



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

Niurka Garrido Jimenez

Projeto de intervenção a portadores de Hipertensão
Arterial Sistêmica (HAS) do bairro Parisotto, município
de Capinzal - SC

Florianópolis, Março de 2016

Niurka Garrido Jimenez

Projeto de intervenção a portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) do bairro Parisotto, município de Capinzal - 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: Michelle Kuntz Durand
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Niurka Garrido Jimenez

Projeto de intervenção a portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) do bairro Parisotto, município de Capinzal - 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

Michelle Kuntz Durand
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Introdução: Estima-se que 20% da população brasileira sofre de Hipertensão Arterial Sistêmica. Para a Organização Mundial da Saúde, é um problema de saúde pública em todo o mundo. Na Estratégia de Saúde da Família do Bairro Parisotto, município de Capinzal, estado de SC, estão cadastradas 350 pessoas portadoras de hipertensão em idade idosa. Por esse motivo decidiu-se trabalhar com esse tema no projeto de intervenção. **Objetivo:** Incentivar os pacientes atendidos pela Unidade de Saúde de Capinzal a terem hábitos de vida saudável para o controle e/ou prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Metodologia:** Todos os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica foram avaliados a partir da estratificação de riscos. Os usuários hipertensos foram identificados junto aos cadastros das famílias dos agentes comunitários de saúde, visitas domiciliares e cadastro do HIPERDIA, contando com o apoio de toda a equipe de saúde. Destaca-se ainda que foi realizada a capacitação da equipe para que esta estivesse apta para atuar no processo de intervenções junto a população, dessa forma contribuindo para uma mudança de estilo e qualidade de vida. **Resultados Esperados:** Foram organizados em dois grupos: Grupo A (hipertensão com risco modificável) e Grupo B (hipertensão sem riscos modificáveis). No Grupo A, 20,1% eram tabagistas e 30% sedentários, com um aumento de 60 % de risco de complicações secundárias. No Grupo B se observou que 80% conseguiram controlar os níveis de hipertensão diminuindo 10% as complicações secundárias. Espera-se que os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família do Bairro Parisotto tenham um olhar diferenciado em relação aos hipertensos. É de extrema importância a atenção aos portadores desses agravos em todos os níveis do sistema de saúde, para melhor assegurar a organização da assistência, incentivando programas de promoção e vigilância à saúde, prevenindo novos casos e evitando complicações futuras.

Palavras-chave: Projeto de Intervenção, Hipertensão, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A renda familiar da população de Capinzal é em média de três salários mínimos, sendo a economia essencialmente agrícola. Apresenta cobertura da Atenção Básica de Saúde de 68,36 %, considerando Estratégia de Saúde da Família (ESF) com cobertura de 49%. O município oferece programa de incentivo através de equipe técnica da Secretaria da Agricultura e EPAGRI, com a criação de micro empresas para que o produto local seja industrializado no próprio município, aumentando assim a margem de lucro dos agricultores, com o intuito de melhorar seu poder aquisitivo, prevenindo desta forma o aumento do êxodo rural. O município conta com indústrias no setor alimentício, madeireiro, transportes, prestação de serviços, que para fins de retorno de impostos no município, tanto a nível estadual, quanto a nível federal, nestas áreas citadas, há uma contribuição efetiva para o movimento econômico.

