



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Tamires Bona

Projeto de intervenção sobre Hipertensão Arterial
Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia na
comunidade de Marçianópolis, Santo Antônio do
Sudoeste, Paraná.

Florianópolis, Abril de 2017

Tamires Bona

Projeto de intervenção sobre Hipertensão Arterial Sistêmica,
Diabetes Mellitus e Dislipidemia na comunidade de Marcianópolis,
Santo Antônio do Sudoeste, Paraná.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Tamires Bona

Projeto de intervenção sobre Hipertensão Arterial Sistêmica,
Diabetes Mellitus e Dislipidemia na comunidade de Marcianópolis,
Santo Antônio do Sudoeste, Paraná.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: Neste projeto de intervenção pretende-se abordar a questão da dislipidemia na população com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na ESF de Marci-anopolis, que está situada na região rural do município de Santo Antonio do Sudoeste, Paraná. Os hipertensos representam 21% da população adscrita somados a 3% de diabéti-cos e a dislipidemia associada a essas duas comorbidades eleva muito a chance de eventos vasculares. A alta morbimortalidade em virtude de eventos cérebrovasculares e cardiovas-culares explicita a importância de realizar ações sobre essas questões, além do fato de que boa parte dos pacientes atendidos pela UBS são afetados e que os fatores de risco que agravam ou desencadeiam essas doenças são modificáveis. **Objetivo:** O objetivo deste projeto é estimular a alimentação saudável e balanceada e a prática de atividades físicas regulares nos pacientes diabéticos e hipertensos com da ESF de Marci-anopolis, melhorar a qualidade de vida e diminuir os índices de eventos cérebrovasculares e cardiovasculares deste grupo. **Metodologia:** Será realizado rastreamento de dislipidêmicos, classificação dentro de um escore que estima o risco cardiovascular, para então obter dados da situ-ação atual desta população. A partir disso, serão propostas atividades de orientação e conscientização nutricional e sobre atividade física, além do tratamento medicamentoso adequado. **Resultados Esperados:** Sabe-se que o risco de doenças cardiovasculares, cérebrovasculares e renais aumenta muito quando se tem fatores de risco somados como hipertensão, diabetes e dislipidemia. Com a intervenção proposta espera-se a diminuição de eventos cérebro e cardiovasculares na população-alvo, diminuição dos níveis lipídicos e melhora da qualidade de vida. Espera-se também estimular hábitos saudáveis de vida como a prática regular de atividade física e as boas escolhas alimentares.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Do-ença Cerebrovascular, Doença Cardiovascular

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia: definição e fatores de risco	13
3.2	Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	14
3.3	Classificação de Risco da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	16
3.4	Mudanças dos Hábitos Alimentares e do Estilo de Vida	17
3.5	Tratamento Farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica, Di- abetes Mellitus e Dislipidemia	17
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Estratégia Saúde da Família de Marçanópolis está situada na região rural do município de Santo Antonio do Sudoeste, no Estado do Paraná, e atende 22 pequenas comunidades do interior, cerca de 2.000 pessoas. Uma vez por semana os profissionais atendem em uma Unidade de Saúde de menor porte, chamada de Nova Riqueza e localizada na área de abrangência, para facilitar o acesso da população.

A população da área adscrita vive basicamente da agricultura e do gado leiteiro, além da criação de outros animais em menor escala. Também com relação às questões econômicas, é importante apontar que boa parte da população recebe auxílio do Bolsa Família. No que se refere à escolaridade, as pessoas com menos de 30 anos, em sua maioria, têm ensino médio completo ou mais. Em geral, aqueles que tem entre 30 e 60 anos, possuem o ensino fundamental incompleto. Já o grupo de pessoas acima de 60 anos possui alto índice de analfabetismo.

A água utilizada é encanada e vem de poços artesianos localizados em cada comunidade. Quanto ao esgoto, cada casa possui uma fossa ou dreno séptico. A coleta de lixo ocorre quinzenalmente, por vezes semanalmente. Parte dos moradores locais queimam os papéis e até usam em fogões a lenha, já o lixo orgânico é dado aos animais ou enterrado.

