



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

Yalenys Creagh Sanchez

Projeto de intervenção educativa para diminuir a
incidência de hipertensão arterial na Unidade Básica de
Saúde Vila Fraternidade, Londrina – PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Yalenys Creagh Sanchez

Projeto de intervenção educativa para diminuir a incidência de hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde Vila Fraternidade, Londrina – 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: Sabrina Blasius Faust
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Yalenys Creagh Sanchez

Projeto de intervenção educativa para diminuir a incidência de hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde Vila Fraternidade, Londrina – 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

Sabrina Blasius Faust
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica não transmissível e essencialmente assintomática, por isso é necessário reforçar as ações de prevenção, principalmente quando está associada a fatores de risco. Em nossa equipe são constantes os atendimentos a pacientes com descompensações dos níveis de pressão arterial, que sobrecarregam a demanda além do aumento da incidência dos casos novos. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e o desconhecimento dos fatores de risco são evidentes durante as consultas. Por este motivo, o objetivo deste estudo é propor ações que possam diminuir a incidência de casos de Hipertensão Arterial Sistêmica com informações sobre os fatores de risco e melhorar o estilo de vida dos pacientes hipertensos assim como propor mecanismos para melhorar o atendimento, Pretendendo-se uma diminuição da incidência e morbidade dos pacientes acompanhados pela equipe de saúde da família. Com este trabalho pretendemos estimular a modificação do estilo de vida como hábitos alimentares adequados para manutenção do peso, estímulo aos exercícios físicos regulares, redução de ingestão de sódio e do consumo de bebidas alcoólicas, redução de estresse e abandono do tabagismo. Acreditamos que a partir destas transformações possamos melhorar as condições de vida dos hipertensos da área de abrangência.

Palavras-chave: Saúde da família, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	27
	REFERÊNCIAS	29

1 Introdução

A Atenção básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitárias, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2010). Para a organização da Atenção básica é essencial conhecer o território. Ele nunca deverá ser compreendido apenas como um espaço geográfico delimitado e apenas ocupado por uma população definida

Diagnóstico da realidade da Área de Abrangência da UBS Vila fraternidade

O Diagnóstico Social da Realidade da área de abrangência da minha Equipe de Saúde da Família contém dados obtidos através da observação e da busca de informações através de instrumentos como a internet (site da Prefeitura e outras instituições) e do contato direto com os integrantes da equipe e a população.

A área de abrangência dessa Equipe de Saúde da Família está delimitada com seus limites ao sul: a Avenida Theodoro Victorelli, ao norte Avenida Santa Mônica, a leste Rua Mangaba e a oeste Rua Santa Terezinha. A história da origem e constituição da comunidade está diretamente relacionada com sua localização geográfica, pois pela proximidade do centro da cidade facilitou durante décadas o acesso da população trabalhadora aos locais de trabalho no comércio e na prestação de serviços sem grande necessidade de recursos financeiros sendo que poderiam se deslocar ao centro sem utilização de transporte coletivo indo a pé com rapidez nessa locomoção.

Quanto à organização social do bairro, foi possível analisar através da ficha A cadastro que o agente comunitário de saúde realiza em visita aos domicílios da área de abrangência, onde podemos encontrar diversas informações, tais como integrantes da família, idade, condições de saúde da população, moradia, saneamento, utilização das infraestruturas do município. Em se tratando da distribuição da área de abrangência, as equipes são divididas em duas áreas, A e B; esta equipe de saúde da família esta alocada na área A, que tem distinta organização, uma parte com moradores antigos, como aposentados, servidores públicos, pensionistas, contando com um comércio regular, muitos desses frequentam a UBS para controle de PA, diabetes e agendamentos de consultas de especialidades, entretanto, alguns possuem plano de saúde, em contra partida, a outra parcela da população está em área de vulnerabilidade social, econômica e ambiental, tais como violência, relações com o tráfico de drogas, gravidez precoce, abandono de idosos, moradias precárias, falta de sane-

amento básico, área de fundo de vale e preservação ambiental. No que tange às entidades representativas da comunidade e às lideranças comunitárias podemos destacar o Clube das Mães, Associação Irmã Scheila, a participação comunitária através do Conselheiro de Saúde da região Leste, associação de recicladores.

