



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

Ana Paula Dias Barbosa

Projeto de Intervenção Em Um Grupo de Hipertensos
Da Unidade De Saúde De Nova Brasília - Imbituba -SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Ana Paula Dias Barbosa

Projeto de Intervenção Em Um Grupo de Hipertensos Da Unidade
De Saúde De Nova Brasília - Imbituba -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: Alexandra Crispim da Silva Boing
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Ana Paula Dias Barbosa

Projeto de Intervenção Em Um Grupo de Hipertensos Da Unidade
De Saúde De Nova Brasília - Imbituba -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.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Alexandra Crispim da Silva Boing
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Estima-se que no Brasil 30% das pessoas acima de 50 anos são hipertensas. Condição clínica multifatorial, que tem como característica níveis pressóricos elevados e sustentados, doença crônica, porém com tratamento. O tratamento inicia-se com mudanças de hábitos e tratamento medicamentoso ou não. Uma grande dificuldade dos gestores e profissionais de saúde está em alertar a população sobre os riscos, e aumentar a adesão aos tratamentos instituídos. Esse projeto de criação de um grupo de hipertensos tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos mesmos, assim como aumentar a adesão de hábitos saudáveis, fazendo com que esses pacientes consigam ter um maior entendimento da doença conseguindo mantê-la sob controle. O método utilizado foi fazer com que esse grupo participasse de atividades coletivas supervisionadas por uma equipe multiprofissional, com caminhadas diárias, palestras e pesagens semanais, medidas de PA antes e após as atividades. Participando dessa equipe, como apoio os profissionais do NASF, como nutricionista, psicólogo, educador físico. A duração desse projeto é de 6 meses. Como resultado deverá ter a participação de 85% dos hipertensos no grupo, caminhadas diárias em pelo menos um período do dia contando com a participação desses mesmos 85%. As medidas dos participantes deverão ter redução de ao menos 20%. Os participantes deverão assistir as palestras com os profissionais do NASF, e após as mesmas conseguir ter entendimento dos riscos dessa doença e da importância da mudança dos hábitos. Entendendo também que o tratamento medicamentoso instituído pelo médico é tão importante quanto uma alimentação saudável. Por fim ao final desse projeto os participantes deverão conseguir manter sua pressão arterial sob controle.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, Riscos associados, NASF

Sumário

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

1 Introdução

A origem da comunidade de Nova Brasília se deu de forma gradativa as margens da BR 101 na cidade de Imbituba /SC,não se sabe ao certo quando iniciou o povoamento desse local. Comunidade constituída de pessoas de baixa renda,pouca escolaridade com alto índice de criminalidade,composta por aproximadamente 3177 moradores

A comunidade conta com escola tendo esta uma enorme evasão escolar,creche com vagas bem abaixo da demanda necessária,aliado a isso não tem espaço de lazer.Com certeza esses são os maiores alavancadores da criminalidade existente no local,além de contribuir para o aumento dos casos de depressão da população local.Assim a unidade de saúde torna-se um elo importantíssimo nessa comunidade,ela é vista pela população como a solução de inúmeros problemas,desde a realização de brechós de vestimentas e realização de almoços pra comunidade carente em datas especiais,a unidade funciona como “colo amigo”(é assim que muitos usuários chamam o local),nunca negando atendimento a quem necessita,realmente não somos “totalidade “ mas procuramos ser “integralidade”sempre.

A comunidade é formada em sua grande maioria por pessoas de baixa renda o apelo ao crime se torna maior,com altas taxas de criminalidade,onde muitos já foram presos ou tem algum parente preso a abordagem deve ser cuidadosa para que se tenha sucesso ,e se consiga a confiança de todos.Nessa comunidade as moradias em sua maioria são de madeira,com muitos moradores dividindo um pequeno espaço,por serem moradias improvisadas há pouca preocupação com saneamento básico,as ACS fazem um excelente trabalho verificando e informando a unidade de saúde onde estão esses problema,assim conseguimos acionar os gestores para que ajudem a mudar o quadro.