Segundo dados da Unidade Básica de Saúde (UBS) coletados de março a dezembro de 2016, a população atendida se constitui por 47% de homens e 53% de pessoas do sexo feminino. A população idosa é representada por 382 pessoas e aqueles que têm 15 anos ou mais somam 1433; mulheres entre 10 e 59 anos representam 33,6% e crianças menores de 2 anos são 25, destas, 16 têm menos de 1 ano.

Entre as queixas mais comuns na UBS, estão presentes, em ordem decrescente, dor lombar, Infecção de Vias Aéreas Superiores, dor abdominal, dor muscular e Infecção do Trato Urinário, além de um elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a qual é doença crônica mais prevalente nessa população. Ainda segundo dados da UBS, são atendidos cerca de 420 hipertensos, 60 diabéticos e 150 pessoas com questões de saúde mental.

Neste projeto de intervenção pretende-se abordar a questão da dislipidemia na população com HAS e Diabetes Mellitus (DM) tendo em vista que os hipertensos representam 21% da população adscrita somados a 3% de diabéticos e que a dislipidemia associada a essas duas comorbidades eleva muito a chance de eventos vasculares.

A alta morbimortalidade em virtude de eventos cérebro-vasculares e cardiovasculares explicita a importância de realizar ações sobre essas questões, além do fato de que boa parte dos pacientes atendidos pela UBS são afetados e que os fatores de risco que agravam ou desencadeiam essas doenças são modificáveis.

É importante apontar que a equipe multiprofissional tem facilidade de acesso a es-

ses pacientes já que a maioria participa do Hiperdia mensalmente. Isso torna possível a aplicação de exames, entrevistas e outras ações com a população-alvo da intervenção. A execução deste projeto no contexto atual torna-se ainda mais relevante visto que mundialmente há uma tendência no sentido de estimular a adoção de um estilo de vida mais saudável, buscar a saúde e o bem estar físico e mental. Essa tendência torna mais viável o hábito de ter uma alimentação balanceada, bem como a prática de exercícios físicos, os quais são os pilares do tratamento da dislipidemia.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a qualidade de vida e diminuir os índices de eventos cerebrovasculares e cardiovasculares da população com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da ESF Marcianopolis, do município de Santo Antonio do Sudoeste.

2.2 Objetivos Específicos

Diminuir as taxas de dislipidemia na população com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da ESF Marcianopolis.

Estimular a alimentação saudável e balanceada e a prática de atividades físicas regulares nos usuários com HAS e DM da ESF Marcianopolis.

3 Revisão da Literatura

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia: definição e fatores de risco

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA 140 x 90mmHg) (BRASIL, 2013b)

Para o Ministério da Saúde:

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013b, p. 29).

Existe elenco de fatores de risco de doenças coronarianas decorrentes da hipertensão, responsáveis por altas taxas de mortalidade na população, atingindo, muitas vezes, indivíduos em fase produtiva. Na etiologia da hipertensão encontram-se a herança genética e outros fatores de natureza socioambiental resultantes de modos de viver, que envolvem hábitos culturais, tais como os alimentares, consumo de bebidas alcólicas e tabagismo, formas de trabalho e de desgaste físico, além do estresse psicológico condicionado à vida cotidiana. Assim, ao se caracterizar a prevalência de hipertensão em diferentes grupos populacionais, diferenciados pela condição socioeconômica, pode-se supor que exista diferenciais de prevalência decorrentes da diversidade de qualidade de vida, caracterizando-se, assim, a dimensão social da morbidade (MARTINS et al., 1997)

Já Radovanovic et al. (2014) destaca a importância do controle e prevenção da HAS, e o benefício gerado pela adoção de estratégias que abordem e identifiquem com maior precisão os indivíduos em situação de risco, tanto para o paciente quanto para a sociedade.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia afirma que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

Já o Diabetes Mellitus é definido, pela como uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue, a hiperglicemia, que pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzido no pâncreas, pelas chamadas células beta. Esta falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta no acúmulo de glicose no sangue.

