



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

Raphael Joao Zaupa Neto

Proposta de intervenção para melhora do controle
pressórico na população hipertensa da comunidade
Guarani, no município de Umuarama - PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Raphael Joao Zaupa Neto

Proposta de intervenção para melhora do controle pressórico na população hipertensa da comunidade Guarani, no município de Umuarama - PR.

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: Ana Lúcia Danielewicz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Raphael Joao Zaupa Neto

Proposta de intervenção para melhora do controle pressórico na população hipertensa da comunidade Guarani, no município de Umuarama - PR.

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

Ana Lúcia Danielewicz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. É uma doença que se associa frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, tais como rins, coração, vasos e encéfalo; além disso, apresenta alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais. **Objetivo:** Realizar o controle pressórico da população hipertensa assistida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Guarani, no município de Umuarama - PR. **Metodologia:** O presente projeto será ofertado à população atendida na UBS, com idade entre 40 e 70 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de HAS e em tratamento medicamentoso. Serão ofertadas ações que auxiliem no controle pressórico da população alvo, por meio de orientações e explicações sobre a importância do uso correto das medicações, prática regular de atividade física e dieta adequada. As atividades a serem realizadas envolverão palestras com os profissionais de educação física e nutricionista do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde Família). Também serão organizadas as medicações em uso pelos pacientes, a fim de promover sua utilização de forma correta. **Resultados esperados:** Com a implantação do presente projeto, espera-se como principal resultado, alcançar os níveis considerados adequados de pressão arterial (140/90 mmHg) em todos os participantes. Dentre os dez pacientes que já aderiram às atividades, oito alcançaram controle pressórico efetivo apenas com mudança do estilo de vida e ajuste da tomada e dose correta da medicação, e somente dois necessitaram a administração de um segundo anti-hipertensivo. Com isso fica claro que a orientação adequada sobre a doença aliada à mudança de estilo de vida é capaz de promover redução nos valores de pressão arterial e melhora da qualidade de vida em geral, auxiliando na diminuição dos gastos onerosos em saúde pública.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Mudança estilo de vida, Hábitos Saudáveis

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	17
4.1	Delineamento do estudo	17
4.2	Local e população do estudo	17
4.3	Atividades propostas	17
4.4	Cronograma proposto	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

Umuarama é um município do estado do Paraná, com uma população de 105.000 habitantes aproximadamente segundo censo de 2010 do IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tem como principal atividade econômica a agropecuária e a prestação de serviços. Localizada no noroeste do estado, a uma distância de 580km da capital Curitiba e a 115km do Paraguai, está 430 metros acima do nível do mar [\(IBGE, 2017\)](#).

No bairro Guarani, há igrejas que promovem diversos movimentos sociais e um conselho local de saúde. Pode-se destacar algumas lideranças da comunidade como a Pastoral da Saúde, Associação de Moradores do Guarani, Creche Criança Feliz, Unidade Básica de Saúde e o SISPUMU (Sindicato dos servidores públicos de Umuarama).

O Bairro também conta com escolas e creches públicas, uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), APROMO (Associação de Apoio a Promoção Profissional), além de praças que possibilitam a prática de atividade física, com academias de terceira idade disponíveis.

A população da comunidade Guarani gira em torno de 8.000 pessoas, sendo 45% homens e 55% mulheres. De modo geral a população é salariada e preenche vagas em diversas áreas de serviços. A média de renda familiar gira em torno de 2 a 3 salários mínimos. Grande parte da população está inserida em programas sociais de apoio pelo governo, tais como o Bolsa Família. Dentre a população mais idosa encontra-se muitos analfabetos, enquanto que a população mais jovem costuma frequentar escolas e universidades.

Durante o ano de 2016, durante o atendimento a população do bairro, percebeu-se que a população tem baixo conhecimento sobre promoção de saúde. A procura pelo atendimento clínico na UBS Guarani ocorre apenas quando é detectado algum sintoma ou sinal, salvo exceção para consultas de puericultura e pré-natal que têm agendamentos semanais. As principais queixas que trazem os pacientes à UBS incluem febre, tosse, lombalgia, dor de garganta e artralgia.

