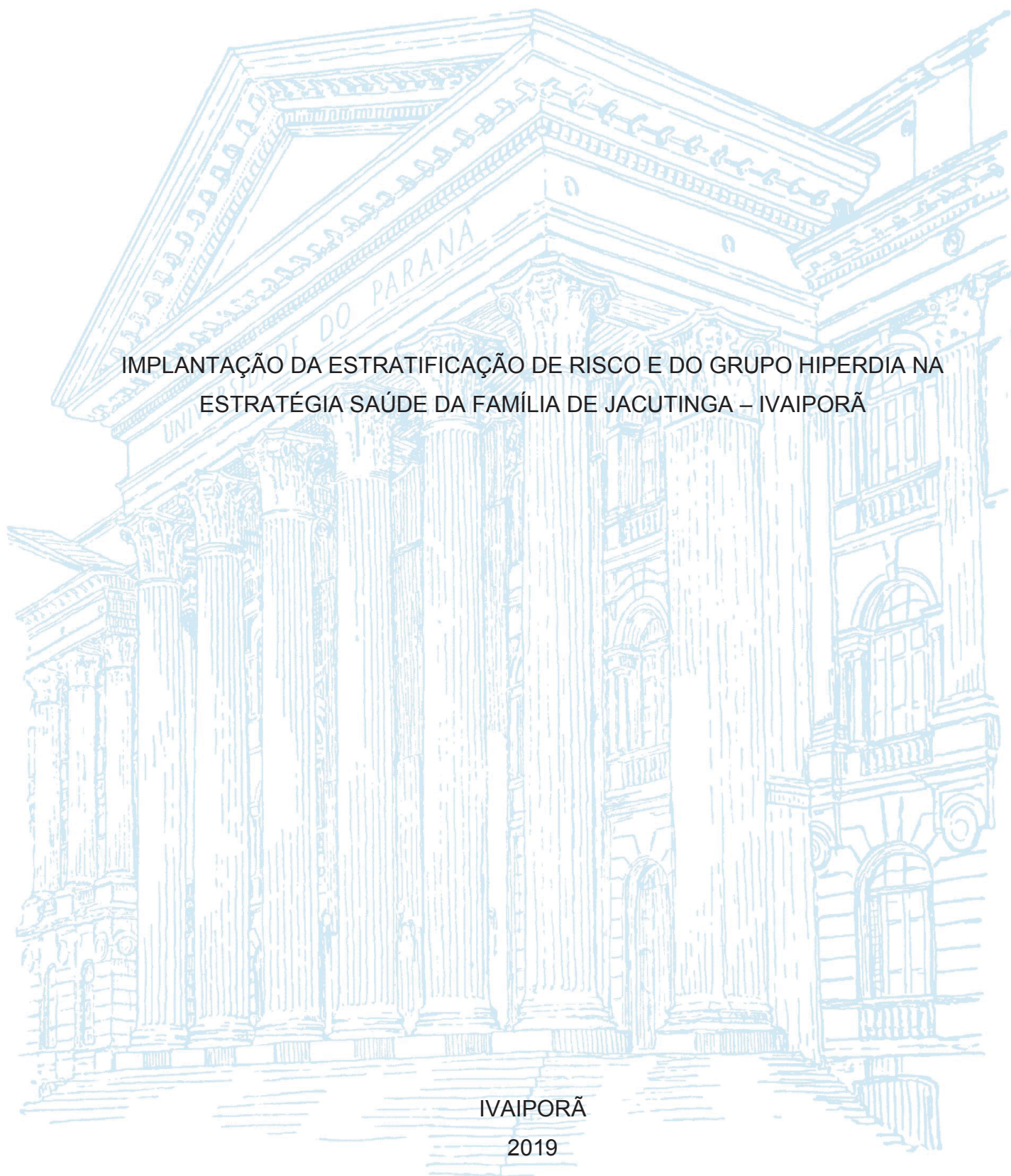


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CARLA FERNANDA BERTO BARBOSA

IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DO GRUPO HIPERDIA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JACUTINGA – IVAIPORÃ

IVAIPORÃ
2019



CARLA FERNANDA BERTO BARBOSA

IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DO GRUPO HIPERDIA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JACUTINGA – IVAIPORÃ

Projeto 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.

Orientador: Professor Ipojucan Calixto Fraiz

IVAIPORÃ

2019

TERMO DE APROVAÇÃO

CARLA FERNANDA BERTO BARBOSA

**IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DO GRUPO HIPERDIA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JACUTINGA – IVAIPORÃ**

Projeto como requisito à conclusão do Curso de da Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Paraná (UFPR), financiada pelo Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) do Ministério de Saúde e aprovado pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Professor Ipojucan Calixto Fraiz

Departamento de Saúde Coletiva

Curitiba, 13 de Julho de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a Deus que sempre me conduz com lições de amor e fraternidade, independente dos desafios.

A minha família por ser meu suporte em momentos de desânimo.

A esta Universidade e todos que fazem parte desta instituição que oportunizaram conhecimento e aprimoramento em minha vivência profissional.

Ao meu orientador Ipojucan Calixto Fraiz pela colaboração e objetividade em suas correções, otimizando e direcionando esta pesquisa-ação.

RESUMO

Após a análise dos dados sociais e epidemiológicos das comunidades de Jacutinga e Santa Barbara, localizadas na área rural de Ivaiporã-Pr, verificou-se alta prevalência de portadores de hipertensão e diabetes mellitus, contando com 502 hipertensos e 174 diabéticos no ano de 2017, condições que podem elevar o risco cardiovascular e metabólico. Destaca-se a importância de intervenções para reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida desses usuários. A necessidade de incremento das ações para promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos de nossas comunidades fez com que a partir de 2018 se desse início a uma abordagem mais intensa, colocando em prática ferramentas e estratégias importantes a serem utilizadas com o plano de implantação da estratificação de risco e do grupo Hiperdia, base de um projeto resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pela UNA-SUS. Traçamos como objetivos identificar hipertensos e diabéticos, organizando ações com a finalidade de diminuir a incidência e morbimortalidade; realizar a estratificação de risco de todos os portadores; avaliar as conseqüências dos problemas existentes e promover um melhor monitoramento, identificando fatores de riscos associados e suas complicações; direcionar os portadores críticos à atenção secundária e terciária; desenvolver ações do grupo Hiperdia na comunidade, favorecendo a adesão e participação dos pacientes para promover melhorias na qualidade de vida. O método de condução desse projeto retrata uma pesquisa-ação com base exploratória através do diagnóstico social e epidemiológico da realidade e experiência vividas nas unidades de saúde que abrangem essas comunidades. A estratificação desses pacientes priorizou os considerados alto risco para serem encaminhados à avaliação de uma equipe multiprofissional da Atenção Secundária. Um plano de cuidados foi elaborado interdisciplinarmente e pactuado com cada usuário e o acompanhamento dos hipertensos e dos diabéticos foram aprimorados através do grupo Hiperdia como apoio nas unidades, incentivando a participação desses pacientes em atividades de educação em saúde como um fator motivador para o auto-cuidado, para instituição de mudanças no estilo de vida melhor adesão ao tratamento. Essas ações e estratégias fazem parte dos protocolos e linhas guias do paciente diabético e hipertenso do Ministério da Saúde e atendem as necessidades dos usuários, promovendo um acompanhamento mais direcionado e completo a cada indivíduo. Como resultados dessas intervenções na ESF de Jacutinga em 2018, atingimos uma meta de estratificações realizadas de um total 517 usuários, onde são 372 hipertensos (72%) e 145 diabéticos (71%), sendo que destes 16% apresentam essas duas patologias associadas e possuem riscos agravados. Como resultado das estratificações dos hipertensos 48% são de baixo risco, aproximadamente 20% moderado e 32% alto. Quando representamos a classificação de risco metabólico dos diabéticos contamos com 20% de baixo risco, aproximadamente 10% moderado e cerca de 70% alto. Na implantação do grupo Hiperdia alcançamos uma média de 360 participantes, o que corresponde a 49% do total de hipertensos e diabéticos. Por se tratar de uma área rural se deve ter um olhar diferenciado devido às dificuldades de acesso desses usuários nas ações de saúde, o que se torna um agravante a ser administrado, sendo que pequenas mudanças na organização podem se tornar relevantes quanto aos resultados. Visando isso se pode dizer que o objetivo desse projeto foi atingido, gerando um custo-benefício positivo e contribuindo para a integralidade da assistência desses pacientes de nossa comunidade.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus, Estratificação de risco, Hiperdia

ABSTRACT

After analyzing the social data and epidemiological data in the communities of Jacutinga and Santa Barbara, located in the outskirts of Ivaiporã-PR, it was possible to observe that there is a high prevalence of hypertension and diabetes mellitus in that area and this is a significant problem considering the rate of 502 hypertensive patients and 174 diabetics in year of 2017. These illnesses may increase cardiovascular and metabolic risk, emphasizing the importance of promoting interventions to reduce morbidity and mortality and contribute to the these patients life quality. The necessity to increase actions that promote the health of hypertensive and diabetic people in our communities contributed to a more intense approach from 2018 forwards, putting into practice important ways and strategies to be carried out along with the implementation plan of the risk stratification and the Hiperdia group, based on a project that was the result of the Specialization Course in Primary Care of UFPR (Federal University of Paraná State) , funded by UNA-SUS (Open University – Health System). We set out as objectives the identification of hypertensive and diabetic patients, organizing actions with the purpose of decreasing the incidence of morbidity and mortality; carry out the risk stratification of the sick people in the area; evaluate the consequences of existing problems and promote better monitoring, identifying associated risk factors and their complications; target critical patients to secondary and tertiary care; develop actions of the Hiperdia group in the community, favoring the adhesion and participation of patients to promote better quality of life. The method of conducting this project is done by an exploratory action, research through the diagnosis of social and epidemiological reality as well as the experiences that happened in the health units that provide services in these communities. The stratification of these patients will prioritize those considered high risk to be guided to evaluation by a multi-professional Secondary Care team. A care plan is developed interdisciplinary and an agreement is made with the patients stating that the monitoring of hypertensive and diabetic patients will be improved through the Hiperdia group as support in the health units, encouraging the participation of these patients in health education activities as a motivating factor for self-care, to institute changes in lifestyle and better attention to treatment. These actions and strategies are part of the protocols and guidelines of the diabetic and hypertensive patient of the National Health Bureau and will meet the needs of the population, promoting a well targeted and complete follow-up to each individual. As a result of these interventions in Jacutinga Health Center in 2018, we reached a goal of stratification done with a total of 517 patients, of which 372 were hypertensive (72%) and 145 diabetic (71%). As a result of the stratification of hypertensive patients, 48% are low risk, approximately 20% moderate and 32% high. When we present the metabolic risk classification of diabetics we have a 20% low risk, approximately 10% moderate and about 70% high risk. In the implementation of the Hiperdia group we reached an average of 360 participants, corresponding to 49% of the total hypertensive and diabetic patients. Since the outskirts of Ivaiporã-PR is a rural area, we must have a different approach because these patients have difficulties to access health actions, which is an aggravating factor to be managed but is possible that small changes in the organization may become relevant to the results. Following this direction we can say that the main goal of this project was achieved, generating a positive cost-benefit and contributing to the total care of these patients in our community.

