

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADMA POLIANA DE BORBA CECILIO DA SILVA

HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO, PARANÁ.

FRANCISCO BELTRÃO – PR

2021

ADMA POLIANA DE BORBA CECILIO DA SILVA

HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO, PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização 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: Prof. Me. André Luis Cândido da Silva.

FRANCISCO BELTRÃO – PR

2021

RESUMO

Introdução: Hipertensão arterial e diabetes *mellitus* são doenças crônicas não transmissíveis que apresentam elevada morbimortalidade no Brasil e no mundo. No município de Francisco Beltrão, Paraná, há elevada prevalência de pacientes acometidos por estas patologias, sendo que ações de educação em saúde voltadas para este público representam um dos pilares para se alcançar a melhoria de indicadores, da proteção e da promoção da saúde. **Objetivos:** Considerando a alta demanda gerada por pacientes hipertensos e diabéticos na Unidade Saúde da Família Pinheirão, objetivou-se elaborar um plano de intervenção baseado no perfil epidemiológico dos pacientes, contemplando ações de educação em saúde. **Método:** Foi utilizado o método da pesquisa-ação como processo de investigação, o qual envolveu uma fase exploratória, seguida das fases de análise e interpretação dos fatos. O diagnóstico situacional integrou toda a equipe atuante na Unidade de Saúde. **Resultados e discussão:** Posteriormente a coleta de dados, observou-se um total de 408 pacientes hipertensos (48% alto e médio risco) e 107 diabéticos (71% alto e médio risco). Foram programadas ações educativas coletivas e individuais para incentivar o consumo alimentar consciente e a prática de atividade física. Criou-se uma página em rede social e foram elaborados dois Recursos Educacionais Abertos contemplando orientações sobre alimentação, hipertensão e diabetes. Algumas dúvidas e descobertas por parte dos pacientes surpreenderam positivamente, sendo que, em alguns retornos, foi observada melhora dos índices glicêmicos e controles pressóricos, somente com a utilização de medidas não farmacológicas. **Considerações finais:** O presente estudo evidenciou que há uma prevalência significativa de pacientes hipertensos e diabéticos com alto risco para desfechos cardiovasculares desfavoráveis. Almeja-se que, ao aprofundar o conhecimento dos pacientes sobre os determinantes de saúde, por meio de ações educativas, seja possível aprimorar a proteção e promoção da saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes *Mellitus*. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension and diabetes *mellitus* are chronic non-communicable diseases that present high morbidity and mortality in Brazil and worldwide. In the city of Francisco Beltrão, Paraná, there is a high prevalence of patients affected by these pathologies, and health education actions aimed at this audience represent one of the pillars to achieve the improvement of indicators, protection and health promotion.

Objectives: to conceive a high demand generated by hypertensive and diabetic patients at the Pinheirão Family Health Unit, the objective was to develop an intervention plan based on the epidemiological profile of patients, including health education actions. **Method:** The action research method was used as an investigation process, which involved an exploratory phase, followed by the analysis and interpretation of the facts. The situational diagnosis integrated the entire team working at the Health Unit. **Results and discussion:** After data collection, a total of 408 hypertensive patients (48% high and medium risk) and 107 diabetics (71% high and medium risk). Collective and individual educational activities were programmed to encourage conscious food consumption and physical activity. A page on the social network was created and two Open Educational Resources were prepared, covering food on diet, hypertension and diabetes. Some doubts and discoveries by the patients are positively surprising, and in some returns, improvement in glycemic indexes and blood pressure controls was observed, only with the use of non-pharmacological measures. **Final considerations:** The present study showed that there is a prevalence of hypertensive and diabetic patients with high risk for unfavorable cardiovascular outcomes. It is hoped that, by deepening the knowledge of patients about health determinants, through educational actions, it is possible to improve the protection and health promotion of hypertensive and diabetic patients.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus. Health education.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. FRANCISCO BELTRÃO, PARANÁ.....	8
FIGURA 2. BAIRRO PINHEIRÃO	9
FIGURA 3. MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS	14

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO USUÁRIO NA LINHA DO CUIDADO DO DIABETES MELLITUS.....	17
QUADRO 2. DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO E INDICAÇÃO DOS RECURSOS EDUCACIONAIS UTILIZADOS.....	19

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. CINCO PRINCIPAIS CAUSAS POR CAPÍTULO CID-10 DE MORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO NO ANO DE 2017	11
TABELA 2. PACIENTES CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSOS NA ESF PINHEIRÃO	20
TABELA 3. PACIENTES CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DIABETES NA ESF PINHEIRÃO	21

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. JUSTIFICATIVA	11
1.2. OBJETIVOS	12
1.2.1. Objetivo geral.....	12
1.2.2. Objetivos específicos.....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
3. METODOLOGIA.....	17
5. RESULTADOS / ANÁLISE DOS DADOS	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
6.1. RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE 1 – REA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	26
APÊNDICE 2 – REA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	27

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde da Família (ESF) do Pinheirão é uma das 20 ESFs do município de Francisco Beltrão (FRANCISCO BELTRÃO, 2018), cidade localizada no Sudoeste do Paraná (FIGURA 1) a qual possui uma população estimada em cerca de 92.216 habitantes (IBGE,2020). A ESF Pinheirão pertence à região territorial denominada Cidade Norte, uma microrregião que abriga fábricas e indústrias de diversos setores produtivos, principalmente, do setor alimentício.

