

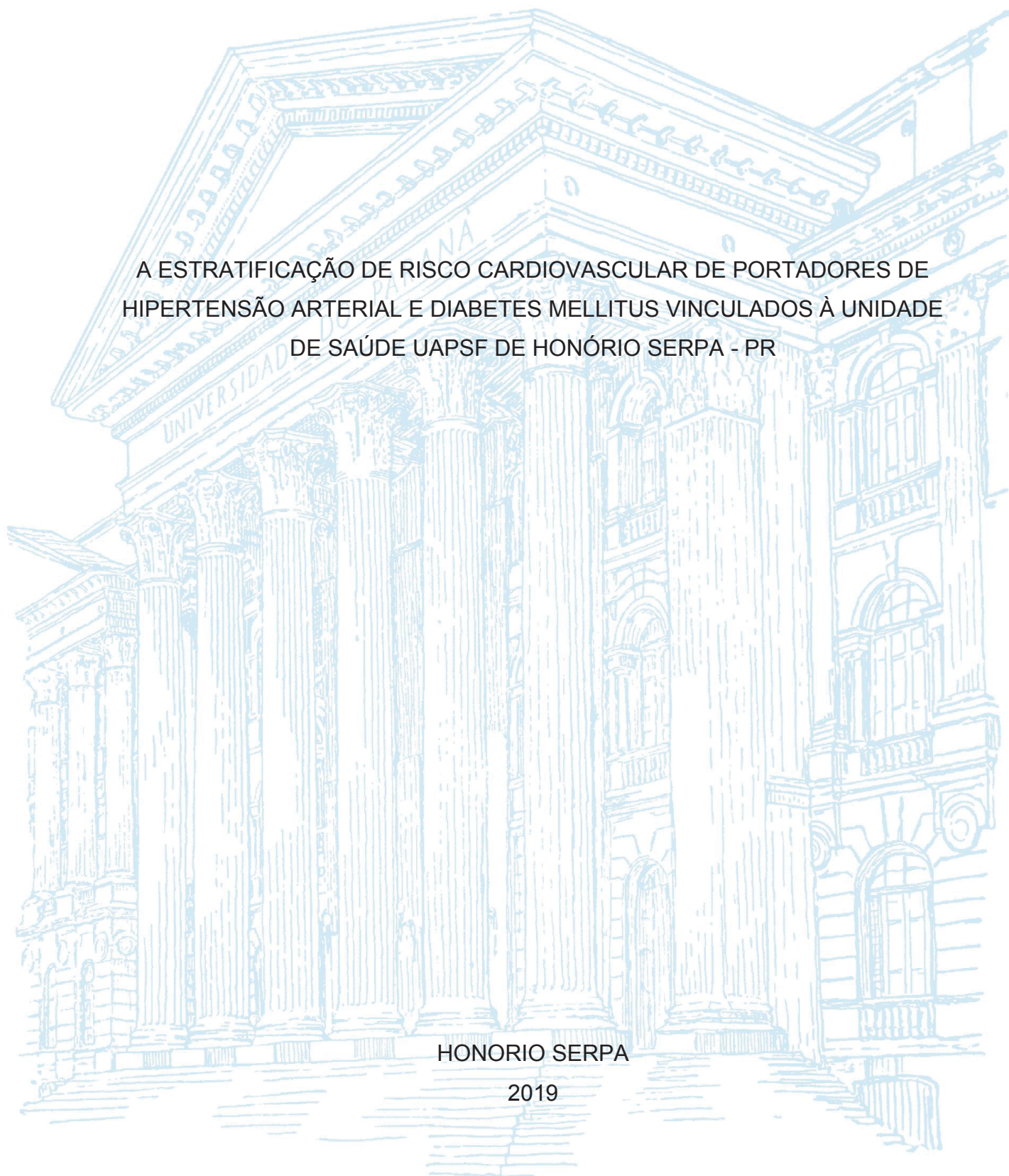
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADRIANE BORGES MARTINS

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DE PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS VINCULADOS À UNIDADE
DE SAÚDE UAPSF DE HONÓRIO SERPA - PR

HONORIO SERPA

2019



ADRIANE BORGES MARTINS

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR DE PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS VINCULADOS À UNIDADE
DE SAÚDE UAPSF DE HONÓRIO SERPA - PR

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof.^a Samantha Reikdal Oliniski

HONORIO SERPA

2019

Dedico esse trabalho à minha família, meus irmãos e minha mãe que foram minha força para alcançar êxito na formulação desse projeto, e a presença de Deus na minha vida, que sempre me deu forças durante todo o caminho até aqui. À minha irmã da alma Bruna Vicário, por toda paciência e amor dedicado, sempre me apoiando e ajudando desde o começo. Obrigada a todos que me ajudaram a chegar ao término desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a cada paciente envolvido nesse projeto. Agradecimento especial a auxiliar de enfermagem Jandira dos Santos por sua dedicação e companheirismo durante todo o processo de estratificação e reuniões HIPERDIA, só assim tornou possível o êxito do projeto em todos os sentidos.

Escreva algo que valha a pena ler ou faça algo que valha a pena escrever...

(Benjamin Franklin)

RESUMO

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção e é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNASUS. O objetivo foi estratificar os riscos de hipertensos e diabéticos vinculados à Unidade de Atenção Primária de Saúde da Família (UAPSF), do município de Honório Serpa, bem como desenvolver ações individuais e coletivas que visem a redução das comorbidades relacionadas a estes agravos, suas complicações, e consequentemente melhorar a qualidade de vida desta população. O método utilizado foi a pesquisa-ação. O projeto de intervenção foi desenvolvido em duas etapas: na primeira foi cadastrado e estratificado o risco de toda a população hipertensa e/ou diabética da unidade (319 usuários), que foi dividida em subgrupos de 15 pacientes; e na segunda etapa será feito o encaminhamento dos usuários classificados como de alto risco ao atendimento especializado. Na primeira etapa foi realizada roda de conversa com o grupo, pela equipe multiprofissional (nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta), com orientações de autocuidado e mudanças de estilo de vida, e posteriormente houve atendimento médico individual. Foram cadastrados um total de 319 pacientes, dentre os quais: 155 pacientes estratificados como risco habitual (baixo risco cardiovascular), 74 pacientes como risco médio e 31 pacientes identificados como alto risco cardiovascular. Já na segunda etapa foi realizada roda de conversa, café saudável e priorizado o atendimento individual dos pacientes considerados de alto risco de eventos cardiovasculares. Ainda na segunda etapa, estes usuários serão encaminhados para avaliação multiprofissional no Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONINS). Dentre os resultados do projeto se destacam: a estratificação de risco de 267 hipertensos e diabéticos; o cadastro de toda essa população na unidade de saúde, bem como a atualização daqueles que já estavam vinculados ao Programa Hiperdia; entrega da carteira de doente crônico aos que participaram da ação, com registro de seus dados antropométricos e demais informações relevantes para acompanhamento; e principalmente uma sensibilização para mudança de atitude diante a condição crônica de saúde, pois os pacientes participavam das ações apenas para obter a renovação da receita de medicamentos. Alguns obstáculos foram encontrados ao longo do projeto, como não adesão de todos os pacientes e certa resistência da equipe de saúde da unidade. Dentre as ações realizadas a que apresentou maior êxito foi a melhoria no cadastro na unidade de saúde e o acolhimento aos hipertensos e diabéticos de todos os riscos, além de incentivar a percepção deles sobre sua condição crônica, identificando o problema, a prioridade a ser trabalhada e tratada de forma adequada e selecionar uma tarefa ou meta viável para o incentivo na mudança de estilo de vida do paciente. Além disso, outro destaque foi a busca de formação de vínculo e estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais da equipe e os usuários e a garantia de encaminhamento a rede especializada para os considerados de alto risco cardiovascular.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Doenças Cardiovasculares. Doença Crônica. Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