Key words: Hypertension. Diabetes Mellitus. Risk stratification.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL	14
TABELA 2 – ACHADOS CLÍNICOS INDICADORES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	17
TABELA 3 – PLANEJAMENTO DE UMA PLANILHA OPERACIONAL PARA AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MONITORAMENTO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS	23
TABELA 4 – IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DO GRUPO HIPERDIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JACUTINGA – IVAIPORÃ	25

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DE HIPERTENSOS VERSUS ESTRATIFICADOS NA ESF JACUTINGA IVAIPORÃ EM 2018	28
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DE DIABÉTICOS VERSUS ESTRATIFICADOS NA ESF JACUTINGA - IVAIPORÃ EM 2018 ...	28
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTRATIFICADA POR CONDIÇÃO CRÔNICA NA ESF JACUTINGA - IVAIPORÃ EM 2018	29
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DE HIPERTENSOS POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA ESF JACUTINGA - IVAIPORÃ EM 2018	30
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DE DIABÉTICOS POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO METABÓLICO NA ESF JACUTINGA - IVAIPORÃ 2018	30
GRÁFICO 6 – MÉDIA DE PARTICIPAÇÃO DO GRUPO HIPERDIA NA ESF JACUTINGA EM 2018/2019.....	31

LISTA DE SIGLAS

- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
- ECG – Eletrocardiograma
- ESF – Estratégias Saúde da Família
- HBA1C – Hemoglobina Glicosilada
- IBGE – Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico
- IMC – Índice de Massa Corpórea
- MACC – Modelo de Atenção as Condições Crônicas
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PA – Pressão Arterial
- SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia
- SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão
- SBE – Sociedade Brasileira de Endocrinologia
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TTG – Teste de Tolerância à Glicose
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UFPR – Universidade Federal do Paraná
- UNA-SUS – Sistema de Universidade Aberta do SUS do Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1. PROBLEMA	09
1.2. OBJETIVOS	11
1.3. JUSTIFICATIVA	12
2. REVISÃO TEÓRICA	13
2.1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.....	13
2.2. AVALIAÇÃO CLÍNICA DO HIPERTENSO E DIABÉTICO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	16
3. METODOLOGIA	19
4. RESULTADOS	25
4.1. ANÁLISE DOS DADOS APRESENTADOS	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
APÊNDICE	35
ANEXO 1 – CARTEIRINHA HIPERDIA	36
ANEXO 2 – FICHA GERAL DE ATENDIMENTO COM A IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DO PACIENTE	37
ANEXO 3 – FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO	38
ANEXO 4 – PLANO DE CUIDADOS DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	40
ANEXO 5 – PLANO DE CUIDADOS DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS	41
ANEXO 6 – FOTOS DAS AÇÕES DO GRUPO HIPERDIA	42

1. INTRODUÇÃO

Os campos de atuação abrangem as comunidades de Jacutinga e Santa Barbara, localizados em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um ponto de apoio em uma área rural. Pertencem a Ivaiporã, município localizado no estado do Paraná, pólo da 22ª. Regional de Saúde e que possui uma população total de 31.816, sendo urbana 27.438 e rural 4.378, segundo dados do Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico (IBGE) em censo de 2010. As comunidades são compostas por uma população de 2.736 pessoas com um total de 875 famílias, que se distribuem entre 1234 homens, 1502 mulheres, sendo 267 crianças, 283 adolescentes, 1456 adultos e 730 idosos. Todos possuem moradia na área rural. O trabalho destas famílias, em sua maioria, está ligado à agricultura e pecuária.

As UBS que abrangem essa comunidade não possuem estruturas física satisfatórias e também não possuem internet, ferramenta de trabalho essencial nos dias atuais. A gestão atual procura, dentro das possibilidades, disponibilizar a maior parte dos serviços de saúde direcionadas para essas localidades, o que facilita a aderência das famílias aos acompanhamentos de saúde necessários.

Em relação à frequência de doenças crônicas dessas comunidades, tais como hipertensão e diabetes, no ano de 2017, os dados chegaram a 502 hipertensos e 174 diabéticos. Entre índices de saúde a comunidade tem uma baixa taxa de mortalidade infantil e um bom índice de vacinação. As cinco queixas mais comuns dessa área são: dor crônicas, crise hipertensiva e problemas respiratórios.

O perfil que retrata essas comunidades se caracteriza na prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos que podem elevar o risco cardiovascular e metabólico, destacando a importância da promoção de intervenções pra reduzir os fatores de riscos associados e contribuir na qualidade de vida desses pacientes.

1.1. PROBLEMA

Em análise dos dados sociais e epidemiológicos das comunidades se destacam a alta prevalência de hipertensos e diabéticos como um problema

relevante, necessitando da incrementação de políticas de saúde voltadas para essa parcela da população.

A pressão alta é uma doença que acomete homens e mulheres, sem distinção de raça e classe social antes mais característica na terceira idade hoje vem acometendo cada vez mais jovens e crianças. A hipertensão é muito comum, acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Assim, estima-se que atinja em torno de, no mínimo, 25 % da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. As graves conseqüências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com adequado controle da pressão. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH, 2010)

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia (SBE) em 2010, o diabetes mellitus é uma doença crônica, autoimune, caracterizada pela deficiência da produção de insulina pelo organismo. O problema envolve o metabolismo da glicose no sangue, podendo ser apresentado de várias maneiras. Os tipos mais conhecidos são o 1 e o 2: a falência das células beta no pâncreas caracteriza o primeiro, que acomete, com mais freqüência, crianças e adolescentes; o diabetes tipo 2, ocorre por resistência à ação da insulina, tendo a obesidade como um dos principais fatores desencadeantes.

A hipertensão e o diabetes mellitus atacam os vasos, coração, rins e cérebro. Os vasos são lesionados pela força que o sangue faz para passar quando a pressão está elevada, e se tornam endurecidos e estreitos a um ponto que, com a evolução, podem obstruir ou romper ocasionando infartos, derrames cerebrais e déficit de filtração renal. Os principais fatores de risco para essas doenças crônicas são o sedentarismo, o mau estilo de vida, as dietas inadequadas e o tabagismo.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. (BRASIL, 2006)

Nota-se assim uma necessidade de incremento das ações para promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos de nossas comunidades, com uma abordagem mais intensa nesses pacientes crônicos, através de ferramentas e estratégias importantes a serem realizadas: a estratificação de risco cardiovascular e metabólica e a implantação do Grupo Hiperdia.

1.2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Podemos traçar como objetivo geral elaborar um projeto de intervenção para identificar os hipertensos e diabéticos, organizando ações para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus na comunidade, com a finalidade de diminuir a incidência e morbimortalidade dessas patologias.

Objetivos Específicos:

- Realizar a estratificação de risco dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus da ESF;
- Promover um melhor monitoramento desses pacientes, identificando fatores de riscos associados e suas complicações;
- Atualização da revisão teórica e prática sobre o manejo dos hipertensos e diabéticos;
- Direcionar os portadores críticos à Atenção Especializada;
- Desenvolver ações do Grupo Hiperdia na comunidade, favorecendo a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos, no intuito de promover uma melhor qualidade de vida e controlar essas patologias.

1.3. JUSTIFICATIVA

A estratificação de risco cardiovascular e metabólico baseia-se na classificação inicial levando-se em conta o exame clínico e a indicação e a avaliação dos exames complementares nos pacientes diabéticos e hipertensos. É o apoio ideal para caracterizar, através da observação das condições de saúde identificadas nos pacientes diabéticos e hipertensos, o grau do risco em desenvolver doenças que comprometam o coração e o cérebro, classificando numa escala entre baixo, médio e alto riscos.

O grupo Hiperdia instalado na nossa unidade de saúde se torna uma ferramenta para uma abordagem mais completa, buscando a construção de uma agenda programada de assistência multidisciplinar a estes portadores de condições crônicas.

Considerando a relevância de ações educativas nas unidades de saúde e a grande epidemia de hipertensos e diabéticos na situação atual de nossas comunidades, surge então o interesse na realização dessas estratégias de saúde que atenderão as necessidades dos usuários e promoverão aos hipertensos e diabéticos um acompanhamento mais direcionado e completo a cada indivíduo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

Segundo Goulart (2011), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal problema de saúde pública em todo o mundo. Duas em cada três mortes por ano, em todo o mundo são atribuídas às DCNT.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais freqüente das DCNT, entretanto a prevalência do diabetes mellitus (DM) vem crescendo mundialmente, configurando-se como uma epidemia (SCHMIDT, 2009).

A hipertensão é uma enfermidade crônica que apresenta aumento dos níveis da pressão sanguínea dentro das artérias. Essa pressão descompensada pode ser acarretada por diversos fatores, que vão desde aos aspectos emocionais, até aos relacionados aos hábitos alimentares do indivíduo.

Hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, sistematicamente, igual ou maior que 14 por 9. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira aberta ligada a vários esguichos. Se fecharmos a ponta dos esguichos a pressão lá dentro aumenta. O mesmo ocorre quando o coração bombeia o sangue. Se os vasos são estreitados a pressão sobe. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC, 2007)

A pressão alta ataca os vasos, coração, rins e cérebro. Os vasos são agredidos pela força do sangue quando a pressão está elevada, sendo lesionados, endurecidos e se estreitando com a evolução da patologia, podendo ser obstruídos ou rompidos, o que pode ocasionar infarto, derrame cerebral e insuficiência renal.

A pressão alta é uma doença que acomete homens e mulheres, sem distinção de raça e classe social antes mais característica na terceira idade hoje vem acometendo cada vez mais jovens e crianças. A hipertensão é muito comum, acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Assim, estima-se que atinja em torno de, no mínimo, 25 % da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. As graves conseqüências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com adequado controle da pressão. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007)

A hipertensão pode ser classificada em três tipos diferentes, de acordo com os níveis da pressão arterial do indivíduo, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2006, demonstrada no tabela a seguir.

Tabela 1. Classificação da pressão arterial

Classificação da pressão arterial	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 a 139	85 a 89
Estágio 1	140 a 159	90 a 99
Estágio 2	160 a 179	100 a 109
Estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte: SBC, 2007.

Dentre os fatores considerados determinantes, a hereditariedade responde por 90% dos casos de hipertensão, já que ela pode ser herdada dos pais. Outros fatores importantes que se destacam são: ser fumante; consumir bebidas alcoólicas de modo excessivo; ser obeso; passar por situações de estresse; consumir grandes quantidades de sal em sua dieta; não praticar atividades físicas; dormir mal; apresentar níveis altos de colesterol ruim (LDL); ter diabetes; idade.

Para diagnóstico rápido sobre a situação atual do indivíduo uma aferição da pressão arterial é o mais indicado. No entanto, para que se tenha um resultado mais preciso sobre a real situação da pessoa se faz necessário o acompanhamento da pressão arterial por um período maior de tempo, como uma semana, para que seja dado o diagnóstico definitivo de hipertensão arterial. É necessário que o hipertenso tenha em mente que não há cura para a hipertensão, mas é possível seu controle através das mudanças de hábitos de vida, que são fatores modificáveis e muito contribui para melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia (2010), o diabetes mellitus é uma doença crônica, autoimune, caracterizada pela deficiência da produção de insulina pelo organismo. O problema envolve o metabolismo da glicose no sangue, podendo ser apresentado de várias maneiras.

O termo “diabetes mellitus” refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Os tipos mais conhecidos são o 1 e o 2: a falência das células beta no pâncreas caracteriza o primeiro, que acomete com mais frequência crianças e adolescentes; o diabetes tipo 2, cuja carga genética é bem maior, ocorre por

resistência à ação da insulina, tendo a obesidade como um dos principais fatores desencadeantes.

Segundo Schimit (2011), na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que o DM aparece entre as principais causas, entre a quarta e a oitava posição. Hoje com o envelhecimento de nossa população devido a vários fatores percebemos um aumento no número de casos de diabetes, e com isso todas as conseqüências que são ocasionadas pela mesma, aumentando o índice de morbidade e mortalidade.

Os sintomas da diabetes se caracteriza pelos quatro “P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso; porém pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é freqüentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco.

Visando que este é um problema de saúde prioritário dentro da Atenção Primária, para ter bons resultados devemos direcionar nossa atenção ao acompanhamento e controle desta patologia em nossa comunidade, realizando uma abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida.

A probabilidade de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia depende da presença de fatores de risco. O público-alvo para o rastreamento do DM preconizado pela Associação Americana de Diabetes em 2010, está ligado aos seguintes critérios em adultos assintomáticos:

- ✓ excesso de peso (IMC >25 kg/m²) mais um dos seguintes fatores de risco:
- ✓ história de pai ou mãe com diabetes;
- ✓ hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos);
- ✓ história de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- ✓ dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou LDL alto ou HDL baixo.

Não existem evidências para a freqüência do rastreamento ideal. Alguns estudos apontaram que as pessoas que apresentam resultados negativos podem ser testadas a cada 3 a 5 anos [Grau de Recomendação E]. Casos de tolerância diminuída à glicose, glicemia de jejum alterada ou diabetes gestacional prévio, podem ser testados mais freqüentemente, por exemplo, anualmente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2010), o diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c). Quando a pessoa requer diagnóstico imediato e o serviço dispõe de laboratório com determinação glicêmica imediata ou de glicosímetro e tiras reagentes, a glicemia casual é o primeiro exame a ser solicitado, pois fornece um resultado na própria consulta. Nesse caso, o ponto de corte indicativo de diabetes é maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas de hiperglicemia.

Não havendo urgência, é preferível solicitar uma glicemia de jejum medida no plasma por laboratório. Pessoas com glicemia de jejum alterada, entre 110 mg/dL e 125 mg/dL, por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer segunda avaliação por TTG-75 g. Nesse exame o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose em jejum e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão. Uma glicemia de duas horas pós-sobrecarga maior ou igual a 200 mg/dL é indicativa de diabetes e entre 140 mg/dL e 200 mg/dL, indica tolerância à glicose diminuída. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006)

Os exames de glicemia de jejum e HbA1C podem ser realizados duas vezes ao ano, nas situações em que a pessoa encontra-se dentro da meta glicêmica estabelecida e, a cada três meses, se acima da meta pactuada. Os demais exames devem ser solicitados uma vez ao ano. A meta para o tratamento da hiperglicemia, atualmente recomendada pela Associação Americana de Diabetes em 2013, é alcançar HbA1C menor que 7%, as metas glicêmicas correspondentes são: glicemia de jejum entre 70 – 130 mg/dL e pós-prandial abaixo de 180 mg/d.

2.2. AVALIAÇÃO CLÍNICA DO HIPERTENSO E DIABÉTICO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. (BRASIL, 2013)

A alteração da pressão arterial ou do diabetes pode ser acarretada por diversos fatores, que vão desde aos aspectos emocionais, hereditários, afetando

principalmente pessoas acima dos 50 anos. Outros fatores de riscos que se levam em conta são o colesterol alto e a presença de aspectos adicionais modificáveis, como o tabagismo, a inatividade física, os hábitos alimentares do indivíduo e obesidade. Em consequência acarretam as doenças cardiovasculares e metabólicas, nos qual podemos destacar: cardiopatias, como a insuficiência cardíaca ou infarto do miocárdio; AVC – acidente vascular cerebral; insuficiência renal; retinopatia e neuropatia, representados no tabela 2 a seguir.

Tabela 2. Achados no exame clínico indicadores da classificação de risco

Indicadores de alto risco
Infarto do miocárdio prévio
Acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório prévio
Doença aneurismática de aorta
Doença vascular periférica
Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica
Angina de peito
Doença renal crônica
Hipertensão descompensada associada à diabetes mellitus tipo 1
Controle metabólico inadequado – hemoglobina glicada > 9
Indicadores intermediários de risco
Idade > 45 anos homens, > 55 anos mulheres
Manifestações de aterosclerose
História familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de 1º grau ocorrido antes dos 50 anos
Diagnóstico prévio de diabete, tolerância à glicose diminuída, glicemia alterada, diabete gestacional.
Diagnóstico prévio de dislipidemia
Diagnóstico prévio de síndrome do ovário policístico
Tabagismo
Obesidade (IMC > 30 kg/m ²) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens)
Hipertensão (> 140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia
Historia de doença renal na família (para risco de insuficiência renal)

Fonte: BRASIL, 2013 - Caderno de Atenção Básica

Segundo o Ministério da Saúde (2013), no caderno de Atenção Básica a estratificação do risco cardiovascular e metabólico baseia-se através da observação dessas condições de saúde identificadas nesses pacientes, classificando numa escala entre baixo, médio e alto risco. Ações de saúde realizadas com os pacientes hipertensos e diabéticos é de suma importância para a Atenção Primária e a estratificação de risco de cada uma dessas patologias deve ser iniciada o mais breve possível e anualmente. Com a estratificação de risco e grupos de apoios como

Hiperdia, poderemos assim realizar um acompanhamento mais direcionado e completo a cada indivíduo.

As estratificações de risco cardiovascular e metabólico devem ser realizadas a todos pacientes hipertensos e diabéticos na Atenção Primária à Saúde, através de um estudo que envolve uma avaliação clínica individual, acompanhado de exames complementares iniciais, além dos valores de PA, a presença de fatores de risco adicionais, de lesões em órgãos-alvo e de doenças cardiovasculares. Esse estudo permite caracterizar o estado de saúde desses pacientes, orienta a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. É uma ferramenta essencial que permite a classificação de risco dos diabéticos e hipertensos em desenvolverem doenças cardiovasculares e metabólicas, caracterizando em uma escala final entre baixo, médio e alto risco, destacando as necessidades de cada paciente em fazer acompanhamento com especialidades.

Os grupos de educação em saúde são reconhecidos pelo Ministério da Saúde (2002) como funções dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), para acompanhamento de portadores de doenças crônicas que merecem mais atenção, como os diabéticos e hipertensos.

O Hiperdia é uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, porque nos possibilitam conhecer as pessoas e situações, podendo dar a elas a atenção devida, diminuindo dos fatores de risco e as complicações das doenças. (BRASIL, 2006)

O grupo Hiperdia faz parte dessas ações de saúde com o apoio de uma equipe de multiprofissionais qualificados que envolvem a unidade de saúde e o NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família, com uma abordagem individual e coletiva, com o propósito de acompanhar esses pacientes realizando uma abordagem mais completa, buscando a construção de uma agenda programada de assistência a estes portadores de condições crônicas. Considerando a relevância de ações educativas nas ESF e a grande epidemia de hipertensos e diabéticos na situação atual, surge então o interesse na realização dessas intervenções de saúde destacadas, visando à promoção, prevenção, reabilitação e diminuição de morbimortalidade.

3. METODOLOGIA

O método de condução desse projeto retrata uma pesquisa-ação com base exploratória do diagnóstico social e epidemiológico da realidade e experiência nas unidades de saúde que abrangem as comunidades de Jacutinga e Santa Barbara, pertencentes ao município de Ivaiporã – Paraná.