O Ministério da Saúde prioriza a linha de cuidado do Diabetes Mellitus com a finalidade de fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2013a).

Há uma crescente prevalência do diabetes, e sua associação à dislipidemia, à hipertensão arterial a torna um importante problema de saúde pública. Para o Ministério da Saúde o diabetes é um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

A dislipidemia trata-se de um distúrbio nos níveis de lipídios no sangue, neste grupo os principais são colesterol e triglicérides. Além da origem genética, a dislipidemia pode ser adquirida por meio de uma alimentação inadequada. Essa condição é o grande fator de risco da aterosclerose, doença que leva aos temidos eventos-cérebro e cardiovasculares.

E por fim a dislipidemia, que se trata de um fator de risco modificável para a doença cardiovascular. A placa aterosclerótica tem como um de seus principais constituintes o colesterol, induzindo a progressão de eventos cardiovasculares. Elevados níveis de LDL e triglicérides e baixos níveis de HDL estão associados à mortalidade cardiovascular. Isto torna o diagnóstico e tratamento adequados da dislipidemia algo fundamental.

3.2 Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

Se levarmos em conta as elevadas taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e no mundo, e a prevalência da hipertensão e do diabetes, temos então a justificativa para este estudo; Tem-se como objetivo detectar a prevalência da hipertensão arterial e/ou diabetes associados a dislipidemia em pacientes da comunidade de Marciánópolis, no município de Santo Antônio do Sudoeste - Paraná, além de discutir a relação destas associações com eventos cérebro e cardiovasculares.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a prevalência da hipertensão no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013, estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Em relação à idade, as taxas variaram de 0,6% para a faixa etária de 18 a 29 anos a 19,9% para a de 65 a 74 anos. Não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre brancos, pretos e pardos (MILECH et al., 2016).

A associação de HAS e DM vem se tornando bastante comum e estudos demonstram um risco 2,5 vezes maior de DM em pacientes hipertensos e a HAS afeta mais de 60% dos pacientes com DM tipo 2. Já no DM tipo 1, o desenvolvimento de HAS está relacionado com o surgimento de nefropatia diabética, sendo secundária à perda de função renal. A associação de HAS com DM aumenta o risco de morte em 7,2 vezes, principalmente por causas cardiovasculares (RECK; SILVEIRO; LEITÃO, 2010).

Zanella (2014) afirma que no diabetes tipo 1, existe evidente relação entre Hipertensão e desenvolvimento de nefropatia diabética, sendo que a primeira raramente ocorre na ausência do comprometimento renal. Diferente dos pacientes com diabetes tipo 2, que em aproximadamente 40% dos casos, já se encontram hipertensos no momento do diagnóstico de diabetes.

O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013b).

Destacado pelo Ministério da Saúde do Brasil:

Estudos epidemiológicos demonstram uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular fazendo com que a estratégia clínica de prevenção cardiovascular requeira o conhecimento do estado diabético (BRASIL, 2013a, p. 27).

Têm-se também uma evidente correlação entre a pressão arterial e o perfil lipídico na síndrome metabólica. Segundo Marte e Santos (2007), a síndrome metabólica contempla a presença invariável de HAS, associada à adiposidade abdominal, hipertrigliceridemia, HDL-C baixo e glicemia de jejum alterada. Esses achados se traduzem em risco maior de evolução para o diabetes mellitus e para doença cardiovascular. Fatores metabólicos, como colesterol plasmático e resistência à insulina, podem influenciar a pressão arterial em qualquer indivíduo visto que aumentam a resistência vascular.

Dados alarmantes estão descritos nos estudos de Fonseca et al. (2002, p. 1):

A hipertensão e a aterosclerose constituem uma condição alarmante para a morbimortalidade dos pacientes renais crônicos. Aumento na prevalência da nefropatia hipertensiva como causa de doença renal em estágio final tem sido relatado nos EUA e na Europa. Nestes pacientes, a mortalidade cardiovascular é 10 a 20 vezes maior do que a observada na população geral e está presente em aproximadamente metade dos pacientes em tratamento dialítico.