This work is an intervention project and is a result of the Specialization Course in Primary Care of UFPR, funded by UNA-SUS. The objective was to stratify the risks of hypertensive and diabetic patients linked to the Primary Family Health Care Unit (UAPSF), in the municipality of Honório Serpa, as well as to develop individual and collective actions aimed at reducing the comorbidities related to these diseases, their complications, and consequently improve the quality of life of this population. The method used was action research. The intervention project was developed in two stages: in the first, the risk of the entire hypertensive and / or diabetic population of the unit (319 users) was registered and stratified, which was divided into subgroups of 15 patients; and in the second stage will be made the referral of users classified as high risk to specialized care. In the first stage, a conversation with the group was held by the multiprofessional team (nutritionist, psychologist and physiotherapist), with self-care guidelines and lifestyle changes, and later there was individual medical care. A total of 319 patients were enrolled, including: 155 patients stratified as usual risk (low cardiovascular risk), 74 patients as medium risk and 31 patients identified as high cardiovascular risk.

In the second stage was held a conversation wheel, healthy coffee and prioritized the individual care of patients considered at high risk of cardiovascular events. Still in the second stage, these users will be referred for multiprofessional evaluation at the Intermunicipal Health Consortium (CONINS). The project results include: risk stratification of 267 hypertensive and diabetic patients; the registration of all this population in the health unit, as well as the updating of those who were already linked to the Hiperdia Program; delivery of the chronically ill card to those who participated in the action, recording their anthropometric data and other relevant information for follow-up; and especially a sensitization to change of attitude towards the chronic health condition, as patients participated in the actions only to obtain the prescription drug renewal. Some obstacles were encountered throughout the project, such as non-adherence of all patients and some resistance from the health team of the unit. Among the actions carried out the most successful was the improvement in the registration in the health unit and the reception of hypertensive and diabetic patients of all risks, besides encouraging their perception of their chronic condition, identifying the problem, the priority to be addressed. and treated appropriately and select a viable task or goal to encourage the patient's lifestyle change. In addition, another highlight was the search for bond formation and the establishment of a relationship of trust between the team professionals and users and the guarantee of referral to the specialized network for those considered to be at high cardiovascular risk.

Keywords: Diabetes Mellitus. Cardiovascular diseases. Chronic disease. Arterial hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AVC – acidente vascular cerebral

CONINS - Consórcio Intermunicipal de Saúde

DCV - Doenças Cardiovasculares

DM - Diabetes Mellitus

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agraria

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA - Cadastramento e Acompanhamento de Doentes Crônicos que padecem de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

UAPSF - Unidade de Atenção Primária de Saúde da Família

US - Unidade de Saúde

AIT- Ataque Isquêmico Transitório

HVE- Hipertrofia de ventrículo Esquerdo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	15
1.2 OBJETIVOS	16
1.2.1 Objetivo geral	16
1.2.1 Objetivos específicos.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS	18
2.2 EPIDEMIOLOGIA	19
2.3 CLASSIFICAÇÃO DO DM	20
2.3.1 Diabetes tipo 1.....	20
2.3.2 Diabetes tipo 2.....	20
2.3.3 Diabetes gestacional	21
2.3.4 Diagnostico do DM	21
2.4 CLASSIFICAÇÃO DA HAS.....	21
2.4.1 Normotensão	22
2.4.2 PA limítrofe	22
2.4.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	22
2.4.4 Hipertensão secundária.....	22
2.5 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR	23
3 METODOLOGIA	29
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	39
6 REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

Honório Serpa é uma cidade do sudoeste do estado do Paraná, os habitantes se chamam Honório Serpenses. O município se estende por 502,2 km² e contava com 5.955 habitantes no último censo (IBGE, 2010). A densidade demográfica é de 11,9 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Coronel Vivida, Mariópolis e Mangueirinha.

O município teve bravos conquistadores. De um deles, o povoado que se formou no então município de Mangueirinha, herdou seu nome e sobrenome. A família Serpa chegou aos campos de Palmas no fim do século XIX, por volta do ano 1896, fugindo da revolução Federalista nos pampas gaúchos. Acompanhado dos filhos Honório e Ozório, Diógenes Serpa e sua Esposa Eufrásia, fizeram uma verdadeira odisséia, fugindo da guerra, da fome e da morte quase certa, vindo a pé da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul apenas com a mochila nas costas. Com espírito desbravador atravessaram o Rio Chopim e chegando a propriedade do Pecuarista Paulo de Siqueira, estabeleceram-se ali como agregados da Fazenda. Em 1914, Honório se casou com uma filha adotiva de Siqueira, tornando-se assim capataz da fazenda. Em 1925, recebeu como herança dois mil alqueires da fazenda, os quais mais tarde foram divididos entre os treze filhos de Honório e sua esposa. Simpático às causas do tenentismo, que tinha em Luis Carlos Prestes seu líder, Honório fazia campanha política a cavalo. Assim quando em 1964 o povoado foi elevado à categoria de distrito, o nome de Honório Serpa foi escolhido para designar o distrito de Mangueirinha e mais tarde, em 1990, com a Lei estadual nº. 9184/1990, o novo município foi emancipado administrativamente, sendo instalado no ano de 1993 (IBGE, 2010).

As primeiras atividades econômicas dos moradores se concentravam além da pecuária, na exploração da madeira. Apenas a partir da década de 50 é que a agricultura começou a ser desenvolvida como atividade econômica. Nos anos 80 houve um significativo aumento da população, com a chegada dos agricultores que foram assentados pelo INCRA, que com seu trabalho no cultivo da terra, possibilitou que o então distrito, aos poucos se desenvolvesse, e assim fomentasse a emancipação a categoria de Município (BRASIL, 2013).

A cidade é pequena, e o perfil geral é de pessoas com pouca escolaridade, de baixo nível socioeconômico. O município é essencialmente pecuarista, dividindo-se em produção de gado leiteiro e avicultura, prevalecendo à produção familiar (BRASIL, 2013).

A distribuição da população total do município pode ser assim classificada: 48,1% do sexo feminino e 51,9% de sexo masculino; 1,62% são menores de 1 ano, 36,02% têm entre 1 e 20 anos; 52,7% de 21 a 60 anos; e 9,66% acima de 60 anos. Quanto à região de moradia, 33,38% residem na área urbana e 66,62% na área rural (DATASUS, 2016).

Com relação à saúde, o município de Honório Serpa possui três Unidades Básicas: a Unidade de Atenção Primária de Saúde da Família (UAPSF), a Unidade do Gigante e a Unidade Rural Pinho Fleck. Conta também com um centro de atendimento 24 horas, que realiza os atendimentos de urgências e emergências, por demanda espontânea. Quando há necessidade de avaliação hospitalar ou internamento é feito encaminhamento para o hospital da cidade vizinha, Coronel Vivida. O município conta ainda com o apoio do Samu de Coronel Vivida para transporte de paciente em estado grave.

As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são compostas por um médico, uma enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem, variando o número de acordo com o tamanho da equipe, agentes comunitário de saúde, motorista e um auxiliar de serviços gerais.

A Unidade de Atenção Primária de Saúde da Família (UAPSF), em que foi desenvolvido este projeto, atende um território de 2.332 pessoas, distribuídas em 4 micro áreas, estando uma delas descoberta. Cada micro área é composta em média por 500 a 600 habitantes.