De modo geral, pode-se destacar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a Diabetes Melitus (DM), a poliartralgia, a depressão e a ansiedade como as doenças e agravos mais comuns na população. Além dessas, há ainda algumas doenças agudas que tem tratamento finalizado em poucos dias.

A comunidade tem diferentes problemas sociais, educacionais, econômicos e políticos, que são um desafio no atendimento a população. Nos atendimentos da UBS, procura-se atender e solucionar problemas que estão ao alcance dos profissionais, visando sempre a recuperação e a promoção da saúde aos pacientes. Uma das principais queixas vistas no dia-a-dia é o descontrole pressórico em pacientes hipertensos, especialmente em homens e mulheres com idade entre 40 a 70 anos. Sendo assim, optou-se por abordar esse problema.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracteri-

zada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. É uma patologia que associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo como os rins, coração, vasos e encéfalo, ainda apresenta alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010)

Trata-se de uma patologia extremamente prevalente e com baixas taxas de controle, que acomete mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo. No Brasil estudos indicam uma prevalência de mais de 30% (SBC, 2010) É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A HAS costuma ser assintomática e seu diagnóstico é estabelecido através de medidas rotineiras da pressão arterial. Frequentemente, pacientes que nunca tiveram diagnóstico de HAS, estabelecem o diagnóstico a partir de uma urgência ou emergência hipertensiva. Na anamnese torna-se fundamental identificar os fatores de risco para hipertensão primária, bem como avaliar a possibilidade de hipertensão secundária e por sinais de lesão de órgãos-alvo.

Os principais fatores de risco para essa doença são: idade (principalmente acima de 60 anos), indivíduos não brancos, excesso de peso, sedentarismo, tabagismo, dislipidemia, Diabetes Mellitus, doença arterial periférica, síndrome metabólica, história familiar positiva para doença arterial, ingestão aumentada de sal e álcool, fatores socioeconômicos e genéticos (SBC, 2010)

A HAS é tratada de duas formas. A primeira é a mudança do estilo de vida que inclui redução de peso corporal, dieta rica em frutas e vegetais, baixo consumo de produtos lácteos, gorduras saturadas e totais, redução do consumo diário de sódio, atividade física regular, cessação de consumo exagerado de bebida alcoólica e tabagismo. A segunda etapa do tratamento consiste em medicamentos anti-hipertensivos, que são classificados em diversas classes e meio de atuação. Podemos destacar os diuréticos Tiazídicos, Bloqueadores dos canais de cálcio, Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina ou Bloqueadores do Receptor de Angiotensina 2 como sendo os mais usados (BALADI, 2016)

Todos os pacientes hipertensos que são atendidos na UBS fazem uso de um mesmo anti-hipertensivo genérico, da classe dos bloqueadores dos receptores da angiotensina II, o qual é fornecido pelo governo. É importante destacar que dentre esses pacientes, a grande maioria faz uso concomitantemente com outras medicações, tanto anti-hipertensivas como para outras doenças.

Pela alta queixa de descontrole pressórico, mesmo com uso de medicamento anti-hipertensivo, será investigado melhor os motivos deste descontrole nos pacientes. Após conhecer a população do território percebeu-se que a grande maioria dos pacientes que fazem uso de anti-hipertensivo são analfabetos e tem baixo poder aquisitivo. Acredita-se que o real diagnóstico do descontrole do nível pressórico possa estar relacionado à dosagem ou uso inadequado da medicação. Assim, apenas a informação e ajuda na organização das medicações poderia auxiliar no controle efetivo da pressão arterial. Esse tema é de extrema importância em saúde pública, também pelo fato de que, constantemente os

profissionais prescrevem antihipertensivos de custo elevado para população, por acreditarem que a medicação gratuita não é efetiva. Esse custo é oneroso ao governo e também à própria população, a qual muitas vezes não possui condição financeira para uso de tal medicação. Outro ponto em questão é a desinformação da população, a qual muitas vezes faz uso de medicações sem conhecimento ou com dosagens incorretas.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Realizar o controle pressórico da população hipertensa assistida na Unidade Básica de Saúde Guarani, no município de Umuarama (PR).

