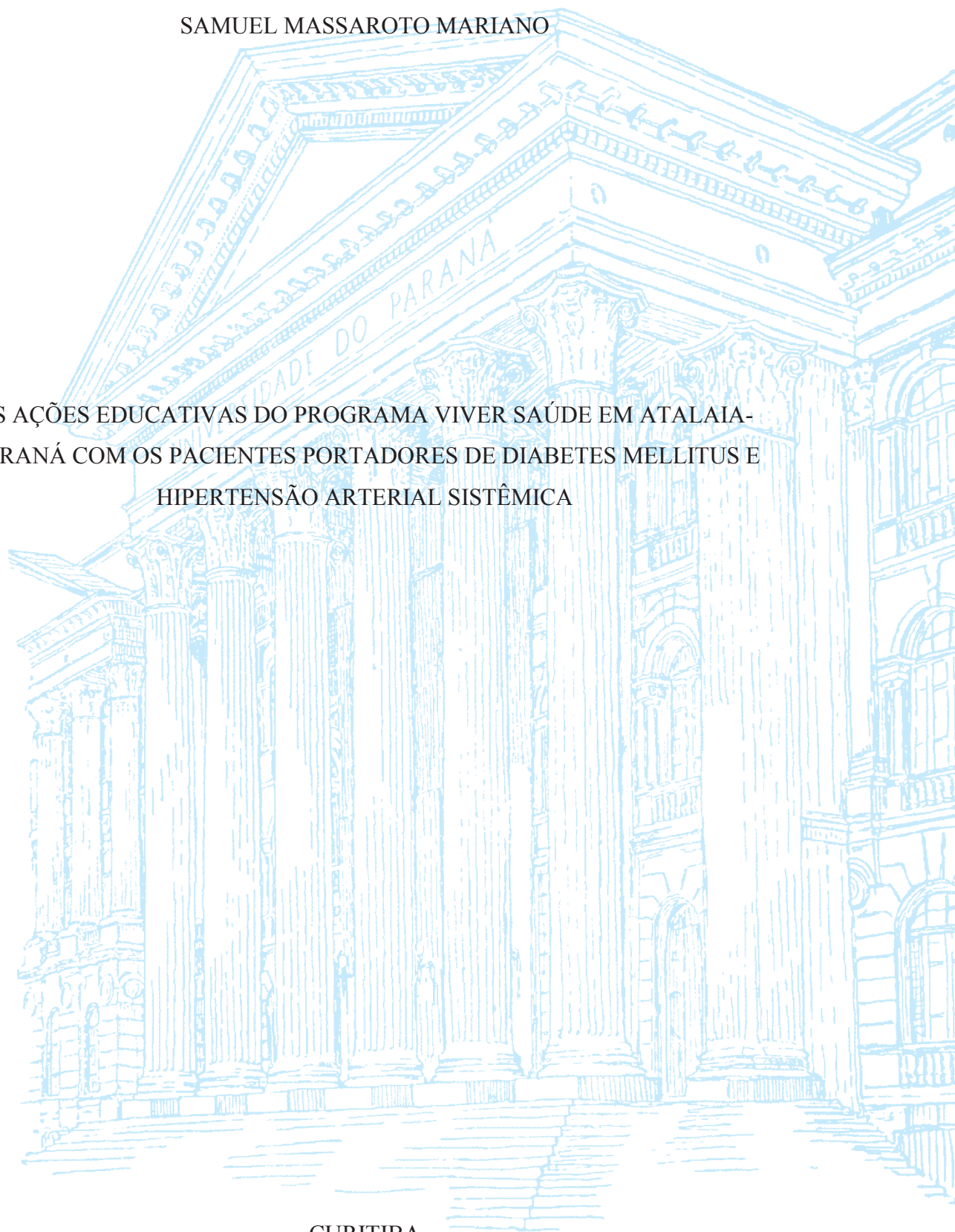


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SAMUEL MASSAROTO MARIANO

AS AÇÕES EDUCATIVAS DO PROGRAMA VIVER SAÚDE EM ATALAIA-
PARANÁ COM OS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA



CURITIBA

2019

SAMUEL MASSAROTO MARIANO

AS AÇÕES EDUCATIVAS DO PROGRAMA VIVER SAÚDE EM ATALAIA-
PARANÁ COM OS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica, Curso de Especialização
em Atenção Básica, Setor de Ciências da
Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª .Fernanda Moura
D'Almeida Miranda