Esta unidade possui uma boa localização, porém uma das microáreas fica localizada distante da US, e esta é a única que não possui agente comunitário de saúde comunitário, o que dificulta a locomoção do usuário e um atendimento ágil. A infraestrutura física da unidade é boa, possui uma quantidade de mesas cadeiras e equipamentos suficientes para o atendimento das demandas da unidade.

A equipe é composta por três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um médico do Programa Mais Médicos (32 horas), um clínico geral (20 horas), uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem, um dentista e um auxiliar de dentista.

A US conta ainda com apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) composto por nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. O horário de funcionamento é das 07h30min às 11h30min e das 13h00min às 17h00min.

Dentre as atividades realizadas pela equipe estão: triagem neonatal, vacinação, puericultura, triagem materna, atendimentos odontológicos, preventivos, triagem de paciente, administração de medicamentos, curativos, atendimento às gestantes e parceiros, atendimento psiquiátrico, renovação de receitas de psicotrópicos, testes rápidos, visitas domiciliares e atividades educativas.

O profissional médico atende 16 pacientes por período, sendo 8 atendimentos agendados (acompanhamento) e 8 por demanda espontânea (queixas do dia). O atendimento odontológico ocorre todos os dias da semana, manhã e tarde. Não há agendamento, os usuários são atendidos somente por demanda espontânea, e muitos acabam sem atendimento, pois a demanda é bem maior que a capacidade de atendimento.

A imunização é bem organizada, fica a cargo de duas técnicas de enfermagem que atuam na sala de vacinas. Esta sala é climatizada para recepção e administração dos imunobiológicos, conforme preconizado no Programa Nacional de Imunização.

No que se refere à atenção da saúde da criança, são realizadas visitas domiciliares até o quinto dia de vida, e a triagem neonatal na US é feita pela equipe de enfermagem. Já as atividades de puericultura (atendimento e acompanhamento de desenvolvimento de crianças de 0 a 12 meses) são realizadas mensalmente pela enfermeira e pela médica em consultas intercaladas.

Na US são realizadas ainda ações de atenção ao pré-natal. As consultas são agendadas uma vez por semana e os atendimentos são realizados pela médica. Quando as gestantes possuem queixas são atendidas na demanda espontânea. Não são realizadas consulta de enfermagem no pré-natal. A inscrição no SIS pré-natal (Protocolo para Cadastro de Gestantes) é realizada pela enfermeira. A busca ativa poderia ser mais efetiva, visando buscar as faltosas e o motivo do não comparecimento às consultas.

A coleta de preventivo do colo uterino é realizada pela enfermeira e eventualmente pela médica. A enfermeira atende com demanda agendada e adesão para a coleta é muito boa, atingindo anualmente um bom número de coletas. A equipe realiza campanhas, em que a coletas dos preventivos é realizada no período

noturno e no fim de semana (principalmente nos meses de março e outubro), visando atingir um maior número de mulheres. A mamografia é realizada no município de Pato Branco. Este exame é solicitado pelo médico ou pela enfermeira, para a população alvo (de 50 a 69 anos) ou quando possui necessidade após exame de palpação das mamas visando o diagnóstico precoce de neoplasias mamárias.

O cuidado com os hipertensos e diabéticos era realizado até meados de agosto do ano passado com grupos de HIPERDIA (Cadastramento e Acompanhamento de Doentes Crônicos que padecem de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus), porém, sem realização de orientações e estratificação de risco cardiovascular dos pacientes, tão pouco havia palestras de apoio pela equipe do NASF.

Os pacientes buscam a US por queixas variadas, sendo as mais comuns doenças do aparelho circulatório, lombalgia e poliartralgias, cardiopatias, complicações e comorbidades decorrentes de doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial), lesão de ombro e membros superiores, estes últimos estão relacionados aos trabalhadores de um frigorífico na cidade vizinha.

A população apresenta hábitos alimentares deficientes, com ingestiva significativa de gordura animal. Boa parte dos usuários acima de 60 anos é hipertensa e há número expressivo de diabéticos também. Por esse motivo, foi percebida de forma clara a importância do retorno das atividades do HIPERDIA, que foram suspensas desde setembro de 2018, momento em que se decidiu por não mais entregar as medicações nas reuniões. Desde então, o número de consultas na unidade aumentou, pois além da renovação das receitas, há ausência de supervisão mensal, que por sua vez propiciou o aumento de comorbidades e descontinuidade nos bons hábitos de vida dos pacientes. Desde dezembro de 2018 se cogita o retorno das atividades do HIPERDIA, porém, de forma diferente do que se realizava anteriormente, com maior adesão dos pacientes e melhora na sua qualidade de vida.

O plano de intervenção ao qual se aplica o presente projeto aborda especialmente a Estratificação de risco Cardiovascular de Hipertensos e Diabéticos, vinculados à Unidade de Atenção Primária de Saúde da Família (UAPSF).

A unidade tem um índice alto de atendimento de doentes portadores de hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) descompensados, que representam uma minoria no total da população, porém, são os que mais sofrem,

devendo receber atenção singular. Por esse motivo foi elaborada uma lista de problemas mais frequentes.

As causas que dificultaram uma abordagem mais completa até o momento são as seguintes:

- A população apresenta hábitos alimentares deficientes, com muita ingestão de gordura animal, alta índice de consumo de industrializados, açúcar e sódio;
- Não realização de atividades físicas regulares, programada (academia, esportes) ou não programada (recreativa);
- Consumo elevado de bebidas alcoólicas e cigarros;
- Uso inadequado de medicação ou não uso desta;
- Alto número de consultas de hipertensos e diabéticos com descontrole metabólicos;
- Idosos que vivem sós ou com companheiros, porém, desprovidos de condições para o autocuidado.

1.1 JUSTIFICATIVA

Esse plano de intervenção se justifica devido à alta prevalência de atendimento de DM e HAS, sem acompanhamento adequado e sem estratificação de risco cardiovascular e acompanhamento em setor especializado conforme a necessidade dos pacientes na unidade básica UAPSF.

Aproveitando também o momento oportuno de retorno das atividades do HIPERDIA, a proposta se baseia na coleta de informações de forma mais complexa e exploratória, de modo a estratificar o risco dos hipertensos e diabéticos. Este plano de intervenção favorece os pacientes e a equipe, pois além da renovação da receita, os pacientes serão avaliados de forma mais completa com exame físico específico para a condição e solicitação de exames necessários aplicando-se escores de Framingham, coleta de dados antropométricos, e será feita a estratificação de risco pelo profissional médico, com uma proposta interdisciplinar, com atenção compartilhada em grupo e também de forma individualizada, de acordo com a necessidade e comorbidades singulares de cada paciente.

O plano está de acordo com o interesse dos pacientes e da equipe, pois em conjunto com o NASF, poder-se-á traçar metas e objetivos tangíveis aos pacientes, ensinando o autocuidado e mudança no estilo de vida como primeira linha de cuidado aos pacientes de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vinculados à Unidade de Saúde UAPSF de Honório Serpa-PR”, com intuito de orientação, educação em saúde, incentivando mudanças de estilo de vida e melhoria da saúde dos pacientes crônicos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Estratificar os riscos de hipertensos e diabéticos vinculados à Unidade de Atenção Primária de Saúde da Família (UAPSF), do município de Honório Serpa, bem como desenvolver ações individuais e coletivas que visem à redução das comorbidades relacionadas a estes agravos, suas complicações, e consequentemente melhorar a qualidade de vida desta população.