Segundo Gil (2008) a pesquisa exploratória deve proporcionar maior familiaridade com o problema. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso.

Por meio de prontuários e buscas constantes dos pacientes, se trata um perfil epidemiológico nessas comunidades que deixa em relevância o problema da alta prevalência de pacientes diabéticos e hipertensos, destacando a importância da promoção de intervenções baseado na estratificação de risco cardiovascular e metabólico juntamente com ações do grupo Hiperdia, reduzindo os fatores de risco associados e contribuindo na qualidade de vida desses pacientes. Foi somente a partir de 2018 que as estratégias de estratificação de risco e do grupo Hiperdia passaram a ser aplicadas nas unidades de saúde que abrangem as comunidades de Jacutinga e Santa Barbara, no município de Ivaiporã.

Tomando como base as metas traçadas em nossas comunidades para a otimização e a organização das ações de saúde para esses usuários com condições crônicas de hipertensão e diabetes, se observam os mais importantes princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade, priorizando os pacientes mais críticos, dando atenção especializada aos mais necessitados; a integralidade das ações, na responsabilidade de uma equipe multidisciplinar da unidade básica para promoção das intervenções em conjunto com esses pacientes crônicos.

Nessa etapa inicial desse projeto deverá realizar uma busca ativa conduzida pelas equipes de enfermagem e ACS aos pacientes com essas condições crônicas, colocando em destaque a importância do grupo Hiperdia ativo na unidade, realizando o convite na participação desse projeto, fornecendo solicitações de exames essenciais para a estratificação de risco cardiovascular e metabólico, tais

como: glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos, creatinina, urina tipo 1, microalbuminúria (quando necessário), ácido úrico, potássio e sódio; juntamente com o pedido de eletrocardiograma e do monitoramento e controle da pressão arterial e/ou glicemia (que devem ser feitos diariamente num prazo de 7 dias, enquanto os demais exames são realizados).

Para abranger o máximo de pacientes hipertensos e diabéticos se pode adotar uma estratégia diferenciada de coleta dos exames laboratoriais na própria unidade, sob responsabilidade de técnicos de enfermagem e o encaminhamento desses materiais ao laboratório. Os resultados devem ser vinculados do laboratório à unidade de saúde, chegando até as mãos da profissional médica. Essas ações facilitam o desenvolvimento das estratificações e a agilidade nos atendimentos médico.

Após a realização de todos os exames é o período em destaque do agendamento das consultas, que serão realizadas em um dia semanal somente com essa finalidade. No dia da consulta do paciente é passado pela triagem de enfermagem, onde os técnicos identificam os sinais vitais (glicemia, pressão arterial, pulso), as medidas antropométricas pela obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e circunferência abdominal, determinando também a classificação de risco do atendimento por prioridades.

Na avaliação clínica médica do hipertenso e diabético se faz necessário identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde e a história clínica da pessoa, realizar um exame físico, avaliação laboratorial, identificando a classificação de risco. Como apoio foi adaptado uma ferramenta – ficha de estratificação de risco cardiovascular e metabólico, que serve como uma guia a ser preenchida, chegando enfim nos resultados a classificação do risco de cada hipertenso e diabético, podendo ser observada em anexo. Em conclusão o médico classifica e realiza o plano de cuidados dos pacientes e realiza a incrementação de medicamentos para o controle da condição crônica. Todos os pacientes devem permanecer no acompanhamento da Atenção Primária e também e com ações em conjunto da equipe multiprofissional do NASF, aliadas para realizar intervenções específicas que possam auxiliar na estabilização do paciente.

Os pacientes considerados alto riscos deverá ser encaminhados ao Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC), para ser inserido na Linha de Cuidado do Hipertenso, onde o paciente será avaliado por uma equipe multiprofissional da Atenção Secundária Especializada, tais como: cardiologista, nefrologista, endocrinologista, nutricionista e educador físico, buscando garantir assistência integral à saúde desses pacientes mais críticos.

Nota-se a necessidade de um apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Ivaiporã em estar liberando os exames necessários para a grande demanda dos pacientes envolvidos, assim também como o suporte essencial do MACC, através de especialistas capacitados em atender os pacientes hipertensos com alto risco cardiovascular e os diabéticos com alto risco metabólico.

Ao final dos atendimentos o plano de cuidados é elaborado interdisciplinarmente e pactuado com cada usuário. As discussões com os pacientes sobre o risco cardiovascular devem ser documentadas e se o paciente concordar deve-se permitir que familiares e cuidadores tenham a oportunidade de estarem envolvidos nas decisões sobre o tratamento e o plano de cuidados. Uma atenção contínua deve ser realizada para acompanhamentos desses pacientes de acordo com o seguinte esquema de monitoramento, ou quando necessário:

- baixo risco – acompanhamento e retorno anual na unidade de saúde;
- moderado risco – acompanhamento e retorno semestral na UBS;
- alto risco – acompanhamento e retorno quadrimestral na unidade de saúde.

O acompanhamento do hipertenso e do diabético pode ser aprimorado através de um projeto de apoio nas comunidades, incentivando a participação desses pacientes em atividades de educação em saúde, como um fator motivador para o autocuidado, para instituição de mudanças no estilo de vida e para adesão ao tratamento. Para isso se deve dar ênfase em um projeto de promover o grupo de Hiperdia com estratégias participativas, valorizando os saberes populares e incrementando intervenções multiprofissionais que tendem a impactar positivamente, tornando a educação em saúde mais eficaz. A formação do Hiperdia na unidade é de grande importância para abordar esses pacientes nos aspectos cognitivo-comportamental fornecendo suporte aos pacientes para deixar de lado a vida sedentária e com péssimos hábitos alimentares, alcançando qualidade de vida.

Para o funcionamento desse grupo Hiperdia será necessário um espaço físico destinado aos encontros desses pacientes com o pessoal da equipe de saúde e a agenda dos profissionais disponíveis para desenvolver essas ações educativas para uma melhor qualidade de vida. Para a facilidade de acesso e maior acomodação dos usuários, pode ser aproveitado o espaço do salão paroquial das comunidades, contando com materiais de apoio e ferramentas educativas, como multimídia (retroprojetor, computador), e aparelhos para aferição da pressão arterial, glicosímetro para monitorar a glicemia, balança para controle do peso. Todos esses instrumentos devem ser fornecidos pela Secretária Municipal de Saúde.

O grupo Hiperdia deve ter apoio de uma equipe de multiprofissionais qualificados que envolvem a UBS e o NASF, entre os quais tem destaque: médico, psicólogo, nutricionista, dentista, equipe de enfermagem, educador físico e ACS, mantendo um vínculo de apoio e suporte necessários aos pacientes. Todos os profissionais de saúde devem usar linguagem simples ao discutir o risco cardiovascular, mudanças de estilo de vida e opções terapêuticas com os pacientes, de modo a permitir que se esclareçam dúvidas.

As sessões do grupo Hiperdia devem ser promovidas com palestras educativas, atenção individual e coletiva com o propósito de acompanhar esses pacientes uma vez ao mês. Cada sessão deverá ser conduzida por uma equipe que programará ações que envolvem diferentes temas. Se torna importante uma escala que organiza a disponibilidade dos profissionais para realizar a abordagem a esses pacientes, executando as atividades por meio do seguinte cronograma:

- a sessão organizada pela nutricionista deverá abranger estratégias que envolvem um café da manhã saudável e dicas de uma boa alimentação com intervenções para cada tipo de paciente;
- a sessão responsável pelo educador físico irá conduzir estratégias de atividades físicas que envolvem esses pacientes em caminhadas em praças públicas e atividades físicas em academias sociais;
- o apoio médico fica responsável de estratégias que envolvem a estratificação do risco desses pacientes e o fornecimento de intervenções não farmacológicas, prescrições de medicamentos necessários e encaminhamentos para atenção secundária;

- os dentistas se mostram importantes no apoio da saúde bucal;
- o psicólogo tem como suporte um apoio a pacientes de saúde mental envolvidos em ansiedade extrema ou depressão;
- a equipe de enfermagem se torna responsável em aferir os sinais vitais desses pacientes e glicemia quando necessários, organizar planilhas de acompanhamento e agendas.

Essas ações e estratégias fazem parte dos protocolos e linhas guias do paciente diabético e hipertenso do Ministério da Saúde e atenderão as necessidades dos usuários, promovendo um acompanhamento mais direcionado e completo a cada indivíduo, realizando ações direcionadas as mudanças dos hábitos e melhoria da qualidade de vida desta população. Essas fontes também serão levantadas para serem destacadas dando o suporte bibliográfico desse projeto. Como planejamento de nossa unidade de saúde para a avaliação clínica do hipertenso e diabético e sua classificação de risco, se deve seguir o seguinte tabela 3 e se faz necessário como guia para o enfrentamento desses problemas pela equipe:

Tabela 3. Planejamento de uma planilha operacional para a avaliação, classificação de risco e monitoramento dos hipertensos e diabéticos:

AÇÕES	ESTRATÉGIAS
A busca ativa na comunidade aos pacientes diabéticos e hipertensos:	<ul style="list-style-type: none"> * Seleção dos prontuários dos pacientes com dados epidemiológicos e de estratificações anteriores; * Identificação das receitas médicas de uso contínuo; * Visitas familiares dos ACS; * Identificação de novos pacientes nas consultas médicas e enfermagem.
Agendamento das consultas:	<ul style="list-style-type: none"> * Convite inicial ao paciente em realizar a estratificação após a identificação do hipertenso ou diabético pela equipe de saúde; * Fornecimento de ferramentas essenciais para essa ação, dentre elas: <ul style="list-style-type: none"> - solicitações de exames para estratificação de risco cardiovascular e metabólico; - pedidos de eletrocardiograma; - orientações de monitoramento e controle da pressão arterial e/ou glicemia (que devem ser feitos duas vezes ao dia por 7 dias).
Realização da consulta médica agendada aos diabéticos e hipertensos:	<ul style="list-style-type: none"> * A atenção médica é determinada pelas prioridades onde são realizados a anamnese, exame físico e analisados os exames laboratoriais e ECG; * Se tem como guia uma ferramenta: ficha de estratificação de risco do hipertenso e do diabético, onde são anotados os dados e anexada no prontuário do paciente.
Realizar a estratificação de riscos dos diabéticos e hipertensos:	<ul style="list-style-type: none"> * O médico é responsável por estratificar e classificar esses pacientes em baixo, moderado e alto risco cardiovascular e metabólico; * Realização dos planos de cuidados dos pacientes estratificados; * Prescrição médica dos medicamentos de uso contínuo e incrementos para a estabilização da clínica do paciente.