CURITIBA

2019

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, estão relacionadas com a elevação do número de obesos na sociedade brasileira. Essas doenças são uma preocupação para a saúde pública do município de Atalaia localizado no Paraná, devido desencadear outros agravos a saúde como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, amputações e até resultar em óbitos. Por isso torna-se necessário desenvolver ações de intervenção por meio da equipe multidisciplinar de saúde, a fim de promover a educação em saúde da população e assim contribuir para redução dos riscos decorrentes desses agravos. Esse projeto de intervenção é resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Paraná, financiado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Os objetivos desse plano de intervenção foram: analisar o Programa Viver Saúde Atalaia aos usuários da unidade básica de saúde com obesidade com Índice de Massa Corporal >35 e em adoecimento crônico; descrever os indicadores de saúde relacionados as doenças cardiovasculares após a inserção dos usuários da unidade de atendimento do programa da saúde da família; elencar potencialidades e fragilidades do Programa Viver Saúde Atalaia; intervir no Programa Viver Saúde Atalaia. O presente trabalho realizou um plano de intervenção por meio de uma equipe multidisciplinar, para pessoas obesas, atividades com fins de modificar o estilo de vida incluindo basicamente em suas rotinas a prática de exercícios físicos e reeducação alimentar. O projeto foi realizado na academia da saúde municipal e na unidade básica de saúde, prestando esse serviço pelo período de 3 meses para cada grupo formado, comparando dados de ingresso e egresso do programa e buscando intervir nas fragilidades identificadas durante o programa. Participaram deste projeto apenas vinte e duas pessoas, entre todos os inscritos nos dois primeiros programas por serem esses hipertensos e/ou diabéticos. Ao final do acompanhamento de três meses mais de 70% desses participantes sofreram impacto positivo nas suas comorbidades. Esse resultado confirma que a mudança do estilo de vida é capaz de diminuir os riscos que os obesos, hipertensos e diabéticos são expostos pelas suas condições de saúde. Os resultados apresentados, demonstram que as mudanças no estilo de vida são fundamentais para redução das comorbidades e justificam a criação e manutenção do programa a fins de promover qualidade de vida e economia a gestão pública nas consequências maléficas causadas por essas patologias.

Palavras-chave: Obesidade, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Qualidade de Vida

ABSTRACT

The non transmittable chronic diseases such as systemic arterial hypertension and diabetes mellitus are related to the increase number of obesity in the Brazilian society. These diseases are a public healthcare concern to the town of Atalaia, Paraná, since it can trigger other health related issue, like acute myocardial heart attacks, strokes, amputations and even death. It is necessary to develop intervention actions through a multidisciplinary healthcare team to promote health education reducing the risks that arise from these diseases.

This project is the result of a Specialization Course in Primary Care by the Universidade Federal do Paraná (Federal University of Paraná) and funded by the Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (Open University of the Unified Health System). The objectives of this project were to: Analyze the Living Health Atalaia Program for patients of a public healthcare clinic with obesity with Body Mass Index >35 and with chronic illness; Describe the health indicators related to cardiovascular diseases after the insertion of the users of the Family's Health Program Unit; List possible potentialities and weaknesses of the Living Health Atalaia Program; Intervene in the Living Health Atalaia Program. With the support of a multidisciplinary healthcare team, the project developed an intervention plan for people with obesity, with activities to change basic lifestyle routines, including physical exercise and nutritional education. The project was carried out in a Municipal's Health Unit and in a public healthcare clinic and was provided for a three months period for each group of patients. Basic information was compared from "before" and "after" the three months period seeking to mediate the program's weaknesses. Only twenty-two people are part of the study, between all the enrolled in the first two programs for being hypertensive and/or diabetic. At the end of the three-month period, over 70% of the participants had a positive impact on their comorbidities. The result of the study confirmed that basic lifestyle change can reduce the risks that obese, hypertensive and diabetic individuals are exposed to due to their health conditions. It demonstrates that lifestyle changes are essential for reducing comorbidities and justify the creation and maintenance of the program to promote quality of life and economy to public management in the harmful consequences caused by these diseases.

Keywords: Obesity, Hypertension, Diabetes Mellitus, Quality of Life

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA.....	15
FIGURA 2 – CRITÉRIOS PARA RASTREAMENTO DE DM EM ADULTOS ASSINTOMÁTICOS	17

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – SITUAÇÃO VACINAL DAS CRIANÇAS ATENDIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE DE ATALAIA	08
QUADRO 2 – ETAPAS DA PESQUISA	11
QUADRO 3 – DETALHAMENTO DAS AÇÕES.....	12

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DO MUNICÍPIO DE ATALAIA.....	06
TABELA 2 – PERFIL DE MORBIDADE DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA UAPSF ATALAIA.....	07

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	- Diabetes Mellitus
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UAPSF	- Unidade de Atenção Primária da Saúde da Família
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
IMC	- Índice de Massa Corporal
UNA_SUS	- Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
MEV	- Mudanças no Estilo de Vida
DCV	- Doença Cardiovascular
PA	- Pressão Arterial
PAS	- Pressão Arterial Sistólica
PAD	- Pressão Arterial Diastólica
SIGLA	- Nome por extenso
SIGLA	- Nome por extenso
SIGLA	- Nome por extenso

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	5
1.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	5
1.2	MORBIMORTALIDADE DO MUNICÍPIO	6
1.3	COBERTURA VACINAL	7
1.4	SAÚDE MATERNA	8
1.5	SAÚDE DO ADULTO	8
2.	JUSTIFICATIVA	9
3.	OBJETIVOS	10
3.1	OBJETIVO GERAL	10
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	10
4	MÉTODO	10
4.1	TIPO DE PESQUISA	10
4.2	CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	10
4.3	UNIVERSO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS	11
5	REVISÃO DE LITERATURA	12
5.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	12
5.1.1	FATORES DE RISCO	13
5.1.2	DIAGNOSTICO E RASTREAMENTO	14
5.1.3	TRATAMENTO	15
5.2	DIABETES MELLITUS	16
5.2.1	RASTREAMENTO E DIAGNOSTICO	17
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
8	REFERENCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) e a elevação do número de obesos na sociedade brasileira são os adoecimentos mais comuns o que não difere do município de Atalaia no Estado do Paraná.

A frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,3% no Brasil, sendo essa a média calculada por um percentil maior em mulheres (26,4%) do que em homens (21,7%) (BRASIL, 2017). Aproximadamente, 13 milhões de brasileiros são diabéticos. A prevalência de diabetes entre os adultos brasileiros está estimada entre 7,4 a 13,5%, e apresenta-se maior na faixa etária entre 60 a 69 anos com 17 a 21% dos diabéticos. No entanto, há um aumento da prevalência de DM tipo 2 entre crianças e adolescentes. Acredita-se que o aumento na prevalência de diabetes é devido à elevação do número de casos de diabéticos tipo 2, em paralelo à epidemia de obesidade, bem como o envelhecimento populacional, ao sedentarismo e à urbanização (DIEHL; MIGLIANO et al., 2018).

Estes agravos apresentam como consequências as doenças cardiovasculares que comprometem à saúde dos portadores, o que gera incapacidades parciais ou totais e afeta não somente o seu bem-estar mas também altera o padrão de vida das pessoas mais próximas. Espera-se que este projeto de intervenção contribua para a redução dos adoecimentos secundários causado pela não adesão ao tratamento da HAS e DM.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população do município de Atalaia (Paraná), era de 3907 habitantes em 2017, segundo o cadastro realizado pela Unidade de Atenção Primária da Saúde da Família (UAPSF), esta unidade é a única do município. A população do referido município está distribuída em zona urbana e rural, sendo respectivamente de 2850 e 1057 habitantes. O perfil sócio demográfico é de predomínio da cor branca com 65,55%, seguidos de pardos 30,46%. O sexo masculino é composto por 1964 e o feminino por 1943. A faixa etária predominante é a de 20 à 49 anos, conforme apresentado na Tabela 1.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DO MUNICÍPIO DE ATALAIA (PARANÁ), 2017.

Faixa Etária (anos)	Nº	Nº do sexo masculino	Nº do sexo feminino
00- 04	94	97	97
05-14	554	302	252
15-19	322	157	165
20-29	550	295	258
30-39	576	287	289
40-49	629	302	327
50-59	461	236	225
60-69	352	172	183
70-79	187	82	99
Acima de 80 anos	82	34	48
TOTAL	3907	1964	1943

Fonte: UAPSF-Atalaia-PR (2017).

1.2 MORBIMORTALIDADE DO MUNICÍPIO

Em 2017, ocorrem 12 casos de óbitos no município. As causas dessas mortes foram neoplasias (n=3), doença cardiovascular (n=3), doenças cerebrais (n=2), doença do aparelho locomotor ou ortopédicas (n=2), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (n=1) e doença renal crônica (n=1). (Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 2017). O coeficiente de mortalidade no município foi de 3,07/1000 habitantes. Destaca-se que não houveram óbitos materno e infantil neste ano.

Em relação a morbidade é importante destacar as doenças transmissíveis, no qual sua principal estratégia é a promoção e a prevenção para que não ocorram novos casos, bem como tratar adequadamente os acometidos. No município, não houve registros de casos de sífilis congênita e tuberculose em 2017 (DATASUS, 2017).

Em 2018, foram notificados 10 casos suspeitos de dengue, porém nenhum caso obteve confirmação de diagnóstico por sorologia (ATALAIA, 2017). Por não haver registros prévios a equipe de saúde está sempre atenta e trabalha para que não haja novos casos, o que poderia configurar uma epidemia municipal.

Já a HAS acomete 13,57% da população do município (ATALAIA, 2017), o que demonstra a necessidade de uma assistência de qualidade para o acompanhamento desses usuários para a prevenção de complicações futuras. O perfil de morbidade da população atendida pela unidade é descrito na tabela 2.

TABELA 2 – PERFIL DE MORBIDADE DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA UAPSF ATALAIA (PARANÁ), 2017.

PATOLOGIA	Nº
Hipertensão Arterial	529
Diabetes Mellitus	134
Transtornos Mentais e Comportamentais	195
Dependentes de álcool e drogas	167
Tabagista	215
Gestantes (2 menores de idade)	22
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	02
Obesos	16
TOTAL	1280

FONTE: UAPSF-Atalaia-PR (2017).

NOTA*Transtornos mentais e comportamentais foram agregados os pacientes portadores de comprometimento neurológico e/ou motor, transtorno bipolar, depressão, ansiedade, entre outros);

Nos casos de neoplasia existe uma dificuldade de quantificar, visto que na suspeita do adoecimento estes usuários são encaminhados para atendimento em municípios maiores, o que acabam inviabilizando o seu segmento por esta unidade.

A equipe de saúde utiliza os indicadores de saúde em diversas estratégias, sendo auxiliados e capacitados pelas enfermeiras. A mortalidade é avaliada anualmente e morbidade trimestralmente, com objetivo de buscar ações que melhorem a qualidade de vida da população.

