção foi sistematizada em três eixos: (1) levantamento dos dados dos pacientes; (2) análise do contexto e busca ativa dos pacientes com hipertensão e diabetes cadastrados na Unidade São Francisco II e (3) reuniões com os profissionais responsáveis pelo grupo HIPERDIA (equipe multiprofissional) para organização e monitoramento dos pacientes acompanhados pelo programa e avaliação da adesão.

4.1 Levantamento dos pacientes com hipertensão e diabetes - público alvo - eixo 1

Primeiramente iremos identificar os usuários com HAS e com DM e que não compareceram nos atendimentos médicos, ou de enfermagem ou mesmo nas atividades coletivas no período máximo de 06 meses através da verificação da agenda e não comparecimento.

Iremos iniciar o levantamento por microáreas como são chamadas as áreas assistidas para cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). No total são seis agentes comunitários, com os quais agendaremos uma reunião para iniciarmos a busca ativa dos pacientes com HAS e DM não aderentes ao programa HIPERDIA. Para tanto, utilizaremos os dados fornecidos pelo prontuário eletrônico, o qual fornece um relatório mensal sobre os pacientes atendidos e a partir deste poderemos encontrar os pacientes que estão fazendo acompanhamento regular e aqueles faltantes. Atualmente contamos com 680 usuários, entre hipertensos e diabéticos. Deste, estima-se que cerca de 30% não são aderentes ao programa.

Abaixo está o cronograma de atividades proposto:

CRONOGRAMA

PROPOSTA	PERÍODO PARA REALIZAÇÃO DA PROPOSTA
Analisar a periodicidade das consultas médicas/ enfermagem, participação em eventos do HIPERDIA e solicitação de hemoglobina glicosilada – semestralmente (verificar no prontuário eletrônico)	30 dias
Realizar busca ativa dos pacientes com mais de 6 meses sem avaliação médica/ enfermagem.	Semanalmente

4.2 Análise do contexto e busca ativa dos pacientes com HAS e DM cadastrados na Unidade São Francisco II - eixo 2

Após localizarmos os pacientes ausentes das atividades de saúde, iremos agendar uma consulta com médica e com a enfermeira para fortalecimento de vínculo e reforçar a importância da adesão ao programa.

A agenda será elaborada visando a regularidade das consultas médicas e de enfermagem de forma alternada, ou seja, a cada quadrimestre preferencialmente, totalizando 3 consultas anuais para acompanhamento da pressão arterial, níveis glicêmicos, uso regular das medicações e incentivando a realização de atividade física e alimentação saudável. O vínculo com o paciente pode ser fortalecido através da educação em saúde, pois muitos usuários não conhecem as complicações, a longo prazo da hipertensão e/ou diabetes mellitus descompensadas.

Em busca da regularidade e considerando também as necessidades individuais do paciente, o agendamento prévio será registrado no Cartão do HIPERDIA, um

4.3 Reunião com equipe multiprofissional para elaboração de estratégias para o grupo hiperdia - eixo 3

A equipe multiprofissional disponível na UBS composta por nutricionista, farmacêutica, educador físico, médico e enfermeira, irão elaborar atividades para cada quadrimestre, envolvendo os pacientes alvo da proposta, ou seja, HAS e DM.

Para a elaboração de estratégia de ação no contexto do HIPERDIA, necessitamos de uma equipe organizada para elaboração de metas e alcançar os objetivos propostos. Assim, primeiramente as reuniões devem ser realizadas de forma integrada com definição de papéis e responsabilidade de cada profissional de acordo com suas competências. Em seguida, é importante analisar as atividades propostas e realizadas com organização de cronograma das atividades coletivas, envolvendo os pacientes, tais como: rodas de conversas, sala de espera, grupo de atividade física (caminhada ou exercício de alongamento na própria unidade), visando a promoção da saúde para paciente.

A proposta abrange atividades semanais, quinzenais e mensais, de acordo com a disponibilidade dos profissionais. As salas de espera, durante dois dias, serão destinadas ao HIPERDIA. Nestas serão discutidos temas preestabelecidos nas reuniões de equipe. A educadora física realizará atividades quinzenais. A nutricionista, psicóloga e farmacêutica realizarão atividades mensalmente, focadas em orientações nutricionais coletivas, grupos terapêuticos e orientações sobre administração correta das medicações.

O parâmetro de avaliação será a frequência nas atividades propostas e verificação do acompanhamento regular nas consultas médicas/ enfermagem, adesão terapêutica, realização de exames periódicos e reduções de quadros de descompensação crônicas.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são comorbidades crônicas. De acordo com os dados da Vigilância de Fatores de Risco e

Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2023), a hipertensão arterial atinge cerca de 27,9% da população brasileira. Em relação ao diabetes mellitus e de acordo com dados do Ministério da Saúde, estima-se que cerca de 16 milhões de brasileiros adultos são acometidos por essa patologia (Atlas do Diabetes da Federação Internacional de Diabetes - IDF).