<p>Planejar ações do Grupo Hiperdia para os diabéticos e hipertensos de nossa comunidade, estimulando a um estilo saudável de vida e a prática de atividade física:</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Cuidados coletivos com atuação no aspecto cognitivo e comportamental; * Realização de uma agenda das ações em saúde; * Palestras educativas envolvendo a equipe da unidade e do NASF, com temas de alimentação saudável e educação alimentar, apoiando a perda de peso; orientações de dieta hipossódica e hipoglicêmica de acordo com a necessidade individual; * Caminhadas ou práticas de atividade física pelo menos 3x por semana; * Ações que contribuem para a eliminação ou redução do álcool e tabaco e encaminhamento a grupos de apoio. * Orientações hídricas; * Avaliação nutricional individual.
<p>Acompanhamento na adesão ao tratamento:</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Identificação do uso contínuo dos medicamentos que faz tratamento para o controle da hipertensão e/ou diabetes: medicamento, hora, dose e via correta.
<p>Direcionar os pacientes de alto risco para a Atenção Especializada:</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Encaminhamentos médicos a equipe multidisciplinar do MACC (Modelo de Atenção as Condições Crônicas) que contam com o apoio para o tratamento da hipertensão e diabetes, com profissionais especializados. <p style="text-align: center;">AÇÃO NÃO DISPONÍVEL ATÉ O MOMENTO.</p>
<p>Acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e Agendamento dos retornos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Agendamento de consulta de retorno após o contato com as especialidades, para não perder o vínculo do paciente com a unidade e acompanhá-los na adesão correta dos planos de cuidados e novos tratamentos. * A etapa final é o registro em uma planilha, com as seguintes anotações: identificação do paciente, classificação dos riscos e agenda de retornos. * Critérios de retorno segundo a classificação de risco dos diabéticos e hipertensos: 4 meses – alto risco; 6 meses – moderado risco; 1 ano – baixo risco.

Durante o decorrer desse projeto o desenvolvimento das intervenções será acompanhado, estudado e avaliado os resultados para que mais adiante sejam expostos como parte da especialização e capacitação médica em saúde pública, instituída pela Universidade Federal do Paraná. O aprimoramento dessas ações de saúde também contribuirá para um melhor controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossas comunidades, reduzindo assim a morbimortalidade dessas patologias e a promoção de uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.

4. RESULTADOS

TABELA 4 - IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DO GRUPO HIPERDIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JACUTINGA – IVAIPORÃ

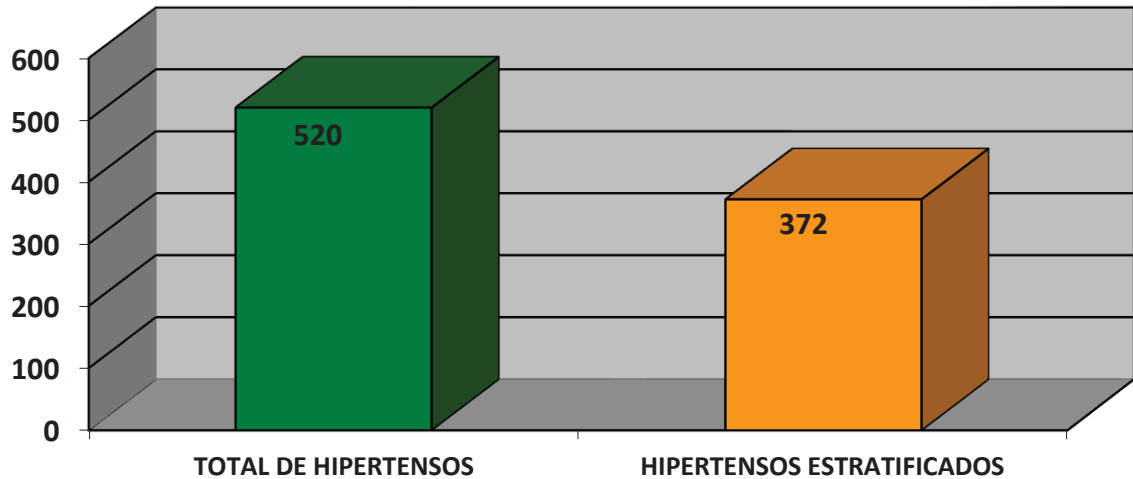
DATA	AÇÕES /OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	PROFISSIONAIS	PARTICIPANTES	RECURSOS UTILIZADOS
A PARTIR DE JUNHO / 2018	Levantamento e seleção dos prontuários dos pacientes hipertensos e diabéticos, através de:	<ul style="list-style-type: none"> * dados epidemiológicos; * identificação das receitas de uso contínuo; * identificação de novos casos de hipertensos e/ou diabéticos, através das consultas médicas e de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> * AC); * técnicos de enfermagem; * enfermeiro. 	---	<ul style="list-style-type: none"> * recursos humanos * prontuários de pacientes
A PARTIR DE JUNHO / 2018	A busca ativa na comunidade aos pacientes diabéticos e hipertensos:	<ul style="list-style-type: none"> * convite inicial ao paciente em realizar a estratificação após a identificação do hipertenso ou diabético pela equipe de saúde, ou através de visitas familiares dos ACS; * fornecimento de ferramentas essenciais para essa ação de saúde, dentre elas: <ul style="list-style-type: none"> - solicitações de exames laboratoriais para estratificação de risco cardiovascular (hipertenso) e metabólico (diabético); - pedidos de eletrocardiograma; - orientações de monitoramento e controle da pressão arterial e/ou glicemia (que devem ser feitos diariamente em sete dias). 	<ul style="list-style-type: none"> * ACS; * técnicos de enfermagem; * enfermeiro; * médica. 	Hipertensos e Diabéticos	<ul style="list-style-type: none"> * recursos materiais; * recursos humanos; * esfigmomanômetro; * glicosímetro.
A PARTIR DE JUNHO / 2018	Coleta de exames laboratoriais:	<ul style="list-style-type: none"> * agendamento para coleta de exames laboratoriais na unidade de saúde; * encaminhamento destas coletas ao laboratório; * busca de resultados em laboratório de referência por profissionais da equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> * técnicos de enfermagem. 	Hipertensos e Diabéticos	<ul style="list-style-type: none"> * recursos laboratoriais * recursos humanos;
A PARTIR DE JUNHO / 2018	Agendamento das consultas:	<ul style="list-style-type: none"> * programação do agendamento das consultas médicas após a realização dos exames médicos por microáreas. 	<ul style="list-style-type: none"> * ACS; * técnicos de enfermagem. 	Hipertensos e Diabéticos	<ul style="list-style-type: none"> * recursos humanos;
A PARTIR DE JUNHO / 2018	Realização da consulta médica agendada aos diabéticos e hipertensos:	<ul style="list-style-type: none"> * a atenção médica é determinada por ordem de prioridades pré identificadas, onde são realizados a anamnese, exame físico e analisados os exames laboratoriais. 	<ul style="list-style-type: none"> * médica 	Hipertensos e Diabéticos	<ul style="list-style-type: none"> * recursos humanos;

<p>A PARTIR DE JUNHO / 2018</p> <p>Realizar a estratificação de riscos dos diabéticos e hipertensos.</p>	<p>* se tem como guia uma ferramenta: ficha de estratificação de risco do hipertenso e do diabético, onde são anotados os dados do paciente e anexada em seu prontuário;</p> <p>* o médico é responsável por estratificar e classificar os pacientes em baixo, moderado e alto risco cardiovascular e metabólico;</p> <p>* realização de planos de cuidados dos pacientes que permanecem na UBS;</p> <p>* prescrição médica dos medicamentos de uso contínuo e incrementos para a estabilização da clínica do paciente.</p> <p>Planos de cuidados referentes a mudanças de hábitos de vida, que envolvem:</p> <ul style="list-style-type: none"> * a uma dieta equilibrada; * ao uso correto dos medicamentos prescritos e ao controle dos vícios; 	<p>* médica</p> <p>Hipertensos e Diabéticos</p> <p>* recursos humanos; * recursos materiais.</p>
<p>A PARTIR DE 2018</p> <p>Planejar ações de saúde para os planos de cuidados dos pacientes hipertensos e diabéticos.</p>	<p>* orientações hídricas e da importância da toma de no mínimo 2 litros de água;</p> <p>* práticas de atividade física, como caminhadas, pelo menos 3x por semana;</p> <p>* encaminhamento para nutricionista;</p> <p>* encaminhamento para odontologia para avaliação de saúde bucal;</p> <p>* adesão e participação do grupo Hipertensão;</p> <p>* encaminhamento para grupo antitabagismo, quando necessário.</p>	<p>* médica; * enfermeira.</p> <p>Hipertensos e Diabéticos</p> <p>* recursos humanos; * recursos materiais</p>
<p>A PARTIR DE SETEMBRO DE 2018, CONFORME A AGENDA EM ANEXO</p> <p>Encaminhamento dos pacientes para a adesão e participação do grupo HIPERTENSÃO</p>	<p>* realização da programação anual da agenda;</p> <p>* convite e entrega da agenda anual do grupo;</p> <p>* palestras educativas;</p> <p>* acompanhamento de peso, pressão arterial, níveis glicêmicos e IMC.</p> <p>* entrega de medicamentos</p> <p>* participação da nutricionista para orientações de uma alimentação saudável, estimulando à educação alimentar e peso equilibrado;</p> <p>* ações de saúde com a educadora física com grupos de caminhadas e atividade física;</p> <p>* participação da psicóloga em saúde mental.</p>	<p>toda a equipe de saúde</p> <p>Hipertensos e Diabéticos</p> <p>* recursos humanos; * recursos materiais</p>