E Guimarães (2002) faz um uma leitura englobando as condições clínicas tratadas neste trabalho com a obesidade e o sobrepeso, sugerindo uma estreita relação entres eles afirmando que mostram uma relação epidemiológica significativa com dislipidemia e hipertensão arterial, provavelmente expressando uma complexa condição que envolve o

metabolismo dos carboidratos, gorduras e hidrosalino, com reflexos na regulação do peso corporal, da pressão arterial e dos níveis de glicose e lipídios no sangue.

Dentro da variação dos aspectos clínicos que uma condição como essa pode oferecer, temos desde manifestações iniciais de hipertensão, diabete tipo 2 ou dislipidemia, associadas ao sobrepeso e à obesidade, até a sua expressão clínica maior. A presença de dislipidemia é comum em pacientes com sobrepeso e obesidade, aumentando o risco cardiovascular dessas pessoas (GUIMARÃES, 2002).

Para abordar a aterosclerose, lesão base dos eventos cardiovasculares, o estudo da IV Diretriz Brasileira de Dislipidemias afirma que é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibre (SPOSITO et al., 2007).

A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular devida a diversos fatores de risco como elevação de lipoproteínas aterogênicas (LDL, IDL, VLDL, remanescentes de quilomícrons), hipertensão arterial ou tabagismo; Os macrófagos repletos de lípidos são chamados células espumosas e são o principal componente das estrias gordurosas, lesões macroscópicas iniciais da aterosclerose (SPOSITO et al., 2007).

Entende-se que a hipertensão acelera o desenvolvimento da aterosclerose e alguns dos fatores de risco da aterosclerose, como as dislipidemias, parecem estar associadas ao agravamento da doença renal hipertensiva, aos eventos cardiovasculares e também à hipertrofia miocárdica em pacientes hipertensos. Para modificar o perfil lipídico e a aterosclerose induzida pela dislipidemia podemos recorrer ao tratamento da hipertensão arterial (FONSECA et al., 2002).

3.3 Classificação de Risco da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

Utiliza-se o escore de Framingham para estimar o risco de eventos cardiovasculares, pois serve como uma ferramenta para definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS pela equipe de saúde (BRASIL, 2013b).

O escore de Framingham é uma ferramenta de fácil aplicação e muito útil no dia a dia, principalmente na Atenção Básica em Saúde. Este escore classifica os pacientes através da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular e é de grande valia na definição de condutas:

- Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos;
- Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos;

- Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia.

O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em saúde coletiva. Ressalta-se a importância da otimização terapêutica no controle pressórico e na redução dos níveis de colesterol, principalmente nos pacientes de alto risco para eventos cardiovasculares (MARTE; SANTOS, 2007).

3.4 Mudanças dos Hábitos Alimentares e do Estilo de Vida

Segundo a IV Diretriz Brasileira de Dislipidemias, o aumento do consumo de gordura associa-se à elevação da concentração plasmática de colesterol e à maior incidência de aterosclerose coronária e aórtica. Portanto, pensando em prevenção e tratamento das dislipidemias, a terapia nutricional deve ser adotada (SPOSITO et al., 2007).

Em conjunto com profissionais da nutrição, o plano alimentar deve ser direcionado e individualizado para cada paciente, contemplando questões culturais, regionais, sociais e econômicas, devendo ser agradável ao paladar e visualmente atraente. Além de receber orientações quanto ao preparo do alimento, quantidades e possíveis substituições (SPOSITO et al., 2007).