IA unidade de saúde não esta informatizada,não tendo os dados reais dos usuários do serviço. Na minha equipe de saúde temos grupos de Hipertensos,Saúde Mental e agora iniciamos de Obesidade onde acompanhamos os pacientes,porém não há uma regularidade dos usuários com os grupos,mesmo com atendimentos direcionados a eles. Percebi nesse período que as maiores demandas de atendimento foram por hipertensão,depressão,diabetes,mialgias e resfriados,sendo as duas primeiras acompanhadas pelos grupos citados anteriormente.Apesar das dificuldades técnicas encontradas na unidade de saúde,tentamos fazer o atendimento e acolhimento da melhor maneira possível dentro de nossas limitações.

As principais causas de mortalidade foram por cardiopatias,neoplasias,AVEs,complicações diabéticas,e hipertensão.Para definir os problemas prioritários na comunidade em que estou inserida,realizei grupos de discussões com toda equipe de saúde e alguns membros atuantes da comunidade.Assim foi possível ter certeza que, Hipertensão,Diabetes,Depressão ,Obesidade e Drogadição eram nossos principais problemas.Para chegar em um consenso sobre o principal problema , levei em conta as consequências do mesmo,assim estabeleci

HAS .Entendendo que HAS têm uma relação direta com o aumento da ocorrência de AVEs e IAMs fica fácil entender a minha preocupação.

A Hipertensão esta em uma crescente em nossa comunidade,pacientes não fazem o uso correto da medicação,porque a hipertensão é silenciosa,dificultando a adesão ao tratamento.

Lembro também que a comunidade é extremamente carente,com moradores em sua maioria de baixa instrução ,fazendo uso de alimentos industrializados com alto índice de sódio.Muitas vezes diminuem a quantidade de sal adicionada aos alimentos porém abusam de refrigerantes,sucos artificiais...Considerando todos os fatores de risco associados a hipertensão,fica claro a importância desse projeto de intervenção para a comunidade e toda a equipe de saúde.Lembrando que a realização depende do empenho de toda equipe de saúde e do NASF.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Criação de um grupo de hipertensão

2.2 Objetivos Específicos

- Solicitar apoio do NASF, para realização de caminhadas supervisionadas
- Realizar palestras para melhorar a adesão ao tratamento (atividade física, alimentação, medicamentos).

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão é definida como doença caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados, com múltiplos fatores. Frequentemente associada a alterações funcionais de órgãos alvo, e a alterações metabólicas, elevando assim o risco de eventos cardíacos. (CARDIOLOGIA, 2006)

Somente em 30% dos casos a hipertensão aparece de forma isolada, na maioria das vezes esta associada a outras condições chamadas de fatores de risco, como dislipidemia, obesidade, sedentarismo e diabetes. (PORTO, 2005)

Na hipertensão arterial os valores pressóricos tem um valor igual ou maior que 140/90mmHg. (DALLACOSTA, 2010)

Tendo diversos fatores associados, dentre eles: Idade. A Hipertensão também esta associada a idade ((CARDIOLOGIA, 2006), sendo a prevalência da doença superior a 60% nos indivíduos acima de 65 anos. (CB, 2008)

O Gênero A ocorrência de hipertensão é similar entre homens e mulheres, um pouco mais elevada nos indivíduos de sexo masculino até 50 anos, porém a partir da quinta década ha uma inversão. (CB, 2008)

O Sedentarismo: A incidência de hipertensão arterial em indivíduos sedentários é aproximadamente 30% maior, quando comparados aqueles que praticam atividade física regularmente (SOUZA, 2011)

Conforme estudos, os fatores socioeconômicos influenciam na prevalência da hipertensão, no Brasil, aqui ela é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. (CB, 2008)

Peso: A obesidade está diretamente associada ao aumento da pressão arterial, sendo esta também um indicador de risco cardiovascular. (SOUZA, 2011)

Ingestão excessiva de sal: Dietas ricas em sódio estão correlacionadas diretamente com a ocorrência de hipertensão arterial. (CARDIOLOGIA, 2006)