FIGURA 1. FRANCISCO BELTRÃO, PARANÁ.

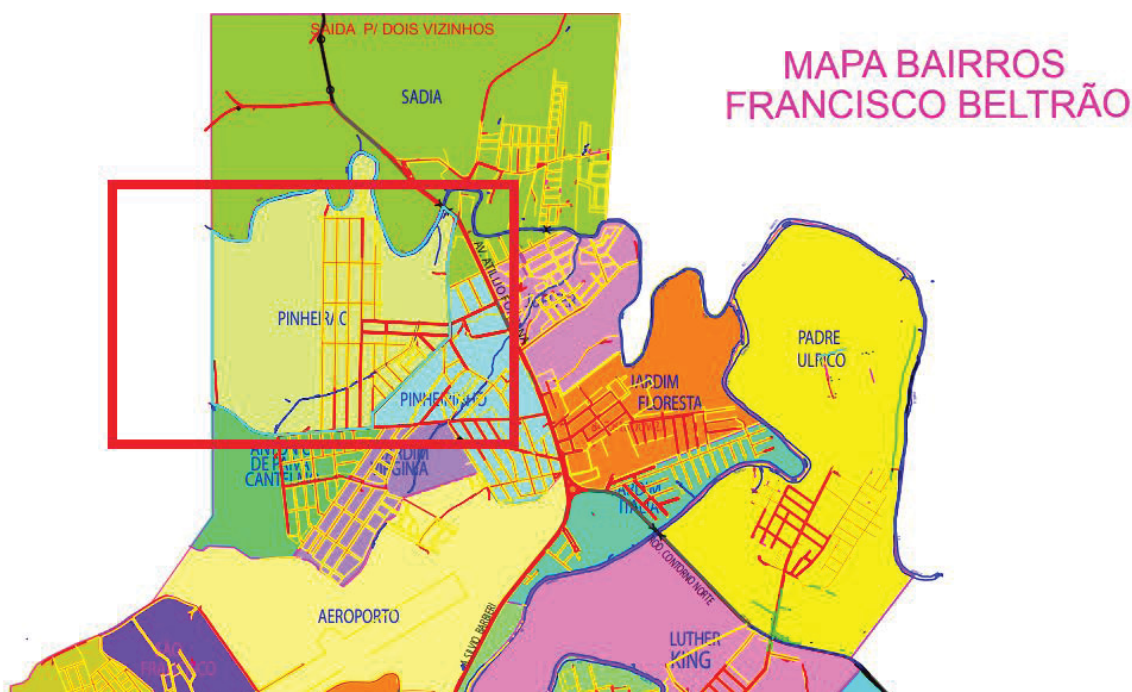


FONTE: Wikipédia (2021).

A área de abrangência do Pinheirão envolve uma população de 3.851 pessoas cadastradas, porém, também presta assistência a um território descoberto, resultado de uma invasão popular a terras privadas. Além disso, há outras duas áreas descobertas por déficit no quadro funcional de agentes comunitárias de saúde (ACS). A estimativa de cobertura é de aproximadamente 4500 pessoas.

Não há dados da situação demográfica e socioeconômica especificamente para o bairro Pinheirão (FIGURA 2). Entretanto, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2017, o município de Francisco Beltrão apresentou uma média salarial de 2,4 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 36,9%. Comparando com os outros municípios do estado do Paraná, Francisco Beltrão ocupava as posições 40 de 399 na média salarial e 23 de 399 em proporção de pessoas ocupadas. Em paralelo com cidades do país, ocupava na posição 684 de 5.570 e 239 dentre 5.570 municípios, respectivamente (IBGE, 2017).

FIGURA 2. BAIRRO PINHEIRÃO



FONTE: Prefeitura Municipal de Francisco Beltrão (2021).

Nesse contexto, o município possui uma renda média mensal relativamente elevada. Entretanto, é visível que tal realidade não se aplica totalmente, considerando que o perfil populacional do bairro é composto por numerosas famílias sem renda fixa, e dependentes de programas de redistribuição de renda governamentais.

As profissões predominantes são: auxiliar de serviços gerais, diarista, pedreiro, doméstica, auxiliar de produção em indústria de comércio de aves e vendedor, e o nível de instrução é baixo com uma grande parcela de analfabetos e analfabetos funcionais. Nesse cenário, a ESF do Pinheirão é um território assistencial

essencialmente urbano e, dos seus 3.851 cadastros 1.892 são compostos por homens e 1.977 por mulheres. Desses, 545 constam no sistema de prontuário eletrônico como hipertensos e 128 como diabéticos.