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica necessitam de acompanhamento regular para evitar complicações aguda e crônicas, tais como complicações renais, cardíacas, vasculares e oftalmológicas. Além disso, ambas são patologias para as quais a condução terapêutica necessita de medidas farmacológicas e não farmacológicas, como hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020).

O diagnóstico da HAS deve ser baseado em pelo menos duas aferições da pressão arterial por consulta, em pelo menos duas consultas. Para a HAS crônica, condição clínica multifatorial, geralmente não associada a sintomas, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos sistólicos ≥ 140 mmHg e/ou diastólicos ≥ 90 mmHg. (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020). Na tabela a seguir apresenta-se os valores de pressão arterial para realização do diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica.

Tabela 2: Definição de hipertensão arterial de acordo com a pressão arterial de consultório, monitorização ambulatorial da pressão arterial e monitorização residencial da pressão arterial.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Consultório	≥ 140 e/ou	≥ 90
MAPA 24 horas	≥ 130 e/ou	≥ 80
MAPA Vigília	≥ 135 e/ou	≥ 85
MAPA Sono	≥ 120 e/ou	≥ 70
MRPA – MAPA 5d*	≥ 130 e/ou	≥ 80

Adaptado de Arq Bras Cardiol. 2024; 121(4):e20240113. HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial.

A HAS pode ser assintomática ou apresentar sintomas tais como cefaleia, zumbido, alterações visuais, síncope, lipotímia e precordialgia. A HAS é considerada

um dos fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca (Ministério da Saúde, Brasil, 2006).

O tratamento da HAS inclui tratamento farmacológico com uso de anti-hipertensivos associado a medidas não farmacológicas, como alimentação saudável, com redução do consumo de sódio e consumo de frutas, verduras, vegetais e grãos; prática de atividade física, por exemplo, 150 minutos por semana de atividade física moderada; perda de peso, cessação de tabagismo. A má alimentação, ausência de atividades físicas e demais fatores relacionados acima são considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares e alvo das intervenções não farmacológicas no controle da hipertensão arterial (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020).

Diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos. No Brasil há cerca de 3.522.006 pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus (DM), de acordo com dados do Vigitel de 2023, consultados no Observatório da APS. Os indivíduos afetados podem apresentar alguns sintomas, tais como, polidipsia, poliúria, vertigem, perda de peso, astenia, visão turva dentre outros sintomas.

Quanto aos tipos de DM, existem várias classificações: como DM tipo 1: - Tipo 1A, Tipo 1B; DM tipo 2: perda progressiva de secreção insulínica DM gestacional, outros tipos de DM: Monogênicos (MODY); Diabetes neonatal; Secundário a endocrinopatias; Secundário a doenças do pâncreas exócrino; Secundário a infecções; Secundário a medicamentos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020). Neste trabalho, iremos citar os dois tipos principais, DM Tipo 1 (DM1) e DM Tipo 2 (DM2).

O diagnóstico da DM deve ser estabelecido pela identificação de hiperglicemia com glicemia plasmática de jejum ≥ 126 mg/dl, glicemia duas horas após sobrecarga de 75g de glicose anidra ≥ 200 mg/dl, HbA1c $\geq 6,5\%$. Sendo necessários dois exames alterados para confirmação diagnóstica (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020).

O DM1 é uma doença autoimune, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa das células produtoras de insulina. É mais frequentemente diagnosticado em crianças, adolescentes e, em alguns casos,

em adultos jovens, afetando igualmente homens e mulheres. A terapêutica do DM1 é baseada na insulinoterapia, alimentação e atividade física (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020).

O segundo tipo, DM2, é o tipo mais comum caracterizado por resistência à insulina e deficiência parcial de secreção de insulina pelas células β pancreáticas. DM2 acomete indivíduos a partir da quarta década de vida. São considerados fatores de risco para o desenvolvimento para DM2, história familiar da doença, idade avançada, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional (DMG) e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia. As medidas farmacológicas incluem hipoglicemiantes orais; insulinoterapia. Já as não farmacológicas são alimentação e atividade física (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020).

O diabetes mellitus tipo 1 e 2 são responsáveis por muitas complicações agudas, como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica; e crônicas micro ou macrovasculares. Dentre as complicações crônicas podemos citar, doença renal crônica; retinopatia diabética, pé diabético e neuropatia diabética (Cadernos de Atenção Básica, nº 36-2013).