Um exemplo do uso dos indicadores ocorreu entre maio e junho de 2018, em que as temperaturas ficam mais baixas e as doenças sazonais atingiriam a população do município. Baseado nos casos de 2017, a equipe de enfermagem fez um levantamento dos usuários com maior vulnerabilidade e comunicou aos agentes comunitárias de saúde a necessidade de realizar visitas periódicas. Caso fosse identificado alguma situação de suspeita de adoecimento, as agentes deveriam solicitar o agendamento de uma visita domiciliar pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) (ATALAIA,2017).

Ainda, no período da campanha de imunização contra a influenza foi realizada a visita domiciliar aos idosos para avaliar as condições de saúde dessa população, orientar os ativos a comparecerem a imunização e realizar a imunização no domicílio dos acamados e dos com dificuldade de locomoção.

1.3 COBERTURA VACINAL

A cobertura vacinal do município atende a imunização infantil e beneficia também moradores residentes de outros municípios que residem nas propriedades rurais

nas proximidades de Atalaia. Ao todo são cadastradas 40 crianças para vacinação e acompanhamento. Por esse motivo o percentual de vacinação realizado é superior aos 100%, como pode ser observado na sequência de dados informados:

QUADRO 1 - SITUAÇÃO VACINAL DAS CRIANÇAS ATENDIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE DE ATALAIA - PARANÁ.

Imunobiológico	Cobertura vacina (%)
Bacillus Calmette-Guérin (BCG)	125
Meningocócica conjugada C	125
Difteria, Tétano, Pertussis (DTP)	120
Haemophilus Influenzae tipo B (HIB)	120
Polio	120
Rotavírus humano	115
Tetra viral	107,5
Febre Amarela	97,5

Fonte: UAPSF-Atalaia-PR (2017).

1.4 SAÚDE MATERNA.

O pré-natal realizado pela equipe de saúde da UBS apresenta uma assistência de qualidade e é um dos diferenciais no cuidado à gestante. A assistência a gestante é realizada pelos médicos e profissionais de enfermagem e apresenta uma assiduidade das gestantes nas consultas e com boa aderência aos planos de cuidado estabelecidos. No último ano, as 22 gestantes assistidas na unidade tiveram pelo menos 7 consultas pré-natais realizadas e 18 foram acolhidas ainda no primeiro trimestre de gestação (ATALAIA, 2017).

1.5 SAÚDE DO ADULTO.

A população economicamente ativa do município trabalha em serviços que exigem força física como a coleta de laranja e/ou corte de cana-de-açúcar, na desossa de frango e até mesmo em uma fábrica de produtos industrializados como café, gelatina, sucos entre outros. Entre estes usuários, as queixas mais comuns relatadas estão relacionadas a atividade laboral exercida, o que causa doenças osteomusculares decorrentes da sobrecarga de trabalho e esforço físico repetitivo como: a lombalgia, bursite, tendinite e cefaleia tensional (ATALAIA, 2017).

Outras causas de adoecimento da população estão associadas a sazonalidade como: resfriados, doenças respiratórias como asma e rinites, infecções por parvovírus

B19, infecções de vias aéreas e relacionadas as infecções do trato urinário (ATALAIA, 2017). Destaca-se que as doenças crônicas não transmissíveis como HAS e DM, são prioridades da unidade e tem agendamento contínuo.

A Unidade apresenta um programa denominado de “Viver Saúde em Atalaia” que realiza o acompanhamento dos obesos, para qual são propostas ações como: a realização de atividades físicas 3 vezes por semana, orientação nutricional e atividades educacionais com a psicóloga, nutricionista e o médico.

Outro grupo atendido são os usuários em risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas como os sedentários e os idosos. Para estes são ofertadas as caminhadas com profissionais de educação física em 2 vez por semana, *crossfit* 1 vez por semana e caminhadas com os idosos com os agentes comunitários de saúde. Essas estratégias não apresentam resultados expressivos pelo baixo índice de adesão e a dificuldade de pontos específicos para práticas de exercícios físicos. A maioria dos usuários que praticam os exercícios optam pela caminhada realizada nas ruas do município. Cabe aos profissionais de saúde estimular e reforçar a prática de tais atividades com intuito de prevenir e controlar essas doenças que atingem diretamente a saúde da população.

2. JUSTIFICATIVA

As DCNT são desencadeadas pelos maus hábitos alimentares e o sedentarismo, o que proporcionam consequências maléficas para a saúde. As doenças que surgem devido a este comportamento são os distúrbios cardiovasculares. Para melhor a qualidade de saúde dos portadores de DCNT é necessário traçar estratégias que busquem a mudança de comportamento e adoção de hábitos alimentares saudáveis. Para isso, é necessário realizar um plano de cuidados e intervenções específica para esses portadores, devido ao elevado número de usuários portadores dessas comorbidades no município. Com as condições oferecidas pela unidade de saúde em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é possível trabalhar a população, que por sua vez tem interesse em melhorar as condições de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as intervenções do Programa Viver Saúde Atalaia, com pessoas portadoras de obesidade (IMC>35) em adoecimento crônico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os indicadores de saúde relacionados as doenças cardiovasculares após a inserção dos usuários da UAPSF Atalaia com obesidade (IMC>35) e em adoecimento crônico no Programa Viver Saúde Atalaia.
- Elencar potencialidades e fragilidades do Programa Viver Saúde Atalaia.
- Intervir no Programa Viver Saúde Atalaia.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esse programa de intervenção caracteriza-se como uma pesquisa exploratória sendo resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Paraná, financiado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA_SUS).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