Após análise realizada com o auxílio da coordenação da ESF do Pinheirão, foi elaborado um levantamento das principais demandas pelo serviço de saúde. Observou-se que, antes do contexto da pandemia causada pelo Novo Coronavírus (doença COVID-19), havia uma procura balanceada e bem distribuída nos dias de atendimento disponíveis para os programas de pacientes hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), saúde mental, puericultura, idoso e gestante, assim como, dois períodos para demanda espontânea.

Neste contexto, os principais agravos de saúde da população adulta adstrita na área de abrangência da ESF Pinheirão são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM), obesidade, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior, doenças respiratórias e doenças osteoarticulares.

Constatou-se, também, que as principais causas de procura pelo serviço de saúde eram motivadas por renovação de receitas para hipertensos e diabéticos, sendo necessário separar dois períodos por semana exclusivos para tal programa, com média de 12 a 14 atendimentos por período, para suprir a demanda dos pacientes do programa HIPERDIA.

Ademais, foi possível observar que a procura por renovação de receitas e atendimentos no programa HIPERDIA era reflexo da quantidade elevada de pacientes apresentando estas morbidades e devido aos recorrentes quadros de descompensação atribuídos às mesmas.

Em um levantamento inicial realizado em outubro de 2019, a prevalência de hipertensos cadastrados na unidade era de 14 casos para cada 100 cadastros. Para diabéticos, era de 3,4 casos para cada 100 cadastros. Como são atendidos semanalmente cerca de 120 pacientes, e considerando as particularidades do processo saúde-doença de hipertensos e diabéticos, são disponibilizados dois períodos por semana para atendimento dessas patologias.

Nestas circunstâncias, foi verificado que a falta de compilação de dados era um fator limitante para o diagnóstico preciso da população hipertensa e diabética assistida, fazendo-se necessário conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes.

Posteriormente, ao notar que a população estava carente de informações e ações voltadas para a educação em saúde, tornou-se salutar intervir de maneira efetiva em ações de proteção e promoção da saúde para este público.

Poucos usuários possuíam conhecimentos satisfatórios em relação às medidas não farmacológicas recomendadas para pacientes hipertensos e diabéticos. Muitos depositavam sua confiança apenas nas medicações e quase que a totalidade dos pacientes descompensados não praticavam atividade física, cuidados com a alimentação ou tinham planos de perda ponderal.

Os fatos acima mencionados geram demandas por ações precisas, com destaque para as que envolvem proteção e promoção da saúde, a fim de evitar agravos e mortalidade totalmente preveníveis e que sobrecarregam e oneram o sistema de saúde, desestabilizam famílias e impactam negativamente na qualidade de vida do indivíduo.

1.1. JUSTIFICATIVA

No ano de 2018, a principal causa de morte no Brasil e no Mundo ocorreu em decorrência de doenças isquêmicas do coração, seguido pelo acidente vascular cerebrovascular (BRASIL, 2019). Ao analisar as cinco principais causas de mortalidade no município de Francisco Beltrão, no ano de 2017 (TABELA 1), verifica-se que tal padrão se repete e que cerca de 30% dessas ocorreram devido a patologias do aparelho circulatório (BRASIL, 2017).

TABELA 1. CINCO PRINCIPAIS CAUSAS POR CAPÍTULO CID-10 DE MORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO NO ANO DE 2017

Capítulo CID-10	Número
IX. Doenças do aparelho circulatório	120
II. Neoplasias (tumores)	101
X. Doenças do aparelho respiratório	76
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	49
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	29
Total	375

FONTE: BRASIL (2017).

Diante disso, fica evidente a necessidade de realizar o diagnóstico epidemiológico da população hipertensa e diabética, bem como, reconhecer as demandas biológicas e necessidades psicossociais envolvidas no processo saúde e doença para, posteriormente, planejar intervenções educativas e que produzam mudança de hábitos de vida que reflitam na qualidade de vida dos pacientes assistidos pela ESF Pinheirão.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção voltado para ações de educação em saúde, baseado no perfil epidemiológico dos pacientes usuários do programa HIPERDIA da ESF Pinheirão.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar a população hipertensa e diabética da ESF Pinheirão;
- Estratificar o risco da população que é objeto deste estudo.
- Elaborar ações de educação voltadas para a proteção e promoção da saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil e no mundo (SILVA *et al.*, 2014; SCHMIDT *et al.*, 2011). Sabe-se também, que o aumento da incidência e da prevalência dessas doenças, na sua grande maioria, poderiam ser evitadas ou suas consequências mórbidas atenuadas com medidas de proteção e promoção em saúde (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Dentre as DCNT, a doença cardiovascular (DCV) representa a principal causa de morte, determinando igualmente o aumento da morbidade e incapacidade dos indivíduos por ela acometidos. Embora as taxas de mortalidade estejam diminuindo no Brasil, possivelmente como resultado de políticas públicas de saúde bem-sucedidas, a prevalência de doenças relacionadas vêm aumentando substancialmente nas últimas décadas, principalmente devido ao envelhecimento e adoecimento da população, gerando uma população cada vez mais dependente de medicações e com sua qualidade de vida significativamente comprometida. (PRÉCOMA & OLIVEIRA., 2019).

