

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RENATA NAIANE MARQUES

CUIDADO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES
NA ATENÇÃO BÁSICA: ADESÃO AO TRATAMENTO E ABORDAGEM PARA
MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA

IVAIPORÃ

2019

RENATA NAIANE MARQUES

CUIDADO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES
NA ATENÇÃO BÁSICA: ADESÃO AO TRATAMENTO E ABORDAGEM PARA
MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica, como requisito parcial para obtenção do título de especialista, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Moura D’Almeida Miranda

IVAIPORÃ

2019

RESUMO

O presente trabalho refere-se ao cuidado multidisciplinar de pacientes com hipertensão e diabetes na atenção básica e cujo objetivo foi programar intervenções que permitissem melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos por meio de uma abordagem para mudança de estilo de vida da população atendida. Trata-se de uma pesquisa ação, no qual os participantes foram os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, conforme a Linha Guia de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. O projeto foi desenvolvido em unidade básica de saúde do município de Ivaiporã, sendo realizado nos meses de agosto e setembro de 2019. O plano de ação ocorreu durante os atendimentos dos participantes por meio de palestras e rodas de conversa, o que permitiu uma aproximação com a população possibilitando atingir os objetivos propostos. Este plano visou reforçar as mudanças no estilo de vida para garantir a qualidade no acompanhamento dos pacientes portadores desses agravos e contribuir para redução das complicações secundárias devido ao desequilíbrio da pressão arterial sistêmica e da glicemia. A meta atingida foi de 50% dos pacientes abordados que obtiveram melhora na adesão ao tratamento proposto, o que possibilitou um aprimoramento de sua qualidade de vida. Espera-se que com a continuidade destas ações seja possível incentivar cada vez mais os profissionais de saúde a promover atividades educativas e assim conscientizar a população sobre a importância de um tratamento regular e contínuo tanto farmacológico quanto não farmacológico. Acredita-se que novos estudos devem ser desenvolvidos com intuito de aprimorar este programa para que sejam alcançadas melhorias na saúde da população atendida.

Descritores: Educação em Saúde. Hipertensão. Diabetes. Equipe Multidisciplinar.

ABSTRAT

The present study refers to the multidisciplinary care of patients with hypertension and diabetes in primary care and whose objective was to program interventions that would improve the adherence to treatment of hypertensive and diabetic patients through an approach to lifestyle change in the population served. This is an action research, in which the participants were the patients with Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus, according to the Guide for Hypertension and Diabetes of the Paraná State Secretariat of Health. The project was developed in a basic health unit in the municipality of Ivaiporã, and was carried out in August and September 2019. The action plan occurred during the participants' attendance through lectures and conversation circles, which allowed an approximation with the population making it possible to achieve the proposed objectives. This plan aimed to reinforce lifestyle changes to ensure quality monitoring of patients with these diseases and contribute to the reduction of secondary complications due to imbalance of systemic blood pressure and blood glucose. The goal reached was 50% of the patients approached who had improved adherence to the proposed treatment, which enabled an improvement in their quality of life. It is hoped that with the continuation of these actions, it will be possible to encourage health professionals to promote educational activities and thus raise awareness of the importance of regular and continuous pharmacological and non-pharmacological treatment. It is believed that new studies should be developed in order to improve this program to achieve improvements in the health of the population served.

Descriptors: Health Education. Hypertension. Diabetes. Multidisciplinary Team.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ADA – Associação Americana de Diabetes
DM – Diabetes Mellitus
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HiperDia – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de Massa Corporal
ISBJ – Instituto de Saúde Bom Jesus
MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAM – Pronto Atendimento
PA – Pressão Arterial
SESA-PR – Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	7
1.2	OBJETIVOS	8
1.2.1	Objetivo Geral.....	8
1.2.2	Objetivo Específico.....	8
1.3	JUSTIFICATIVA.....	9
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	11
2.2	DIABETES MELLITUS.....	12
2.3	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	12
2.4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	13
3	METODOLOGIA	15
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	15
3.2	PUBLICO ALVO	15
3.3	INTERVENÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE	16
3.4	CRONOGRAMA.....	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	18
4.1	RESULTADOS	18
4.2	DISCUSSÕES	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	27
	ANEXO 1 – FOLDER HÁBITOS SAUDÁVEIS	30
	ANEXO 2 - FOTO DO ENCONTRO EM 13 DE AGOSTO DE 2019	31
	ANEXO 3 - FOTO DO ENCONTRO EM 5 DE NOVEMBRO DE 2019.	32
	ANEXO 4 - FOTO DO ENCONTRO EM 3 DE SETEMBRO DE 2019.....	33
	ANEXO 5 - FOTO DO ENCONTRO EM 27 DE AGOSTO DE 2019	34
	ANEXO 6 - FOTO DO ENCONTRO EM 27 DE AGOSTO DE 2019	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Ivaiporã está localizada no norte central paranaense. O município tem 32.035 habitantes e possui área territorial de 434,662 km² de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2018). A população se concentra na área urbana, sendo de 27.438 habitantes e na rural de 4.338 habitantes (IBGE, 2010).

No setor econômico, o município destaca - se na produção agropecuária e industrial. A produção de soja lidera a produção vegetal, com 66.500 toneladas de grãos ao ano (IBGE, 2017). Na área industrial destacam – se a produção alimentícia e metalúrgica. Ivaiporã pertence a 22ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e conta com oito unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) distribuídas pelos bairros e região rural. O município possui um Hospital Municipal de Pronto Atendimento (PAM) e dois hospitais particulares (Instituto de Saúde Lucena Sanchez e Instituto de Saúde Hospital Bom Jesus (ISBJ)). O ISBJ é conveniado com o município e recebe os casos de maior complexidade, devido em sua estrutura haver Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal. Há, também, a Clínica da Mulher na rede pública e o Consórcio Municipal de Especialidades, para onde são referidos os pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) para consultas com as especialidades de: pediatra, cardiologista, ginecologista, fisioterapeuta, psiquiatra neurologista e fonoaudióloga. Em casos em que haja a necessidade de consultas com outros especialistas, os pacientes são encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para Arapongas, Londrina e Curitiba por meio da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA - PR). Há três anos, este município possui uma unidade do SAMU com três ambulâncias móveis que realizam atendimentos de suporte básico e avançado de vida.

A ESF Vila Nova assiste 220 crianças de 0 a 10 anos, 550 adolescentes de 14 a 19 anos, 850 adultos de 21 a 49 anos e 580 idosos de 60 a 95 anos. Há uma alta demanda pelos serviços prestados pela equipe, principalmente, para consultas e curativos. São duas ESF's na mesma UBS, sendo composta por dois médicos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, 6 agentes comunitárias de saúde e uma auxiliar de serviços gerais. Durante o expediente são atendidas dez consultas agendadas e cinco vagas para encaixes ou urgências (por profissional médico), com exceção dos dias protegidos para estudo, em decorrência das médicas serem participantes do Programa Mais Médicos e os dias de visita domiciliar. As queixas mais comuns são dores osteoarticulares, problemas cardiovasculares e síndromes metabólicas.