<p>AÇÃO NÃO DISPONÍVEL ATÉ O MOMENTO</p> <p>Direcionar grande parte dos diabéticos e hipertensos de alto risco para uma atenção mais especializada.</p>	<p>Encaminhamento de hipertensos e diabéticos estratificados como alto risco à equipe MACC (Modelo de Atenção as Condições Crônicas). A equipe MACC consta com os médicos especialistas, demais de enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Os hipertensos são direcionados a equipe do MACC que consta com especialista em Cardiologia; Os diabéticos são direcionados a equipe do MACC que consta com especialista em Endocrinologia. (Esta realidade ainda não está disponível em nossa unidade, devido à equipe do MACC da 22ª regional não está em funcionamento, os pacientes identificados como alto risco aguardam para serem encaminhados).</p> <p>* acompanhamento da equipe de saúde na adesão ao plano de cuidados; * os dados das estratificações são armazenados e alimentados em uma planilha (em anexo), que consta com os seguintes dados: - nome do paciente; - número do prontuário; - ACS que acompanha; - data da estratificação; - classificação de risco; - programação das consultas de retorno. * os agendamento de consulta de retorno seguem os critérios estabelecidos pela linha guia do ministério da saúde, conforme risco estratificado: - a cada 4 meses – alto risco; - a cada 6 meses – moderado risco; - a cada 1 ano – baixo risco.</p>	<p>* médica; * enfermeira.</p> <p>Hipertensos e Diabéticos</p> <p>* recursos humanos; * recursos materiais</p>
<p>A PARTIR DE JANEIRO DE 2019</p> <p>Acompanhamento e programação dos retornos para consultas dos hipertensos e diabéticos.</p>	<p>* médica; * enfermeira; * técnico de enfermagem; * ACS.</p> <p>Hipertensos e Diabéticos</p> <p>* recursos humanos; * recursos materiais.</p>	

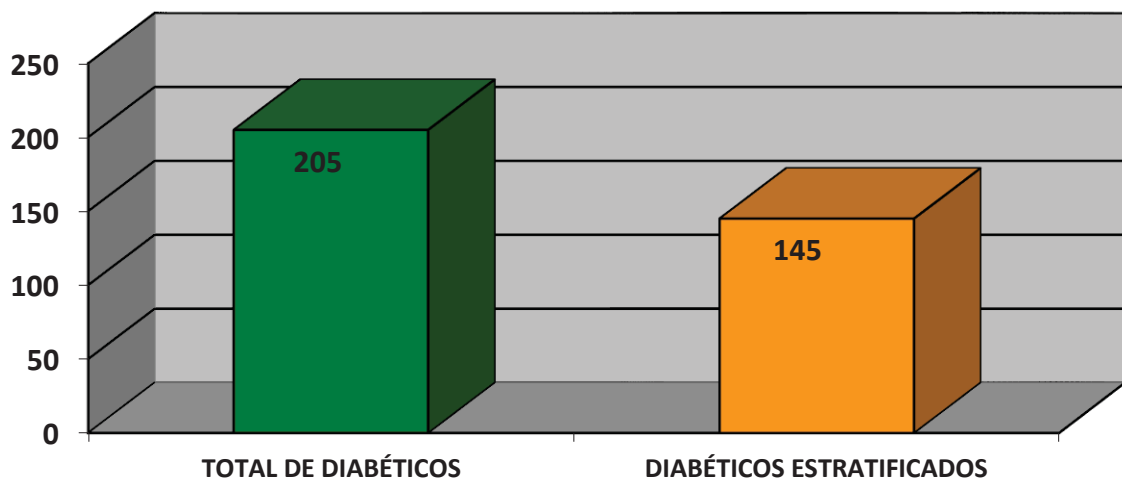
4.1. ANÁLISE DOS DADOS APRESENTADOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DE HIPERTENSOS VERSUS ESTRATIFICADOS NA ESF JACUTINGA - IVAIPORÃ EM 2018:



O gráfico 1 demonstra o número total de 520 hipertensos na ESF de Jacutinga, sendo que em 2018 foram alcançadas a estratificação de cerca de 72% da população estudada.

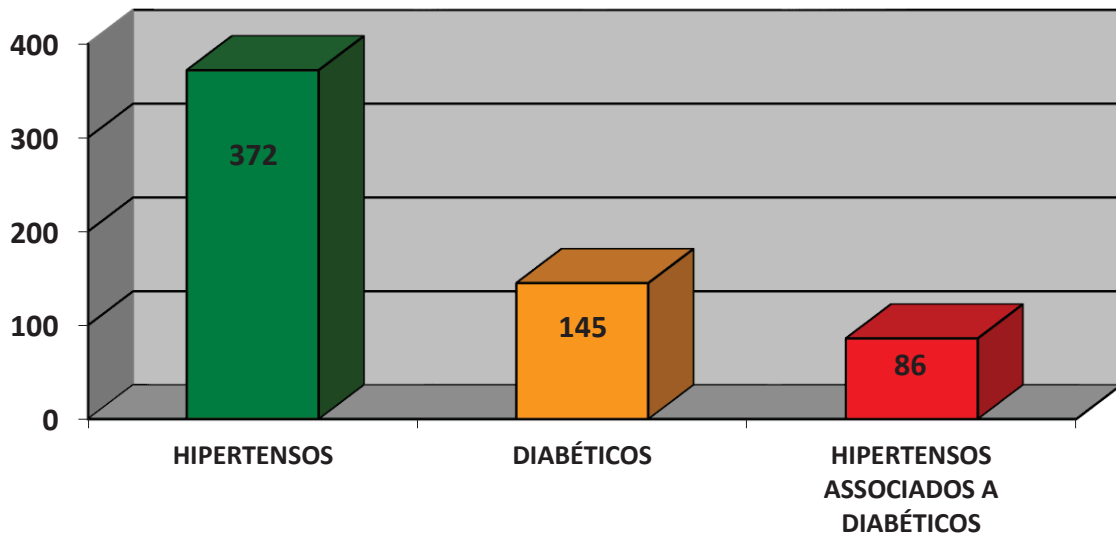
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DE DIABÉTICOS VERSUS ESTRATIFICADOS NA ESF JACUTINGA - IVAIPORÃ EM 2018:



O gráfico 2 representa o número total de 205 diabéticos na ESF de Jacutinga, sendo que em 2018 foram alcançadas a estratificação de aproximadamente 71% da população estudada.

Alguns fatores influenciaram na dificuldade da estratificação do total dos hipertensos e diabéticos, tais como: a falta de participação e comprometimento de alguns usuários, além da grande demanda de exames para pouca oferta e a dificuldade de acesso desses usuários aos postos de coletas, deixando moroso o processo de estratificação desse grande total em um mesmo ano. Apesar das estratificações serem realizadas o processo de encaminhamento ainda não foi realizado devido a falta da equipe da Atenção Secundária até o momento.

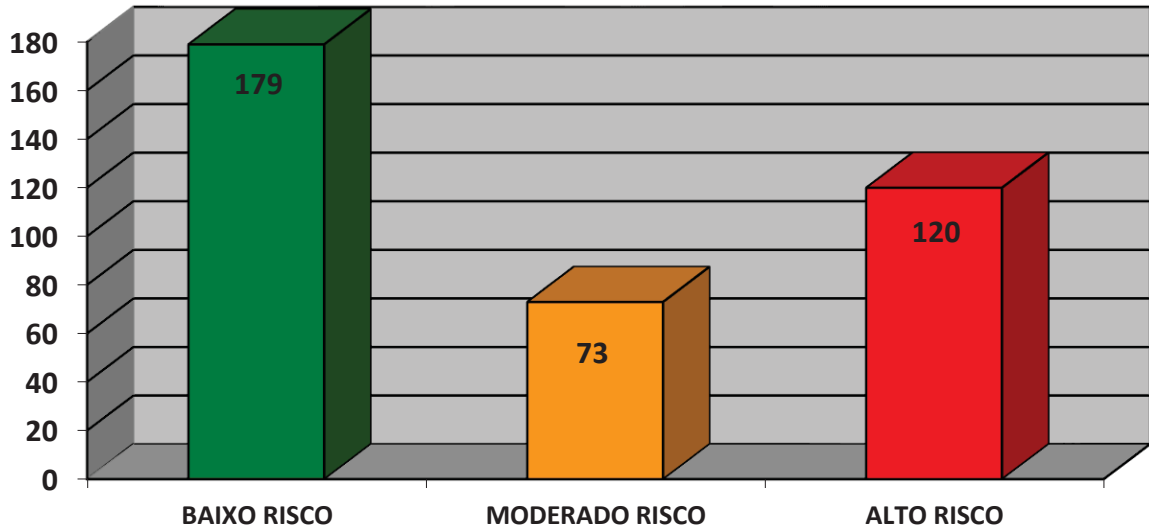
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTRATIFICADA POR CONDIÇÃO CRÔNICA NA ESF JACUTINGA - IVAIPORÃ EM 2018:



Atingimos uma meta de estratificações realizadas no ano de 2018 de um total 517 usuários sendo esses 372 hipertensos e 145 diabéticos. Deve-se destacar também que o processo de intensificação da estratificação se teve a partir da metade do ano de 2018 e o mesmo continua em andamento. A visualização nesse gráfico nos remete a 16% de pacientes com essas patologias associadas, sendo que devido a essa associação os riscos são agravados.