1.2.1 Objetivos específicos

- Estratificar o risco de doentes crônicos vinculados ao Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Diabetes e das Linhas Guia da Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus da secretária do Estado do Paraná;
- Identificar e cadastrar todos os hipertensos e diabéticos de alto risco;
- Atualizar os registros e informações dos pacientes;
- Implantar a carteira do doente crônico, com avaliações semestrais, entrega de receitas para os medicamentos de uso contínuo;
- Incentivar hábitos saudáveis de vida, tais como alimentação adequada e prática frequente de atividade física;
- Avaliar perfil corporal e implementar dieta individual conforme necessidade;
- Organizar atividades em grupo para o público-alvo com os diferentes profissionais da saúde na unidade de saúde;

- Realizar atendimento individual aos hipertensos e diabéticos, solicitar exames complementares, fazer acompanhamento e encaminhar para avaliação especializada aqueles considerados de alto risco.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), são doenças que apresentam vários aspectos em comum, identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial. Por serem doenças geralmente assintomáticas, na maioria dos casos, há difícil adesão ao tratamento, ainda mais pelo fato da necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo (BRASIL, 2001).

São doenças incuráveis, que requerem acompanhamento eficaz, com estratificação de risco adequado e permanente, além de controle rigoroso para evitar complicações que seriam evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas (BRASIL, 2001).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica que envolve múltiplos fatores fisiopatológicos que geram níveis elevados de Pressão Arterial (PA). Considera-se hipertensão quando a pressão sistólica está acima de 140mmHg e/ou diastólica acima de 90mmHg. Esta doença é fator de risco importante para o desenvolvimento de alterações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS representa um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, principalmente por suas complicações e alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo (coração, rins, cérebro, vasos sanguíneos) e ainda alterações metabólicas, sendo em combinação com o diabetes Mellitus responsável por 50% dos casos de insuficiência renal (PARANÁ, 2018).

O Diabetes Mellitus (DM), é uma síndrome complexa, decorrente da deficiência de insulina, associada ou não a resistência insulínica, sendo sua característica típica a hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de lipídios, carboidratos e das proteínas. É importante deixar claro que o DM não é uma doença única, mas sim um grupo de transtornos metabólicos heterogêneos apresentando a hiperglicemia como característica comum (PARANÁ, 2018).

Os resultados no controle das doenças crônicas vêm da soma de diversos fatores e condições que proporcionam o acompanhamento desses pacientes, sendo

necessário promover o autocuidado ao doente crônico, sempre que ele seja considerado capaz disso, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade (PARANÁ, 2018).

Os profissionais da Atenção Básica têm grande importância nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização, educação em saúde e controle adequado da HAS e do DM, sendo essencial a identificação dos grupos de risco para melhorar a otimização do tratamento.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

As doenças crônicas são responsáveis por 63% das mortes no mundo. No Brasil, são a causa de 74% dos óbitos. Nas últimas décadas, tem ocorrido um notável aumento do número de casos de DM em todo o mundo. Cerca de 13 milhões de brasileiros são diabéticos. Grande parte do aumento dos casos de DM ocorre em paralelo ao crescimento do número de obesos. Além disso, estão associados ao diabetes o envelhecimento populacional, sedentarismo e abuso/uso de álcool (BRASIL, 2014).

O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade, associadas às complicações e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), e também geram desafios no controle e prevenção, sobretudo nas equipes de Atenção Básica (AB).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam instituídas ações que trabalhem mudanças no estilo de vida, já que essa é parte fundamental do manejo não farmacológico dos pacientes com doenças crônicas (BRASIL, 2014).

Os principais fatores de risco para a HAS e DM são: obesidade, doença congênita, doença com carga hereditária, comorbidades (coexistência de doenças), alimentação inadequada, inatividade física, uso de medicação de forma incorreta (polifarmácia em casa e/ou automedicação), idosos frágeis que vivem sós ou com companheiros igualmente desprovidos de condições para o autocuidado (BRASIL, 2001).

2.3 CLASSIFICAÇÃO DO DM

Existem três tipos mais comuns de diabetes, sendo o DM tipo 2 o que abrange cerca de 90% da população, seguido do DM tipo 1, aproximadamente 8% e por último o Diabetes Gestacional. Outros tipos específicos de Diabetes podem resultar de doenças genéticas que acometem o pâncreas, endocrinopatias e efeito colateral de remédios (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

2.3.1 Diabetes tipo 1

A apresentação do diabetes tipo 1 é de tipo auto imune, apresenta-se de forma abrupta em crianças e adolescentes, cursa com hiperglicemia acentuada e pode evoluir rapidamente para cetoacidose, principalmente nas infecções graves, ou outra forma de estresse corporal forte (BRASIL, 2006).

O termo tipo 1, indica a deficiência absoluta de insulina, com destruição das células beta do pâncreas rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças (pico de incidência entre 10-14 anos), mas pode ocorrer também em adultos, sendo necessária a administração de insulina para evitar cetoacidose (BRASIL, 2014).

2.3.2 Diabetes tipo 2

O diabetes tipo 2 é de início lento e com sintomatologia mais branda, abrange na sua maioria adultos com histórico de excesso de peso e familiares com DM de tipo 2. No entanto, na atualidade com crianças obesas, aumentaram os casos de diabetes tipo 2 em jovens (BRASIL, 2006).

O termo tipo 2 se mostra com uma deficiência relativa de insulina, referente a um defeito na secreção da insulina, de evolução lenta, demora muitos anos até ser necessário o uso de insulina, para alcançar controle glicêmico adequado, quando necessário. A hiperglicemia se desenvolve de forma lenta, sendo uma forma assintomática da doença por vários anos (BRASIL, 2014).

2.3.3 Diabetes gestacional

Diabetes gestacional é um processo que cursa com estado corporal de hiperglicemia, que se manifesta pela primeira vez na gestação e que geralmente se resolve após o parto. A diabetes adquirida na gestação pode retornar anos após o parto, porém, trata-se de uma classificação menos severa do que o DM tipo 1 e tipo 2 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

2.3.4 Diagnostico do DM

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”, poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1 (BRASIL, 2014, p 30).

No diabetes mellitus tipo 1 os sintomas são de evolução rápida podendo levar a cetose, desidratação e até mesmo acidose metabólica, já no diabetes tipo 2 o início dos sintomas é lento e geralmente os pacientes são diagnosticados pela presença de uma complicação tardia (BRASIL, 2014).

Os sinais e sintomas clássicos, os quatro P’s, não são os únicos elementos clínicos para a suspeita de DM, podem ser diagnosticados por sintomas menos específicos como: fadiga, fraqueza, letargia, visão turva, prurido corporal constante ou prurido vulvar/peniano. A doença também pode ser diagnosticada após intercorrência de doenças crônicas ou de complicações crônicas como, por exemplo, câimbras, parestesias e dor constante em membros inferiores, retinopatia diabética, catarata e infecções de repetição (DUNCAN et al, 2013).

2.4 CLASSIFICAÇÃO DA HAS

Podemos classificar a pressão arterial (PA) de acordo com os valores obtidos no consultório ou fora dele, levando em consideração a hipertensão do jaleco branco, hipertensão mascarada e outras causas de medidas que alteram os reais resultados (BRASIL, 2014).

2.4.1 Normotensão

Pessoas que apresentam PA menor que 120/80 mmHg e que não possuem nenhum fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV) devem verificar sua PA em até dois anos em nova consulta, exceto portadores de DM, esses devem ter suas medidas pressóricas em cada consulta de rotina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011).

2.4.2 PA limítrofe

Pessoas que apresentam PA entre 130/85 a 139/89 devem fazer avaliação de fatores de risco para DCV, caso exista presença de algum fator, deverá ser avaliada por consulta de enfermagem para estratificação de risco cardiovascular e agendada consulta médica, no caso de não existir fatores de risco para DCV, avaliar novamente PA no intervalo de uma a duas semanas, devendo ser atendido por enfermeiro ou médico, para orientações de mudanças de estilo de vida (MEV). Pessoas com PA limítrofe devem ser estimuladas pela equipe de saúde a adotar hábitos saudáveis de vida (BRASIL, 2014).

