



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Vanessa Giacomini

Estratégias educativas para melhorias nos cuidados aos  
hipertensos e diabéticos do município de Cordilheira  
Alta-SC

Florianópolis, Março de 2016



Vanessa Giacomini

Estratégias educativas para melhorias nos cuidados aos hipertensos  
e diabéticos do município de Cordilheira Alta-SC

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: Claudio Claudino da Silva Filho  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Vanessa Giacomini

## Estratégias educativas para melhorias nos cuidados aos hipertensos e diabéticos do município de Cordilheira Alta-SC

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.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Claudio Claudino da Silva Filho**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

No Brasil, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são duas das principais doenças crônicas que acometem a população. No município de Cordilheira Alta, Santa Catarina, as estatísticas são semelhantes ao restante do país. O problema a ser trabalhado neste projeto de intervenção foi escolhido devido a alta prevalência dessas doenças na população do município de Cordilheira Alta. O objetivo desse trabalho é contribuir para a melhoria da saúde das pessoas com HAS e DM no município, uma vez que o adequado controle e tratamento de tais agravos pode evitar complicações causadas à saúde, principalmente a longo prazo. Os objetivos específicos serão: Realizar ações de promoção da saúde, que ampliem a adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus do município de Cordilheira Alta,S/C; Identificar aspectos demográficos, sócio-econômicos e comportamentais atrelados às principais causas de HAS; e Construir um modelo de intervenção educativa permanente que integre comunidade e equipe de saúde da família para enfrentamento conjunto da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O público alvo será o de hipertensos e diabéticos que pertencem as duas UBS do município. Serão convidadas 50 pessoas para participarem do projeto. A intervenção será realizada em 8 encontros, distribuídos ao longo do ano, incluindo consultas, visitas domiciliares, atividades educativas sobre nutrição, atividade física e de lazer e cuidados gerais. Coletivamente, ao longo dos encontros, buscaremos soluções para enfrentar os problemas relacionados à doença, e encerramos com o relato dos participantes, evidenciando a aplicação dos novos conhecimentos em seu cotidiano e para melhorar a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Diabetes Mellitus, Educação em Saúde, Qualidade de vida





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>17</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>19</b>



# 1 Introdução

O município de Cordilheira Alta foi desmembrado de Chapecó no ano de 1992. Em sua maior parte, as terras cordilheiraltenses foram colonizadas pela Colonizadora Ernesto Bertaso, sendo os colonizadores a grande maioria gaúchos que vinham em busca de terras férteis. Portanto, no início a agricultura era a principal fonte de renda do local. Hoje, o município destaca-se por ter três grandes empresas do setor atacadista, ), as quais disponibilizam muitos empregos para a população, além de tornar o PIB da cidade bem elevado.

A cidade tem 2 escolas municipais que tem aulas do maternal até o quinto ano e 1 escola estadual que engloba o ensino fundamental e médio, portanto os alunos estudam até o quinto ano na escola municipal e depois vão para a estadual, além de contar com 1 creche. Temos 2 UBS, uma na zona urbana que é a UBS central e outra na zona rural que é a UBS de Fernando Machado. As ESF contam com o apoio do NASF, composto pelos seguintes profissionais: geriatra, ginecologista, pediatra, dentista, psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga e nutricionista. Não temos hospital no município, portanto os casos de emergência são encaminhados ao HRO em Chapecó que é o hospital de referência. Os profissionais da UBS ainda podem contar com o apoio do CRAS através da assistência social e conselho tutelar.

Na abrangência da unidade de saúde em que trabalho, praticamente não existe área de risco e vulnerabilidade social, que segundo ROSANE JANCZURA, são conceitos distintos, mas intrinsecamente relacionados, pois, enquanto risco se refere às condições fragilizadas da sociedade contemporânea, vulnerabilidade identifica a condição dos indivíduos nessa sociedade. O município praticamente é isento de favelas, áreas de fome, idoso abandonado e moradores de rua, que seriam as áreas de maior risco. Poucas famílias recebem ajuda do governo em forma de bolsa família. No geral, a população é bem empregada e tem boas condições de moradia.

