

***“ Prevenção de hipertensão e diabetes por meio da adoção de estilos de vida saudável e promoção da saúde”***

***Dina Cortez Lima Feitosa Vilar***

***Luísa Maria Oliveira Pinto***

***Maria do Carmo Rodrigues Soares***

***Teresa Cristina Arruda***

# Problema

***Aumento de 57 % na taxa de internação por hipertensão e de 15% na taxa de internação por diabetes na população acima de 60 anos, no período de 2000 a 2007, no município de Nova Russas.***

***(Datasus, 2009)***

# Evidências

- **Mundo**

*As doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de morte e incapacidade no mundo e responsáveis por 59% dos óbitos anuais e por 45,9% da carga global de doença. Aumento de 17% em 10anos.*

*(OMS)*

- **Brasil**

*As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte , com pequena queda (1,4%) e maior ônus ao SUS (18,8%) sendo a hipertensão arterial a principal. No Nordeste aumento de 1990 a 2006.*

*(SVS/MS)*

# Evidências...

- **Ceará**

*As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte (32,2%) e destes 82,2% em maiores de 60 anos.*

*A doença hipertensiva é a segunda causa de internação hospitalar no estado do Ceará (16,6%), maior para o sexo feminino.*

*(SESA, 2008)*

- **Nova Russas**

*Elevado número de internações por doenças do aparelho circulatório para ambos os sexos, principalmente hipertensão (284,1 por mil internações) e diabetes (24.4 por mil internações).*

# Município de Nova Russas



- **População : 32 000 habitantes**
- **Cobertura da Estratégia da Saúde da Família - 86,87%**
- **Serviços de saúde: Postos de Saúde(11), Núcleo de Apoio a ESF – NASF (1), Hospital Geral (40 leitos), Policlínica ( 5 especialidades), Centro de Especialidades Odontológicas , Centro de Apoio Psicosocial - CAPS e um laboratório.**
- **ESF de Tamarindo: oito microáreas, 800 famílias**
- **Referência microrregional: Hospital São Lucas de Crateús**
- **Referência macrorregional: Santa Casa de Sobral**
- **Parceiros: Educação ( 3 escolas estaduais e 10 municipais), Cultura Desportos e Ação Social ( CRAS), Desenvolvimento Agrário ( técnicos agrícolas)), Comunicação ( rádio comunitária).**

# Causas do problema

## Fatores de risco

**Não modificáveis:**

*Sexo, idade e herança genética ( obesidade e dislipidemias)*

**Modificáveis( comportamentais):**

*Alimentação, obesidade, dislipidemias, inatividade física, tabagismo, consumo de álcool ou outras drogas*

## Fatores de proteção

*Atividade no lazer, consumo regular de frutas e hortaliças e consumo adequado de frutas, legumes e verduras*

## Objetivo geral e meta

**Reduzir em 5% o número de internações por hipertensão e diabetes em maiores de 18 anos, procedentes do território da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Tamarindo, Nova Russas – Ceará, por meio de medidas de promoção, prevenção e controle no primeiro ano após implantação do projeto.**

# Objetivos específicos

*Linhas de cuidado integral*

***Aumentar a detecção de diabetes e hipertensão da ESF de Tamarindo de Nova Russas***

***Promover ações de educação em saúde com ênfase na educação alimentar e atividade física e tabagismo para a comunidade***

***Fomentar capacitação de profissionais de saúde e das instituições parceiras na utilização do “Guia Alimentar para a população brasileira”***

***Implementar a realização do diagnóstico precoce, tratamento adequado e o acompanhamento dos indivíduos hipertensos e diabéticos***

## Objetivos específicos...

***Implementar a utilização do sistema de informação de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos - Hiperdia, visando a melhor gestão do projeto***

***Implementar o sistema de vigilância alimentar e nutricional Sisvan Web no município***

***Firmar parcerias com as Secretarias de Educação, Desenvolvimento Agrário, Cultura e Ação Social para a melhoria das ações intersetoriais de promoção de estilo de vida saudável.***