Os agravos mais comuns são anginas, crises asmáticas, hiperglicemia sintomática, crises convulsivas e dores lombares. O problema identificado para este projeto de intervenção está relacionado a não adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao Programa HiperDia, que consiste em programa de cadastramento e que permite um monitoramento desses pacientes (BRASIL, 2001).

Para isso pretende-se acompanhar e avaliar o tratamento desses pacientes. Os pacientes hipertensos e diabéticos não controlados tendem a aumentar excessivamente a demanda de consultas na UBS devido aos sintomas associados à sua descompensação. A escolha por abordar os problemas relacionados aos pacientes crônicos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) foi em razão da grande demanda de consultas e do alto índice de não adesão ao tratamento correto vivenciado pela equipe de saúde desta unidade.

Um plano oportuno que resulte em um melhor acompanhamento das doenças supracitadas com alto risco cardiovascular e de elevado potencial de complicações secundárias. Para a comunidade acredita-se que medidas educativas que abordem cuidados à saúde podem proporcionar uma melhor qualidade de vida e assim torna-se possível uma mudança do estilo de vida para as futuras gerações.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Aplicar medidas voltadas a educação em saúde com uma equipe multidisciplinar objetivando o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus dos usuários do Programa HiperDia.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Realizar oficinas educativas sobre os temas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.
- Criar grupos entre usuários e a equipe de saúde para permitir a troca de experiências sobre o enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e adesão ao tratamento.

- Sensibilizar os usuários do Programa HiperDia sobre a importância do tratamento adequado para a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e a adoção de hábitos saudáveis de vida.

1.3 JUSTIFICATIVA

Acredita-se que para a sensibilização e conscientização dos pacientes portadores de HAS e DM são necessários o fornecimento de orientação, a proposta de mudança no seu estilo de vida e acompanhamento do uso regular da medicação. Este tema é relevante para grande maioria dos pacientes portadores de HAS e DM que procuram e são assistidos pela equipe da UBS, devido ao número elevado de cadastrados de pacientes acometidos por essas doenças. É fundamental reduzir o número de complicações desses pacientes, a fim de evitar que estes tornem – se domiciliados ou acamados ou em casos mais graves evoluam ao óbito. Um simples ajuste de medicação e uma mudança nos hábitos alimentares, por exemplo, podem proporcionar uma qualidade de vida para o paciente, evitando um tratamento com mais de 4 fármacos e consultas exaustivamente repetitivas.

Mediante ao grande número de doentes crônicos e da demanda de cuidados específicos ofertados principalmente na Atenção Primária, percebeu-se a necessidade de ofertar a esses usuários formas para melhorar sua qualidade de vida através da educação em saúde com uma equipe multiprofissional. Visto que doenças como HAS e DM necessitam de cuidados específicos e contínuos para que não haja uma piora do quadro clínico e que não surjam doenças oportunistas.

Estudos já realizados comprovaram que a utilização de recurso da educação em saúde como forma de conscientização de pacientes crônicos resulta em melhorias no dia-a-dia dos usuários (JARDIM, et al., 2015). A Atenção Primária a Saúde objetiva a promoção e prevenção a saúde, assim trabalhando diretamente com a comunidade abordando temas do cotidiano e da realidade deles faz com que a compreensão dos mesmos sobre determinadas patologias seja maior, assim ofertando a eles conhecimento sobre quais as melhores atitudes os mesmos devem tomar.

Assim, é possível executar um plano de ação que vise modificar o estilo de vida com as orientações corretas fornecidas pelos profissionais de saúde da equipe da UBS e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esta UBS dispõe de uma equipe de saúde colaborativa e atuante no município, o que facilita a execução do planejamento proposto.

1.4 REVISÃO DE LITERATURA

1.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Castilho, 2019, afirma que em média 24% da população brasileira vivente das grandes capitais possuem o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Bem como ela pode ser a chave para desencadear problemas renais, metabólicos e circulatórios (BRASIL, 2018a).

A descoberta da patologia muitas vezes é acidental por se tratar de certo modo de uma doença silenciosa, na qual em consultas periódicas ao aferir a pressão arterial (PA) constatou-se sua elevação, ou por algum evento adverso verificou-se a alteração da pressão (OLIVEIRA, et al., 2017).

A HAS é caracterizada pelos valores da pressão sistólica e diastólica maiores que 140 e 90 mmHg respectivamente. Para estabelecer o diagnóstico de HAS faz-se necessário buscar os achados clínicos e complementares como os exames laboratoriais (ureia, creatinina, potássio, glicemia em jejum, entre outros), que por meio de dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde podem classificar a doença como risco baixo, moderado e alto para o paciente e a partir dessa classificação é possível estabelecer o tratamento correto (SOUZA; GULART, 2017). A classificação do paciente proporciona um melhor prognóstico e uma prevenção de futuras complicações oriundas da patologia de base (PARANÁ, 2018a).

O potencial crônico da HAS tem grande impacto sobre a mortalidade na população e necessitam de cuidados específicos e rigorosos, assim desenvolver maneiras de promover a saúde e prevenir as doenças é fundamental nesses casos. (SMELTZER; BARE, 2005).

O planejamento terapêutico do hipertenso deve incluir medidas que visam às mudanças de hábitos de vida e quando necessário e prescrito associar com terapia medicamentosa, buscando sempre a minimização de danos futuros (PARANÁ, 2018a). De acordo com Padilha, Silva e Borenstein (2004) a equipe deve insistir na mudança de estilo de vida do indivíduo, identificando as fragilidades e planejando ações no processo do cuidado, pois se sabe que uma vida mais saudável trará ao paciente uma expectativa de vida melhor e reduz seus riscos de futuras morbidades.

1.6 DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus é definida pela Associação Americana de Diabetes (ADA) como nível aumentando de glicemia na corrente sanguínea originada por algum defeito de secreção e ação insulínica (ADA, 2010).

Um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Diabetes, entre 2017 e 2018, confirmou que quanto maior a idade do portador de DM há mais casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), assim demonstrando que esta patologia é um fator de risco para possíveis comorbidades e que pode resultar em óbito (BRASIL, 2017).

Segundo dados publicados pela Secretária de Saúde do Estado do Paraná, 2018b, o DM é responsável anualmente por diversas mortes precoces em todo mundo, sendo a causa principal destas mortes, ou mesmo sendo o principal motivo, inúmeras vezes em decorrência de suas complicações.