Impacto na qualidade de vida e a Importância de manter a doença sob controle. Por ser uma doença crônica, multifatorial e que atinge todas as idades, muitas vezes associada com doenças cardiovasculares, é inquestionável que esses pacientes necessitem enfrentar mudanças, rompendo com velhos hábitos, para que seja possível controlar a pressão e minimizar suas complicações em órgãos alvo. Sem dúvida, a hipertensão é um dos maiores fatores de risco para cardiopatias. Ainda tem um agravante, por ser uma doença crônica seu tratamento requer comprometimento porém assim que o paciente começa a controlar a doença, entende que esta curado já que a mesma na grande maioria das vezes é assintomática, fazendo que os pacientes abandonem os medicamentos, causando graves conseqüências. (MANTOVANI, 2017) Sequelas muitas vezes permanentes, afastando o paciente do mercado de trabalho, aumentando o número de internações, conseqüentemente

elevando o gasto público para recuperação desses pacientes, com equipes multidisciplinares, cuidadores no lar.

Muitas das internações poderiam e deveriam ser evitadas se os serviços de atenção básica fossem efetivos e acessíveis, o que na prática nem sempre acontece, já que geralmente o acesso ao serviço de atenção básica é difícil, e muitas vezes os profissionais que atuam são mal remunerados, desmotivados e sem atualização. (MACHADO, 2010)

Além disso, o paciente em muitos casos acaba não aceitando a doença elevando também as chances das complicações associadas. Uma das principais complicações do tratamento irregular é a aterosclerose, o infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, dentre outros. (FARIA, 2010)

Assim não fica difícil perceber que um tratamento correto e eficiente impediria gastos desnecessários, internações longas, afastamento do trabalho e todo ônus causado pelo descontrole da hipertensão. Lembrando que a Hipertensão é uma doença altamente prevalente, com custo social elevado, e apesar dos avanços no conhecimento da sua fisiopatologia e tratamento, as taxas de adesão e controle continuam baixas. (MACHADO, 2010)

O grande desafio dos profissionais de saúde e gestores são implementar estratégias que visem aumentar a prevenção, o diagnóstico, a adesão ao tratamento e o controle da hipertensão arterial. A atenção primária tem papel fundamental na implementação de medidas de controle e prevenção da hipertensão, sendo o local adequado para o diagnóstico precoce e tratamento dos hipertensos. Em 2008 o Programa de Saúde da Família (PSF), contava, com 220.080 agentes comunitários de saúde, 27.764 médicos, 28.712 enfermeiros, 16.740 dentistas, 29.071 técnicos e auxiliares de enfermagem, para o desenvolvimento de todas as estratégias que visem aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial. (MACHADO, 2010)

O envolvimento das equipes de saúde deve ser constante lembrando sempre da importância de uma abordagem multiprofissional, desenvolvendo ações na comunidade e na família. As dificuldades no tratamento geralmente envolvem a pouca adesão, aspectos psicológicos e sociais relacionados aos serviços, falta de empatia entre médico e paciente, falta de estrutura do serviço de saúde entre inúmeros outros. Algumas unidades de saúde básica adotam grupos de hipertensos para tentar melhorar a aderência ao tratamento, geralmente atingindo bons resultados. Em um artigo (AMARAL, 2013), publicado na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, é citado um grupo denominado “North Karelia Project” que conseguiu diminuir em uma população da Finlândia os fatores de risco, conseqüentemente, diminuindo a mortalidade por doenças cardiovasculares em 22 anos de programa.

4 Metodologia

Após traçar o objetivo geral e os objetivos específicos, foi preciso definir a forma de operacionalizar.

Para a realização desse projeto foi definido a criação de um Grupo de Hipertensos, iniciando por identificar os grupos de hipertensos descompensados, também deverão ser identificados hipertensos com outras comorbidades associadas para que esses também participem das atividades propostas pelo projeto de intervenção. Portanto o projeto iniciaria com a identificação dos pacientes hipertensos, aplicação de questionário para identificar medicamentos utilizados, fatores de risco associado, IMC, circunferência abdominal, hábitos alimentares, aferição de PA, peso.

Isso tudo para saber as condições em que o paciente iniciou no projeto de intervenção, e ao final ser possível mensurar os resultados.

Esses pacientes serão convidados pelas agentes comunitárias de saúde a participar de uma reunião onde esse projeto deveria ser explicado, juntamente com toda equipe de saúde e os profissionais do NASF que darão suporte para viabilizar esse projeto.