2.2 Objetivos específicos

- Auxiliar no controle e organização dos horários e dosagem das medicações tomadas pelos pacientes hipertensos de 40 a 70 anos de idade.
- Fornecer explicações sobre a importância do uso correto e contínuo das medicações antihipertensivas

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Frequentemente associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (SBC, 2010).

Um estudo que verificou a prevalência da hipertensão no Brasil indica que entre 1970 e início dos anos 90, os valores passaram de 7,2 a 40,3% na região Nordeste, 5,1 a 37,9% na região Sudeste, 1,3 a 27,1% na região Sul e de 6,3 a 16,7% na região Centro-Oeste. No que se refere a diferença entre os sexos, no Brasil a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres (SBC, 2010)

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HAS estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio, 77% em pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE), 75% com Isquemia Cardíaca e 60% com Doença Arterial Periférica. A HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE. No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com a Diabetes Mellitus e suas complicações (cardíacas, renais e AVE) a HAS tem impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.(MALACHIAS et al., 2016)

As doenças cardiovasculares são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Apesar de os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único Saúde (SUS) apontarem significativa redução da tendência de internação por HAS, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 (MALACHIAS et al., 2016), na faixa etária de 30 a 69 anos essas doenças foram responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Haja vista o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar seqüelas para o resto da vida, são de grande importância. Dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem das mesmas (SAÚDE, 2017)

Os gastos públicos com saúde são crescentes e relacionados a fatores como envelhecimento da população, novas tecnologias em saúde, melhoria nos níveis de renda, consolidação do estado de bem-estar e da universalização da cobertura sanitária. Nessas circunstâncias, o uso de instrumentos metodológicos econômicos em saúde é justificado pelo critério de escassez e pela dificuldade de alocação de recursos.(RABETTI; FREITAS, 2010)

Desde sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) lida com insuficiência de recursos, dado o cenário adverso do ponto de vista econômico à época de sua criação e a legislação ao longo dos anos. O Programa de Saúde da Família surgiu sob a crítica inicial de ser um programa com características restritivas de atenção. Entretanto, sua expansão veloz nos últimos anos e sua importância a transformaram numa estratégia de conversão do modelo de atenção básica. O controle e diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da Família, tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e é ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida. (RABETTI; FREITAS, 2010)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não-transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves doenças, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva. A avaliação da eficiência dos serviços relacionados à HAS, com a identificação de pontos fortes de atuação de municípios de referência, poderia representar importante ferramenta de gestão e planejamento. Isso porque possibilitaria a melhoria da atenção, ao identificar municípios e ações com ações eficientes, e assim subsidiaria informações sobre como produzir melhores serviços e resultados (RABETTI; FREITAS, 2010)

4 Metodologia

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com dados coletados para o desenvolvimento do projeto de intervenção (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 Local e população do estudo

Este projeto será ofertado para população de ambos os sexos, com idade entre 40 e 70 anos, portadores de diagnóstico clínico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e em tratamento medicamentoso, cadastrados na Unidade Básica de Saúde Guarani, no município de Umuarama - PR.

4.3 Atividades propostas

Serão ofertadas ações que auxiliem no controle pressórico da população alvo, por meio de orientações e explicações sobre a importância do uso correto das medicações, prática regular de atividade física e dieta adequada.

Inicialmente, serão selecionados os pacientes que farão parte do projeto de intervenção. Após, serão realizadas palestras conduzidas pelo médico da equipe ESF com enfoque nas consequências da tomada irregular das medicações e exposição das complicações ocasionadas pela doença.