A população total da cidade de Cordilheira Alta é de 4203 habitantes, sendo 2137 homens, correspondente a 50,8% da população total e 2066 mulheres, ou seja, 49,1% do total. (SIAB, 2014). Crianças e jovens, menores de 20 anos, são 1089 (25,9%) entre 20 e 59 anos 2505 e idosos 612 (14,5%).

A procura pelos serviços de saúde envolve grande parte da população. A maioria dos atendimentos da UBS são realizados sob forma de livre demanda, sendo agendadas consultas de retorno quando indicado. As queixas e as doenças mais comuns que levam o usuário a procurar a nossa UBS são: dor lombar, HAS, DM, IVAS e dor abdominal.

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) no mês de maio de 2015 foi de 11,97%, ou seja, 503 pacientes, e, de diabetes mellitus (DM), no mesmo mês, foi de 2,4% o que equivale a 101 pacientes (SIAB, 2015).

A procura pelos serviços de saúde envolve grande parte da população. A maioria dos atendimentos da UBS são realizados sob forma de livre demanda, sendo agendadas consultas de retorno quando indicado. As queixas e as doenças mais comuns que levam o usuário a procurar a nossa UBS são: dor lombar, HAS, DM, IVAS e dor abdominal.

O problema a ser trabalhado no meu projeto de intervenção é a respeito de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT), e é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença arterial periférica, insuficiência renal crônica, entre outros. É, na grande maioria das vezes, de origem multifatorial, envolvendo maus hábitos de vida como sedentarismo, consumo exagerado de sal, estresse, fatores hereditários. Escolhi o tema já que considero ter governabilidade para intervir nele, está relacionado com a rotina da UBS, tem relacionamento com o cotidiano, a comunidade e com os sistemas de informação e é passível de intervenção em equipe.

Considero a escolha oportuna, tanto pra mim como médica da minha comunidade, como para os demais membros da ESF, e para toda a população. Este tema é importante para mim já que trata-se de uma DCNT de alta prevalência na minha área, que pode ser tratada a ponto de interferir na qualidade de vida destas pessoas. Pode-se intervir de forma a tentar diminuir a incidência, mas se isso não for possível, podemos intervir no sentido de diminuir as complicações desta patologia.

Um dos principais fatores que torna a escolha do tema oportuno diz respeito à elevada prevalência. Estima-se que a hipertensão afeta hoje 1 em cada 3 pessoas no mundo, ou seja 2 bilhões de pessoas e mata 9,4 milhões de pessoas, anualmente, de doenças cardiovasculares, tais como, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. [Fonte: OMS, 8 de abril, 2013]. No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença.

Alexandra Crispim e Antonio Fernando, em artigo publicado na Revista Brasileira de Cardiologia, mostra a importância do tema para os planejadores e gestores da saúde, uma vez que fatores de risco como obesidade e sedentarismo, estão envolvidos no agravo e são altamente prevalentes na população.

Considero que são reais e objetivas as possibilidades de se realizar este projeto. É oportuno neste momento, pelos motivos expostos acima, que envolvem a identificação de fatores de risco, na tentativa de evitar o agravo, poder intervir, se necessário, com tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como, evitar as possíveis complicações da patologia. Considero que o projeto está de acordo com os interesses de comunidade e da UBS.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Contribuir para a melhoria da saúde dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus no município de Cordilheira Alta,S/C.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Realizar ações de promoção da saúde, que ampliem a adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus do município de Cordilheira Alta,S/C.
- Identificar aspectos demográficos, sócio-econômicos e comportamentais atrelados às principais causas de HAS;
- Construir um modelo de intervenção educativa permanente que integre comunidade e equipe de saúde da família para enfrentamento conjunto da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).