2.4.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

Quando a média de três medidas forem iguais ou maiores que 140/90mmHg o paciente deve ser agendado para acompanhamento e tratamento adequados (BRASIL, 2014).

2.4.4 Hipertensão secundária

A HAS secundária possui causas definidas e apresenta-se em menos de 3% dos hipertensos, devem receber correta avaliação, pois ao determinar a causa se pode determinar a interrupção dos anti-hipertensivos. A suspeita de HAS secundária é de predominância baseada na história clínica do paciente e no exame físico adequado, bem como indicação de exames complementares. As causas de HAS secundária podem ser divididas em três categorias:

- Causas renais: doenças parenquimatosas e rins policísticos.
- Causas renovasculares: estenose da artéria renal e coarctação de aorta.
- Causas endócrinas: acromegalia, síndrome de Cushing, hipotireoidismo, entre outras.
- Causas exógenas: grandes quantidades de drogas, álcool e tabagismo, intoxicação química por metais pesados (CURITIBA, 2014).

Quando exista alta probabilidade de hipertensão por causas secundárias, o paciente deve ser enviado para avaliação de especialista da área que se suspeita da causa, endocrinologista, nefrologista (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011).

2. 5 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

A estratificação de risco cardiovascular em pacientes com HAS e DM é feito pelo score de Framingham ,composto por um processo de três etapas com fatores que devem ser considerados na anamnese do paciente para avaliar seu risco de desenvolver doenças cardiovasculares em até dez anos. A partir dessa estratificação se selecionam os indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais merecem maior atenção e intervenções mais intensas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011).

A primeira etapa consiste em buscar informações sobre fatores de risco prévios que são divididos em risco baixo/intermédio e alto risco, aonde se encontram com os seguintes critérios por risco (QUADRO 1):

Quadro 1 – Escore de Risco de Framingham

RISCO BAIXO/RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO	
Tabagismo	AVC* previamente	
HAS	IAM* previamente	
Obesidade	Lesão Periférica	AIT*
Sedentarismo	LOA*	HVE*
Sexo masculino		Nefropatia
Idade > 65 anos		Retinopatia
História familiar		Aneurisma de aorta abdominal
(H* < 55a; M* < 65a) – evento cardiovascular prévio		Estenose de carótida sintomática
	DM*	

Fonte: BRASIL, 2010.

LEGENDA: H* = homem; M* = mulher

AVC* = acidente vascular cerebral; IAM* = infarto agudo do miocárdio; LOA* = lesão de órgão alvo; DM* = diabetes mellitus; AIT*=Ataque isquêmico transitório; HVE*= Hipertrofia de ventriculo esquerdo

Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermédio, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é um paciente de baixo risco. Se o paciente apresentar um dos fatores de alto risco também não há necessidade de calcular escores, pois é considerado de alto risco se possui um fator de risco alto. O cálculo se aplica apenas aos que apresentam mais de um fator baixo/intermediário (OPAS, 2010).

Na segunda etapa da estratificação se avalia a idade, exames de perfil lipídico e o tabagismo presente ou não no paciente. Após avaliar essas variáveis mencionadas, se inicia a terceira etapa, onde usando-se uma tabela (QUADROS 2 a 8) se estabelece uma pontuação e se obtém o risco de doenças cardiovasculares em dez anos para os pacientes portadores de DM e HAS (BRASIL, 2010).

Quadro 2 – Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo o gênero e idade

HOMENS		MULHERES	
idade em anos	Pontuação	idade em anos	pontuação
20-34	-9	20-34	-7
35-39	-4	35-39	-3
40-44	0	40-44	0
45-49	3	45-49	3
50-54	6	50-54	6
55-59	8	55-59	8
60-64	10	60-64	10
65-69	11	65-69	12
70-74	12	70-74	14
75-79	13	75-79	16

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 3 - Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (homens), níveis de colesterol total e idade

HOMENS					
colesterol total (mg/dl)	idade em anos 20-39	idade em anos 40-49	idade em anos 50-59	idade em anos 60-69	idade em anos 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
>=280	11	8	5	3	1

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 4 - Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (mulheres), níveis de colesterol total e idade

MULHERES					
colesterol total (mg/dl)	idade em anos 20-39	idade em anos 40-49	idade em anos 50-59	idade em anos 60-69	idade em anos 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
>=280	13	10	7	4	2

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 5 - Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (homens), tabagismo e idade.

HOMENS					
	idade em anos 20-39	idade em anos 40-49	idade em anos 50-59	idade em anos 60-69	idade em anos 70-79
Não fumantes	0	0	0	0	0
Fumantes	8	5	3	1	1

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 6 - Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero (mulheres), tabagismo e idade.

MULHERES					
	idade em anos 20-39	idade em anos 40-49	idade em anos 50-59	idade em anos 60-69	idade em anos 70-79
Não fumantes	0	0	0	0	0
Fumantes	9	7	4	2	1

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 7 - Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero, HDL colesterol e idade.

HOMENS		MULHERES	
HDL (mg/dl)	Pontuação	HDL (mg/dl)	pontuação
>=60	-1	>=60	-1
50-59	0	50-59	0
40-49	1	40-49	1
<40	2	<40	2

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 8 - Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos, segundo gênero, PA sistólica e idade.

HOMENS			MULHERES		
PA sistólica	Pontuação se não tratada	Pontuação se tratada	PA sistólica	Pontuação se não tratada	Pontuação se tratada
<120	0	0	<120	0	0
120-129	0	1	120-129	1	3
130-139	1	2	130-139	2	4
140-159	1	2	140-159	3	5
>=160	2	3	>=160	4	6

Fonte: BRASIL, 2010.

Após calcular o número de pontos acumulados dos fatores de risco e encontrar o escore total de risco, é necessário cruzar esse dado de modo obter a projeção do risco em 10 anos (QUADRO 9).

Depois de estimar o risco cardiovascular (RCV) por meio da somatória de pontos como baixo, intermediário ou alto risco (QUADRO 10) é necessário definir as metas em relação a níveis pressóricos, perfil lipídico, mudanças no estilo de vida, entre outros, a serem alcançadas para a redução do risco de mortalidade e morbidade do paciente (QUADRO 11). Vale ressaltar que devem ser excluídos os pacientes que tenham doença cardiovascular (DCV) estabelecida ou que sejam considerados de alto risco, tais como diabéticos (BRASIL, 2010).

Quadro 9: Tabela para determinação de risco cardiovascular em 10 anos de DCV

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos	Total de pontos	Risco em 10 anos
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	>=25	>=30
>=17	30	Risco em 10 anos: %	
Risco em 10 anos: %			

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 10: Classificação de risco cardiovascular (estudo de Framingham)

Grau de risco cardiovascular	Risco em 10 anos
Baixo	<10%
Intermediário	10-20%
Alto	>20%

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 11: Metas a serem alcançadas

Risco cardiovascular	Alto	Intermediário	Baixo	Limite
PA	<135/85	<140/80	<140/80	
LDL	<100	<130	<160	<190
CT/HDL*	<4	<5	<6	<7

Fonte: BRASIL, 2010.

LEGENDA: CT/HDL* = colesterol total/HDL

O estudo de Framingham é o referencial teórico mais utilizado mundialmente, que evidencia relação causal com as DCV. Assim, baseado na relevância desse, justifica-se a estratificação adequada do RCV para ocorrência futura de DCV por meio da utilização do ERF (SANTOS, 2001).