**Informar a comunidade da ESF de Tamarindo para adoção de estilo de vida saudável, com ênfase na alimentação e atividade física.**

<b>Atividades</b>	<b>Resultados Alcançados</b>
<b>1.1. Reprodução de material educativo</b>	<b>Guia alimentar de bolso para a comunidade 5.000 exemplares reproduzido.</b> <b>Manual educativo sobre aproveitamento integral dos alimentos.</b> <b>Banners, spot de rádio.</b>
<b>1.2. Realizar diagnóstico nutricional</b> <b>Seminários de diagnóstico nutricional</b> <b>Programados quatro seminários</b>	<b>Seminário realizado com treinamento para avaliação antropométrica e marcadores de consumo alimentar durante o atendimento</b> <b>(2/4- 50%)</b>
<b>1.3. Implantar sessões de atividade física nos espaços públicos de 40 minutos, 3 dias por semana</b> <b>Programados oito oficinas</b>	<b>Realizado três oficinas sobre a importância do exercício físico e em seguida alongamento e exercícios físicos em junho de 2010</b> <b>( 3/8-37,5%)</b>

**Informar a comunidade da ESF de Tamarindo para adoção de estilo de vida saudável, com ênfase na alimentação e atividade física.**

<b>Atividades</b>	<b>Resultados Alcançados</b>
<b>1.4. Divulgação nos meios de comunicação sobre estilos de vida saudável</b>	<b>Veiculação dos spot de radio com 5 chamadas diárias na FM local e em dois municípios vizinhos.</b>
<b>1.5. Oficinas para construção de hortas comunitárias e ou domiciliares</b> <b>Promover 7 oficinas</b>	<b>Realizadas uma oficinas para capacitação de 1 agente de saúde por microarea e um representante da comunidade ( 1/7- 14 %)</b>
<b>1.6. Oficina para elaboração de cardápios mais saudáveis e baratos, e utilização integral dos alimentos produzidos na região.</b> <b>Promover 8 oficinas – uma para cada microarea</b> <b>Palestras educativas semanais sobre alimentação saudável</b>	<b>Realizadas oficinas para utilização integral dos alimentos (2/8- 25% %)</b> <b>Realizado em oito microáreas ( 8/8- 100%)</b> <b>Realizado palestras semanais sobre alimentação saudável (10/52- )</b>
<b>1.7. Apresentação do projeto na reunião da CIB microrregional</b>	<b>Junho de 2010 e inclusão no plano municipal</b>

# Estratégia 2

**Capacitar profissionais da saúde e das secretarias parceiras para utilização do Guia Alimentar para população brasileira.**

<b>Atividades</b>	<b>Resultados Alcançados</b>
<b>2.1. Reuniões mensais</b>  <b>Programadas 12 reuniões</b>	<b>Realizada reunião inicial e cinco mensais com os profissionais da saúde, educação, agricultura, ação social e cultura e desportos do município, da CRES e SESA (6/12-50%)</b>
<b>2.2. Seminários para utilização do Guia Alimentar</b>	<b>Realizado seminário de 16 horas para capacitação de 50 profissionais de nível superior e médio para utilização do Guia Alimentar (1/1-100%)</b>
<b>Reprodução de material instrucional</b>	<b>Reprodução do Guia alimentar para a população brasileira para os profissionais (100%)</b>

## Garantir o diagnóstico precoce, o tratamento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da ESF de Tamarindo

<b>Atividades</b>	<b>Resultados Alcançados</b>
<p><b>3.1. Fluxograma da atenção</b> <i>Implantar fluxograma de atendimento baseado na classificação de risco</i></p>	<p><i>Implantado busca ativa de hipertensos e diabéticos pelo ACS, agendamento do atendimento terça e quinta feiras pela manhã na UBS e tarde nas microáreas pela equipe multidisciplinar (medico, enfermeiro, nutricionista)(100%)</i></p>
<p><b>3.2. Implantar protocolos clínicos por classificação de risco</b></p>	<p><i>Implantado protocolo baseado na classificação de risco com aplicação do questionário de Findisk adaptado.(100%)</i></p>
<p><b>3.3. Realizar seminário de 16 horas em diagnóstico e tratamento de diabetes e hipertensão com profissionais com nível superior</b></p>	<p><i>Realizado seminário utilizando os cadernos de atenção básica de diabetes e hipertensão (100%)</i></p>