## 3 Revisão da Literatura

Doenças Não Transmissíveis (DNT), doenças não infecciosas, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), doenças crônico degenerativas, são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizadas pela ausência de microorganismos, ou seja patologias não infecciosas, como também pelo longo curso clínico e irreversibilidade. As DNT refletem a complexidade do indivíduo em seu universo, sua carga genética e familiar, seus hábitos ou estilo de vida, o ambiente físico e social e ainda a eficácia dos serviços de saúde na atuação frente a estas. Este grupo de doenças contempla as principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo ([LIVRE, 2016](#)).

As DCNT são as responsáveis por uma parcela grande e crescente de carga de doenças no Brasil. Existe uma origem multifatorial para estas doenças, assim como determinados fatores de risco do tipo constitucionais, comportamentais, distúrbios metabólicos entre outros. Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto ([MALTA et al., 2006](#)).

O Brasil está mudando muito rapidamente a sua estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida. O aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as DCNT ([SAÚDE, 2011](#)).

No Brasil, Hipertensão e o Diabetes predominam como as principais DCNT que afetam a população. No município de Cordilheira Alta, SC, a alta prevalência de HAS e DM faz com que se tornem as principais DCNT existentes na comunidade ([SIAB, 2015](#)). Para organizar a assistência às pessoas com tais agravos, o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, materializado no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), que constitui um sistema de cadastro de modo a permitir o monitoramento e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada ([HIPERDIA, 2016](#)).

A adesão ao tratamento reflete, ao menos em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde, determinada por sua percepção e susceptibilidade à doença e a gravidade do problema. Pode estar relacionada também com as características dos usuários, desde o seu comportamento em termos de tomar o medicamento, comparecer nas consultas médicas e realizar mudanças no estilo de vida ([RODRIGUES et al., 2012](#)).

A identificação de fatores que interferem na não adesão do usuário hipertenso ou diabético ao tratamento permite nortear a seleção de condutas terapêuticas voltadas para

a obtenção de resultados satisfatórios, tendo em vista que o seu conhecimento favorece a implementação de estratégias que possibilitam a análise crítica e reflexiva para fins de enfrentamento (ROMERO et al., 2010).

Existem diversas políticas de saúde pública de DCNT no Brasil com destaque para algumas listadas a seguir: Organização da Vigilância de DCNT, a qual vem organizando e fazendo várias pesquisas de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada também em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada. O programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física. Ações anti-tabaco e o incentivo a uma alimentação saudável com redução do teor de gordura trans e alimentos industrializados, expansão da atenção básica, publicação dos Cadernos da Atenção Básica e guias para o controle de hipertensão arterial, diabetes, obesidade, doenças do aparelho circulatório, entre outros, além da distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes. (BRASIL, MS, 2011).

No município Cordilheira Alta, o Plano Municipal de Saúde define estratégias para desenvolver as políticas de saúde e para diversas atividades tanto de promoção de saúde como de prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários diagnosticados com DCNT. O enfoque destas preconiza a integração do indivíduo e comunidade com os serviços de saúde para desenvolver as ações e elevar a qualidade de vida da população (ALTA, 2016).



## 4 Metodologia

O Projeto de Intervenção será feito com os pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes da área de saúde do município de Cordilheira Alta (SC), incluindo as duas UBS do município. O projeto será iniciado no mês de março e encerrado em Outubro de 2016. Serão convidadas 50 pessoas para participarem do projeto, se as mesmas aceitarem participar elas serão divididas em dois grupos. A sala utilizada para os trabalhos deve apresentar boa iluminação, ventilação e capacidade para acomodar cerca de 25 pessoas e deve ter banheiro e bebedouros disponíveis.

Iniciaremos a intervenção tomando como ponto de partida observar a realidade por meio dos relatos das vivências e experiências dos pacientes, bem como suas expectativas e necessidades. Serão avaliados os prontuários individuais e os relatórios das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O nosso objetivo é dar maior visibilidade aos pacientes com estas doenças crônicas. Será feita uma avaliação no final de cada encontro de forma individual e no final do projeto de forma global.