No que se refere aos serviços públicos do bairro: educação, saúde e assistência social segundo os dados institucionais do portal da Prefeitura de Londrina, temos: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA fraternidade Inaugurado em 1986 - Área Construída: 151,65 m² Endereço: Rua Rosa Branca, n° 246 – Vila fraternidade - CEP: 86035-180 Fone: (43)3379-0772 Linha de ônibus: 103 Ponto de Referência: Escola Municipal Ana Molina Atendimento: Enfermagem, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Odontologia. Funcionamento: De segunda a sexta-feira, das 07h00 às 19h00. Coordenadora: Marcia Brenny Ára de Abrangência: Jardins Casarim, Damasco, Meton, Ouro Preto, Panorama, Rosa Branca, San Rafael, Sérgio Antônio, Taliana 1 e 2, Vila Ricardo, Parque Taúna, Vila Glória, Conjuntos Residenciais Carlos C. Moreira e Evaldina A. Silva, Favela Rosa Branca e Assentamento São Rafael.

As informações sobre as instituições de ensino da área de abrangência foram obtidas no site do NRE Londrina e portal da Prefeitura de Londrina: ESCOLA ESTADUAL ANA MOLINA GARCIA RUA ROSA BRANCA, 200 VILA fraternidade CEP 86.035-180 Fone (43) 3325-2355 E-mail: idaanamolina@seed.pr.gov.br ESCOLA MUNICIPAL JOSÉ GARCIA VILLAR R. PITANGUEIRAS, 209 - JARDIM PANORAMA - CEP 86.035-100 FONE: (43) 3375-0140 / 3336-9309 / 3337-0787 - RAMAL: 112 e-mail: garcia.villar@londrina.pr.gov.br ESCOLA MUNICIPAL DA VILA FRATERNIDADE R. SANTA APOLÔNIA, 231 - JD. ESPANHA - CEP 86.027-560 FONE: (43) 3375-0219 E-mail: vila.fraternidade@londrina.pr.gov.br CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) Avenida das Laranjeiras, 2133 Jd. Interlagos Tel. (43) 3378-0390 E-mail: cras.leste@londrina.pr.gov.br Em se tratando aos equipamentos sociais: igrejas, espaços de lazer, temos a Paróquia Nossa Senhora do Amparo, diversas igrejas evangélicas, como a Igreja Maranata, Igreja Congregação Cristã do Brasil, Centro Espírita Alan Kardec, quadra de esportes na Rua Gardênia, Praça da Rua Roseiral, campo de futebol da Rua Flor de Jesus.

Quanto às áreas de risco ambiental e social temos dados extraídos da COHAB (Companhia de Habitação) de Londrina de julho de 2012 sobre as áreas de vulnerabilidade como, o diagnóstico do Fundo de Vale Santa Inês que se localiza as margens do Córrego Água das Pedras entre as Ruas Heron Domingues, Pingo D'Água, Noel Rosa, Mangaba e Avenida Santa Mônica, sendo que se consideram deste Fundo de Vale outras áreas de risco como os Fundos de Vale Heron Domingues, Santa Mônica, Bananeiras, Viela da Santa Mônica, da Rua Pingo D'Água. Os moradores relatam que a ocupação teve início na década de 1980 e que desde aquela época há a comercialização clandestina de lotes. A maioria das famílias encontra-se no local há pelo menos dez anos. Segundo levantamento

realizado pela COHAB Londrina em 2012, uma parte da população foi atendida com uma unidade habitacional no Residencial Vista Bela pelo Programa Minha Casa Minha Vida durante 2011 e início de 2012, todavia, vale lembrar que alguns desses moradores continuam frequentando a UBS Vila Ricardo, devido à falta de infraestrutura da saúde naquela área. Há outro Fundo de Vale o da Rua Rosa Branca que se localiza as margens do Córrego Londrina, sendo delimitado pelas ruas Rosa Branca, Cajá e Avenida Theodoro Victorelli no bairro chamado Vila Ricardo, sendo que se consideram deste Fundo de Vale as ocupações irregulares do Jardim Sergio Antônio e o Lixão da Esquina da Avenida Theodoro Victorelli. Vale salientar que também há outro Fundo de Vale com área de vulnerabilidade social, econômica e ambiental, o Jardim San Rafael, que possui uma pequena parcela de lotes regulares próximos a Rua Santa Terezinha e em seu interior lotes irregulares, onde serviços como energia elétrica e abastecimento de água já estão regularizados, mas o esgoto ainda não e os moradores que permaneceram, aguardam a regularização dos lotes por parte da COHAB Londrina. Perfil social da sua comunidade.