Em um primeiro momento foi realizado um levantamento de dados do projeto viver saúde Atalaia, que se trata de um acompanhamento multiprofissional voltado para pessoas com obesidade (IMC> 35) e foi realizado com aproximadamente 20 participantes por cada grupo no período de 3 meses. Esse programa é composto por

profissionais de saúde e cada um deles exerce uma função específica. O médico é responsável pelas solicitações e análises de exames, adequação de medicação, acompanhamento do bem-estar geral, no qual é realizado um atendimento mensal. O educador físico é responsável por registrar as medidas antropométricas e pelas avaliações físicas realizadas 3 vezes por semana. A nutricionista é responsável pela avaliação nutricional e elaboração da dieta personalizada. A psicóloga é responsável pelo apoio psicológico em grupo ou individualizado conforme há necessidade. A farmacêutica é responsável por dispensar a medicação de uso contínuo quando utilizada. A enfermeira realiza a coleta de material biológico para os exames e realiza palestras mensais com os participantes.

4.3 UNIVERSO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

Por meio dos dados epidemiológicos estudados identificou-se um elevado número de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, a saber, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Obesidade (IMC>35).

As etapas de pesquisa ação estão descritas no quadro 2 e discriminadas em etapas que facilitam o entendimento do presente estudo.

Por esse motivo o universo do estudo foi composto por dados dos hipertensos e dos diabéticos, obtidos dos indicadores de saúde dos usuários do Programa Viver Saúde Atalaia, no qual foi estabelecido uma comparação entre o período de ingresso e egresso individualmente, conforme descritos em atas após as ações descritas no quadro 3.

QUADRO 2 - ETAPAS DA PESQUISA	
Ação	Orientação
Exploratória	Elevado número de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, a saber, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Obesidade (IMC>35)
Tema da pesquisa	As ações educativas do programa viver saúde em Atalaia-Paraná com os pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica
Colocação do problema	O alto índice de portadores de doenças crônicas não transmissíveis relacionado a obesidade e ao sedentarismo demonstrou a equipe de saúde a necessidade de elaborar uma condição de mudanças do estilo de vida para as pessoas que se enquadram nesse perfil. A partir destes resultados foi elaborado uma estratégia de intervenção adequada para a realidade deste município.
Elaboração da Proposta:	A análise sobre intervenção na mudança do estilo de vida dos participantes do Programa Viver Saúde Atalaia, consiste em realizar um comparativo, entre as avaliações iniciais individualizadas dos participantes e sua avaliação final. Visando certificar a influência real para os portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

FONTE: O autor (2019)

QUADRO 3 - DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Data/horário	Objetivo	Estratégia	Duração/Participantes	Recursos utilizados
Segunda-feira Quarta-feira e Sexta-feira	Atividade física	Exercícios físicos com instrução do educador físico	Entre 30 a 45 minutos	Espaço físico da academia da saúde, halteres, colchonetes.
Quinzenal	Avaliação psicológica	Consulta individual ou em grupo pela psicóloga	Aproximadamente 30 a 45 minutos/ individual ou 1 hora em grupo	Consulta
Quinzenal	Palestra educativa	Roda de conversa	Aproximadamente 1 hora em grupo	Consulta
Mensal	Avaliação dos participantes do programa pelo médico	Anamnese	Aproximadamente 30 a 45 minutos/ individual	Consultas médicas
Mensal	Avaliação nutricional	Adequação dietética pelo nutricionista	Aproximadamente 30 a 45 minutos/ individual	Consultas
Mensal	Distribuição da medicação de uso contínuo	Entrega direta ao participante na farmácia municipal pela farmacêutica	Tempo Necessário para esclarecimentos	Farmácia popular

FONTE: O autor (2019)

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA (HAS)

A HAS está caracterizada por ser uma condição clínica multifatorial de níveis elevados e sustentados acima de 140 x 90 mmHg, frequentemente relacionadas as alterações metabólicas, funcionais e/ou estruturais atingindo órgãos-alvo e contribuindo para o aumento do risco de eventos cardiovasculares em geral. (SBC, 2010).

As equipes de Atenção Básica no Brasil são a principal forma de intervir no controle e na prevenção da HAS. O vínculo criado com a comunidade e a clientela adscrita, facilita o entendimento das diversidades e as particularidades dos mesmos no momento das abordagens. A prioridade estabelecida pelo Ministério da Saúde é que as modificações de estilo de vida sejam fundamentais na prevenção e no processo terapêutico da HAS. Medidas como alterar, sobretudo o consumo de sal e abandonar o tabagismo e o etilismo devem ser estimulados desde a primeira abordagem. (BRASIL, 2013)

A HAS no Brasil tem sua prevalência em 32% dos adultos, porcentagem que aumenta para cerca de 50% em indivíduos entre 60 a 69 anos e chega a 75% nos maiores de 70 anos de idade (SBC, 2010).