Segundo Malta *et al.* (2019), no Brasil, no ano de 2013, 72,6% das mortes foram causadas por DCNT. Dentre essas, as doenças cardiovasculares ocuparam o primeiro lugar nas causas de óbito, representando 29,7% do total de óbitos corrigidos.

Os principais fatores de risco relacionados a DCV são doenças como hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, diabetes, assim como o histórico familiar. Há também vários outros elementos, de abordagem não menos importante, determinantes no processo de adoecimento dessas populações, os quais estão relacionados a questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais, que explicam as diferenças na carga de DCV entre as populações e suas tendências nas últimas décadas (PRÉCOMA & OLIVEIRA., 2019).

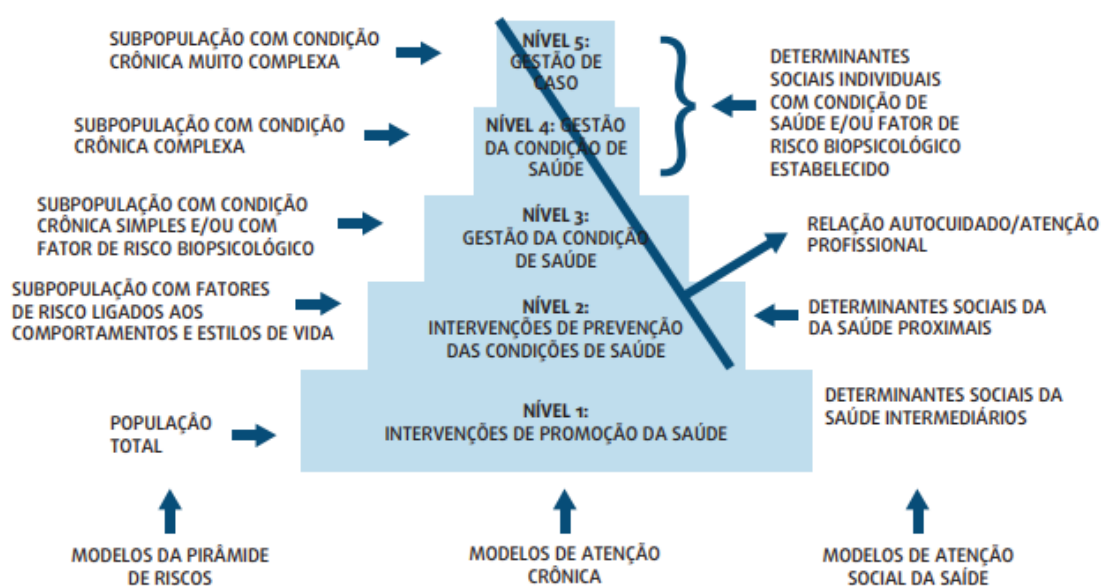
Contudo, ao longo dos anos foram desenvolvidos métodos de predição de desfechos desfavoráveis, com intuito de orientar quanto aos riscos e atuar sobre os mesmos para prevenir morbimortalidades decorrentes da hipertensão arterial (HAS) e da diabetes *mellitus* (DM). Neste contexto, a Secretária de Estado de Saúde do Paraná (SESA-PR), criou o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde

(APSUS), o qual, com o acompanhamento de tutoria, orienta que os municípios realizem o processo de estratificação de riscos de condições crônicas como hipertensão e diabetes, saúde mental, gestantes e crianças até o primeiro ano de vida. Estas recomendações têm como objetivo organizar o atendimento a partir da estratificação do risco da população e das condições de saúde, a fim de desenvolver, implementar e monitorar planos de cuidado específicos, assim como desenvolver ações educacionais voltadas para proteção e promoção da saúde (PARANÁ, 2017).

Para a estratificação e seguimento de pacientes com HAS e DM, foram criadas duas linhas guias que orientam o diagnóstico, estratificação, o tratamento e o seguimento desses pacientes, com objetivo de evitar a evolução de complicações inerentes a essas patologias (PARANÁ, 2018).

A SESA-PR adotou o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) a fim de melhorar a resolutividade do atendimento aos usuários. Através do conceito da Pirâmide de Riscos, a população é estratificada em diferentes níveis. Em cada nível, uma intervenção de saúde é preconizada. No MACC existem cinco níveis de estratificação e as intervenções vão desde promoção da saúde até gestão das condições crônicas muito complexas (FIGURA 3).

FIGURA 3. MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



FONTE: PARANÁ (2018).

Para o acompanhamento dos pacientes com HAS é utilizada a Linha de Cuidado do Hipertenso e a Estratificação de Risco Cardiovascular Global (ERG), que possui o objetivo de determinar o risco global que um indivíduo tem de desenvolver DCV nos próximos 10 anos (BARROSO *et al.*, 2020).

A ERG caracteriza-se como ponto essencial na instrumentalização prática do MACC nas diversas regionais de saúde do Estado do Paraná. Com a estratificação de risco realizada, os pacientes considerados de alto riscos devem ser atendidos nas ESFs ou Unidades Básicas de Saúde, que realizarão a solicitação dos exames laboratoriais iniciais e encaminharão ao MACC regional para ser inserido na Linha de Cuidado do Hipertenso, onde o paciente será avaliado por equipe multiprofissional da Atenção Especializada (PARANÁ, 2018).