## Garantir o diagnóstico precoce, o tratamento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da ESF de Tamarindo

<b>Atividades</b>	<b>Resultados Alcançados</b>
<p><b>3.4. Reprodução dos protocolos de atenção nos diversos níveis</b> <b>Implantar protocolos de atenção por nível de atenção</b></p>	<p><b>Atividade realizada na atenção básica e não realizada, ainda, nos outros níveis.</b></p>
<p><b>3.5. Aumentar a detecção de diabetes em 15% e de hipertensão em 20%</b> <b>Profissionais capacitados(1)</b></p>	<p><b>Profissionais capacitados e atividade desenvolvida durante o período de atendimento s</b></p>
<p><b>3.6. Implantar tratamento antitabágico na UBS de Tamarindo</b></p>	<p><b>Solicitado pela CRES ao nível central capacitação para todos os municípios</b></p>
<p><b>3.7. Implementar a utilização dos sistemas de informação: Hiperdia e Sisvan- Web</b></p>	<p><b>Atividade implantada</b></p>

# Estratégia 4

**Firmar parcerias com as Secretarias de Educação, Desenvolvimento Agrário Cultura e Esportes e de Ação Social para implementações de ações intersetoriais de promoções de estilo de vida saudável**

<b>Atividades</b>	<b>Resultados Alcançados</b>
<b>4.1. Realizar 2 seminários com as secretarias parceiras para implementar ações intersetoriais.</b>	<b>Realizado 2/2 seminário (100%)</b>
<b>4.2. Treinamento dos profissionais das secretarias envolvidas para promoção de estilos de vida saudável com ênfase para alimentação saudável e atividade física.</b>	<b>Realizado treinamento com os profissionais das secretarias parceiras (2/2- 100%)</b>
<b>4.3. Promover eventos semanais com premiação (troféu) para estimular a população para se manter ativa.</b>	<b>Atividade em estruturação</b>
<b>4.4. Realizar reuniões mensais com as diversas secretarias parceiras para integração e monitoramento das atividades intersetoriais</b>	<b>Realizadas seis reuniões de monitoramento com as secretarias parceiras (6/12- 50%)</b>

# Dados preliminares...

	<b>Homens (48)</b>	<b>Mulheres (117)</b>
<b>Idade</b>		
<i>Menos de 45 anos</i>	<b>3 ( 6,3%)</b>	<b>8 ( 6,8%)</b>
<i>45 a 54 anos</i>	<b>7 (14,6%)</b>	<b>22 (18,8%)</b>
<i>55 a 64 anos</i>	<b>20 (41,7%)</b>	<b>39 (33,3%)</b>
<i>Mais de 64</i>	<b>18 (37,5%)</b>	<b>18 (15,4%)</b>
<b>Índice de massa corporea</b>		
<i>Menor que 25 Kg/m<sup>2</sup></i>	<b>6 (12,5%)</b>	<b>7 ( 6,0%)</b>
<i>25 a 30 Kg/m<sup>2</sup></i>	<b>10 (20,8%)</b>	<b>37 (31,6%)</b>
<i>Superior a 30 Kg/m<sup>2</sup></i>	<b>5 (10,4%)</b>	<b>23 (19,7%)</b>
<i>IGN</i>	<b>19 (39,6%)</b>	<b>50 (42,7%)</b>

# Dados preliminares...

**Homens (48)**

**Mulheres (117)**

## **Parente com diabetes**

<b>Não</b>	<b>28 (58,3%)</b>	<b>42 (35,9%)</b>
<b>Sim (avós, tios, primos primeiro grau)</b>	<b>05 (10,4%)</b>	<b>22 (18,8%)</b>
<b>Sim ( pais, irmãos, filhos)</b>	<b>15 ( 31,3%)</b>	<b>48 (41,0%)</b>
<b>IGN</b>	<b>0</b>	<b>4 ( 3,4%)</b>