5.1.1 FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco para a HAS estão descritos a baixo:

QUADRO 4 – FATORES DE RISCO PARA HAS	
Fatores de risco	
Idade	Existe relação direta entre a idade e desenvolvimento de HAS; acima de 65 anos, a prevalência é de 60%; gênero e etnia: até os 50 anos, a prevalência é maior entre homens, invertendo-se a tendência após essa idade. Também é mais prevalente nas raças não brancas. No Brasil, mulheres negras têm o dobro de incidência de HAS do que as Brancas;
Sedentarismo	A atividade física protege o indivíduo de desenvolver HAS, mesmo os pré-hipertensos
Sobrepeso e obesidade	Mesmo em jovens, a obesidade aumenta o risco de HAS; o aumento de 2,4Kg/m ² acima do índice de massa corpórea adequado já eleva o risco;
Histórico familiar	A contribuição de fatores genéticos no desenvolvimento da HAS é bem estabelecida, mas não há como utilizá-los para prever o risco de desenvolvimento; genética: estudos brasileiros mostraram um grande impacto da miscigenação, de modo a interferir na determinação de um padrão genético capaz de elevar os níveis de PA.
Ingesta de sal	A ingestão de sal excessiva de sal está associada à HAS. Já foram identificadas populações indígenas em que o sal não faz parte da dieta e não foram encontrados casos
Etilismo	O consumo excessivo de álcool determina elevação da PA e aumento da mortalidade cardiovascular em geral
Fatores socioeconômicos	No Brasil, a HAS é mais prevalente em pessoas com baixa escolaridade

FONTE: (MARTINEZ MC, 2006).

Diante desses fatores de risco, para o controle da HAS, é essencial mudanças no estilo de vida para a adoção de hábitos saudáveis.

As mudanças no estilo de vida (MEV), podem ser implementadas como forma de tratamento não medicamentoso pela equipe de AB devem estar sempre presente na vida do paciente mesmo se este faça o uso de tratamento medicamentoso.

Também, é fundamental realizar educação em saúde como uma estratégia de prevenção e no tratamento da DM 2, e da HAS. É importante ainda estimular a busca de conhecimento da população sobre melhor qualidade de vida. (BRASIL, 2013)

5.1.2 DIAGNOSTICO E RASTREAMENTO

Após 18 anos de idade toda a população deve realizar rastreio de HAS, aferindo a pressão em ambos os braços.

Caso os valores sejam consideradas normais, inferiores a 120/80 mmHg, orienta-se nova aferição em 2 anos. (BRASIL, 2006);

Caso pressão arterial (PA) esteja entre pressão arterial sistólica (PAS) 120 a 139 e pressão arterial diastólica (PAD) de 80 a 89 mmHg e não haja identificação de fator de risco para doença cardiovascular a nova aferição deve ser em 1 ano (DCV) (CHOBANIAN et al., 2003);

Se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre PAS de 120 a 139 e PAD de 80 a 89 mmHg e identificado alguns outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) as novas aferições devem ser realizadas em um intervalo de 1 a 2 semanas. Sempre que possível, a medida da PA deverá ser realizada fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do jaleco branco, que ocorre quando a PA do paciente se eleva apenas quando na presença do médico ou de um profissional da saúde, no processo de verificação. (SBH; SBC; SBN, 2010).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

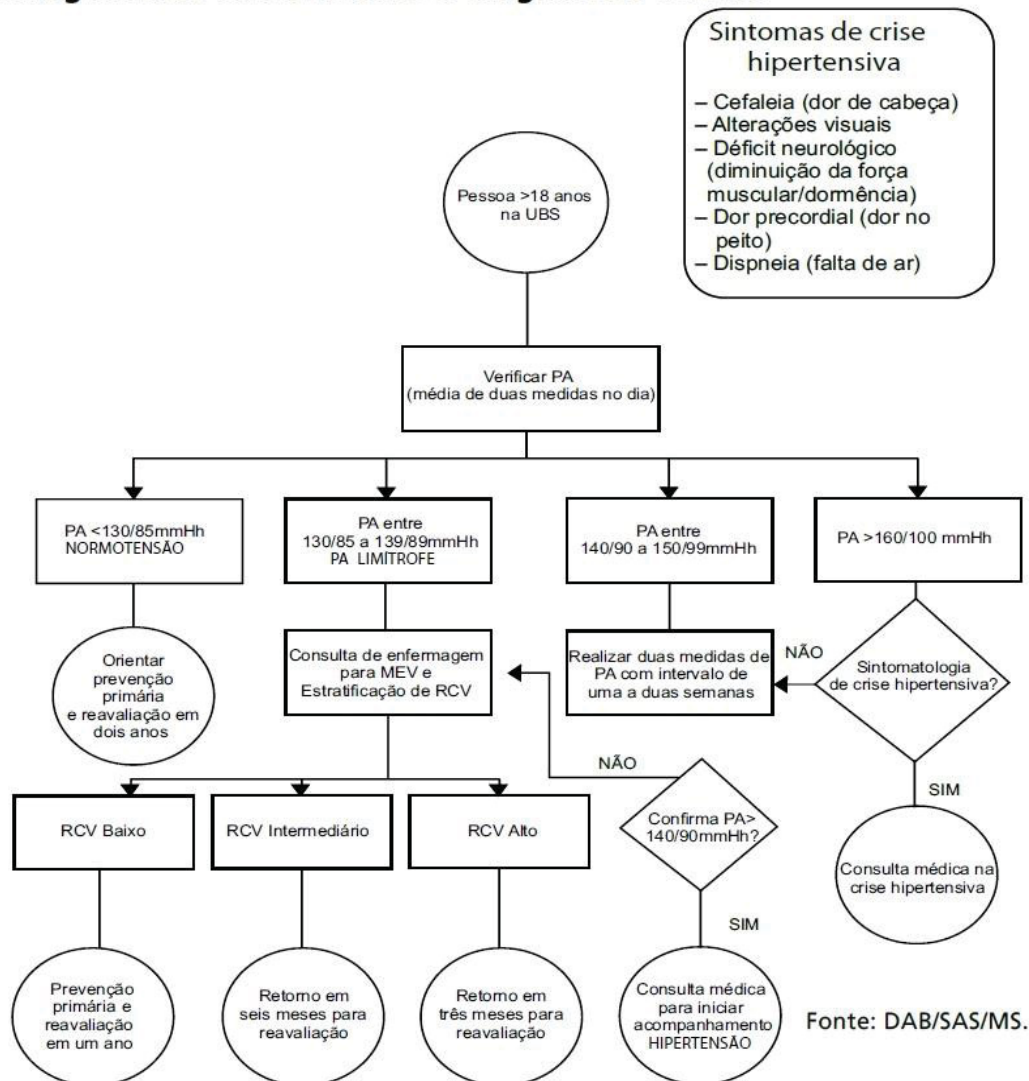
De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e HAS, como destaca o quadro 5 abaixo:

QUADRO 5 – VALORES PRESSÓRICOS

Classificação	Pressão Arterial Sistólica (mm/Hg)	Pressão Arterial Diastólica (mm/Hg)
Otima	<120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 e 139	85 e 89
Hipertensão estágio I	140 e 159	90 e 99
Hipertensão estágio II	160 e 179	100 e 109
Hipertensão estágio III	180	110

FONTE: (SBC; SBH; SBN, 2011):

Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de HAS



FONTE: DAB/SAS/MS, 2000

A figura representa o fluxograma apresentado a seguir é uma sugestão de fluxo de rastreamento e a conduta conforme a classificação da PA.

5.1.3 TRATAMENTO

O atendimento multiprofissional deve ser priorizado e o objetivo de controlar os níveis pressóricos por meio de intervenções medicamentosas ou não medicamentosas se dá pelo risco de doenças cardiovasculares, melhorando a qualidade de vida e minimizando morbimortalidade dos indivíduos. (BRASIL, 2010).

Como mencionado anteriormente o tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS, e a MEV deve ser preconizada. (BRASIL, 2013)

O tratamento medicamentoso é introduzido de acordo com características e necessidades individuais dos pacientes. (BRASIL, 2013). Por isso, este projeto não abordou as estratégias de tratamento medicamentoso.

5.2 DIABETES MELLITUS

O DM é um transtorno metabólico, caracterizado por estado de hiperglicemia e alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, que ocorre por defeitos da secreção ou da ação da insulina. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM continua sendo estudado pelo incremento de novos casos. Os estudos tem enfatizado sua associação à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial.

A ações despendidas Atenção Básica de Saúde, tanto para DM como em outras doenças busca intervir na prevenção e no diagnóstico precoce, afim de evitar hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

No Brasil, um estudo de 2006 apontam para uma prevalência de diabetes autorreferida de aproximadamente 5,3 % na população acima de 18 anos, estimava-se que em 2011 seria uma média de 5,6% da população com DM. Quando analisados as prevalências de acordo com o sexo apresentavam-se casos em homens que chegavam a até 4,4% e ultrapassavam o valor de 5,2% na população feminina. Ainda nos dias de hoje as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença na população, valores estimados em 6%. (BRASIL, 2011)

Em 2011, observa-se que as ocorrências eram mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Das pessoas com escolaridade inferior a oito anos 7,5% possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50%. Segundo esse estudo apontou, também, que o DM é mais comum em pessoas com mais idade: cerca de 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, já os de faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. (BRASIL, 2011)

5.2.1 RASTREAMENTO E DIAGNOSTICO

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 (ADA) na figura a seguir.

Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa, *acanthosis nigricans*;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;

OU

Idade ≥ 45 anos;

OU

Risco cardiovascular moderado (Ver *Cadernos de Atenção Básica, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica*).

Fonte: ADA, 2013.

Cerca de 90% dos casos de diabetes na população mundial são do tipo 2. A DM tipo 1, só corresponde a aproximadamente 8% (ADA, 2010).

Outra apresentação de diabetes é o diabetes gestacional, devido a seu impacto na saúde materno-fetal. (ADA, 2010).

A diferenciação entre o diabetes tipo 1 e o tipo 2 nem sempre é realizada em um primeiro momento e pode não ser simples. Casualmente podem ser solicitados níveis de anticorpos anti-GAD e avaliação da reserva de insulina pancreática por meio da medida de peptídeo-C plasmático. Os anticorpos positivos e peptídeo C abaixo de 0,9 ng/ml apenas trazem uma suspeita maior sobre o diagnóstico de diabetes tipo 1. Por outro lado, anticorpos negativos e peptídeo C elevado sugerem diabetes tipo 2 (MARASCHIN et al., 2010).