O objetivo do tratamento de DM é estabilizar a insulina e os níveis de glicose, reduzindo o aparecimento de complicações vasculares e neuropáticas, assim avaliando cada particularidade apresentada pelo paciente e classificando-o, o qual permitirá oferecer o melhor tratamento para o mesmo (PARANÁ, 2018b). Para atingir bons níveis e normalizar a glicemia (euglicemia) sem ter hipoglicemia, é preciso cinco condições: acompanhamento nutricional, atividade física regular, monitoração glicêmica, tratamento farmacológico, sensibilizar e conscientizar os pacientes sobre sua saúde (SMELTZER; BARE, 2005).

Além de tratamentos medicamentosos a adoção de hábitos saudáveis é necessária para estabilização do quadro clínico bem como de futuras complicações que a DM possa trazer ao portador, caso a mesma esteja descompensada (REIS, et al., 2015). O sucesso da estabilização dos níveis glicêmicos é a associação dos auto cuidado do paciente junto ao plano oferecido pela equipe multiprofissional da unidade de saúde (PARANÁ, 2018b).

1.7 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A partir de 2016, a SESA adotou como política de saúde um delineamento que visa acentuar uma mudança no tratamento de HAS e DM, em todo o estado do Paraná: cuja a finalidade é enfatizar a necessidade do manejo destas condições, através da sua estratificação de risco, orientando os encaminhamentos à Atenção Especializada e oferecendo apoio importante à Atenção Primária à Saúde. Esta política tem como ênfase a atenção multiprofissional que visa fortalecer os controles da pressão arterial e do nível de glicemia e busca conscientizar o paciente para mudanças no seu estilo de vida, trazendo à luz outra visão do binômio saúde/doença.

Com isso a SESA adotou o modelo de atenção às condições crônicas (MACC) a fim de melhorar a resolutividade do atendimento aos usuários, a população é estratificada em diferentes níveis, e em cada nível deve ser realizado uma intervenção de saúde preconizada. Os usuários são atendidos na Atenção Primária de acordo com sua estratificação do risco dentro desse modelo, o que depende do seu estado de saúde. Nas consultas são prescritos os exames necessários para cada tipo de condição, como: dosagem de glicose, de ácido úrico, creatinina, de colesterol total, HDL – colesterol, de triglicerídeos, de potássio, análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina, entre outros. A estratificação é imprescindível para definir o fluxo e o tratamento do usuário na Linha de Cuidado de Hipertensão.

1.8 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Sabe-se que estratégias são criadas para reverter à de um determinante sobre a população, o Programa HiperDia busca controlar e acompanhar os portadores de doenças crônicas como HAS e DM, até mesmo, porque as duas patologias aparecem em associação em 50% dos casos (NEGREIROS, et al., 2016).

Estudos apontam que a população de diabéticos e hipertensos são na sua maioria pessoas do sexo masculino, embora o contexto cultural demonstre que os mesmos não realizam um acompanhamento contínuo ou preventivo, e que os mesmos possuem um maior cuidado com as pessoas ao seu entorno, principalmente as mulheres (ZATTAR, et al., 2019).

Corroborando com os autores supracitados, Zamora (2014) aponta que medidas para uma vida mais saudável devem ser adotadas para garantir uma mudança de estilo de vida significativa causando um impacto positivo sobre a doença.

Como forma de promover saúde e trabalhar essa mudança no estilo de vida, os profissionais de saúde devem utilizar a educação em saúde como ferramenta de trabalho com a comunidade, pois por meio da educação em saúde, os profissionais podem repassar conhecimentos científicos de grande importância, por exemplo, aos portadores de doenças crônicas, no qual poderá resultar na promoção de hábitos saudáveis de vida para controle das patologias e assim uma melhoria na qualidade de vida (JARDIM, et al., 2015).

Outros benefícios que a educação em saúde realizada pelas equipes multiprofissionais proporciona é o momento de distração para essa população, visto que a maioria se trata de idosos, assim de forma mais descontraída facilita a absorção do conhecimento para os mesmos, bem como a interação dos mesmos possibilita a troca de experiências entre os participantes (COSTA, et al., 2016).

2 MÉTODO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo trata-se de uma pesquisa ação, descritiva e com abordagem quantitativa. A pesquisa ação é caracterizada pela combinação de uma ação ou com alguma resolução de um problema de um grupo, ou seja, um problema comum envolvendo várias pessoas, e que o pesquisador está envolvido de modo solidário ou interativo (FIGUEIREDO, 2009). A abordagem quantitativa, para com isso relacionar uma investigação estatística à significados das relações humanas, especificando a melhor compreensão do tema estudado, descomplicando a crítica dos dados conseguidos (FIGUEIREDO 2009).

Durante as capacitações realizadas com a população estudada optou-se pelas aulas expositiva s-dialogadas, no qual os profissionais de saúde apresentaram seus respectivos temas de forma informal, de uma maneira que consigam estreitar a relação profissional x paciente. Neste modo de trabalhar objetivou-se cativar o público alvo, e que os mesmos compreendam e assimilem as informações recebidas com seu cotidiano.

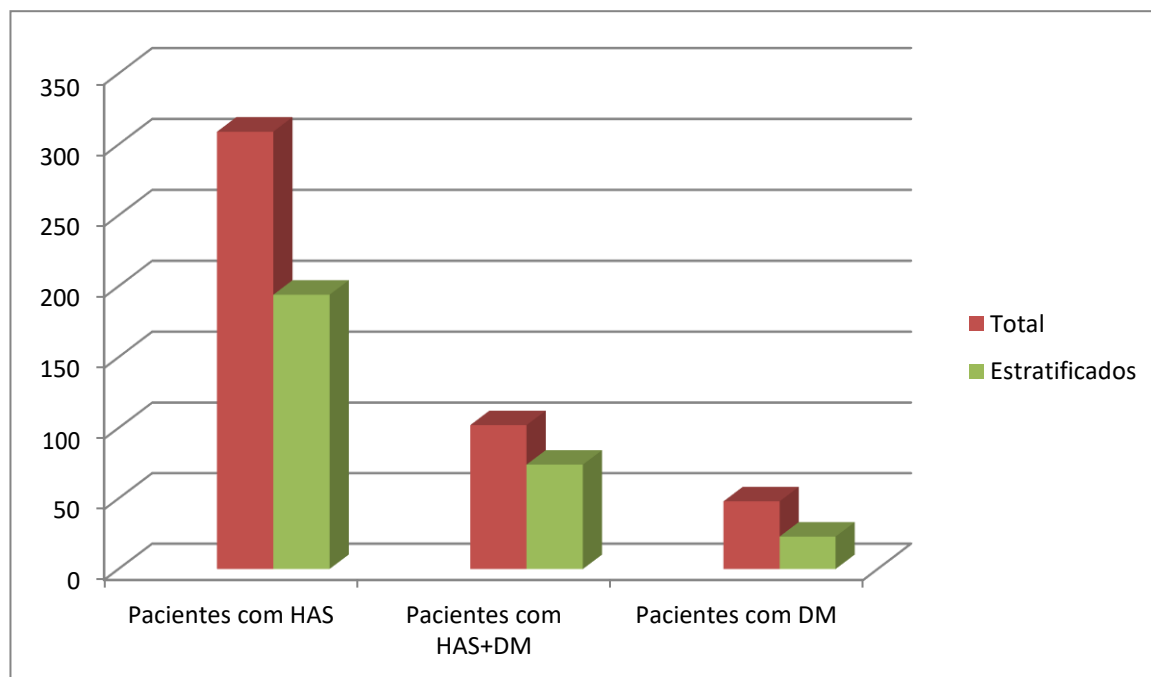
Ao final de cada encontro solicitou-se um feedback dos usuários, para verificar se foi alcançado o objetivo esperado e se houve alguma mudança no seu hábito de vida após os encontros.