HAS e DM podem causar um conjunto de complicações que interferem negativamente na qualidade de vida e funcionalidade do indivíduo quando não realizado o acompanhamento e tratamento adequado como citado anteriormente. Percebendo a importância de acompanhamento dessas doenças crônicas, foi criado em 2002 o programa HIPERDIA. Esta é uma ferramenta utilizada para auxiliar no atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, visando o cadastramento, acompanhamento e assistência farmacêutica, de acordo com a PORTARIA Nº 371, DE 04 DE MARÇO DE 2002:

“Art. 1º Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Art. 2º O Programa a que se refere o artigo anterior tem os seguintes objetivos:

I - implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes a ser

proposto pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT

O HIPERDIA realiza o cadastro dos pacientes diagnosticados com HAS e/ou DM no sistema do HIPERDIA. Estimula-se a adesão dos pacientes, periodicidade e solicitação de exames conforme protocolos e orienta-se quanto a sua patologia, adesão terapêutica e promoção de hábitos saudáveis como exercício físico e alimentação saudável.

Entretanto, a baixa adesão dos usuários ao programa HIPERDIA é uma barreira que gera redução da efetividade do programa e avaliação dos benefícios. Estudos apresentados demonstraram que a aderência e acompanhamento do programa, apresentaram resultados positivos no controle de níveis pressóricos e glicêmicos, realização de palestras, como ocorreu na cidade de Maceió (Braz. J. of Develop., oct. 2020).

Diante do exposto, fica evidente a importância da utilização do programa HIPERDIA, nacional e regionalmente, na identificação, manejo e assistência dos pacientes com tais patologias crônicas. O programa permite organizar os cuidados dos pacientes, ampliando o tratamento para além de medidas farmacológicas. Através dele, pode-se ampliar e instrumentalizar o processo de atendimento, monitoramento e cuidado desses pacientes visando prevenção, promoção em saúde visando intervenções precoce e ajustes medicamentosos quando necessário a partir de acompanhamento multidisciplinar regular e individualizado através de consultas, exames periódicos, ações educativas, monitoramento e registro dos dados.

6 RESULTADOS ESPERADOS

Com incremento do programa HIPERDIA, na USF São Francisco II, espera-se que os pacientes participem ativamente do serviço prestado no programa aumentando o número de usuários acompanhados com redução dos níveis pressóricos e controle dos níveis glicêmicos com realização de atividade física, orientação alimentar e consultas médicas e/ou enfermagem regulares. Por fim, esperamos que as atividades conduzam à conscientização dos pacientes sobre a importância do acompanhamento e tratamento da HAS e DM2 para evitar complicações agudas e/ou crônicas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a incrementação do programa HIPERDIA na unidade de saúde São Francisco II, Santo Antônio de Jesus, Bahia, possa colaborar no acompanhamento contínuo dos pacientes com HAS e DM2, doenças frequentes no Brasil e presentes na atenção primária à saúde. O programa é uma importante ferramenta para o gerenciamento do cuidado dos pacientes, sensibilizando-os sobre a importância de hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividades físicas e orientações alimentares, e adesão ao tratamento farmacológico. Para a equipe de saúde, o registro dos dados no sistema HIPERDIA, por exemplo, a hemoglobina glicosilada e a medida pressão arterial dos pacientes, irão auxiliar no monitoramento dos usuários e aperfeiçoamento do programa de acordo com contexto da equipe de saúde da família.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.
- BARROSO, W. K.S, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2020
- Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020.
- Tratado de Medicina de Família - Gusso - 2a edição - 2019 - Vol I e II.
- ANDRADE, A. C. V. et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. O Mundo da Saúde v. 37, n. 4, p. 439-449, 2013.
- FEITOSA, I. O; PIMENTEL A. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. Rev. NUFEN. v. 8, n. 1, 2016.
- NICACIO, D. P. F. Plano de intervenção para melhoria na adesão ao programa HIPERDIA na unidade básica de saúde Areia Vermelha do município de Limoeiro de Anadia. Alagoas. 2015. 26 fls. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Estratégia em saúde da família UFMG, 2015.
- Prevalência de diabetes no Brasil chega a mais de 10% dos adultos nas capitais. <https://observatoriodaaps.com.br/tema/diabetes-> Acesso- 17-06-24
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002-PORTARIA Nº 371, DE 04 DE MARÇO DE 2002.
- Hipertensão arterial: Saúde alerta para a importância da prevenção e tratamento- <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/hipertensao-arterial-saude-alerta-para-a-importancia-da-prevencao-e-tratamento->. Acesso- 17-06-24
- BRASIL-2002 - portaria nº 371, de 04 de março de 2002(*)seção 1, página 88- artigo I e II - Ministério da saúde
- Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília.202

- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Censo Brasileiro de 2022-

- A influência do hiperdia no controle da hipertensão e do índice glicêmico: discussão acerca da saúde de idosos de uma comunidade de Maceió .Braz. J. of Develop.,Curitiba, v.6, n.10,p. 83251-83254, oct.2020.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

- Feitosa et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023-Arq Bras Cardiol. 2024; 121(4):e20240113.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023:

Atlas do Diabetes da Federação Internacional de Diabetes (IDF)-2021.acesso em 12 de junho de 2024