A intervenção será realizada em 8 encontros, distribuídos ao longo do ano, incluindo consultas, visitas domiciliares, atividades educativas sobre nutrição, atividade física, lazer e cuidados gerais. Os encontros serão realizados uma vez por mês, na última sexta-feira de cada mês, no horário da tarde.

As consultas serão agendadas de três em três meses, com avaliação antropométrica, avaliação nutricional, avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e da situação de saúde geral de cada paciente. As visitas domiciliares fornecerão contato com a família, visando obter o apoio para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Serão feitas pelo menos duas atividades de reeducação alimentar. A enfermeira será responsável pelas atividades de cuidados gerais, e a realização de atividade física em cada encontro. Serão programadas pelo menos duas atividades de lazer, uma na metade do projeto e uma como encerramento. Os agentes comunitários de saúde participarão das visitas domiciliares e das atividades de orientação em grupos.

Coletivamente, ao longo dos encontros, buscaremos soluções para enfrentar os problemas relacionados à doença, e encerramos com o relato dos participantes, evidenciando a aplicação dos novos conhecimentos em seu cotidiano e para melhorar a qualidade de vida, orientando a manter sempre o trabalho integral entre comunidade, equipe de ESF e NASF.



## 5 Resultados Esperados

Ao final desse estudo espera-se que os usuários tenham um melhor controle da hipertensão e do diabetes. Pretende-se com os encontros realizados, melhorar o nível de adesão ao tratamento farmacológico, ampliando o autocuidado, para isso espera-se o comprometimento dos usuários, das suas famílias e dos profissionais da saúde. Acredito que um dos maiores desafios é fazer os usuários entender como algumas práticas influenciam na doença e aderir às mudanças necessárias.

Espera-se observar a diminuição na incidência dessas patologias num futuro próximo, e retardar as complicações inerentes às doenças melhorando, assim, a qualidade de vida dos pacientes.

A expectativa é que os usuários tenham conhecimento das consequências do uso incorreto das medicações, da importância de uma alimentação saudável, da prática de exercício físico, das consultas periódicas na Unidade de Saúde, entre outras. Pretendo trabalhar intensamente com aqueles usuários que tem mais dificuldade na adesão terapêutica e controle da doença. Espera-se, portanto, estimular mudanças no comportamento que sejam benéficas à saúde. Os encontros permitirão aos pacientes esclarecer suas dúvidas, preocupações a respeito do agravo e suas complicações. Espera-se ainda que a atividade em grupo seja mais efetiva que a individual, pois além de não ter o estresse da consulta, faz com que os integrantes percebam problemas comuns e sintam-se mais estimulados a desenvolver o autocuidado.



# Referências

- ALTA, S. D. S. C. *PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE CORDILHEIRA ALTA*. 2016. Disponível em: <<http://www.pmcordi.sc.gov.br>>. Acesso em: 25 Jan. 2016. Citado na página 14.
- HIPERDIA, B. *PROGRAMA DE ATENÇÃO A HIPERTENSÃO E DIABETES. HIPERDIA*. 2016. Disponível em: <<http://www.hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 24 Jan. 2016. Citado na página 13.
- LIVRE, W. E. *DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS*. 2016. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Doen{\char"00E7\relax}a\\_n{\~a}o\\_tran](https://pt.wikipedia.org/wiki/Doen{\char)>. Acesso em: 24 Jan. 2016. Citado na página 13.
- MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, p. 47–64, 2006. Citado na página 13.
- RODRIGUES, F. et al. O funcionamento e a adesão nos grupos de hiperdia no município de Criciúma: Uma visão dos coordenadores. *Rev. Saúde Públ. Santa Catarina*, v. 5, n. 3, p. 44–62, 2012. Citado na página 13.
- ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. *Revista Rene*, p. 1–212, 2010. Citado na página 14.
- SAÚDE, M. da. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 2011. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 Out. 2015. Citado na página 13.