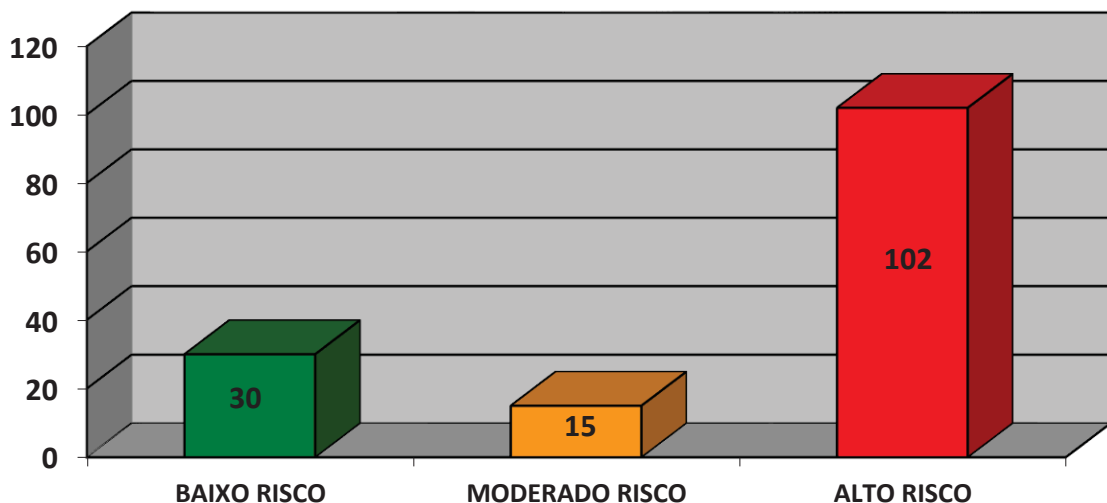
Segundo o Ministério da Saúde nos Cadernos de Atenção Básica de hipertensão arterial e diabetes mellitus, em 2006, o surgimento da hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral, constituindo a principal causa de morbimortalidade na população brasileira.

GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DE HIPERTENSOS POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA ESF JACUTINGA - IVAIPORÃ EM 2018:



No gráfico 4 representamos a classificação de risco cardiovascular após a estratificação dos hipertensos, contando com 48% de baixo risco, aproximadamente 20% moderado e cerca de 32% alto.

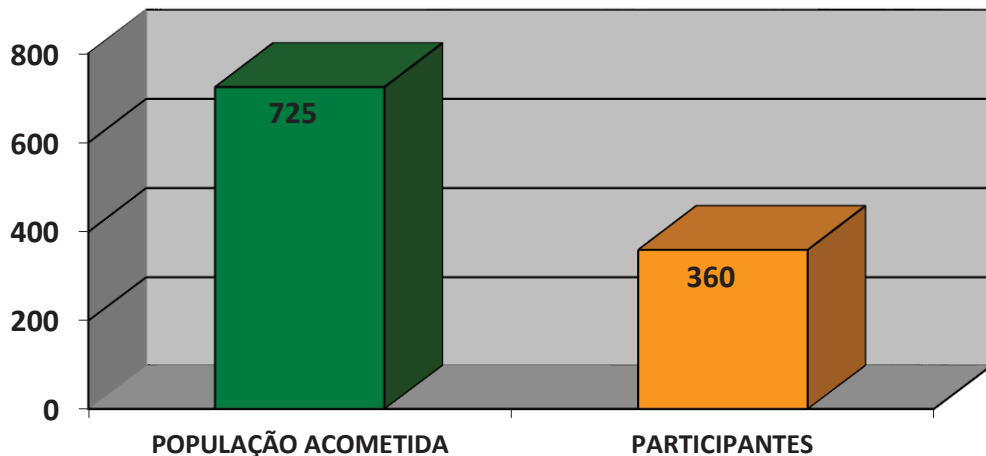
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DE DIABÉTICOS POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO METABÓLICO NA ESF JACUTINGA - IVAIPORÃ EM 2018:



No gráfico 5 representamos a classificação de risco metabólico após a estratificação dos diabéticos, contando com 20% de baixo risco, aproximadamente 10% moderado e cerca de 70% alto. A estratificação desses pacientes prioriza os considerados de alto risco para serem encaminhados para a avaliação de uma

equipe multiprofissional da Atenção Secundária. Os de moderado e baixo risco são pacientes que seguem em monitoramento na unidade de saúde. De acordo com esses resultados o plano de cuidados é elaborado interdisciplinarmente e pactuado com cada usuário.

GRÁFICO 6 - MÉDIA DE PARTICIPAÇÃO DO GRUPO HIPERDIA NA ESF JACUTINGA EM 2018/2019



O acompanhamento do hipertenso e do diabético é aprimorado através de grupos de Hiperdia com atividades de educação em saúde, com um fator motivador para o autocuidado, para instituição de mudanças no estilo de vida e para adesão ao tratamento. O gráfico acima representa a média da participação dos portadores de hipertensão e diabetes ao grupo Hiperdia. Através da presença de grupos mensais se estabelece uma média 360 participantes, o que corresponde a 49% do total de hipertensos e diabéticos convidados. Como estratégia para aumentar a participação dos usuários foi estipulada a distribuição de medicamentos mensais através destes grupos. Segundo o Ministério da Saúde em 2013, o Hiperdia é uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários, nos possibilitando a conhecer as pessoas e situações, podendo dar a elas a atenção devida, diminuindo os fatores de risco e as complicações de doenças.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Por meio da implantação da estratificação de risco dos hipertensos e diabéticos e a criação do Grupo Hiperdia na Estratégia Saúde da Família de Jacutinga podemos ter uma visão mais direcionada nas necessidades individuais, conforme suas prioridades, tornando o planejamento da assistência mais efetivo.

Por se tratar de uma área rural se deve ter um olhar diferenciado devido às dificuldades de acesso desses usuários às ações de saúde, o que se torna um agravante a ser administrado, onde pequenas mudanças na organização podem se tornar relevantes para os resultados. Nota-se também que é de fundamental importância a equipe estar capacitada e engajada na realidade de sua área de atuação para minimizar os obstáculos enfrentados.

Conclui-se que ademais de seguirmos as linhas guias do hipertenso e diabetes fornecidas pelo Ministério de Saúde é necessário estarmos dotados de ferramentas que contribui em aprimoramento das estratégias de saúde. A implantação do grupo Hiperdia foi um instrumento para o melhor planejamento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, com práticas de educação em saúde que colaboram para que esses usuários sejam protagonistas de seus cuidados. Visando isso pode-se dizer que o objetivo desse projeto foi atingido, gerando um custo-benefício positivo e contribuindo para a integralidade na assistência desses pacientes de nossa comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Care, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standarsof Medical Care in Diabetes**. Diabetes Care, Alexandria, v. 36, n. suppl. 1, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013. 160 p.: il. Cadernos de Atenção Básica, n. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013. 128 p.: il. Cadernos de Atenção Básica, n. 37.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Ivaiporã, Paraná, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco**. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet, London, 9 maio 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, n. 95, , p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. São Paulo; s.n; 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2010**. 3. ed. Itapevi: A. Araujo Silva Farmacêutica, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - SBEM. **Diagnóstico, classificação e tratamento do diabete mellitus tipo 2**. Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. Arq Bras Endocrinol Metab, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 6. ed. São Paulo, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia**: report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1**: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

APÊNDICE



Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Todos os trabalhos novos baseados no seu terão a mesma licença, portanto quaisquer trabalhos derivados também permitirão o uso comercial. Você é livre para: Compartilhar - copiar e redistribuir o material em qualquer mídia ou formato e Adaptar - remixar, transformar e construir sobre o material para qualquer finalidade, mesmo comercialmente. O licenciante não pode revogar essas liberdades contanto que você siga os termos da licença.

Citar: Carla Fernanda Berto Barbosa; Ipojucan Calixto Fraiz (orientador): Implantação da Estratificação de Risco e do Grupo Hiperdia na Estratégia Saúde da Família de Jacutinga – Ivaiporã. Curso de Especialização Atenção Básica /UNA-SUS/UFPR, 2019.

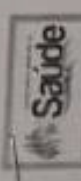
ANEXO 2 – FICHA GERAL DE ATENDIMENTO COM A IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DO PACIENTE

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SAÚDE DE IVAIPORÃ FICHA GERAL DE ATENDIMENTO FGA		EQUIPE 1	UBS: STA BARBARA	Nº FAMÍLIA:				
		AGENTE DE SAÚDE: VIVIANE		MICROÁREA: 08				
		CARTÃO DO SUS:						
NOME:		DN: __/__/__		SEXO ()F ()M				
CÔNJUGE:		EST.CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO				
NATURALIDADE:								
PAI:								
MÃE:								
ENDEREÇO:			REGIÃO:					
CPF:		RG:		EXP:				
LOCAL DE TRABALHO/TELEFONE:			PARENTE PRÓXIMO/ TELEFONE:		TELEFONE:			
DATA	Nº DOSES	HEP.B	VTV	dT	BCG	FEBRE AMARELA	INFLUENZA	OUTRAS
REFORÇO								

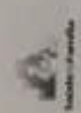
*ESTRATIFICAÇÃO RCV HAS/RCV DM/ SM/ VES 13/ IVCF20/ ÁLCOOL/ DROGAS/ TABAGISMO/GESTANTE/ CRIANÇA/NEFRO

DATA	*ESTRATIFICAÇÃO			
04/04/18	RCU HA	RCU DM	VES 13	IVCF 20
21/5/19	RCU HA	RCU DM	VES 13	IVCF 20
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				

ANEXO 3 – FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO (FRENTE E VERSO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE IVAIPORÁ
Secretaria Municipal de Saúde
Estratégia Saúde da Família



UBS: _____ Enfermeiro Resp.: _____ ACS: _____

Nome: _____ Nº Família: _____

Endereço: _____ Sexo: F M Racião: _____

RG: _____ Data de Expedição: _____ Carimbo SUS: _____

_____ Data de estratificação: _____ / _____ / _____

FICHA GERAL DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

() HIPERTENSÃO () DIABETES MELLITUS tipo: () HIPERTENSÃO + DIABETES tipo: () DOENÇA RENAL

Fatores de Risco Cardiovasculares (FRC)- HIPERTENSÃO

() Idade (homens > 55 e mulheres > 65 anos) () História familiar prematura de doença cardiovascular (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) () Dislipidemias - Colesterol total > 190 mg/dl ou LDL colesterol > 115 mg/dl ou HDL < 40 mg/dl nos homens ou < 35 mg/dl em mulheres ou TG > 150 mg/dl

() Resistência à insulina - glicemia pós-prandial em jejum: 100 - 125 mg/dl; TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA A GLICOSE: 140 - 190 mg/dl em 2 horas; hemoglobina glicada: 5,7 - 6,4% () Obesidade - IMC > 30 kg/m² CA > 102 cm nos homens ou > 88 cm nas mulheres

() Hipertensão ventricular esquerda - ECG: índice Sokolow-Lyon (SV + RV) OU RA; ECG: ECG: RAVL > 11mm; ECG: Cornell (Sv1 + Sv5) > 2400 mVmm; ECG: IMV > 115 g/m² nos homens ou > 95 g/m² nas mulheres

() Espessura mediotimbal de carótida > 0,9mm ou presença de placa de ateroma () Velocidade de onda de pulso (ser disponível) > 10m/s () Índice torácico braquial < 0,9 () Doença Renal Crônica estágio 3 (eGFR < 30 - 60ml/min/1,73m²) () Albuminúria entre 30 e 300 mg/24 h ou relação albuminúria/creatinina urinária > 30 a 300 mg/g

() Doença cardiovascular (AVE isquêmica, hemorragia cerebral, ataque isquêmico transitório) Doença Arterial coronária - angina estável ou instável, infarto do miocárdio, Revaskularização do miocárdio, percutânea (angioplastia) ou cirurgia; Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada; Doença arterial periférica arterial em membros inferiores; Doença renal crônica estágio 4 (eGFR < 30 ml/min/1,73m²) ou albuminúria > 300mg/24 h; Retinopatia avançada; xantomas; escleróticas; xantelasma; papiledema.