Reck, Silveiro e Leitão (2010) afirmam que uma estratégia importante é estimular a ingestão de frutas, vegetais, laticínios com baixo teor de gordura, além de restrição da quantidade de colesterol, gordura saturada e total. Além desta intervenção dietética, a redução da ingestão de sódio (

Essas modificações no estilo de vida (MEV) devem ser estimuladas em pacientes diabéticos com HAS e, naqueles com PA entre 130 - 139 / 80 - 89mmHg, podendo inclusive ser medida única inicial para o controle da PA. Recentemente o efeito da dieta DASH foi avaliado em pacientes com DM tipo 2 e a sua prescrição foi associada a redução significativa da PA sistólica e diastólica (~10 mmHg) (RECK; SILVEIRO; LEITÃO, 2010).

Quanto ao diabetes, o Ministério da Saúde frisa a adoção de hábitos saudáveis e abandono do tabagismo, afirmando que estes são a base do tratamento do diabetes, e são de importância fundamental no controle da glicemia, além de auxiliarem no controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013a).

3.5 Tratamento Farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia

A IV Diretriz Brasileira de Dislipidemias descreve o tratamento da hipercolesterolemia isolada. A recomendação fica com o as estatinas como primeira escolha. Estas podem, entretanto, ser associadas a colestiramina, fibratos, ácido nicotínico e ezetimiba. Há evidências de que as estatinas reduzem a mortalidade cardiovascular, o acidente vascular cerebral, a incidência de eventos isquêmicos coronários agudos e necessidade de revascularização do miocárdio (SPOSITO et al., 2007).

É importante destacar o papel central do tratamento da hipertensão nos pacientes diabéticos, visto que este tratamento além de auxiliar na prevenção da doença cardiovascular, minimiza a progressão da retinopatia diabética e da doença renal. A terapêutica inicial inclui métodos não-farmacológicos, como redução de peso, prática de exercícios físicos, moderação no consumo de sal e álcool e abandono do fumo (ZANELLA, 2014).

Ainda neste estudo, Zanella (2014) descreve o estudo clínico ADVANCE que evidencia que um controle mais rígido dos níveis pressóricos deva ser mantido nos diabéticos:

Neste ensaio foi feita administração rotineira de agentes anti-hipertensivos a indivíduos com diabetes e alto risco cardiovascular, independentemente da pressão arterial que viessem a apresentar. Ao final do estudo, os níveis da pressão arterial de 134,7/74,8 mmHg, observados no grupo com a combinação ativa, se associaram a um risco 9% menor de ocorrência do desfecho primário composto que consistia na combinação dos principais eventos micro e macrovasculares além de redução na mortalidade total, cardiovascular e nos eventos renais. Estes resultados indicam que valores inferiores da pressão arterial inferiores a 140/90 mmHg associados ao bloqueio do SRA leva à proteção cardiorenal. (ZANELLA, 2014)

Esta diminuição de desfechos micro e macrovasculares foi demonstrada também no United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS). Este estudo mostrou significativa diminuição nas mortes relacionadas ao diabetes e nas complicações microvasculares, 32% e 37% respectivamente. Existe um risco elevado de eventos cardiovasculares em pacientes com DM e HAS associadas, a recomendação para diagnóstico e objetivo do tratamento é 130/80 e não 140/90 como é na população geral. (RECK; SILVEIRO; LEITÃO, 2010).

4 Metodologia

No presente projeto de intervenção foram documentados 430 hipertensos e 30 diabéticos na área estudada. Foi oferecida a eles a oportunidade de responder a um breve questionário, o escore utilizado foi o de Framingham. Este escore analisa idade, sexo, perfil lipídico e se o paciente é tabagista ou diabético. Durante a aplicação do questionário eram solicitados exames laboratoriais: LDL colesterol, HDL colesterol e glicemia de jejum, para os que não eram diabéticos ou não sabiam.

Os questionários foram aplicados pela médica da UBS, a qual também foi responsável por enquadrar os resultados no escore de Framingham. Esta etapa foi realizada durante seis encontros do Hiperdia, totalizando seis meses de coleta de dados, entre maio e outubro de 2016. Foi possível classificar cada paciente em baixo, médio e alto risco para eventos vasculares.