2.2 PUBLICO ALVO

Como público alvo foram escolhidos todos os pacientes com HAS, DM e HAS+DM, usuários da UBS Vila Nova Porã, com cadastro na mesma, sem limite de idade, de ambos os sexos. Na primeira abordagem o encontro foi individualizado para cada paciente, a fim de compreender melhor as suas particularidades.

Quando levantado o número de pacientes com HAS, DM e HAS+DM, totalizou 309 usuários com HAS, 48 usuários com DM e 102 com HAS+DM, entre estes já estavam estratificados 194 usuários com HAS, 23 usuários com DM e 74 com HAS+DM, como apresentado no Gráfico 1:

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE PACIENTES COM HAS, HAS+DM e DM, ESTRATIFICADOS E NÃO ESTRATIFICADOS.



Fonte: O autor 2019.

Em decorrência do número de pacientes previamente estratificados, acabou – se por delimitar o público inicial em 291 pacientes, com HAS, DM e HAS+DM.

2.3 INTERVENÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE

Foi realizada uma reunião com a equipe de saúde, a fim de conscientizar a mesma com relação à intervenção proposta, no qual foram solicitados para os ACS que convidar os usuários portadores de HAS e DM para os encontros, tanto nas visitas domiciliares realizadas, tanto nas consultas realizadas na unidade. Também, foram fixados nas dependências da UBS convites voltados para os pacientes estratificados, com os dias e horários das reuniões. Ressalta-se que os pacientes não estratificados foram convidados a participar dos encontros.

Primeiramente foi elaborado um plano de intervenção a ser realizado com os pacientes, no qual foram selecionadas as temáticas a serem abordadas e as categorias profissionais que fariam sua execução. Os temas foram: a importância do tratamento adequado (Médico e Enfermeiro), alimentação e Diabetes (Médico e Nutricionista), hipercolesteremia e suas complicações (Médico) e atividade física e Hipertensão (Médico).

2.4 CRONOGRAMA

Data	Objetivo	Estratégia	Duração e Participantes	Recursos Utilizados
Junho de 2019	Propor um plano de intervenção para controle das doenças crônicas HAS e DM.	Palestras durante HiperDia	40 a 60 minutos Médico, Nutricionista, Enfermeiro	Panfletos ilustrados
Agosto e setembro de 2019	Realizar oficinas educativas sobre Hipertensão, Diabetes e o tratamento. Criar grupos com os usuários para troca de experiências visando o enfrentamento da doença e melhor adesão ao tratamento.	Rodas de conversa com grupos	30 minutos Médico, Enfermeiro, ACS	Apenas recurso humano

Fonte: O autor (2019)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

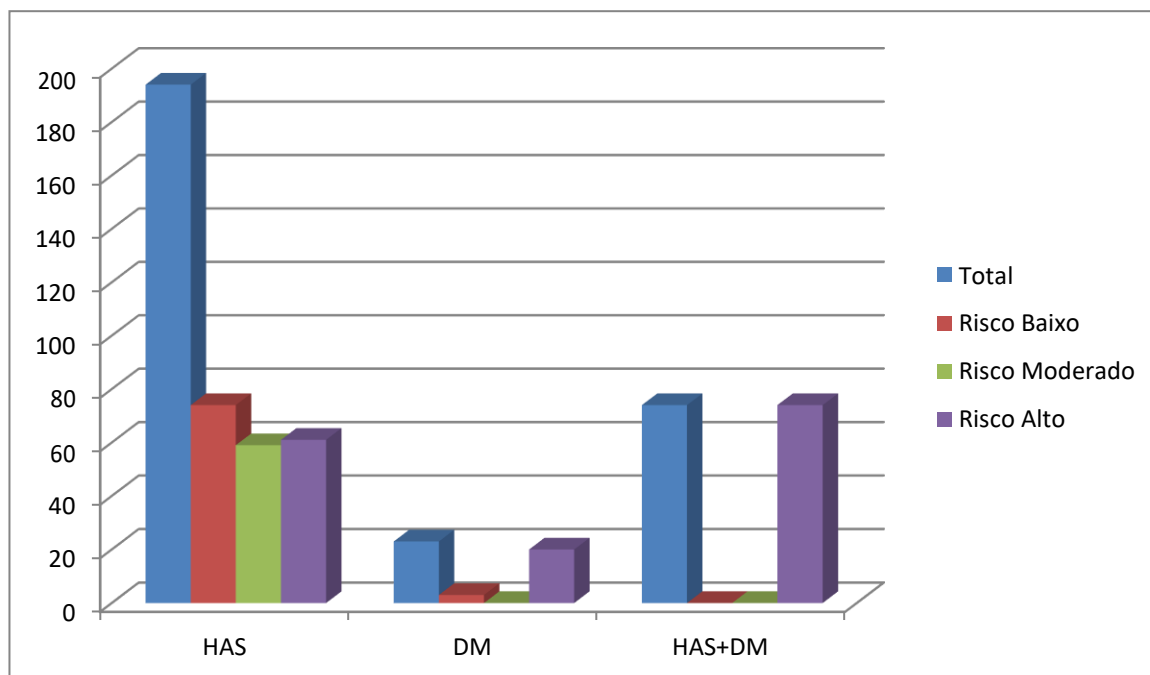
3.1 RESULTADOS

A principal forma de intervenção principal utilizada com os usuários foi a de Educação em Saúde, na qual se abordou como tema principal os cuidados com HAS e DM de forma informal com o intuito de conscientizar o público alvo. Estas intervenções ocorreram por meio que deu – se por meio de consultas médicas individualizadas e rodas de conversa, principalmente durante os encontros do programa HiperDia, com assuntos pertinentes ao plano de intervenção.