Outros tipos específicos de diabetes são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM (BRASIL, 2013).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações de intervenção do programa viver saúde Atalaia foram organizadas em períodos diferentes por cada profissional, como descrito a baixo.

- a) O educador físico realizou suas intervenções com todos os participantes inscritos 3 vezes na semana na academia de saúde com período inicial de alongamentos seguidos de 30 a 45 minutos de exercícios físico, utilizando o espaço da academia de saúde, colchonetes, halteres e em algumas oportunidades caminhadas pelas ruas da cidade;
- b) As avaliações e consultas com psicóloga ocorre quinzenalmente alternando atendimento em grupo, em média de 1 hora e individualizado quando necessário pelo tempo necessário segundo avaliação do profissional;
- c) Consultas médicas eram realizadas para ingresso no programa de maneira individualizada na UAPSF, todas agendadas e com duração média de 30 a 45 minutos, garantindo desde a primeira consulta o retorno mensal ou quando necessário. Os objetivos das consultas era realizar um atendimento contínuo de reavaliação do bem-estar físico e mental, assim como monitorar por meio de exames a evolução de cada participante;
- d) Avaliação do nutricionista foi realizada mensalmente na UAPSF, onde o profissional destinava aproximadamente de 30 a 45 minutos para determinar a conduta a ser tomada;
- e) A distribuição de medicamentos foi realizada na farmácia municipal pela farmacêutica responsável pelo programa;
- f) Também em caráter mensal a enfermeira realizava palestra educativas na academia de saúde afim de instruir e retirar dúvidas sobre o programa com os participantes.

No primeiro programa se inscreveram 16 pessoas todas obesas com $IMC > 35$, entre elas 10 hipertensos, 1 diabético e 5 não apresentavam comorbidades.

Dos dez participantes hipertensos apenas 3 estavam descompensados ao início do programa. Ao final da intervenção de 3 meses, observou-se que dos 10 participantes, 4 pessoas obtiveram melhora nos valores de PA, necessitando reajuste de medicação e outros 2 hipertensos prévios reduziram a terapêutica medicamentosa para monoterapia.

O único diabético inscrito nesse primeiro programa fazia uso de 1grama diário de metformina dividido em 2 doses e ao concluir o programa apresentou melhora nos índices de glicemia sendo possível reduzir para 500mg diários da medicação.

Quando iniciado o segundo programa foram admitidas 21 pessoas todas obesas com IMC > 35, entre elas 5 hipertensos, 6 diabéticos e 10 não apresentavam comorbidades.

No decorrer do programa 7 pessoas foram excluídas das atividades do grupo por faltas sem justificativas ou por problemas pessoais, porém nenhum desses fazia parte dos hipertensos ou diabéticos.

Analisando a intervenção do programa sobre os 5 hipertensos houve uma readequação medicamentosa para monoterapia em 3 pessoas e 1 participante deixou de fazer uso de medicação por apresentar sintomas isolados de hipotensão e por apresentar um controle de PA com média das aferições apresentando 130/70mmHg, e apenas 1 dos hipertensos manteve seus valores de PA iguais ao início do programa.

As duas intervenções refletem em números relevantes e atingem o objetivo geral do programa. Entre os 37 inscritos nos dois primeiros programas foram analisados no presente trabalho apenas 22 participantes do PVSA por serem esses hipertensos e/ou diabéticos. Ao final do acompanhamento de três meses mais de 70% desses participantes sofreram impacto positivos nas suas comorbidades. Esse resultado confirma que a mudança do estilo de vida é capaz de diminuir os riscos que os obesos, hipertensos e diabéticos são expostos pelas suas condições de saúde.

Contudo se faz necessário incluir neste programa critérios de admissão como usuário com obesidade e a presença de pelo menos uma doença crônica não transmissível, a saber HAS e/ou DM, para que o risco cardiovascular desses participantes possa ser avaliado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desse projeto foi analisar as intervenções do Programa Viver Saúde Atalaia, com pessoas portadoras de obesidade (IMC>35) em adoecimento crônico.

Ao final do presente trabalho notou-se a relevância do programa, tanto para o bem-estar da população que fez uso do programa viver saúde Atalaia quanto para a

gestão que por meio dos benefícios a longo prazo terá um número menor de consulta e internações decorrentes dessas doenças aqui abordadas (HAS e DM) assim como das complicações que as mesmas podem gerar.

Os resultados expressivos apresentados, demonstram de maneira efetiva que as mudanças no estilo de vida são fundamentais para redução das comorbidades.

Por esse motivo nas próximas intervenções a proposta de realização com prioridade inicial deverá ser a existência prévia de uma DCNT.

8. REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Supl 1.

CHOBANIAN, A. V. (Org). **The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2011:**

Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabete Melito em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87: 471–479

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289,n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

SBC, S. B. de C.; SBH, S. B. de H.; SBN, S. B. de N. V diretrizes de monitorização ambulatorial da pressão arterial (mapa) e iii diretrizes de monitorização residencial de pressão arterial (mrpa). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 97, n. 3, p. 1–24, 2011

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

Classificação do Diabete Melito Jorge de Faria Maraschin, Nádia Murussi, Vanessa Witter, Sandra Pinho Silveiro Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS - Brasil

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017