Quanto à renda familiar, ela é muito diversificada, pois como já foi citado, na região residem famílias com classe média, alguns pensionistas do INSS, servidores públicos, entretanto, por outro lado uma parcela da população recebe benefícios institucionais como o Programa do Leite e o Bolsa Família, entre outros, que estão vinculados diretamente a permanência das crianças no ambiente escolar e os cuidados com a saúde, como vacinação e outros, onde a UBS participa do monitoramento das condições da saúde familiar, além dos Programas de Inclusão social, através do CRAS. No que tange à alfabetização e escolaridade dos moradores da comunidade seguem o padrão dos órgãos oficiais da Educação, pois as instituições seguem um padrão oficial; já o saneamento básico no bairro segue ao zoneamento urbano, ou seja, os loteamentos regulares estão no padrão e os irregulares não possuem rede de esgoto.

Dentro do diagnostico da realidade da minha area de abrangência é importante também um resumo do diagnostico epidemilogico da area.

Diagnóstico Epidemiológico da população da área de abrangência

de Equipe A de Saúde da Família no posto de saúde Vila Fraternidade 1-Dados populacionais:

· A População total acompanhada atualmente pela minha Equipe de Saúde da Família, e de: 2233 habitantes.

Se encontra com a seguinte estrutura

Mulheres:1146.

Homens: 1087.

De acordo a faixa etária se encontra dividida em:

Menos de 20 anos: . Masculino:370 . Feminino:825 Total: 319.

Entre 20 a 59 anos: Masculino:564 . Feminino:1392 Total: 623

Mais de 60 anos: Masculino: 153 Feminino: 175 Total: 204

Aa doenças com major prevalência e incidência são as que se destacam a continuuações
A taxa de prevalência de HAS para uma população > 15 anos foi de 22.3 (344 hipertensos).

A taxa de prevalência de Diabetes Mellitus foi de 5.1 (113 diabéticos)

Nossa equipe de saúde realizam o acompanhamento das pessoas com HAS, diabetes, tuberculose, hanseníase, no caso de HAS e diabetes, fazemos consulta valorando seu estado de saúde, valoração nutricional, cumprimento do tratamento além de indicar exame para o seguimento. Existem grupos de pacientes hipertensos e diabéticos onde brindamos palestras educativas. Os pacientes ficam motivados pois perguntam de sua doença e também das complicações. Também falamos sobre a importância da pratica de atividade física para melhorar qualidade de vida e de um a dieta saudável. No caso da tuberculose o paciente tem um tratamento gratuito e controlado pela licenciada e auxiliares de enfermagem e até o agente comunitário está pendente desse paciente.

- Índice de Dentes Perdidos, Obturados ou Cariados (CPO-D): 1.7 %

· As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a sua unidade de saúde em 2015(ou em algum outro período que você defina, como no último mês) (em %). Baseie-se em dados e não na percepção pessoal.

1^a Hipertensão Arterial.

2^a Diabetes Mellitus.

3^a Doenças Psiquiátricas.

4^a Doenças Articulares.

5^a Doenças Infecciosas.

Dependendo das demandas da população programamos as consultas tendo em conta se o paciente está ou não compensado de sua doença, se fica compensado, 2 vezes ao ano, se não está compensado de cada 3 meses.

Sobre o programa da saúde materno infantil as estatísticas se comportaram da seguinte maneira:

O número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade em 2015 foi de dois óbitos no ano

As causas das mortes das crianças com menos de 1 ano de idade em 2015 foram as infecções do período perinatal.

Em nosso município o total de óbitos no ano 2015 foi de 89, esse total de mortes de crianças menores de 1 ano são do município, mas são reflexo de nossa área de abrangência, e a principais causas são as afecções do período perinatal foram responsáveis por 58,1% do total de óbitos. As malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas foram á segunda causa mais frequente, com 26,7% e as mortes por causas externas foram responsáveis por 7,0%.

Obs.: Esses números foram obtidos no Relatório de Gestão de Saúde 2015 e representam a totalidade do município.

A Proporção de crianças com até 1 ano de vida com esquema vacinal em dia no último mês foi de (95,3%)

A Proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal em 2015 se compoerto da seguinte maneira

TOTAL DE GESTANTES:71Gestantes

07 consultas: 90% (64 gestantes)

06 consultas: 6% (4 gestantes)

05 consultas: 4% (3 gestantes)

Os dados foram obtidos nos registros da UBS e refletem a totalidade das gestantes atendidas na unidade.