No total houve um total de 4 encontros, ocorridos entre os dias 13 de agosto a 5 de novembro de 2019. Os encontros ocorreram durante a reunião do Programa HiperDia, com profissionais de saúde, abordando temas como: alimentação saudável, atividade física, hábitos saudáveis como não fumar ou não ingerir bebidas alcoólicas em excesso, realizado por equipe multiprofissional atuante na UBS Vila Nova Porã. A idade dos participantes variou entre 42 a 102 anos de idade.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, os pacientes com HAS, HAS+DM e DM são classificados em baixo risco, risco moderado e alto risco (PARANÁ, 2018), ao levantar o número de pacientes já estratificados e relacionar com o grau de risco constatou-se que os, pacientes com HAS de risco baixo eram 77, risco moderado 62 e risco alto 65, pacientes com HAS+DM de risco alto eram 74, sendo que não havia nenhum paciente com HAS+DM de risco moderado ou baixo, pacientes com DM de risco baixo eram 3 e de risco alto eram 3, sendo que não havia nenhum paciente com DM de risco moderado. Ressalta-se que a estratificação por risco é importante para a realização d o plano de intervenção com os pacientes, pois a periodicidade do monitoramento destes pacientes é determinada pela mesma. Com isso o público inicial alvo da intervenção ficou calculado em 301 pacientes, conforme apresentado no Gráfico 2.

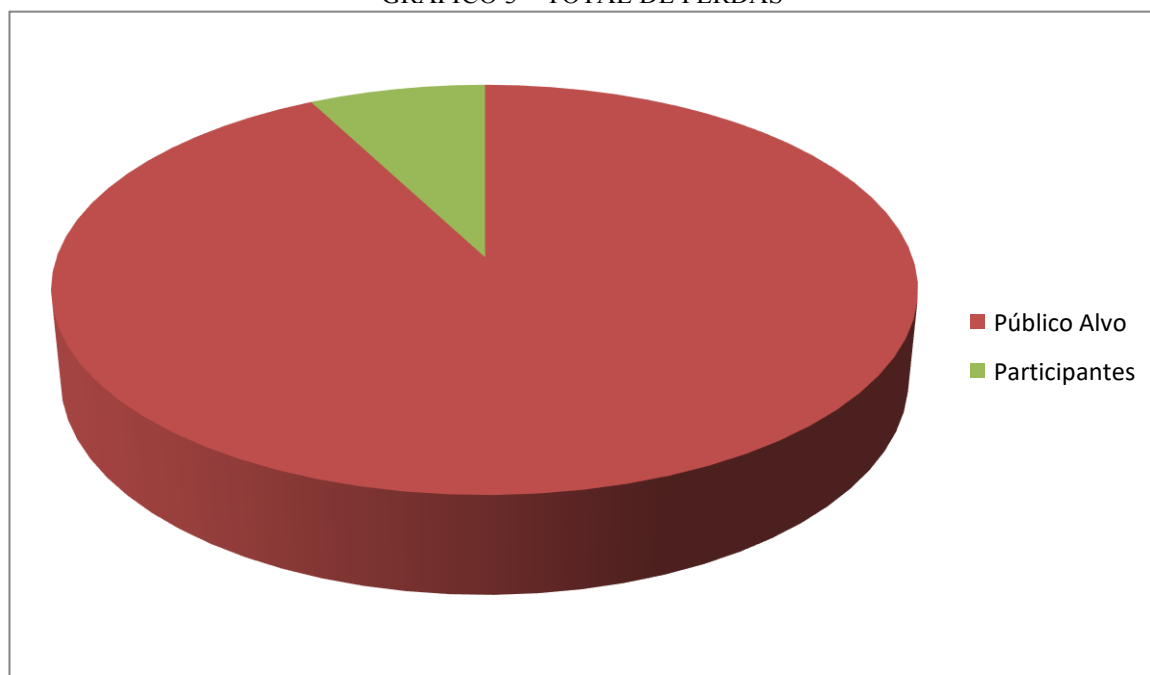
GRÁFICO 2 – RELAÇÃO DOS PACIENTES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS VILA NOVA PORÃ
ESTRATIFICADOS E DIVIDIDOS POR GRAU DE RISCO.



Fonte: O autor 2019.

Entretanto, do total possível de público participante da ação houve um total de perdas de 276 pacientes, ou seja, mais de 91% do público não aderiu ao projeto de intervenção, conforme apresentado no Gráfico 3.

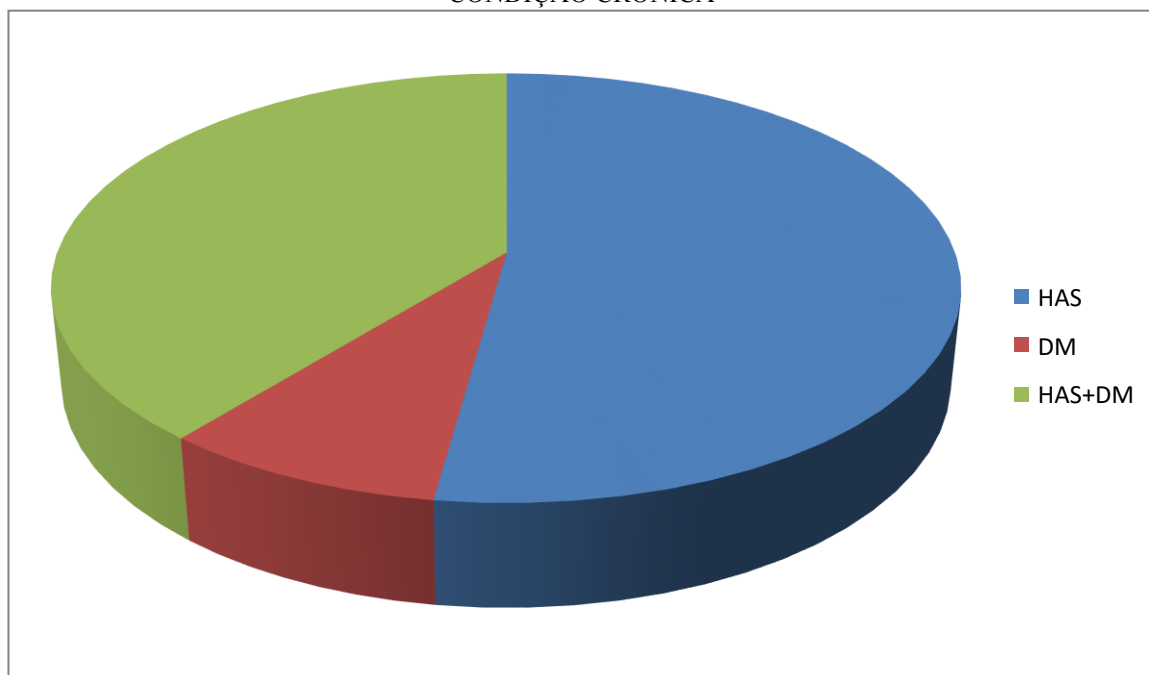
GRÁFICO 3 – TOTAL DE PERDAS



Fonte: O autor (2019)

Também foi realizada uma divisão dos participantes, conforme condição crônica apresentada, dentre os participantes houve 12 com HAS, 2 com DM, e 9 com HAS+DM, conforme apresentado no Gráfico 4.

