



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

Adriana Matter

Acompanhamento para o Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários acompanhados pela equipe Equipe de Saúde da Família do município de Ibema (PR).

Florianópolis, Abril de 2017

Adriana Matter

Acompanhamento para o Controle da Hipertensão Arterial
Sistêmica dos usuários acompanhados pela equipe Equipe de
Saúde da Família do município de Ibema (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: Fernando Hellmann
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Adriana Matter

Acompanhamento para o Controle da Hipertensão Arterial
Sistêmica dos usuários acompanhados pela equipe Equipe de
Saúde da Família do município de Ibema (PR).

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Fernando Hellmann
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma das principais doenças crônicas que acometem a população no Brasil e no mundo. No município de Ibema, Paraná, as estatísticas não são diferentes. O problema a ser discutido nesse projeto de intervenção foi selecionado devido a alta prevalência da doença na população do município de Ibema. O objetivo geral desta proposta é construir e implementar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município de Ibema (PR), um plano de ações para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários acompanhados pela equipe; sendo os objetivos específicos: proporcionar educação em saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica; aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica; promover hábitos de vida saudáveis entre usuários. Para tanto, desenhou-se uma metodologia pautada na troca de saberes entre profissionais e usuários. O público escolhido para o projeto são pacientes hipertensos que pertencem a Estratégia de Saúde da Família do município. Serão convidados 60 usuários para participarem do projeto. A intervenção será realizada em oito reuniões sistematizadas, que serão distribuídas ao longo do ano de 2017, com reuniões mensais. Serão previstas consultas individuais e visitas domiciliares. Os encontros coletivos serão pautados nas principais dúvidas dos usuários e em temas como atividade física e lazer, atividades educativas sobre nutrição e hábitos de vida saudáveis e cuidados gerais às pessoas acometidas com HAS. Coletivamente, no decorrer dos encontros, buscar-se-á encontrar soluções para enfrentar os principais problemas relacionados a doença, identificando as principais dificuldades para o controle pressórico e encerraremos com o relato dos participantes, evidenciando a aplicação dos novos conhecimentos adquiridos em seu cotidiano para melhorar a qualidade de vida. Espera-se maior controle da HAS e das suas complicações entre os participantes, bem como aumento na adesão ao tratamento e desenvolvimento de hábitos saudáveis melhorando assim a qualidade de vida dos usuários da UBS.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, Melhoria da 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	15
5	RESULTADOS ESPERADOS	17
	REFERÊNCIAS	19

1 Introdução

O projeto de intervenção procura discutir sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as suas complicações na saúde do indivíduo. A HAS é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT), e representa um dos principais fatores de risco para a ocorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM), doença renal crônica (DRC), acidente vascular cerebral (AVC), entre outros. A HAS, é uma doença multifatorial, que envolve maus hábitos de vida, como alimentação gordurosa, consumo exagerado de sal, sedentarismo, estresse, abuso de álcool, fatores hereditários. Esse tema foi escolhido, pois considero ter conhecimentos para realizar a intervenção, além de estar relacionada a rotina da ESF na qual trabalho e com a comunidade, sendo passível de intervenção pela equipe de saúde. Pode-se intervir tanto de forma a diminuir a incidência da doença como intervir no sentido de diminuir as complicações dessa patologia.

A população total de Ibema e de 6066 habitantes, sendo 3590 homens e 2476 mulheres (Censo, 2013). A população acompanhada pela equipe de saúde da região a qual faço parte possui 2990 pessoas, sendo que 1540 são do sexo masculino e 1227 do sexo feminino. As crianças e jovens, menores de 20 anos, são 920, entre 20 e 59 anos 1405 e idosos 442 pessoas. Foi realizado um levantamento de dados e dentre os resultados encontrados, observou-se no mês de abril de 2016, a prevalência da HAS foi de 12,6%, ou seja, 378 pacientes (SIAB, 2016). A nossa ESF mantém o cadastro dos usuários hipertensos, porém seu acompanhamento em alguns casos mostra-se insatisfatório, devido a consultas em hospital fora do horário de expediente, com Pressão Arterial (PA) descompensada, não acompanhamento regular na ESF, uso incorreto dos medicamentos, ou por não apresentarem sintomas.