## **Glicemia capilar média**

**(Mín-Máx)**

**156  
(65-541)**

**145  
(75-467)**

# Dados preliminares...

	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>Pressão arterial (mmHg)</b>		
<i>Média</i>	<b>138x85</b>	<b>136x84</b>
<i>Varição (Mín – Máx)</i>	<i>(90-200) x (60-110)</i>	<i>(90-240) x (60-120)</i>
<b>Normal</b>	<b>14 (29,2%)</b>	<b>45 (38,5%)</b>
<b>Pré- hipertensos</b>	<b>8 (17,7%)</b>	<b>18 (15,4%)</b>
<b>Hipertensão estágio 1</b>	<b>16 (33,3%)</b>	<b>27 (23,1%)</b>
<b>Hipertensão estágio 2</b>	<b>9 (18,8%)</b>	<b>26 (22,2%)</b>
<b>IGN</b>	<b>1 (2,1%)</b>	<b>1 (0,9%)</b>

# Dados preliminares...

## Medida da cintura

Nº (%)

### Homens (48)

<b>Menos de 94 cm</b>	<b>19 (39,6%)</b>
<b>94 a 102 cm</b>	<b>17 (35,4%)</b>
<b>Mais de 102 cm</b>	<b>11 (22,9%)</b>
<b>IGN</b>	<b>1 ( 2,1%)</b>

### Mulheres (117)

<b>Menos de 80 cm</b>	<b>10 ( 8,5%)</b>
<b>80 a 88 cm</b>	<b>15 (12,8%)</b>
<b>Mais de 88cm</b>	<b>85 (72,6%)</b>
<b>IGN</b>	<b>7 (14,6%)</b>

# Dados preliminares...

	<b>Homens (48)</b>	<b>Mulheres (117)</b>
<b>Pratica atividade física</b>		
<b>Sim</b>	<b>12 (25,0%)</b>	<b>31 (26,5%)</b>
<b>Não</b>	<b>36 (75,0%)</b>	<b>86 (73,5%)</b>
<b>Tabagismo</b>		
<b>Fumante</b>	<b>3 ( 6,3%)</b>	<b>10 ( 8,5%)</b>
<b>Não fumante</b>	<b>16 (33,3%)</b>	<b>50 (42,7%)</b>
<b>Ex-fumante</b>	<b>11 (22,9%)</b>	<b>11 ( 9,4%)</b>
<b>IGN</b>	<b>13 (27,1%)</b>	<b>47(40,2%)</b>

# Dados preliminares...

**Homens (48)**

**Mulheres (117)**

## **Come frutas e legumes**

**Todo dia**

**16 (33,3%)**

**36 (30,8%)**

**Não todo dia**

**32 (66,7%)**

**81 (69,2%)**

## **Tomou ou toma antihipertensivo**

**Não**

**7 (14,6%)**

**16 (13,7%)**

**Sim**

**41 (85,4%)**

**101 (86,3%)**

## **Glicemia elevada**

**Não**

**32 (66,7%)**

**63 (53,8%)**

**Sim**

**16 (33,3%)**

**54 (46,2%)**

# Conclusões

- **Organização do processo de trabalho**
- **Formação de rede de cuidados**
- **Fatores de risco e fatores de proteção**
- **Intersetorialidade**
- **Projeto otimiza recursos e equipamentos sociais existentes nos diversos níveis**
- **Semente da promoção da saúde.**

# Recomendações

- ***Monitoramento, avaliação mensal das atividades propostas e realizadas***
- ***Readequação do modelo lógico***
- ***Sustentabilidade***
- ***Institucionalização do projeto.***

*‘Nós somos o que fazemos repetidas vezes,  
excelência não é um ato, mas um hábito! ‘*

*Aristóteles*