O percentual de alfabetização fica em torno de 90% e o índice de 4% de analfabetos faz parte da população de faixa etária mais avançada. A secretaria buscou para aqueles que desejam encaminhamento ao EJA (Educação Jovens e Adultos). As crianças tem sua educação garantida com boa relação entre pais e professores. Aproximadamente 88% da população possuem água encanada sendo abastecido pela rede pública, 22 % poço ou nascente. Existem alguns problemas em relação à água de consumo, principalmente na zona rural, pois algumas fontes podem estar contaminadas com algumas espécies de dejetos animais, que são eliminados em riachos próximos as propriedades. Quanto ao esgoto até o momento, existe uma reduzida rede de esgoto pluvial na área urbana. Aproximadamente 97% das famílias optam pela forma individual, para a eliminação de dejetos e água de consumo. Praticamente 100% das propriedades do município estão ligadas a rede de energia elétrica, tanto na zona rural como na zona urbana. Quanto à destinação do lixo na área urbana, a coleta é realizada por uma empresa privada contratada pelo município, já no interior a coleta é realizada uma vez por mês recolhendo todo o material reciclável. A coleta seletiva e a reciclagem é um trabalho que vem sendo desenvolvido e intensificado sendo que os resultados estão sendo animadores. Na área rural o lixo recebe várias destinações. Os dejetos animais são utilizados como adubo orgânico nas lavouras e o lixo doméstico é utilizado em compostagem e alguns lixos são queimados e a coleta de lixo reciclável na área rural acontece mensalmente. Existe uma preocupação ao que se refere ao lixo tóxico (agrotóxicos) pelo uso indiscriminado do produto no combate a pragas, bem como o depósito inadequado das embalagens provocando um desequilíbrio do meio ambiente. A Secretaria Municipal de Saúde tem a atenção voltada à educação ambiental, visando conscientizar as famílias da zona rural, quanto à adoção de práticas adequadas (uso e manejo).

A comunidade possui boas condições de moradia, não tendo pessoas morando em

condições de risco, as mesmas têm boas condições estruturais e higiênico-sanitárias. Dados gerais do município Capinzal: *Microrregião: Microrregião do médio oeste Catarinense * Secretaria regional: Joaçaba * Área urbana 243.90 km² (fonte: IBGE) * Área rural 315,1 km² (IBGE, 2016). * Data de criação: 30/12/1948 *Data de comemoração: 17/02 *Município de origem: Campos Novos e Joaçaba *Distrito de origem: Vila Rio Capinzal *População: 20.769 habitantes (15.623 em editores) (IBGE, 2016). * IDH: 0.754 (PNUD, 2016). A população total acompanhada (3558) mulheres (2400) homens (1158) menos de 20 anos (1000), de 20-59 anos (1545), mais de 60 anos (300).

A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (408), de Diabetes Mellitus (DM) (92), realiza-se o atendimento de pessoas com estas doenças; não temos casos de tuberculose (TB) nem Hanseníase, realizando controles sistemáticos a cada três meses, visitas familiares, palestras educativas, promovendo as atividades esportivas e mudança de estilo de vida.

As queixas mais comuns que levaram a população a procurar a nossa unidade de saúde são: Dores em SOMA, Doença respiratórias, Hipertensão arterial, Diabetes não controlada, Depressão. Nossa equipe procura os atendimentos com demanda esperada identificada pelos dados de atendimentos, priorizamos os casos que têm doenças crônicas, idosos, obesos, gestantes, crianças e também as emergências que podem ser resolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) e quando necessitarem encaminhamos ao hospital.

Não tiveram óbitos em menores de um ano nos últimos anos. Tem-se uma proporção de 100% de crianças com até um ano de vida com esquema vacinal em dia no último mês. Tem-se uma proporção de 90% de gestantes com mais de sete consultas durante o pré-natal em 2013 tanto por médicos gerais comunitários como com o ginecologista. Nossa equipe acompanha a evolução da saúde materno-infantil em nossa comunidade.

As principais causas de internações dos idosos residentes em nossa comunidade são: emergência hipertensiva, doença cerebrovascular, cardiopatias descompensadas, infarto de miocárdio e acidentes.

O problema, no qual será realizada a intervenção por meio desse projeto, é o alto número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica nesta comunidade.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um desafio mundial, sendo um dos desafios do cotidiano da Unidade de Saúde de Capinzal, onde os habitantes não apresentam hábitos de vida saudáveis muito perceptíveis.

Destaca-se ainda que a abordagem do referido tema no desenvolvimento desse projeto é de grande valia para a comunidade, bem como para a estudante. Para o desenvolvimento do mesmo será envolvido, além da população, a equipe da Unidade de Saúde e os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Incentivar os pacientes atendidos pela Unidade de Saúde de Capinzal a terem hábitos de vida saudável para o controle e/ou prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.2 Objetivos Específicos

- Ministras palestras aos pacientes atendidos pela Unidade de Saúde de Capinzal.
- Realizar a divulgação dos dias, local e horário das palestras.
- Elaborar as palestras abordando o tema da Hipertensão Arterial Sistêmica.