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 anualmente, devido a complicações cardiovasculares, tais como, IAM; AVC [Fonte: OMS, 8 e abril de 2013]. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros tem HAS e há outros 12 milhões que ainda não fizeram o diagnóstico. Diante desse problema de saúde, como podemos melhorar as ações na atenção primária para melhorar os cuidados aos pacientes hipertensos?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Construir e implementar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município de Ibema (PR), um plano de ações para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários acompanhados pela equipe.

2.2 Objetivos Específicos

- Proporcionar educação em saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Promover hábitos de vida saudáveis entre usuários.

3 Revisão da Literatura

Doenças não transmissíveis (DNT), doenças crônicas não transmissíveis (DNNTC), são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizadas pela ausência de microorganismos, ou seja, patologias não infecciosas. As DNNTC refletem a complexidade do indivíduo em seu universo, sua carga genética, seus hábitos de vida, o ambiente físico em que vive, a vida social e ainda a eficácia dos serviços de saúde na atuação nessas patologias.

As DNNTC são responsáveis por uma parcela grande e crescente de carga de doenças no Brasil. Existe uma origem multifatorial para a HAS, assim como determinados fatores de riscos, constitucionais, comportamentais, distúrbios metabólicos, entre outros. Os principais fatores de risco das DNNTC são o tabagismo, alimentos hipercalóricos, sedentarismo, uso abusivo do álcool, responsáveis por grande parcela da elevada prevalência da HAS (MALTA, 2006).

A HAS é considerada uma das principais DNNTC, sendo caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. É uma doença silenciosa, crônica e de alta prevalência, sendo considerada, um dos principais fatores de risco para enfermidades cardiovasculares. Possui impacto negativo no risco para infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico bem como insuficiência renal crônica. No município de Ibema, PR, a alta prevalência de HAS faz que se torne uma das principais DCNT existe na comunidade (SIAB, 2017). Para organizar a assistência as pessoas com tais agravos, o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial, materializando o 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 (BRASIL; DATASUS, 2017).

A identificação dos fatores de risco que interferem na não adesão do usuário hipertenso ao tratamento permite conduzir terapêuticas voltadas para melhorar os resultados, tendo em vista que esse conhecimento favorece a melhor implantação de estratégias que possibilitem a análise reflexiva para fins de enfrentamento (ROMERO, 2010).

A adesão ao tratamento reflete, em partes, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde, entendendo a gravidade do problema e suas complicações. Pode estar relacionada também com a característica individual do usuário, desde o fato de tomar corretamente os medicamentos, comparecer regularmente as consultas médicas e realizar as mudanças de hábitos de vida (RODRIGUES, 2012). Associado ao tratamento não medicamentoso, diversas classes de anti-hipertensivos já demonstraram reduzir o risco cardiovascular e benefício clínico por diminuição sustentada dos níveis pressóricos.

No município de Ibema, o Plano Municipal de Saúde define estratégias para desenvol-

ver políticas de saúde, tanto com atividades de promoção como de prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários diagnosticados com hipertensão e outras DCNT. O objeto dessas estratégias é a integração do indivíduo e a comunidade com os serviços de saúde, para desenvolver as ações e elevar a qualidade de vida da população (IBEMA, 2017).

4 Metodologia

O PI será realizado com os pacientes portadores de hipertensão arterial da área de saúde do município de Ibema/PR. O projeto será iniciado no mês de março de 2016 e encerrado em outubro de 2016. Serão convidadas 60 pessoas para participarem do projeto, se as mesmas aceitarem a participar serão divididas em dois grupos. A sala para realizar os trabalho deverá ser de boa qualidade, com banheiros e bebedouros disponíveis.

Iniciaremos o projeto observando a realidade por meio dos relatos vivenciados pelos pacientes, suas experiências pessoais, expectativas e necessidades. Serão avaliados os prontuários individuais e os relatórios realizados pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). Nesta etapa o nosso objetivo é dar maior conhecimento aos pacientes com hipertensão arterial. Será feita uma avaliação no final de cada encontro de forma individual e no final de projeto de forma global.

A proposta de intervenção será realizada através de oito encontros ao longo do ano de 2017, incluindo as reuniões nos grupos do HIPERDIA, consultas médicas de acompanhamento do cuidado, visitas domiciliares, atividades educativas sobre nutrição, atividade física, lazer e cuidados gerais. Os encontros serão realizados uma vez ao mês, no período da tarde, com horário definido para cada grupo. Os encontros serão realizados na dependência da Unidade Básica de Saúde.