Os hipertensos de baixo risco e de risco moderado devem ser mantidos na Atenção Primária e também passar por atendimento de equipe multiprofissional quando disponível. Em situações as quais o quadro clínico do paciente hipertenso de baixo ou moderado risco torna-se difícil de estabilizar, o médico assistente deve solicitar um contato com o especialista do MACC, com o intuito de receber instruções específicas que possam auxiliar na estabilização do paciente (PARANÁ, 2018).

Quanto aos pacientes com diabetes, os mesmos apresentam riscos distintos para complicações decorrentes da doença. O risco aumenta quando não há controle metabólico e pressórico, ou quando há antecedente recente de internações por complicações agudas ou presença de complicações crônicas (PARANÁ, 2018).

As pessoas com pré-diabetes, ou seja, com glicemia de jejum levemente alterada ou tolerância diminuída à glicose, têm maior risco para desenvolvimento da DM e são estratificadas como de risco baixo. Os pacientes estratificados como de risco médio apresentam controle metabólico e pressórico adequados (hemoglobina glicada – HbA1c <7%, LDL-colesterol <100 mg/dl e pressão arterial – PA <130/80 mmHg), e não apresentam complicação crônica (micro ou macroangiopatia) nem antecedente de internação por complicação aguda nos últimos 12 meses (PARANÁ, 2018).

Seguindo a orientação da linha Guia de Diabetes *Mellitus* da SESA-PR, todos os pacientes com diagnóstico de DM com controle metabólico e pressórico inadequados são considerados de alto risco. Aqueles com controle adequado, mas que manifestam alguma complicação crônica ou antecedente de internação por

agravo agudo no último ano também são classificados como alto risco (PARANÁ, 2018).

Atualmente, o município de Francisco Beltrão dispõe de um sistema de prontuário eletrônico que, ao final das consultas, possibilita estratificar o paciente atendido conforme a sua morbidade, o que facilita o atendimento e compilação dos dados referentes ao seu histórico de saúde.

Sendo assim, considerando a capacidade de gerar desfechos como morte e diminuição da qualidade de vida, entende-se como necessária a implementação na Atenção Primária à Saúde (APS) de mecanismos para prevenção das complicações desses agravos e até mesmo remissão dessas patologias.

Além disso, conforme Mendes (2012) menciona, frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não obtêm o acesso ao cuidado como preconizado.

Dessa forma, a estratificação segundo o risco e o ajuste dos atendimentos da APS contribuem para adequar e ampliar o acesso aos serviços de saúde, assim como, diagnosticar precocemente os indivíduos que necessitaram de atendimento secundário, evitando os desfechos desfavoráveis previsíveis (PARANÁ, 2018).

Ademais, sabe-se também que a educação em saúde representa um importante pilar na prevenção e promoção em saúde, considerando que o paciente em questão só irá colocar em prática aquilo que faz sentido em seu entendimento acerca de sua patologia (FALKENBERG *et al.*, 2014).

3. METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo proposto, o presente estudo se delineou como pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011). O método da pesquisa-ação, como processo de investigação, envolveu uma fase exploratória, seguida das fases de análise e interpretação dos fatos.

A fase exploratória consistiu no diagnóstico situacional, o qual integrou toda a equipe atuante na USF Pinheirão e permitiu a construção do perfil clínico do paciente HIPERDERDIA. As fases de análise e interpretação dos dados resultaram na elaboração de estratégias operacionais (como a organização da agenda em consultas médicas e de enfermagem) e de educação em saúde, com objetivo final de esclarecer o público-alvo quanto aos fatores de riscos modificáveis para desfechos como morte e/ou complicações advindas dessas duas patologias.

Para a construção do perfil clínico dos pacientes diabéticos e hipertensos, foi utilizada a classificação de risco disponível no sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo município de Francisco Beltrão. Para pacientes com DM, o sistema disponibiliza a estratificação de risco da linha guia de Diabetes *Mellitus* da SESA-PR. Quanto ao paciente hipertenso, o sistema utiliza a calculadora de Escore de Risco Cardiovascular Global (ERG). A escolha por essas duas classificações se deu pela facilidade do acesso a essa estratificação de risco via prontuário eletrônico e por resumir a condição clínica do paciente, além de estimar no paciente hipertenso o risco de desenvolver um evento cardiovascular em 10 anos.

A estratificação de risco dos pacientes com diabetes se deu conforme a Linha Guia de Cuidado para Diabetes, da SESA-PR (QUADRO 1).

QUADRO 1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO USUÁRIO NA LINHA DO CUIDADO DO DIABETES MELLITUS

Risco Baixo	Risco médio	Risco alto
Pessoa com pré-diabetes (glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose).	Pessoa com DM2 e controle metabólico e pressórico adequados. Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses. Sem complicações crônicas.	Pessoa com DM1 ou Pessoa com DM2 e: controle metabólico e pressórico inadequados ou controle metabólico e pressórico adequados + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas.