3 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como projeto de intervenção. É uma proposta de ação a partir da leitura da realidade, considerando o contexto nas suas várias expressões: social, político, ideológico, cultural, econômico, com o objetivo de estratificar os pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes, na Unidade de Saúde vinculada à Estratégia de Saúde da Família de Honório Serpa. Tem como público-alvo os doentes crônicos do HIPERDIA (hipertensos e diabéticos) de alto risco, que necessitam de intervenção para implementar ações preventivas que possam evitar complicações e até mesmo a morte.

A metodologia utilizada para esse projeto foi à pesquisa-ação de característica colaborativa, pois depende da participação dos pacientes e dos colaboradores da pesquisa para o êxito e permitir condições de investigar a situação dos pacientes em busca de soluções para os problemas que venham a ser encontrados (BRASIL, 2014).

O público-alvo escolhido foi a população de doentes crônicos da UAPSF, e o problema identificado como prioritário foi o elevado número de hipertensos e diabéticos não classificados quanto ao risco cardiovascular. Assim foram propostas intervenções que possam garantir melhor qualidade de atendimento e manejo para os portadores de HAS e DM, por meio da realização da estratificação de risco, orientação nutricional e encaminhamento ao setor especializado da rede do CONINS (Consórcio Intermunicipal de Saúde) para os pacientes de risco alto.

Para a realização da intervenção “Estratificação de risco do paciente vinculado ao Hiperdia” foram adotados como referencial teórico os Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37, que versam sobre “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica” (BRASIL, 2014), e também as “Linhas Guia de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus” (PARANÁ, 2018).

A coleta de dados e as ações de intervenção foram realizadas com o grupo do HIPERDIA, nas reuniões que ocorrem na biblioteca pública do município. Os pacientes estavam distribuídos em grupos de 15 participantes, divididos pelas agentes comunitárias de saúde, de acordo com sua micro área. Já existe um cronograma de encontros previstos semestralmente, para renovação das receitas e participação de atividades do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

A atualização de cadastros dos pacientes que eram atendidos anteriormente nas reuniões HIPERDIA foram atualizados por meio dos cadastros antigos existentes em planilhas físicas dentro da unidade, e também por atualização de novos cadastros utilizando-se de registros de prontuários eletrônicos da unidade. Esta ação foi realizada antes da busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos, e demandou árduo trabalho e contínuo, pois se manteve ao longo da primeira etapa.

O projeto de intervenção foi desenvolvido em duas etapas: na primeira realizada nos meses de março a maio do presente ano, foi cadastrado e estratificado o risco de toda a população hipertensa e/ou diabética da unidade (319 usuários), que foi dividida em subgrupos de 15 pacientes; e a segunda etapa foi realizada em 05 de julho de 2019, na qual foi feito o encaminhamento dos usuários classificados como de alto risco ao atendimento especializado.

Na primeira etapa foi realizada roda de conversa com o grupo, e posteriormente houve atendimento médico individual. Nessa roda de conversa a nutricionista do município realizou orientações sobre vida saudável, alimentação adequada para suprir as necessidades de cada um. Ela também, junto com a equipe de enfermagem, fez uma avaliação multidimensional rápida, para o perfil nutricional dos pacientes, utilizando antropometro, fita métrica e balança e também entrevista sobre hábitos alimentares para poder avaliar o que poderia implementar como medidas de mudanças de estilo nutricional. Aqueles que apresentaram níveis pressóricos alterados, constatados na aferição com esfigmomanometro por profissional da saúde, níveis glicêmicos alterados, aferidos por glicemia capilar e ainda IMC elevado e concentração de gordura em região abdominal constatados por medidas de circunferência abdominal alterados foram encaminhados para atendimento nutricional específico.

Após a roda de conversa com o cadastro atualizado, com a caderneta do idoso em mão, preenchida corretamente pela equipe, o usuário passou por avaliação de risco cardiovascular com profissional médico. Foi utilizado o estudo de Framingham como referencial teórico para estratificar os fatores de risco cardiovascular, além das Linhas Guia de DM e HAS do Estado do Paraná.

Já na segunda etapa foi priorizado o atendimento individual dos pacientes hipertensos e diabéticos, considerados de alto risco de eventos cardiovasculares. Ainda na segunda etapa, estes usuários serão encaminhados para avaliação multiprofissional. Os profissionais atuantes no Consórcio Intermunicipal de Saúde,

para os quais os usuários podem ser encaminhados, são: cardiologista, endocrinologista, psicólogo, nutricionista, enfermeiro e assistente social. O encaminhamento será de acordo com a necessidade individual.

Contudo, antes e para este encaminhamento, a médica solicitará os exames complementares necessários para avaliação do hipertenso e/ou diabético de alto risco, bem como preencherá a referência com a estratificação de risco e o resultado dos exames, indicando de qual profissional solicita avaliação.

O profissional responsável pelo atendimento no CONINS estabelecerá a necessidade de retorno, ficando sob responsabilidade do município o agendamento. A intenção é que esses pacientes após suas consultas em especialidade retornem à unidade e agendem retorno para atendimento com a enfermeira, e com médico, se necessário, propiciando um tratamento completo.

A divulgação desta etapa foi feita pelo portal online do UNASUS e as ACS comunicarão os pacientes de alto risco. Foi realizada uma roda de conversa, na qual foram entregues panfletos sobre hipertensão e diabetes, bem como foi realizado um café saudável. Neste dia ainda, a médica analisou e encaminhou os pacientes para o setor de alto risco de Pato Branco.

Os panfletos foram elaborados pela interventora. Os custos para produção dos panfletos não foram negociados junto à Secretaria de Saúde, e sim arcados pela interventora.

A segunda etapa ocorreu no 05 de julho. Neste dia foram realizadas duas reuniões para atender os 31 pacientes considerados de alto risco cardiovascular, sendo 15 no período matutino e 16 pacientes no período vespertino. Os grupos foram recebidos em rodas de conversa por profissional médico e nutricionista do NASF, que além de um café saudável, conversaram sobre alimentação saudável e distribuírem os panfletos junto. Após isso os pacientes foram atendidos de forma individual, recebendo encaminhamento ao setor de atendimento de alto risco no CONINS de Pato Branco.

O seguimento desses pacientes vai gerar as referências para avaliar o cumprimento das metas estabelecidas de modo individual durante as estratificações de risco (como por exemplo, perda de peso e diminuição de índice de massa corporal - IMC). Contudo, trata-se de um trabalho de avaliação em longo prazo, pois os resultados dependem das mudanças no estilo de vida dos pacientes para melhorar o sucesso do tratamento não farmacológico e farmacológico. Os

parâmetros de avaliação poderão ser melhores observados após um mínimo de seis meses do projeto.

Nesse caso, a enfermeira responsável da equipe, deverá dar continuidade ao projeto de intervenção, deixando sempre atualizado os dados dos pacientes e seus retornos agendados na unidade conforme necessidade individual, pois dependerá disso o seguimento adequado, caso haja rotatividade de profissionais médicos na unidade. Desta forma será possível dar continuidade ao projeto e então alcançar os objetivos de prevenção de comorbidades e diminuição dos fatores de risco cardiovascular.

A seguir são apresentados os cronogramas da primeira e segunda etapa do projeto de intervenção (QUADROS 12 e 13).