Os encontros serão pensados em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e apoiados pelos profissionais do NASF. Serão criados encontros que abordem educação em saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica. No primeiro encontro será realizada uma roda de conversa com os participantes para identificar as principais dúvidas dos mesmos.

Paralelamente serão realizadas consultas individuais com os usuários participantes, com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. As consultas serão agendadas de três em três meses, com aferição da PA, avaliação antropométrica, avaliação nutricional, pesagem dos pacientes, avaliação da adesão correta ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e da situação de saúde geral do paciente.

Outra estratégia ocorrerá nas visitas domiciliares. Nesta faremos contato com os familiares, visando obter o apoio da família para melhor adesão ao tratamento. Serão feitas pelo menos duas atividades de lazer, um no início do projeto e uma ao término do projeto. Serão feitas também abordagens quanto a reeducação alimentar, alimentos saudáveis fazendo parte do cardápio diário. A enfermeira será responsável pelas atividades de cuidados gerais, aferição da PA em cada encontro e questionamento sobre atividade física. As agentes comunitárias participarão das visitas domiciliares, acompanhando mais de perto os pacientes com mais dificuldade na adesão ao tratamento farmacológico e também das atividades em grupo.

Ao longo dos encontros buscaremos soluções para enfrentar os principais problemas

relacionados ao mau controle pressórico, e encerraremos com o relato dos participantes, ressaltando os novos conhecimentos, suas aplicações na vida diária e a melhora na qualidade de vida, orientando e reforçando a importância do trabalho integral entre paciente, comunidade e equipes de saúde

5 Resultados Esperados

Ao final dessa posposta de interação comunitária espera-se que os usuários acometidos com HAS tenham um melhor controle dos níveis pressóricos, aumentem a adesão ao tratamento e ampliem os hábitos saudáveis. O trabalho a ser desenvolvido pauta-se em outra intervenção já ocorrida em 2016, ao longo do Curso, em que foram realizadas reuniões mensais com palestras para a população hipertensa adstrita à ESF. Os temas abordados nas palestras foram: Conceito de HAS, Fatores de Riscos para HAS e Importância da adesão ao tratamento HAS, incentivo a adesão ao tratamento farmacológico, ampliação do autocuidado. Também foram realizadas consultas individuais e visitas domiciliares. A partir da primeira versão deste projeto, espera-se maior controle da HAS e das suas complicações, melhorando assim a qualidade de vida dos usuários da UBS.

Há também expectativa que outros usuários tomem conhecimento das conseqüências do mau controle pressórico, da importância de manter o contato com a equipe de saúde, do uso correto dos antihipertensivos, da alimentação saudável e de praticar atividade física. Pretendemos estimular as mudanças comportamentais com o maior número de usuários, estimulando estilo de vida saudável e uma adesão correta ao tratamento farmacológico, principalmente com os pacientes que possuem maior dificuldade de adesão a terapêutica. Espera-se também que as atividades em grupo sirvam como ponto de apoio para os usuários, onde possam tirar dúvidas, compartilhar experiências com suas dificuldades e conquistas, para que se sintam cada vez mais estimulados a melhorar a qualidade de vida.

Referências

BRASIL; DATASUS. *HIPERDIA*: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 15 Fev. 2017. Citado na página 13.

IBEMA, P. de. *Ibema*. 2017. Disponível em: <<http://www.pibema.pr.gov.br/>>. Acesso em: 27 Jan. 2017. Citado na página 14.

MALTA Deborah carvalho. a construcao da vigilancia e prevencao das doencas cronicas nao transmissiveis no contexto do sistema unico de saude. *epidemiologia e servicos de saude*, p. 1-82, 2006. Citado na página 13.

RODRIGUES, F. O funcionamento e a adesão nos grupos hiperdia no município de criciúma: uma visão dos coordenadores. *revista saude publica santa catarina*, p. 44-61, 2012. Citado na página 13.

ROMERO, A. D. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. *Revista Rene*, p. 72-78, 2010. Citado na página 13.

SIAB. *sistema de informação da atencao basica - SIAB*. 2017. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em: 02 Jan. 2017. Citado na página 13.