FONTE: PARANÁ (2018).

No que diz respeito à estratificação de risco de hipertensos, como já mencionado, foi utilizado a ERG, o qual utiliza fatores de risco como idade, sexo, pressão arterial, colesterol total e HDL-colesterol, tabagismo e diabetes. Os mesmos são inseridos na calculadora que estipula o risco de eventos cardiovasculares em 10 anos (CHACRA, A. P. M.; SANTOS, R. D. F., 2019). Quando a ERG fica abaixo de 5%, o paciente é classificado como baixo risco, exceto aqueles com história familiar de doença cardiovascular prematura, sendo reclassificado para risco intermediário. Também são inicialmente considerados risco intermediário homens com ERG entre 5% e 20% e mulheres com ERG entre 5% e 10%. São considerados de alto risco os homens com ERG > 20% e as mulheres com ERG > 10% (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A partir destes dados, em trabalho conjunto envolvendo a equipe de saúde da ESF Pinheirão, houve o planejamento do número de consultas médicas, de enfermagem e dentista, retornos necessários e periodicidade dos exames de controle. Em seguida, foram programadas ações educativas para prevenção dos agravos ocasionados pelas duas patologias abordadas no presente trabalho.

Para a estratificação de risco dos pacientes do grupo HIPERDIA, foi solicitado que as ACS fornecessem a lista com nomes completos dos pacientes de suas áreas que possuíam o diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Posteriormente à realização desse levantamento, os nomes dos pacientes foram transcritos para uma planilha eletrônica, a qual foi alimentada conforme a obtenção de dados de estratificação de risco para hipertensos e diabéticos.

Findo esse levantamento, buscou-se elaborar materiais de educação em saúde voltados para a população assistida.

Pretendeu-se realizar o plano de ação da seguinte maneira, conforme o quadro abaixo (QUADRO 2):

QUADRO 2. DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO E INDICAÇÃO DOS RECURSOS EDUCACIONAIS UTILIZADOS

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo / amostra	Data	Recursos educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Conhecer o perfil clínico do paciente do grupo HIPERDIA	Coleta de dados disponíveis em prontuário eletrônico	1 mês	ACS, médico e acadêmico de medicina	Grupo HIPERDIA	Novembro de 2020	Linha guia DM e HAS SESA	ESF
Estratificar no sistema de prontuário eletrônico 90% da população do grupo HIPERDIA	Estratificar 90% do grupo HIPERDIA	1 mês	Médica	Grupo HIPERDIA	Dezembro de 2020	Linha guia DM e HAS SESA	ESF
Organizar agenda de consultas em enfermagem, médica e dentista após estratificação de risco	Disponibilizar a tabela de estratificação de risco para a recepção organizar os agendamentos de consultas médica, enfermagem e dentista	Logo após estratificação de risco concluída	Recepção	Grupo HIPERDIA	Dezembro 2020	Linha guia DM e HAS SESA	ESF
Ações educativas em saúde	Ativação de grupos HIPERDIA. OBS: a depender da pandemia da COVID-19	Mensal e/ou quinzenal	Médico, enfermeira e dentista	Grupo HIPERDIA	Janeiro 2021	Linha guia DM e HAS SESA	ESF
Elaboração de panfletos a serem entregues aos pacientes		Diário	Médico	Grupo HIPERDIA	Janeiro 2021	Linha guia DM e HAS SESA	ESF

FONTE: A Autora (2020).

5. RESULTADOS / ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, observou-se um total de 406 pacientes hipertensos e 107 diabéticos, a despeito de 545 que constavam no sistema de prontuário eletrônico como hipertensos e 128 registrados como diabéticos. Tal discrepância nos números pode ter ocorrido em consequência da medida de hipertensão arterial, que quando superior a 140X90 mmHg, faz com que o paciente seja classificado como hipertenso pelo sistema de prontuário eletrônico. Porém, sabe-se que uma medida isolada não determina o estado hipertensivo. Assim como, glicemias capilares acima de 100 também predis põem o sistema a classificar o paciente como diabético, independente do horário e da repetição da glicemia de jejum realizadas posteriormente.

Ao analisar somente os pacientes hipertensos, verificou-se que 312 (76%) realizam acompanhamento na unidade de saúde, e que 94 (23%) não realizavam acompanhamento. Ao efetuarmos busca ativa desses pacientes, notou-se que um número considerável de usuários, 94 pacientes hipertensos (23,03%), é assistido por outras Unidades Básicas de Saúde disponíveis na cidade, as quais não necessitam de agendamento de consultas, funcionando por demanda espontânea, o que facilita o atendimento ao paciente que não deseja aguardar por um agendamento. Há ainda alguns usuários que utilizam essencialmente o sistema de saúde privado.