QUADRO 12 – CRONOGRAMA DA PRIMEIRA ETAPA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO, 2019

DATA	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO/LOCAL	RECURSOS	PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS
27/02/19	Orientar a equipe de saúde e organizar o projeto de intervenção	- Organização do projeto de intervenção - Divisão de funções. - Treinamento da equipe sobre a estratificação de risco.	60 minutos sala de espera da UAPSF	Roda de conversa sobre o tema, com explicações sobre a estratificação de risco e etapas do projeto.	- Médica; - Nutricionista do NASF do município; - Auxiliar de enfermagem da unidade.
28/02/19	Organizar a busca ativa dos pacientes sem cadastro	- Treinamento sobre a realização da busca ativa e quais pacientes cadastrar.	60 minutos sala de espera da UAPSF	Roda de conversa com as ACS	- Médica; - Auxiliar de enfermagem da unidade.
07/03/19	Atualizar o cadastro dos hipertensos e diabéticos da área da UAPSF.	- Atualização de cadastro e montagem das datas das reuniões de HIPERDIA para começar a estratificar os pacientes.	6 horas UAPSF	Utilizações de planilha física do HIPERDIA e prontuários eletrônicos para novos cadastros.	- Auxiliares de enfermagem - Técnicos de enfermagem - Responsável pelo sistema eletrônico do município.
12/03/19	Avaliar os dados antropométricos dos hipertensos e diabéticos	- Reunião Hiperdia GRUPOS SHALOM G1; G2 e G3	03h (cada grupo) Biblioteca municipal	Balança, antropometro, fita métrica .	- Auxiliar de enfermagem e ACS responsável da microárea;
14/03/19	Abordar com o grupo a mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis	- Hipertensos e Diabéticos de cada micro área divididos em grupos de 15 participantes.		Roda de conversa com os hipertensos e diabéticos	- Nutricionista;
28/03/19	Estratificar risco cardiovascular			Atendimento individual aos hipertensos e diabéticos	- Médica.
26/03/19	Avaliar os dados antropométricos dos hipertensos e diabéticos	Reunião Hiperdia GRUPOS-CENTRO G1; G2; G3; G4; G5; G6; G7; G8; G9; G10; G11	03h (cada grupo) Biblioteca municipal	Balança, antropometro, fita métrica .	- Auxiliar de enfermagem e ACS responsável da microárea
09/04/19	Abordar com o grupo a mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis	Hipertensos e Diabéticos de cada microárea divididos em grupos de 15 participantes		Roda de conversa com os hipertensos e diabéticos	- Nutricionista
11/04/19	Estratificar risco cardiovascular			Atendimento individual aos hipertensos e diabéticos	- Médica
23/04/19					
25/04/19					
14/05/19					
23/05/19					
23/05/19					
27/05/19					
22/05/19					
	Avaliar os dados	Reunião Hiperdia	03h (cada grupo)	Balança, antropometro,	- Auxiliar de enfermagem e

DATA	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO/LOCAL	RECURSOS	PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS
28/05/19 30/05/19 16/05/19	antropométricos dos hipertensos e diabéticos Abordar com o grupo a mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis Estratificar risco cardiovascular	AGROVILA DO JUCA G1; G2; G3 Hipertensos e Diabéticos de cada microárea divididos em grupos de 15 participantes	Biblioteca municipal	fitá métrica . Roda de conversa com os hipertensos e diabéticos Atendimento individual aos hipertensos e diabéticos	ACS responsável da microárea - Nutricionista -Médica
16/05/19 28/05/19 30/05/19 11/06/19 13/06/19 25/06/19	Avaliar os dados antropométricos dos hipertensos e diabéticos Abordar com o grupo a mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis Estratificar risco cardiovascular	Reunião Hiperdia TIA CHICA G1; G2; G3;G4; G5; G6 Hipertensos e Diabéticos de cada microárea divididos em grupos de 15 participantes	03h (cada grupo) Biblioteca municipal	Balança, antropometro, fitá métrica . Roda de conversa com os hipertensos e diabéticos Atendimento individual aos hipertensos e diabéticos	- Auxiliar de enfermagem e ACS responsável da microárea - Nutricionista -Médica

FONTE: A autora (2019).

QUADRO 13 – CRONOGRAMA DA SEGUNDA ETAPA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO, 2019

DATA	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO/LOCAL	RECURSOS	PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS
05/07/19	Orientar os participantes sobre a estratificação de risco e encaminhamentos a rede especializada	Realização de roda de conversa sobre estratificação de risco e orientação sobre o encaminhamento ao setor de Alto Risco na rede especializada do CONINS.	03h cada grupo. Biblioteca municipal	Panfletos e roda de conversa	- Médica e nutricionista;
1º GRUPO 08h30 às 11h30h		Atendimento individual para encaminhamento a rede especializada		Atendimento individual	- Médica;
2º GRUPO 13h30 às 16h30		Café saudável e orientações sobre mudança no estilo de vida segundo as características individuais do paciente.		Alimentos saudáveis Orientações	- Nutricionista do NASF do município; - Auxiliar de enfermagem e ACS da US.

FONTE: A autora (2019).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A intervenção teve como objetivo principal a estratificação de risco cardiovascular e a melhoria da adesão ao programa HIPERDIA dos pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos da Unidade de Atenção Primária a Saúde da Família (UAPSF) no município de Honório Serpa – PR. Foram cadastrados pelas agentes comunitárias de saúde um total de 319 pacientes portadores de DM e HAS, em visitas domiciliares. Desse total, 267 pacientes compareceram as reuniões de Estratificação e 52 não compareceram.

Dentre os que participaram da primeira etapa do projeto, 155 foram estratificados como risco habitual, 74 de risco intermediário e 31 de alto risco, sendo esses últimos o alvo do projeto de intervenção.

O foco durante os quatro meses do andamento da primeira fase do projeto foi cadastrar todos os pacientes hipertensos e diabéticos da US e estratificar o risco cardiovascular dos mesmos durante as reuniões, já que eles buscavam a US apenas para conseguir os medicamentos de uso contínuo, ou para renovação da receita com o mesmo fim.

A ação que mais colaborou para que este projeto fosse realizado foram as visitas domiciliares para busca ativa, realizadas pelas ACS, bem como a persistência delas para que os usuários comparecessem às reuniões. Elas trabalharam arduamente na perspectiva de incutir nos pacientes a necessidade de cuidados com sua saúde, bem como para o restabelecimento de confiança e vínculo destes usuários com a equipe de saúde.

A falta de adesão de alguns usuários se deveu a falta de vínculo ou comunicação deficiente entre o paciente e a equipe, o desconhecimento das comorbidades que estas doenças podem causar, além do fato de que uma microárea está descoberta e que outra se encontra com agente comunitária de saúde em período de licença maternidade, e outros fatores pessoais como a idade, distância da casa do usuário ao local das reuniões, falta de condições financeiras para o deslocamento ou de condições de enfermidades que o restringem ao leito ou a pouca mobilidade.

Todos os usuários que estavam registrados nos livros planilhas da unidade receberam busca ativa. A busca ativa era realizada pelas ACS em suas microáreas. Cabe salientar, que estas buscas, nem sempre eram

exitosas, seja por não encontrar o paciente em casa, mudanças de endereço e até mesmo porque os próprios usuários não se sentiam confiantes em participar da intervenção. Para alguns a única importância em participar seria receber a renovação da receita. Entretanto, a busca ativa realizada pelas ACS foi constante e sempre enfatizando aos usuários a importância do comparecimento as reuniões, para estratificar o risco cardiovascular e a adesão ao tratamento e cuidados à saúde, bem como criação de vínculo para que pudessem perceber a importância desse projeto e os benefícios para sua condição de doente crônico.