Semi fator de risco	HAS Estágio 1 PAS 145-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160 - 179 ou PAD 100 -109	HAS Estágio 3 PAS > 180 ou PAD > 110	Risco
1 - 2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Baixo
> 2 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Médio
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fatores de Risco Diabetes Mellitus - Síndrome Metabólica (SM)

Observar Abdominal por meio da Circunferência Abdominal (CA)

HOMENS () > 104 cm () MULHERES () > 80 cm

Triglicéridos () > 150 mg/dl

HDL Colesterol: HOMENS () < 40 mg/dl

MULHERES () < 50 mg/dl

Pressão Arterial (PA) () > 130 mmHg > 85 mmHg

Glicemia de jejum () > 100 mg/dl ou tratamento para DM

() *Controle metabólico adequado/bom Hemoglobina glicada (A1C) < 7%

() *Controle metabólico intermediário/regular A1C > 7 e < 9%

() *Controle metabólico ruim A1C > 9%

Interações por complicações agudas nos últimos 12 meses () sim () não

Risco Baixo Pessoas com Pré-Diabetes ou diabetes (glicemia de jejum elevada e tolerância diminuída à glicose)

Risco Médio Pessoa com DM2 e controle metabólico e pressórico adequados, sem interações por complicações agudas nos últimos 12 meses, sem interações crônicas

Risco Alto Pessoa com DM1 ou DM2 e controle metabólico e pressórico inadequados; ou controle metabólico e pressórico adequados + interações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas (neuropatia diabética, retinopatia, nefropatia, doença arterial coronariana, doença vascular periférica)

% LOA - Lesão em Órgãos Alvo; *SM- Síndrome Metabólica; *DCV- Doença Cardiovascular; *DRC- Doença Renal Crônica

MEDICAMENTOS										ALBUMINURIA		
Nº	Tipo	Comprimidos/dia						Insulina	CLASSIFICAÇÃO	ALBUMINURIA PERSISTENTE	DESCRIÇÃO	
		1/2	1	2	3	4	5					6
1								Tipo:	A2	30-300 MG/G	MODERADAMENTE AUMENTADA	
2									A3	>300 MG/G	SEVERAMENTE AUMENTADA	
3												
4												
5												
6												
7												

OBSERVAÇÕES:

Unidade/dia: _____


EXAMES COMPLEMENTARES												
Data	Creatinina	Glicemia	Triglicérides	CT	HDL	LDL	TFG	Categoria RFG	Na	K	Ac. úrico	HbA1C

ECG: _____ data: ____/____/____ ECG: _____ data: ____/____/____


Data	PA (mmHg)	Sert	Det	Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m ²)			C A (cm)	Glicemia capilar (mg/dl)	Risco CV Global	Atividade Física	Acompanhamento Nutricional	Observações	Profissional
						O I	O II	O III							

* Obesidade grau I (IMC=30 a 34,99) grau II (IMC= 35 a 39,99) grau III (IMC= acima de 40)

ANEXO 4

PLANO DE CUIDADOS PARA PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	 Saúde da Família
<p>Orientado quanto ao monitoramento dos sintomas de Hipertensão Arterial, tais como: dor de cabeça intensa, dor na nuca, tontura, dor na panturrilha, ansiedade, náuseas, dor no peito, sonolência excessiva, zumbido no ouvido, sensação de peso na cabeça, falta de ar, palpitação</p>	
<p>Orientado sobre o monitoramento da pressão arterial com frequência, para o seu controle.</p>	
<p>Orientado realizar o monitoramento da pressão diariamente por 1 semana, 2 vezes ao dia, com a finalidade de retirar a sua média e enquadrar o acerto da dose, incremento ou troca do medicamento.</p>	
<p>Orientado sobre os malefícios do sedentarismo e sobre os hábitos saudáveis de práticas de atividades físicas moderadas, como caminhadas, durante um período de 30 minutos, pelo menos 5 dias na semana. Indicado praças com academias de saúde coletiva e o lago municipal.</p>	
<p>Orientado que seja menos exposto possível a situações de estresse.</p>	
<p>Orientado quanto ao uso do medicamento na hora certa e dose certa, tendo bom armazenamento e para nunca deixá-lo faltar, providenciando com antecedência de 1 semana.</p>	
<p>Orientado a ter uma alimentação saudável e equilibrada, várias vezes ao dia e em pequenas porções.</p>	
<p>Orientado a utilizar o mínimo de sal possível no preparo dos alimentos, evitando utilizar o saleiro de mesa. Substituir o sal por temperos naturais, como cebolinha, orégano, coentro, cebola, alho, etc.</p>	
<p>Orientado a evitar os alimentos industrializados, tais como: macarrão instantâneo, sopas e caldos prontos, embutidos (salsicha, salame, mortadela, presunto, hambúrguer), enlatados (ervilha, milho), molhos prontos (ketchup, mostarda, maionese) e carnes salgadas (bacalhau, carne seca, defumados).</p>	
<p>Orientado a diminuir o consumo de gordura, carnes gordas, frituras, massas e óleo vegetal.</p>	
<p>Orientado ao consumo diário pelo menos três porções de frutas e hortaliças.</p>	
<p>Orientado a utilizar alimentos integrais, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.</p>	
<p>Orientado sobre a importância da ingestão de água, cerca de 2 litros por dia para uma boa hidratação.</p>	
<p>Orientado a evitar refrigerantes e sucos industrializados, pois possuem sódio, ajudando a aumentar a pressão.</p>	
<p>Orientado no aumento de consumo de potássio na alimentação, pois induz à redução da pressão arterial, além do efeito protetor contra danos cardiovasculares. Ex. de alimentos ricos em potássio: banana, melão, laranja, abacate, cenoura, beterraba, folhas verde-escuras, ervilha, feijão entre outros.</p>	
<p>Orientado a perda de peso, aconselhando os limites saudáveis para sua altura.</p>	
<p>Divulgado sobre os prejuízos do hábito de fumar – maiores riscos de adoecer com câncer de pulmão, infarto, enfisema e derrame. Estimulado aos métodos comportamentais e a participação do grupo de tabagismo.</p>	

ANEXO 5

PLANO DE CUIDADOS PARA PACIENTE COM DIABETES MELLITUS	 Saúde da Família
Orientado quanto ao monitoramento dos sintomas da Diabetes, tais como: aumento d frequência urinária, sede excessiva, fome, emagrecimento sem causa aparente, infecção genitais frequentes, cansaço físico, fraqueza, má cicatrização de feridas, formigamento e outros.	
Orientado sobre o monitoramento frequente da glicemia para estabelecer o seu controle. Orientado sobre os malefícios do sedentarismo, aconselhando aos hábitos saudáveis de práticas de atividades físicas moderadas, como caminhadas, durante um período de 30 minutos, pelo menos 5 dias na semana. Indicado praças com academias de saúde coletiva e o lago municipal.	
Orientado que seja menos exposto possível a situações de estresse. Orientado quanto ao uso do medicamento na hora certa e dose certa, tendo bom armazenamento e para nunca deixa-lo faltar, providenciando com antecedência de 1 semana.	
Orientado a ter uma alimentação saudável e equilibrada, várias vezes ao dia e em pequenas porções.	
Orientado a substituir o açúcar por adoçante.	
Orientado sobre a educação alimentar em relação a alimentos doces.	
Orientados sobre o teor de açúcar que existe em algumas frutas e alimentos, reeducando seu consumo.	
Orientado a evitar os alimentos industrializados, tais como: macarrão instantâneo, sopas e caldos prontos, embutidos (salsicha, salame, mortadela, presunto, hambúrguer), enlatados (ervilha, milho), molhos prontos (ketchup, mostarda, maionese) e carnes salgadas (bacalhau, carne seca, defumados). Orientado a diminuir o consumo de gordura, carnes gordas, frituras, massas e óleo vegetal.	
Orientado ao consumo diário pelo menos três porções de frutas e hortaliças.	
Orientado a utilizar alimentos integrais, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais. Orientado sobre a importância da ingestão de água, aproximadamente 2 litros por dia para uma boa hidratação. Orientado a promover o autocuidado com a pele e os pés, pelos riscos que o paciente diabético possui. Orientado aos sintomas oculares e os riscos da retinopatia diabética.	
Orientar uma boa higiene oral e relatar quaisquer casos de hemorragias, edemas ou dores na gengiva. Orientado sobre a incrementação dos cuidados higiênicos em suas regiões íntimas, já que o diabético está mais propenso em desencadear infecções. Orientado a perda de peso para se adequar ao limite saudável para sua altura. Educado quanto o uso de insulina: rodízio de aplicação, aspiração, armazenamento e transporte da insulina. Divulgado sobre os prejuízos do hábito de fumar – maiores riscos de adoecer com câncer de pulmão, infarto, enfisema e derrame. Estimulado aos métodos comportamentais e a participação do grupo de tabagismo.	

ANEXO 6 – FOTOS DAS AÇÕES DO GRUPO HIPERDIA