Logicamente que iremos ter que realizar outras reuniões em diferentes datas para que todos os pacientes possam comparecer e entender, assim será mais fácil a aderência

O projeto visa iniciar a prática de atividade física com caminhadas coletivas, juntamente com algum membro da equipe de saúde, tendo a educadora física do NASF como orientadora do grupo.

Outro objetivo é aumentar e manter a aderência ao tratamento proposto pelo médico, com consultas para orientar e entender o porque do paciente estar tendo dificuldade em manter uma conduta negativa ao tratamento, identificando o problema, a equipe consegue ajudar esse paciente. Essas consultas devem ser facilitadas e de rotina.

O profissional nutricionista do NASF é outro elemento indispensável para a realização desse projeto, porque a maioria desses pacientes, têm alimentação rica em sódio, assim devemos orientá-los, quanto aos riscos e ensiná-los a terem uma alimentação orreta com palestras instrutivas semanais.

Estipulado o prazo de 6 meses, para mensurar o resultado final, porém semanalmente, esses pacientes deverão, aferir a PA e serem pesados, concomitantemente praticarão as caminhadas coletivas, mudanças na alimentação e utilização correta dos medicamentos necessários.

5 Resultados Esperados

Após a aplicação do projeto, que deverá durar por um prazo estimado de 6 meses, a criação de um grupo de hipertensão deverá ter incluído uma média de aproximadamente 85% dos pacientes. Com correto reconhecimento das comorbidades prévias, riscos associados.

O apoio do NASF com o profissional de educação física para caminhadas semanais supervisionadas deverá ter encontros semanais, e com outros profissionais da equipe de saúde deverão ser diários, em dois períodos, sendo manhã e tarde.

O profissional de nutrição também deve ter um papel essencial junto ao grupo, exercendo entre outros papéis o de pesar os participantes semanalmente, assim como medir suas medidas, medidas essas que ao final dos 6 meses deverão ter reduções aproximadas de 20%

Palestras deverão ser direcionadas junto aos participantes para aumentar a adesão dos mesmos com o tratamento medicamentoso instituído, hábitos alimentares saudáveis, a importância das caminhadas continuadas. Essas palestras deverão ser realizadas pelo médico da unidade, nutricionista do NASF, educador físico do NASF, psicólogo também do NASF. Como resultado deverá aumentar o entendimento dos participantes acerca da importância das mudanças de hábito.

Sobretudo, todas essas medidas visam diminuir os danos da hipertensão, diminuindo assim o impacto na qualidade de vida dos pacientes, ao final os mesmos deverão ter mudado seus hábitos e terem controle e conhecimento da doença.

Referências

AMARAL, R. P. do. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos. *Revista Brasileira de Medicina e Família e Comunidade*, v. 8, p. 196–202, 2013. Citado na página 14.

CARDIOLOGIA, S. B. de. V diretrizes brasileiras de cardiologia. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, p. 1–48, 2006. Citado na página 13.

CB, C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de são José do rio preto. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, p. 31–35, 2008. Citado na página 13.

DALLACOSTA, F. M. Perfil de hipertensos cadastrados no programa hiperdia de uma unidade básica de saúde. *Unoesc Ciência*, p. 45–52, 2010. Citado na página 13.

FARIA, T. E. de. Qualidade de vida de pacientes hipertensos da equipe de saúde da família águas claras -mariana-mg. *Conselheiro Lafaiete*, n. 39, 2010. Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal De Minas Gerais. Citado na página 14.

MACHADO, C. A. Estratégia para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão. *Revista Brasileira Hipertensão*, v. 17, p. 111–116, 2010. Citado na página 14.

MANTOVANI, M. de F. *A representação da Hipertensão Arterial para usuários do programa de hipertensos*. 2017. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/grupospesq/gemsa/trabalho_has_cben_2004.pdf>. Acesso em: 02 Fev. 2017. Citado na página 13.

PORTO, C. C. *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005. Citado na página 13.

SOUZA, F. de Oliveira e. Hipertensão arterial sistêmica no município de diogo de vasconcelos,mg. *Conselheiro Lafaiete*, n. 56, 2011. *CursodeEspecializaocemAtenoBsicaemSadedeFam*