Foram entregues a todos os usuários que participaram do projeto suas carteiras do Hiperdia, na qual foram registrados os dados antropométricos levantados pela auxiliar de enfermagem e nutricionista durante atendimento coletivo de triagem. Posteriormente, os pacientes receberam renovação da receita de medicamentos de uso contínuo. Observou-se que os usuários atendidos estão com prescrição de medicamentos para o controle adequado de DM e HAS, ainda que uma boa parte destes usuários não o faça conforme prescrito. Esses registros serão a base para monitorar se os pacientes aderiram às mudanças no estilo de vida, pois em seu retorno (seis meses) serão novamente avaliadas as medidas antropométricas e haverá nova avaliação nutricional pela profissional nutricionista.

Durante as rodas de conversa foi salientado que para um tratamento efetivo e eficaz se faz necessário aliar o controle alimentar e atividade física favorecendo assim o cuidado a saúde. Alguns pacientes demonstraram resistência à prática de exercícios físicos e a grande maioria se alimenta de forma inadequada.

A consulta médica foi específica com abordagem educativa e individualizada. Nesta foram reforçadas as orientações para boa manutenção da condição crônica e as repercussões e consequências do seu descontrole no futuro. A caderneta do Hiperdia foi preenchida adequadamente, e os pacientes foram orientados a levá-la sempre em consultas e atendimentos.

O maior desafio encontrado para realização destas ações foi fazer com que todos, tanto os pacientes quanto os trabalhadores da US, se comprometessem com a Atenção Básica e se perceba o quanto algumas

mudanças beneficiariam a Estratégia Saúde da Família priorizando a prevenção, como cuidado essencial e prioritário.

Durante todos os atendimentos individuais realizados foi possível colocar em prática várias ações propostas no projeto como fornecer orientação sobre mudanças de hábitos de vida, alimentação saudável e prática de exercícios físicos. Também foram realizadas orientações sobre os riscos do tabagismo, e o incentivo ao autocuidado, sempre que o paciente seja capaz de realizar essa ação, pois, o paciente precisa ser visto como um todo e de forma integral.

Percebeu-se ao longo da realização do projeto que os pacientes começaram a se engajar na proposta, aqueles que participaram relataram melhora no estilo de vida, baixa da pressão arterial. Contudo, como há uma parcela que não participou é necessária continuidade das ações. Já a equipe, percebeu que ao longo da ação que o risco aumenta com o avançar da idade, devido ao maior tempo de exposição aos fatores de risco e dessa forma é de suma importância que ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos cardiovasculares sejam implementadas.

De acordo com os resultados encontrados pode-se concluir que a estratégia da saúde da família é um local apropriado para o acompanhamento e tratamento de hipertensos e diabéticos dentro do enfoque de risco, com a finalidade de estabelecer metas terapêuticas para o manejo e abordagem destes pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns obstáculos foram encontrados com relação ao projeto sendo os principais o não engajamento por parte da equipe como um todo, principalmente da enfermeira responsável pela equipe, da coordenação da Atenção Básica e do Secretário de Saúde do município que não nos deu respaldo para que tivéssemos maior êxito neste projeto.

Outra ação que ficou comprometida foi que os pacientes atendidos nas reuniões nem sempre traziam os exames laboratoriais e muitos estavam com exame clínico em atraso, o que gerou um grande número de solicitações de exames para realização dos escores de Framingham, sendo dificultosa a realização da estratificação de todos.

A ação de priorizar o atendimento aos usuários de alto risco por meio de classificação de risco na consulta médica foi prejudicada, pois não foi possível a realização da estratificação de risco de todos os pacientes cadastrados como alto risco, pois, dos 31 pacientes cadastrados como alto risco apenas 16 compareceram.

Uma ação realizada com êxito foi a garantia de encaminhamento a rede especializada do CONINS. Os dados da estratificação foram anexados em uma planilha, com a ajuda da auxiliar de enfermagem da equipe e de duas das agentes de saúde, tornando fácil o acesso a estas informações. Desta forma, será possível manter o seguimento dos usuários, bem como a atualização de dados e ajustes necessários.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Sugere-se a continuidade das reuniões da forma já estabelecida, como forma de manter o vínculo criado com os pacientes captados durante a estratificação, bem como aperfeiçoamento da equipe para seguimento adequado por parte do profissional de enfermagem da equipe e das demais auxiliares, pois quando houver rotação de profissional médico, a enfermeira responsável pela equipe poderá dar sequência no processo de estratificação, utilizando-se das LINHAS GUIA de HAS e DM da secretaria do estado do Paraná, atentando sempre para as atualizações e mudanças necessárias.

Ao finalizar esta análise foi possível perceber a incrível mudança de visão sobre a situação da US, em relação ao Hiperdia. No início do projeto a visão sobre o assunto era bem restrita, não se tinha noção do qual trabalhoso seria e nem a percepção crítica atual e tampouco a noção de como tudo iria transcorrer. O fato é que a situação foi de muita insistência no tema e em busca de mudanças, tanto na equipe como na percepção dos pacientes sobre suas doenças crônicas. Desta forma, há a necessidade de capacitação permanente dos envolvidos, para seguir encorajando mudanças no estilo de vida dos pacientes e também aprimorar os conhecimentos científicos sobre o tema.

6 REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 33, supl. 1, p. S62-S69, jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo/** Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção Básica, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, protocolos, caderno 07. **Biblioteca Virtual em Saúde MS (BVSMS)**. 2006. Disponível em : http://bvms.saude.gov/vcs/públicas-formas/cd05_06.pdf Acesso em: 30 de julho de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n. 35, 36 e 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 20 de junho de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29).

PARANÁ, Secretária de Estado do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de Hipertensão Arterial**. 2 ed. CURITIBA: SESA, 2014

DATASUS. Portal da Saúde SUS. Hiperdia sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e Diabéticos, 2016. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiológicos/hiperdia> Acesso em: 30 de julho de 2019

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial, condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA - IBGE (Brasil). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA – IBGE – Cidades@. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/historicos_cidades/historico>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de Cuidado Hipertensão Arterial e Diabetes**. Organização Mundial da Saúde-Representação Brasil. Brasília: OMS, 2010.

PARANÁ. Secretária de Estado do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes mellitus**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 30 de junho 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes de Monitorização da Pressão Arterial (mapa) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (mrpa). **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 97, n. 3, supl. 3, set 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n3s3/v97n3s3a04.pdf>>. Acesso em: 01 de maio de 2019.

APÊNDICE 1- HIPERDIA

Prevenção

Como prevenir a hipertensão?

A prevenção é feita através da adoção de um estilo de vida saudável: prática diária de atividades físicas (com a supervisão de um médico) e alimentação adequada, ou seja, rica em frutas, legumes e verduras e com baixos teores de sal, gorduras, frituras e açúcar.

Como prevenir o diabetes?

Mantendo o peso dentro dos limites ideais, evitando o consumo de álcool, gorduras, frituras e açúcar e praticando exercícios físicos regularmente.





Hipertensão

Doença silenciosa, previna-se.



DRA ADRIANE
B. MARTINS
RMS 4101332 -PR







Hipertensão e Diabetes

HIPERDIA- UAPSF



Hipertensão

A hipertensão ocorre quando a pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos permanece acima do normal.

Hipertensão Arterial - Sintomas

- Dor de cabeça;
- Tonturas;
- Cansaço;
- Enjôos;
- Falta de ar;
- Sangramentos nasais;
- Dor na nuca(pescoço).





EVITE OS INIMIGOS DA BOA SAÚDE

Diabetes

O diabetes mellitus ocorre quando os níveis de açúcar no sangue (glicemia) permanecem elevados.

SINTOMAS DE DIABETES

- Urina frequente
- Perda de peso
- Falta de energia
- Sebo em excesso
- Aumento do apetite
- Infeções
- Cansaço e sono excessivo
- Visão embaçada ou turva







DRA ADRIANE B. MARTINS