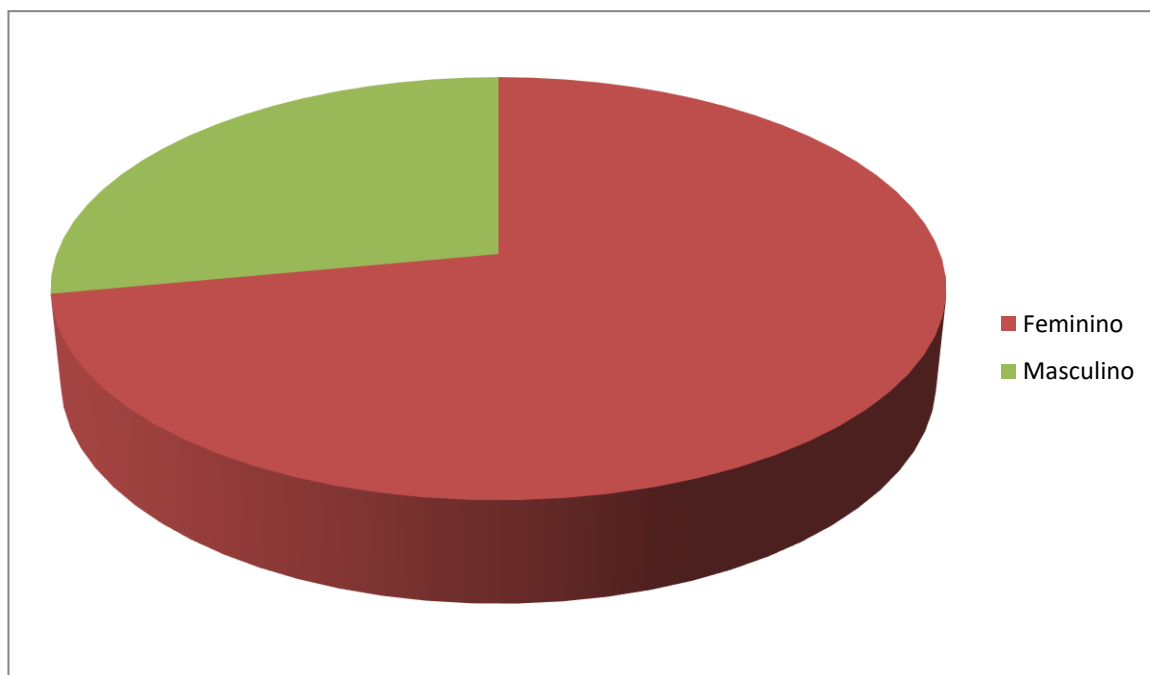
GRÁFICO 4 – RELAÇÃO DE PACIENTES PARTICIPANTES DOS ENCONTROS DIVIDIDOS POR CONDIÇÃO CRÔNICA



FONTE: O autor (2019)

Foi realizado um levantamento com relação ao sexo dos participantes, no qual resultou em uma maior adesão do público feminino, totalizando 18 participantes, contra 7 participantes do sexo masculino, conforme demonstrado no Gráfico 5.

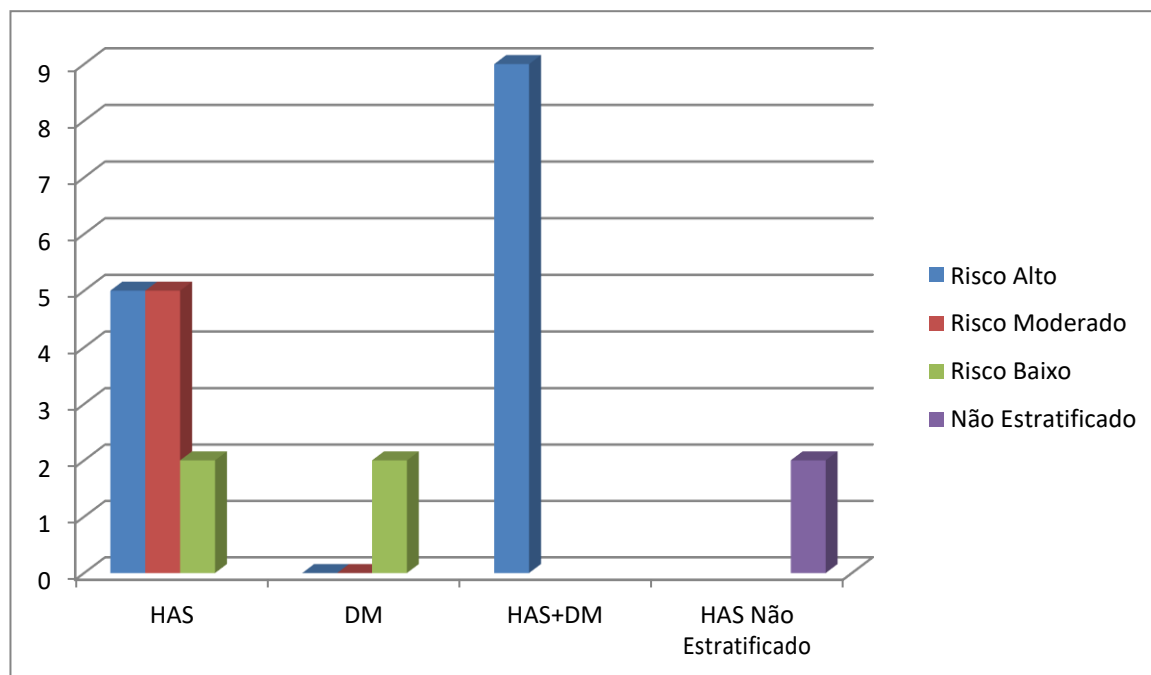
GRÁFICO 5 – RELAÇÃO DE PARTICIPANTES DIVIDIDOS POR SEXO



Fonte: O autor (2019)

Também foi realizada a divisão dos participantes por grau de risco, o maior grupo participantes ocorreu com os pacientes com HAS, num total de 15, divididos em 5 risco alto, 5 risco moderado e 5 risco baixo; em seguida vieram os pacientes com HAS+DM com 9, sendo todos estratificados anteriormente como risco alto, e por último o menor grupo com 2 pacientes com DM, ambos classificados como risco baixo, e 2 não haviam sido estratificados, apenas iniciaram o processo de estratificação, com a primeira consulta e solicitação dos exames laboratoriais iniciais.