3 Revisão da Literatura

Com o intuito de verificar a literatura existente sobre o tema deste trabalho de conclusão de curso foi realizada uma busca bibliográfica na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir do uso das palavras chaves "Hipertensão Arterial" e "Educação em Saúde", de acordo com os Descritores em Saúde, as quais deveriam estar no campo título, resumo ou assunto. Todos os trabalhos localizados nesta busca foram pertinentes ao tema de investigação deste trabalho.

Com o passar do tempo uma diversidade de doenças foram aparecendo em todo o contexto mundial, de modo que foi necessário desenvolver novos tratamentos e atendimentos de saúde para além de amenizar sintomas, controlar as doenças e preveni-las. Não podendo assim, deixar de ressaltar que esse panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis tem se revelado como um novo desafio para a saúde pública. A complexidade do perfil nutricional que ora se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de atenção à saúde que incorpore definitivamente ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (SAÚDE, 2006).

Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, isquêmicas, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda (MOREIRA et al., 2012).

O que ocorre no Brasil não é diferente dos demais países, é possível verificar que muitos brasileiros são afetados por doenças como a hipertensão arterial, e em uma proporção considerável, pois parte destes indivíduos é levada a óbito. Nos últimos anos ocorreu, nas cidades brasileiras, um aumento no número de óbitos causados pelas doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas, a hipertensão arterial. Estima-se que 20% da população brasileira sofram de HAS (CARVALHO, 2012). A partir desse contexto, observa-se que apesar de todos os esforços praticados pelas equipes de saúde na tentativa de reduzir o aparecimento de doenças crônicas não-transmissíveis, ou a melhora da qualidade de vida dos mesmos, ainda tem muito o que se fazer, pois a resistência em aderir corretamente ao tratamento e em mudar o estilo de vida, são fatores que contribuem para a não eficácia do tratamento e aparecimento de novos casos.

Um importante fator relacionado a esse agravado é a obesidade, pois esta é desencadeante para outras doenças, assim como algumas doenças levam à obesidade. O controle de peso deve fazer parte da rotina de vida de todos os indivíduos, uma vez que desenvolver a obesidade em conjunto com outra doença pode levar o indivíduo a óbito. A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, com destaque para as cardiovasculares e diabetes. Além disto, também se destaca que a combinação do Índice de Massa Corporal (IMC) elevado juntamente com outros fatores, como

por exemplo tabagismo, hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus, pode levar a riscos diferentes de adoecer (MALTA, 2010). O excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso, dados indicam que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado (SAÚDE, 2006).

Quanto a hipertensão arterial sistêmica, a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) chama a atenção para o fato de que não se deve apenas valorizar os níveis de pressão arterial, fazendo-se também necessária uma avaliação de risco cardiovascular global. A hipertensão arterial aparece com frequência entre os 25 e 55 anos de idade e é incomum antes dos 20 anos, faixa etária que também está relacionada à frequência da obesidade (REMEDIOS, 2014).

Um dos componentes mais importantes no diagnóstico e no manejo da Hipertensão Arterial é a correta aferição da PA (SAÚDE, 2006). A Classificação da Hipertensão Arterial é baseada no Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure que classifica:

- Normal PAS < 120 ou PAD < 80;
- Pré-Hipertensão PAS 120-139 ou PAD 80-89;
- Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99;
- Estágio 2 PAS >160 ou PAD >100.

Uma vez que o usuário foi diagnosticado com hipertensão, o estilo de vida, o risco cardiovascular (Framingham), outras patologias e lesão em órgão-alvo devem ser identificados;

O objetivo do tratamento é diminuir a morbidade e a mortalidade por Hipertensão Arterial. A meta é atingir níveis pressóricos menores que 140/90 mmHg ou menores que 130/80 mmHg para indivíduos com doença aterosclerótica, doença renal ou diabetes. A mudança de estilo de vida (estímulo à atividade física sistemática, controle do peso, cessação do tabagismo e orientação dietética) deve ser encorajada em todos os indivíduos com hipertensão. A mudança de estilo de vida pode ser oferecida para algumas pessoas por até 6 meses antes de se iniciar a medicação.