Dos pacientes acompanhados na USF para HAS, 59 (14,46%) não haviam sido estratificados, ou por falta de exames laboratoriais ou por falta de tempo hábil em consulta médica. Ademais, verificamos que mais de 48% foram considerados de alto e médio risco (TABELA 2):

TABELA 2. PACIENTES CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSOS NA ESF PINHEIRÃO

Estratificação de Risco	Número de pacientes	Porcentagem
Alto Risco	112	27,45%
Risco Intermediário	83	20,34%
Baixo Risco	58	14,21%
Sem estratificação	59	14,46%
Nunca consultaram	94	23,03%
Total	408	100%

Quanto aos pacientes com diabetes, averiguou-se que o número de pacientes em alto e médio risco encontrava-se ainda mais elevado, quando comparado a pacientes hipertensos, somando mais de 71% de todos os casos acompanhados na USF.

Notou-se também um número elevado de 22 (20,56%) que não haviam sido estratificados em sistema de prontuário eletrônico e um total de 8 pacientes que não comparecem a consultas na ESF por preferirem consultar em Unidades Básicas de Saúde (TABELA 3).

TABELA 3. PACIENTES CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DIABETES NA ESF PINHEIRÃO

Estratificação de risco	Número de pacientes	Porcentagem
Médio Risco	22	20,56%
Alto Risco	55	51,40%
Não consultam	8	7,48%
Sem estratificação	22	20,56%
Total	107	100%

FONTE: A Autora (2020).

Neste contexto, pode-se observar que mais da metade dos pacientes assistidos pela ESF encontrava-se em condições de alto risco para o desfecho cardiovascular desfavorável. Desta forma, foram programadas ações para incentivar o consumo alimentar consciente e a prática de atividade física, assim como atividades educativas voltadas para esclarecimentos sobre a hipertensão e diabetes. Em decorrência da pandemia da COVID-19, e com a impossibilidade de realizar reuniões com os pacientes dos referidos grupos, as ações ficaram no âmbito digital com a criação de uma página em uma rede social (*Facebook*) e também por meio de incentivo verbal em cada atendimento individual no consultório, seja no atendimento médico ou de enfermagem. Como produto deste trabalho, foram obtidos dois Recursos Educacionais Abertos (REA) (APÊNDICE 1; APÊNDICE 2).

A partir destas ações, também foi possível estabelecer o perfil clínico do paciente do grupo HIPERDIA da ESF Pinheirão e organizar a agenda, assim como realizar as medidas educativas já elencadas.

É possível observar que, após estas abordagens, algumas dúvidas e

descobertas por parte dos pacientes surpreenderam positivamente a equipe e a expectativa é de que este trabalho possa avançar e alcançar mais benefícios, inclusive para as famílias e comunidade envolvida. Somente com a orientação focada na mudança dos hábitos de vida, em alguns retornos, foi percebida a melhora de indicadores de morbimortalidade destes pacientes, como a diminuição de hemoglobina glicada e o aprimoramento do controle pressórico sem intervenção medicamentosa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que a prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos em alto risco para desenvolvimento de eventos cardiovasculares desfavoráveis da área adstrita do PSF Pinheirão em Francisco Beltrão-PR é superior a 50%. Fato que demonstra o quão pobre é o conhecimento acerca das doenças e dos riscos cardiovasculares os quais esses pacientes são expostos.

Como posse desses dados em mãos podemos realizar ações educativas em consultas a fim de informar e aperfeiçoar o conhecimento dos pacientes sobre os determinantes em saúde, os fatores de risco em não se aderir ao tratamento e a mudança no estilo de vida. Assim, observamos com entusiasmo o aumento na adesão ao tratamento medicamentoso e na mudança do estilo de vida de boa parte da população HIPERDIA.

Além disso, nossa pesquisa-ação pode quantificar o número de pacientes do HIPERDIA e organizar o atendimento desses, repercutindo de maneira positiva no retorno e aumento da frequência nas consultas destinadas a esse grupo. Assim, também estamos contribuindo com os gestores em saúde e a comunidade, garantindo o acesso ao sistema de saúde e também a manutenção do financiamento através do cumprimento das metas dos indicadores de pagamento por desempenho conforme o Programa Previne Brasil, 2020 (BRASIL,2020).

6.1. RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Com o advento da pandemia da COVID-19, os agendamentos em consultas eletivas foram suspensos desde meados de 2020, impossibilitando o controle e a mensuração efetiva em indicadores fidedignos com relação às mudanças dos hábitos alimentares e da prática de atividade física. Porém, com posse das informações desta pesquisa, assim que os atendimentos retornarem à normalidade, recomenda-se reverberar tais informações em oficinas com grupos de hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTTI, L. A. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** p. 33, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. 2017. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 18 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. PORTARIA Nº 172, DE 31 DE JANEIRO DE 2020. Regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial, [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, Edição: 22-B | Seção: 1 - Extra | Página: 7.

CHACRA, A. P.M.; SANTOS, R. D. F. Quando e como avaliar o risco cardiovascular global em indivíduos aparentemente normais – ou check-up para todos. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.**; v. 29, n. 1, p. 46-52, 2019.

FALKENBERG, M. B.; MENDES T. P. L.; MORAES E. P.; *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**; v. 19, n. 3, mar 2014.