Em seguida, serão realizadas as palestras com os profissionais de educação física e nutricionista, os quais fazem parte do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde Família). Essas palestras terão objetivo de explicitar a importância da prática regular de atividade física e dos hábitos alimentares saudáveis. Após o ciclo de palestras, serão organizadas as medicações em uso pelos pacientes, a fim de promover sua utilização de forma correta.

Os agentes comunitários de saúde serão responsáveis pela fiscalização e controle dos medicamentos em uso pela população do grupo.

4.4 Cronograma proposto

O período proposto para realização do presente projeto é de 3 meses. O primeiro mês será reservado para seleção e captação dos pacientes, anotações dos dados, das medicações e do estilo de vida dos mesmos. O ciclo de palestras e demais atividades propostas serão desenvolvidas nos dois meses subsequentes.

Atividades Propostas	09/09/2016 a 23/09/2016	24/09/2016 a 10/10/2016	10/10/2016 a 09/12/2016
Seleção de pacientes e coleta de dados	X		
Palestras, orientações e explicitação sobre o projeto		X	
Aplicação na prática e fiscalização do projeto			X

5 Resultados Esperados

Com a implantação do presente projeto, espera-se como principal resultado, alcançar os níveis considerados adequados de pressão arterial (140/90 mmHg) em todos os participantes.

A Tabela 1 abaixo mostra a comparação dos valores pressóricos dos pacientes no início do projeto piloto (no ano 2016) e os respectivos valores após a aplicação do mesmo.

Concluiu-se que dentre os 10 pacientes avaliados, 8 tiveram resultados satisfatórios e somente 2 necessitaram de medicação anti-hipertensiva associada para controle efetivo da pressão arterial. Com isso, fica evidente que é possível evitar a prescrição indiscriminada de medicações anti-hipertensivas, e que a orientação adequada sobre a doença aliada à mudança de estilo de vida é capaz de promover redução nos valores de pressão arterial e melhora da qualidade de vida em geral, diminuindo assim os gastos onerosos na saúde pública.

Tabela 1 – Valores de pressão arterial dos pacientes antes e após a implantação do projeto piloto.

Valores Pressóricos em 10/09/2016	Valores Pressóricos em 10/11/2016
1- 150x100mmhg	130x80mmhg
2- 155x95mmhg	130x90mmhg
3- 180x95mmhg	140x90mmhg
4- 170x95mmhg	120x80mmhg
5- 160x100mmhg	130x80mmhg
6- 160x90mmhg	140x90mmhg
7- 160x120mmhg	140x90mmhg
8- 170x110mmhg	150x90mmhg
9- 150x100mmhg	130x90mmhg
10- 180x140mmhg	150x100mmhg

Referências

BALADI, R. *UNA SUS SUS Universidade Aberta do SUS - SAÚDE ESPECIALIZAÇÃO EM da FAMÍLIA CASO COMPLEXO 11 Sérgio Fundamentação Teórica: Hipertensão arterial sistêmica – HAS*. 2016. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Sergio/Complexo_11_Sergio_Hipertensao.pdf>. Acesso em: 13 Dez. 2016. Citado na página 10.

IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. 2017. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang=&codmun=412810&search=parana|umarama|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 05 Jan. 2017. Citado na página 9.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento: Types of epidemiologic studies: basic concepts and uses in the area of aging. *Types of epidemiologic studies: basic concepts and uses in the area of aging*, v. 12, n. 4, p. 1–1, 2003. Citado na página 17.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial: Arq bras cardiol 2016. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83*, p. 1–83, 2016. Citado na página 15.

RABETTI, A. de C.; FREITAS, S. F. T. de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Evaluation of actions concerning systemic arterial hypertension in primary healthcare*, p. 259–268, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

SAÚDE, M. da. *Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial: Hipertensão arterial sistêmica (has) e diabetes mellitus (dm): protocolo / ministério da saúde, departamento de atenção básica. Área técnica de diabetes e hipertensão arterial. – Brasília: Ministério da saúde, 2001*. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em: 18 Jan. 2017. Citado na página 15.

SBC, S. B. de C. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51*, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 15.