A classe de medicação de primeira escolha para a hipertensão são os diuréticos tiazídicos. Os betabloqueadores são preferidos para pessoas com antecedente de IAM ou angina estável; Em indivíduos com HAS e risco cardiovascular alto, é recomendado o uso de aspirina profilática (100mg/dia) após controle ideal ou próximo do alvo da pressão arterial (<140/90 mmHg). Indivíduos hipertensos com PA bem controlada devem ser avaliados a cada 6 meses, e aqueles com PA ainda sem controle, a cada 3 meses, ou antes, no caso de outras intercorrências.

Na avaliação do paciente hipertenso é de grande importância a estratificação do risco cardiovascular global uma vez que orienta a conduta terapêutica e o prognóstico de cada

paciente, pois determina a probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular, grave nos próximos dez anos. Levará em conta, além dos valores de PA, a presença de fatores de risco adicionais, de lesões em órgãos-alvo e de doenças cardiovasculares. por equipe multidisciplinar e fácil diagnóstico (MOREIRA et al., 2012).

O Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS), criou inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população. Prega a reorientação da assistência farmacêutica, proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (CARVALHO, 2012). Preconiza a reorganização da atenção à Hipertensão Arterial, com cadastramento e acompanhamento de usuários hipertensos, empregado nas Unidades de Saúde da Família (COTTA et al., 2009). Deve-se levar em consideração que embora exista esta proposta, os usuários precisam aderir ao tratamento, uma vez que este deve ser contínuo, para tanto, como aponta (CARVALHO, 2012), tal adesão depende de três fatores, do usuário estar ciente de sua condição de saúde e comprometido com o tratamento, dos profissionais de saúde que devem ser capazes de esclarecer o usuário quanto a importância do tratamento e do incentivo e apoio dos familiares na adesão de hábitos mais saudáveis.

A Estratégia Saúde da Família é uma importante impulsionadora da implantação de estruturas de regulação do acesso aos serviços de saúde. A regulação refere-se ao objetivo de promover o acesso dos indivíduos aos serviços, coordenando a oferta e subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, assinalando os gargalos assistenciais e administrando conflitos entre serviços públicos e privados (COTTA et al., 2009). Desta forma é pela porta da ESF que os usuários diagnosticados com hipertensão terão acesso a exames e consultas especializadas quando necessários para o acompanhamento da sua condição de saúde.

4 Metodologia

Este estudo de intervenção se realizou no Bairro Parisotto, município Capinzal, Santa Catarina. A população total de área de abrangência é de 5000 pessoas. O estudo foi embasado na população com hipertensão cadastrada na ESF, entre o período de agosto de 2015 a Janeiro de 2016. Todos os portadores desta doença crônica não transmissível foram avaliados a partir da estratificação de risco cardiovascular. A estratificação se deu por meio de anamnese, exame clínico e exames laboratoriais.

No primeiro momento foram identificados todos os portadores de hipertensão e logo após foi realizado o agendamento de consultas para estes usuários. No momento da consulta iniciou-se o processo de estratificação de risco. Os usuários foram identificados junto ao cadastro das famílias dos agentes de saúde, visitas domiciliares e cadastro do programa HIPERDIA. A equipe responsável pela realização do trabalho é composta por um médico, uma enfermeira, dez agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem. Os profissionais trabalham em conjunto, cada um com participação ativa respeitando seu limite de ação, é um processo em que todos precisam caminhar juntos, com a mesma perspectiva, para que a engrenagem toda funcione. Uma vez realizado o estudo de cada usuário hipertenso realizou-se uma avaliação geral de seu estado de saúde avaliando o tratamento prescrito e a adequação deste.

Nesse sentido foi realizada ainda a capacitação de toda a Equipe de Saúde para que esta estivesse apta para atuar no processo das intervenções junto a população, dessa forma contribuindo para uma mudança de estilo e qualidade de vida dos portadores desta doença crônica não transmissível. Todos os recursos necessários para o desenvolvimento da intervenção foram oriundos da própria Unidade de Saúde, não havendo nenhum gasto dos participantes do projeto.