Conforme apresentado no Gráfico 6.

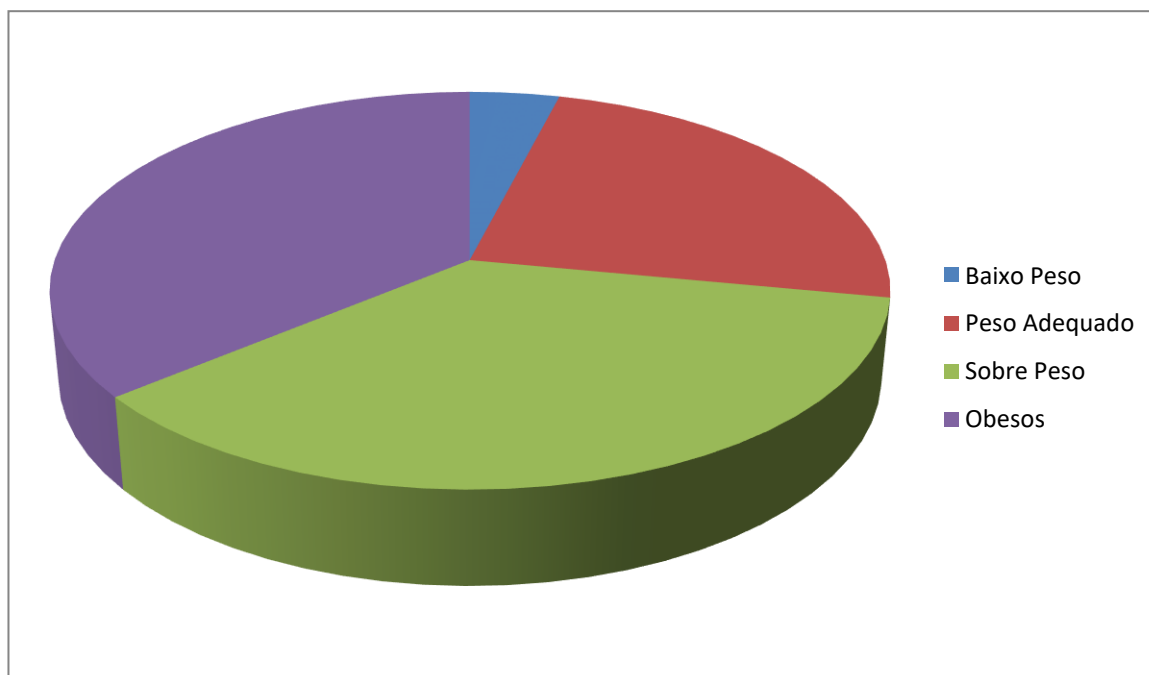


Fonte: O autor (2019)

Segundo a SESA-PR, deve-se realizar o cálculo do IMC (índice de massa corporal) em todos os pacientes com HAS, DM e HAS+DM (PARANÁ 2018), isto deve ser feito na consulta de estratificação, levando em consideração os seguintes índices:

- Baixo peso $< 18,5 \text{ kg/m}^2$
- Adequado $\geq 18,5$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$
- Sobrepeso ≥ 25 e $< 30 \text{ kg/m}^2$
- Obeso $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

Ao considerar relevante este parâmetro para a estratificação dos usuários foi realizado o cálculo com os participantes do projeto, no qual resultou em 1 paciente com baixo peso, e 9 pacientes sobre peso e obesos cada um respectivamente, conforme apresentado no Gráfico 7.



Fonte: O autor (2019)

Para auxiliar nas conversas com os pacientes foi elaborado um folder intitulado de “A Dieta do Pratinho” (em anexo), no qual consiste em uma divisão do prato de alimentação, por itens que devem estar presentes diariamente na alimentação, como carboidratos, grãos, proteína e vegetais; o que deve e o que não deve ser consumido, e também dicas de hábitos saudáveis.

Desses 25 pacientes, apenas três tiveram alterações laboratoriais significativas, ajustando corretamente a medicação e aliando tratamento não farmacológico. Os demais pacientes estão em processo de acompanhamento multidisciplinar, cada qual com seu plano de cuidado individualizado visando atingir a meta proposta até o mês de dezembro de 2019.

Como última fase foram elencados os pontos positivos e negativos e verificado dificuldades encontradas pelos profissionais que ministraram as palestras, com intuito do aperfeiçoamento do projeto para continuar sua replicação na comunidade.

3.2 DISCUSSÕES

A falta de usuários masculinos no serviço de saúde corrobora com Gomes, et. al. 2011, onde o mesmo escutou relatos por parte de profissionais de saúde, que diziam que o mesmo não tem essa cultura de se cuidar, ou seja, são invisíveis nos serviços de atenção primária, com consequente ausência da inclusão dos homens nos cuidados preventivos, visto que o projeto de intervenção também tinha um caráter preventivo.

A classificação é necessária para que a atenção prestada a eles seja conforme a necessidade que cada grupo necessita, assim como é imprescindível para que não haja futuras complicações devido ao quadro clínico patológico (PARANÁ, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Obtivemos um alcance de aproximadamente 9% apenas, com êxito na adesão regular e mudança efetiva de estilo de vida. Apesar de exaustivos esforços notou-se que a população adulta tem menor adesão e interesse em melhorar a qualidade de vida e não tomam para si a responsabilidade sobre seu tratamento e estilo de vida.

Perante os objetivos deste projeto de intervenção, que se pretendeu manejar os pacientes portadores de HAS, DM e HAS+DM por meio de ações educativas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar com intuito de sensibilizar e orientar estes a fim de modificar seu comportamento observou-se que estes objetivos em partes foram alcançados e que novas estratégias devem ser pensadas para melhorar a adesão dos pacientes ao programa. Do mesmo modo, espera-se que a população abordada se conscientize perante sua condição de saúde e que os mesmos repliquem os conhecimentos repassados no seu cotidiano melhorando sua qualidade de vida. Reitera-se que os participantes das oficinas compartilharam experiências vividas referentes às patologias, como dicas, cuidados e receitas visando ajudar ao próximo que convive com as mesmas condições.

Diante do plano de intervenção para ESF de Vila Nova Porã no município de Ivaiporã observou-se a importância da adesão do paciente portador de HAS e DM ao tratamento as mudanças necessárias em seus hábitos cotidianos para que ocorra um controle adequado dessas doenças crônicas. A partir da implementação desse plano, foi possível orientar e sensibilizar os portadores de HAS e DM que são assistidos pela ESF. Acredita-se que seja necessário dar continuidade a este plano para que sejam alcançadas a maioria dos pacientes portadores de HAS e DM.

A atividade desenvolvida pela equipe multiprofissional da atenção primária, tem papel primordial na adesão no estilo de vida e no acompanhamento da saúde dos pacientes.