Após este nivelamento, os pacientes com classificação de médio e alto risco foram convocados para consulta médica individual e esclarecidos sobre seus fatores de risco e a importância de iniciar um tratamento para melhora dos índices encontrados. Após cada Hiperdia gerava-se um número de pacientes entrevistados, durante este mesmo mês os pacientes selecionados eram convocados para consulta médica, também realizada pela médica.

Também programou-se um grupo de nutrição com os pacientes interessados, com ênfase aos que obtiveram escore de médio e alto risco. Este grupo foi montado e coordenado pela nutricionista do NASF, com dois encontros semanais e mais três quinzenais.

O grupo de nutrição foi oferecido em três momentos, o primeiro teve início em junho, o segundo em agosto e o terceiro em setembro de 2016. A nutricionista abordou questões sobre hábitos alimentares, seus benefícios para a saúde, os cuidados que hipertensos e diabéticos devem ter com a alimentação, os meios de diminuir os índices de lipídios séricos com a adequação da nutrição.

Um grupo de atividade física semanal também está planejado e será implantado por um profissional da educação física do NASF, com início previsto para abril de 2017.

Em reuniões posteriores, em fevereiro de 2017, com o grupo de hipertensos e diabéticos, foram explanados os resultados obtidos nesta pesquisa e noções gerais sobre a associação da dislipidemia com hipertensão e/ou diabetes. A médica foi a responsável por apresentar estes resultados aos pacientes presentes na reunião mensal de fevereiro por meio de uma apresentação de slides.

5 Resultados Esperados

O presente projeto pretende primeiramente rastrear e mapear o grupo de risco para doenças cérebro e cardiovasculares dentre os hipertensos e diabéticos da área de atuação da ESF Marcianópolis, no município de Santo Antônio do Sudoeste - PR. Após o devido reconhecimento deste grupo, espera-se formular, junto à equipe multidisciplinar do NASF, medidas educativas para os pacientes e iniciar ações de que possam diminuir o perfil dislipidêmico da população alvo.

Espera-se, a longo prazo, a diminuição da morbimortalidade por doenças cerebro e cardiovasculares por meio da alimentação balanceada e adequada, orientada aos pacientes por meio do grupo de nutrição e durante as consultas médicas.

Além disso, pretende-se observar nestes pacientes a diminuição do sedentarismo, que tem seu estímulo proposto no grupo de atividade física e novamente nas consultas médicas.

Ressalta-se como importante também a monitorização dos níveis lipídicos a qual será realizada por meio de exames laboratoriais regulares e, a partir disso, a população terá taxas mais controladas e adequadas para uma melhor qualidade de vida.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*: Cadernos de atenção básica n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*: Cadernos de atenção básica n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 13, 15 e 16.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- FONSECA, F. A. H. et al. Hipertensão e dislipidemias. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 9, n. 4, p. 268–272, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- GUIMARÃES, A. C. Fatores de risco: Sobrepeso, obesidade e dislipidemia. *Revista Hipertensão*, v. 5, n. 1, p. 23–25, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- MARTE, A. P.; SANTOS, R. D. Bases fisiopatológicas da dislipidemia e hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 14, n. 4, p. 252–257, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- MARTINS, I. S. et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região sudeste do brasil. *Revista Saúde Publica*, v. 31, n. 5, p. 466–471, 1997. Citado na página 13.
- MILECH, A. et al. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016. Citado na página 14.
- RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 547–553, 2014. Citado na página 13.
- RECK, L. L.; SILVEIRO, S. P.; LEITÃO, C. B. Tratamento da hipertensão arterial no diabetes melito. *Clinical and Biomedical Research*, v. 30, n. 4, p. 400–406, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 15, 17 e 18.
- SPOSITO, A. C. et al. Iv diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq. Bras. Cardio*, v. 88, n. 1, p. 2–19, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- ZANELLA, M. T. *Ebook 2.0 Diabetes na Prática Clínica - Tratamento da hipertensão arterial no paciente diabético*: Aspectos etiopatogênicos, clínicos e terapêuticos. 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/63>>. Acesso em: 03 Fev. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.