5 Resultados Esperados

O estudo realizado contou com 350 pacientes do Bairro Parizzoto, município Capinzal, Santa Catarina. Os pacientes cadastrados no HIPERDIA em sua grande maioria são mulheres portadoras de HAS, apresentando um total de 200 mulheres (57,14%), prevalecendo a faixa etária entre 60 e 79 anos para ambos os sexos. Quanto a raça, predomina a branca, com 340 sujeitos, que corresponde a 98,%. Em relação a escolaridade, predominou pessoas com 1 a 7 anos de estudo sendo um total de 250 pessoas (71,42%).

Planificaram-se durante o período de estudo umas quinze palestras em conjunto com a equipe de saúde, contando com: psicólogo, licenciado em enfermagem, professor de esportes, nutricionista, agentes de saúde e familiares dos pacientes portadores de enfermidade crônica. Do total de palestras projetadas, se realizou-se dez, completando 100% do objetivo. O público alvo das palestras era de 350 pacientes, quando se alcançou uma participação de 98%, ou seja, 348 pacientes.

Foram analisados alguns fatores de risco modificáveis como sedentarismo, hábitos tóxicos, cumprimento do tratamento medicamentoso, dieta inadequada, que afetam os portadores de HAS, os quais foram organizados em dois grupos: Grupo A (Hipertensão Arterial com risco modificável) e Grupo B (hipertensão arterial sem riscos modificáveis). No Grupo A, 20,1% eram tabagistas e 30% sedentários, com um aumento de 60 % de risco de complicações secundárias. No Grupo B se observou que 80% conseguiram controlar os níveis de HAS diminuindo a 10% as complicações secundárias demonstrando que os pacientes sem riscos conseguem ter um controle sistemático de HAS pelo qual se diminuem a morbimortalidade dos pacientes e diminuindo as complicações secundárias mais frequentes como: cardiopatias isquêmicas, enfermidades cérebro vasculares, insuficiência renal, retinopatias, trombose, entre outros, buscando identificar o perfil dos portadores HAS e ter um olhar diferenciado em relação aos portadores destas doenças.

Nesse sentido coube aos profissionais de saúde buscar junto a esses usuários alternativas prováveis que promovam o entendimento em relação a mudança de estilo de vida utilizando os recursos existentes na comunidade.

A prática educativa coletiva é uma estratégia que prioriza a criação de espaço de construção, no qual as mudanças vão ocorrendo de acordo com o desejo, o tempo e o limite de cada um. Portanto a avaliação dos resultados indica a qualidade e a adequação do cuidado e permite a reorientação das intervenções e do projeto terapêutico desenvolvido. É de extrema importância a atenção aos portadores de hipertensão em todos os níveis do sistema de saúde. Visto que, a organização da assistência, cabe, particularmente, a atenção básica a qual precisa ter uma atitude de promoção e vigilância a saúde, prevenindo novos casos e evitando complicações futuras assim como melhorar a qualidade de vida e prolongar o tempo de vida.

Referências

- CARVALHO, A. *clinica do hipertensao arterial*. procurado eem la biblioteca central do municipio de capinzal: Elsevier Editora Ltda, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do programa de saúde da família no município de teixeiras, mg. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 1251–1260, 2009. Citado na página 15.
- IBGE. *Cidades*. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=42&search=santa-catarina>>. Acesso em: 17 Fev. 2016. Citado na página 10.
- MALTA, D. C. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. interface. *Revista de Medicina*, p. 4–11, 2010. Citado na página 14.
- MOREIRA santos et al. *hipertensao e diabetes, generalidades, dados clinicos recentes e tratamento e seguimento da doenca*. biblioteca do centro de saude central do municipio de capinzal: saraiva, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- PNUD. *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*. 2016. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/>>. Acesso em: 15 Fev. 2016. Citado na página 10.
- REMEDIOS, A. A. Repercusión de algunos factores de riesgo sobre el daño a organos diana en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*, p. 1–4, 2014. Citado na página 14.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.