As limitações para realização do projeto foram o alcance aos pacientes de zonas rurais com dificuldades de acesso para participar do programa HiperDia, das palestras e rodas de conversa e o horário de funcionamento da unidade confrontando com horário de trabalho dos pacientes. Para próximos projetos serão necessárias ações que sejam mais abrangentes para todas as famílias cadastradas na unidade. Também, faz-se necessário a participação da família para que esta seja orientada sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis e

contribua para o tratamento do paciente portador dessas doenças crônica, a fim de apoiar no seu tratamento farmacológico e na adesão de hábitos saudáveis.

Pretendemos dar seguimento ao projeto trimestralmente, buscando sempre atingir a meta proposta no projeto e talvez superá-la com incessantes esforços da equipe.

É possível executar um plano de ação que vise modificar o estilo de vida com as orientações corretas fornecidas pelos profissionais de saúde da equipe da UBS e do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Esta UBS dispõe de uma equipe de saúde colaborativa e atuante no município, o que facilita a execução do planejamento proposto.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnóstico e Definição de Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 2010.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001**. Dispõe sobre diretrizes sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 23 fev. 2001.

CARVALHO, André Luís Menezes; LEOPOLDINO, Ramon Weyler Duarte; SILVA, Jose Eduardo Gomes da; CUNHA, Clemilton Pereira da. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HiperDia no município de Teresina (PI)**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1885-1892. Acesso em 10 set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n7/1885-1892/pt>.

CASTILHO, I. . **Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel**. Brasília, 2019. Site do Ministério da Saúde. Acesso em: 25 mai. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2YSZ5rL>.

CORTEZ, D. N. et al., **Complicações e o tempo de diagnóstico de diabetes mellitus na atenção básica**. Acta paulista de enfermagem. São Paulo, 2015. v. 28, nº 3.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **MÉTODO E METODOLOGIA NA PESQUISA CIENTÍFICA**. 3ª ed. São Caetano do Sul - SP. Ed Yendis, 2009.

GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; REBELLO, Lucia Emília Figueiredo de Sousa; COUTO, Márcia Thereza; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):983-992, 2011. Acesso em 15 set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/983-992/pt>.

JARDIM , F. J. et al. **Construção de um grupo terapêutico para hipertensos e diabéticos: a percepção de acadêmicas de enfermagem**. In: VII Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão. v. 3, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama municipal de Ivaiporã**. 2018

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Catalão: UFG, 2011.

MORALES, A. F. **Impacto da educação em saúde na mudança de hábitos dos pacientes diabéticos**. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso em Especialização em Estratégia de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Lagoa Santa, 2015.

NEGREIROS, R. V; et al., **A importância do programa HiperDia na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma Unidade de Saúde da Família (USF)**. Minas Gerais. Rev. da Universidade do Vale do Rio Verde, n.2, v. 14, p. 403 – 411 2016. Acesso em: 01 set 2019. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2695/pdf_539.

PARANÁ. Secretária Estadual de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Hipertensão Arterial**. Curitiba. SESA, 2 ed. 2018

_____. _____. _____. **Linha Guia de Diabetes Mellitus**. Curitiba. SESA, 2 ed. 2018

OLIVEIRA, M. S. N. et al., **Autocuidado de Idosos diagnosticados com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus**. Rev. de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, v. 7, n. 3, p. 490 – 503. 2017.

PARANÁ. Secretária de Saúde do Estado do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de Hipertensão**. 1. Ed. Curitiba: SESA, 2014.

PARANÁ. Secretária de Saúde do Estado do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de Diabetes Mellitus**. 2. Ed. Curitiba: SESA, 2018.

SOUZA, A. C; GULART, P. A. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2017. Plataforma da UNA-SUS.

ZAMORA, Y.G. **Mudança do estilo de vida de pacientes com hipertensão arterial do Programa de Saúde da Família na UBS Sapucaias 1 em Contagem – MG**. 32 f. Trabalho

de Conclusão de Curso em Especialização em Estratégia de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

ZATTAR, M. M; et al., **Dupla Carga de Doença (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) no Sul do Brasil**. Santa Catarina. Rev. Eletrônica Estácio Saúde, n.2, v. 8, n. 2, 2019. Acesso: 01 set. 2019. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/5917/47965934>.

ANEXO 1 – FOLDER HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS

DIETA DO PRATINHO

Fonte: Centro Brasileiro de Apoio Nutricional, 2012

O QUE CONSUMIR	O QUE EVITAR
<ul style="list-style-type: none"> > 2LITROS DE ÁGUA POR DIA > FIBRAS (AVEIA, LINHAÇA, ETC) > FRUTAS > SALADAS DE FOLHAS > LEGUMES COZIDOS > CARNES (SEM GORDURA, COZIDA OU ASSADA) > CARNE DE FRANGO (SEM PELE) > SUÇOS NATURAIS > PÃES INTEGRAIS 	<ul style="list-style-type: none"> > FRITURAS > DOÇES, CHOCÓLATE, BALAS > SUÇOS INDUSTRIALIZADOS e REFRIGERANTES > MASSAS EM EXCESSO > MOLHOS e CONDIMENTOS INDUSTRIALIZADOS > BEBIDAS ALCOÓLICAS > CIGARROS > SALSICHAS e APRESUNTADOS

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2014

TER QUALIDADE DE VIDA DEPENDE DE VOCÊ!

1. **PRATIQUE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR POR EXEMPLO 30 MINUTOS DE CAMINHADA DIÁRIA**
2. **SE REALIZAR ALGUM TRATAMENTO TOME SUAS MEDICAÇÕES REGULARMENTE NOS HORÁRIOS INDICADOS**
3. **NÃO FUME OU TOME BEBIDAS ALCOÓLICAS**
4. **SIGA AS DICAS DA DIETA DO PRATINHO, É FÁCIL E PARA TODOS. QUALQUER DÚVIDA PROCURE O POSTO MAIS PRÓXIMO DE SUA CASA!**

Alimentação balanceada

Sono reparador

Controle do estresse

Controle do consumo de substâncias tóxicas (como cigarro e álcool)

Atividade física regular

Relacionamentos saudáveis

Fonte: BANIHARA, 2019

AÇÃO DE SAÚDE DAS EQUIPES DA UBS VILA NOVA PORÃ – IVAIPORÃ PR

ANEXO 2 – FOTO DO ENCONTRO EM 13 DE AGOSTO DE 2019

ANEXO 3 – FOTO DO ENCONTRO EM 5 DE NOVEMBRO DE 2019

ANEXO 4 – FOTO DO ENCONTRO EM 3 DE SETEMBRO DE 2019

ANEXO 5 – FOTO DO ENCONTRO EM 27 DE AGOSTO DE 2019

ANEXO 6 - FOTO DO ENCONTRO EM 27 DE AGOSTO DE 2019