FRANCISCO BELTRÃO. Prefeitura Municipal de Francisco Beltrão. Secretaria Municipal de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE FRANCISCO BELTRÃO - PR 2018/2021.** Disponível em: <http://www.franciscobeltrao.pr.gov.br/wp-content/uploads/2018/07/PLANO-MUNICIPAL-2018-2021.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e estados.** 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/francisco-beltrao.html>. Acesso em: 25 set 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa da população.** 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/francisco-beltrao/panorama>. Acesso em: 24 nov. 2019.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F.L *et al.* VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.107, n. 3, supl.3, set 2016.

MALTA, D.C.; ANDRADES. S. C. A.; OLIVEIRA, T.P. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Ver. Bras. Epidemiol.** 22: E190030. 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana Da Saúde – Representação Brasil, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde. Secretaria de Estado do Planejamento e coordenação geral. Projeto Multissetorial para desenvolvimento do Paraná. **Documentos dos programas do setor de saúde**. Junho. 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão arterial / SAS**. – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018.

PRÉCOMA, D. B. & OLIVEIRA G. M. M. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arq Bras Cardiol**. v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil 4 - Séries. The Lancet, on line**, p. 1-14, 2011.

SILVA, L. S.; COTTA R. M. M.; ROSA, C. O. B.; *et al.* Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 34, n. 5, p. 343-350, 2014.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

APÊNDICE 1 – REA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

COMO MONTAR UM PRATO SAUDÁVEL?

Seu prato deve ser montado assim:

Você pode estar se perguntando:

1) Mas, o que são carboidratos?

Os carboidratos são nutrientes que fornecem energia para o nosso organismo. São exemplos: alimentos com açúcar, mel, farinhas de trigo, milho ou mandioca, arroz, batata doce, bata inglesa, batata salsa, entre outros.

2) Quais carboidratos posso comer?

Dê preferência para os alimentos integrais e aqueles que não são processados. Como a batata doce, mandioca, milho verde, lentilha, linhaça, grão de bico, feijão, arroz integral, palmito, inhame entre, frutas, entre outros.

3) Posso misturar os carboidratos?

É preferível que se coma apenas um tipo de carboidrato por refeição.

4) E o que são proteínas?

São alimentos oriundos, em sua maioria, de animais. São exemplos: as carnes de frango, porco, gado e peixe, e os ovos, carne de soja, tofu, alimentos derivados do leite.

5) Devo fazer meus alimentos crus, cozidos, fritos ou assados?

A forma que gostar mais. Mas, tenha preferência por alimentos bem cozidos ou assados.

6) Que tipo de hortaliças e legumes posso comer?

Vegetais de folhas verdes (alface, rúcula, agrião, chicória, acelga, espinafre, escarola, couve, taioba), repolhos, brócolis, couve-flor, cenoura, quiabo, vagem, abobrinha, berinjela, chuchu, rabanete, pepino, tomates, beterraba, entre outros.

7) Com o que eu posso temperar minha comida?

Com qualquer tipo de tempero que você tenha em casa, desde que sejam naturais, tente não usar aqueles temperos industrializados.



Como citar: SILVA, A. P. B. C.; SILVA A. L. C. Como montar um prato saudável. Curso de Especialização Atenção Básica /UNA-SUS/UFPR, 2021.

Para maiores informações curta nossa página no facebook: ESFPINHEIRÃO.

APÊNDICE 2 – REA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

VIDA
SAUDÁVEL É
O MELHOR
REMÉDIO

CUIDE DO SEU
CORPO!





FEVEREIRO, 2021

HIPERTENSÃO E
DIABETES:
CUIDE-SE. A SUA
SAÚDE
AGRADECE!



Educação em saúde para
usuários do SUS



#orgulhosus



<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

SILVA, A. P. B. C.; SILVA, A. L. C. Hipertensão e Diabetes: Cuide-se. A sua saúde agradece. Recurso educacional aberto. Curso de Especialização Atenção Básica/UNA-SUS/UFPR, 2021.


HIPERTENSÃO ARTERIAL

1 Elevação persistente da pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg

2 SINTOMAS

Dor de cabeça 

Tontura 

Visão turva 

Dor no peito 

EVITE

CONSUMO DE ALCOOL E CIGARRO

SE ALIMENTAR COM GORDURAS, AÇÚCAR, FRITURAS E SAL

ESTRESSE

ficar parado-SEDENTÁRIO




DIABETES MELLITUS

1 Duas glicemias em jejum maiores ou iguais a 126 mg/dL; Glicemia maior que 200 mg/dL colhida a qualquer hora do dia na presença de sinais e sintomas de diabetes.

2 SINAIS E SINTOMAS








Excesso ou perda de peso 

Sede intensa
Fome exagerada 

Feridas que não cicatrizam 

Aumento da frequência e quantidade de urina 

COMO TRATAR?

- Tente levar uma vida livre de estresse 
- Procure se exercitar sempre que possível 
- Alimente-se da forma mais saudável que puder 
- Diminua a quantidade de sal 
- Tente manter o peso ideal 
- Não fume e não utilize bebidas alcoólicas 
- Tome corretamente os seus medicamentos 

PROCURE A SUA UNIDADE DE SAÚDE E EVITE A AUTOMEDICAÇÃO!