Evidentemente o trabalho da equipe de saúde agora com a presença de um medico com um perfil mais amplo de atendimento, melhora a atenção medica a mães e filhos, já que ambos de pacientes recebem uma consulta mais integral tanto no posto de saúde como na sua casa, além disso contamos com a presença em nosso posto de um ginecologista que trabalha duas vezes por semana e uma pediatra que trabalha todos os dias.

A morbidade hospitalar e mortalidade trata-se da seguinte maneira

As cinco principais causas de mortes dos residentes do bairro em 2015

1ª Doenças Cardiovasculares

2ª Neoplasias

3ª Doenças Respiratórias

4ª Infecções

5ª Causas externas.

As cinco principais causas de internações dos idosos residentes do bairro em 2015 foram as seguintes:

1ª Neoplasias

2ª Doenças infecciosas e parasitárias

3ª Nutricionais e metabólicas

4ª Doenças hematológicas

5ª. Psiquiátricas

Problema

O problema principal que eleito para este plano de intervenção é o aumento da incidencia da hipertensão arterial, e o desconhecimento sobre fatores de risco e sobre como aderir a estilos de vida mais saudáveis pelos pacientes na área de abrangência.

1.4 Justificativa

A Hipertensão arterial sistêmica alem de ser uma doenca crónica constitui um factor de risco para doenças .cardiovasculares. Estima-se que 54 % dos casos de acidente vascular cerebral e 47% dos infartos agudos do miocárdio estejam relacionados a elevados níveis pressóricos. A hipertensão arterial è responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes ao

ano. De acordo com o Ministério da Saúde, 35 % da população brasileira, com mais de 40 anos de idade, sofre de hipertensão Arterial (BRASIL, 2010).

Na nossa área de abrangência o número de casos com diagnóstico de hipertensão e aumentado por dia sendo motivo de consultas frequentes na nossa unidade tanto em consultas agendadas como espontâneas por sua intercorrência, são constantes os atendimentos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de pressão arteriais, que justificam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida mais saudáveis e o desconhecimento dos fatores de risco são evidentes durante as consultas médicas e de enfermagem. Dessa forma, devido à alta prevalência e incidência de Hipertensão Arterial na população da área de abrangência, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite a melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita, reduza a morbimortalidade relacionadas às Doenças Cardiovasculares e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes. Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais dinâmica, espera-se que ocorra as mudanças de estilo de vida e uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

Todos esses motivos aliados a grande demanda espontânea de pacientes hipertensos na equipe de saúde, óbitos por doenças cardiovasculares, internações por doenças circulatórias, me motivaram para escolha deste tema para a realização do trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família oferecido pela Universidade Aberta do SUS -UNASUS.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Trabalhar com ações que possam diminuir a incidência de casos de Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.2 Objetivos específicos

Melhorar a comunicação e informação com a população sobre o tema de fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Fortalecer as ações realizadas na Unidade de Saúde.

Criar novas oportunidade para atendimento e ações em grupo, de forma a melhorar o acesso à informação e atendimento de pacientes com diagnóstico e histórico de HAS na família.

3 Revisão da Literatura

Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão Arterial Sistêmica é conhecida como a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial sistêmica é conceituada como:

(...) Uma condição sistêmica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associado frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2010).

A Hipertensão arterial sistêmica é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, representando um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil. (PIERIN et al, 2010)

A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevados e sustentados níveis de pressão arterial. Está associada frequentemente, a alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais e não fatais (FAUCI et al., 2008).

Está presente em todo o mundo, exceto para um pequeno número de indivíduos que moram em sociedades primitivas, culturalmente isoladas. Nas sociedades industrializadas, a pressão arterial aumenta constantemente durante as primeiras duas décadas (FAUCI et al., 2008).

No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres, e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país. A maior incidência ocorre em pessoas obesas, sedentárias e consumidoras em excesso de sal e álcool. Rio de Janeiro é a que tem o maior percentual de hipertensos, 29,2%, por concentrar grande parte da população idosa brasileira (CIPULLO et al., 2010).

A Atenção básica de saúde e a Hipertensão Arterial no Brasil.

De acordo com CONVERSO e LEOCADIO (2005), baseado no crescimento demográfico e no envelhecimento da população, o Brasil vem sofrendo uma transição epidemiológica, tendo como resultado uma mudança justificada na incidência das causas de mortalidade, passando de doenças infectocontagiosas às doenças crônicas degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica, considerada uma doença multicausal e multifato-

rial decorrente da interação de vários fatores como alcoolismo, sedentarismo, tabagismo, estresse e outros.

Com relação à atenção básica em saúde (BRASIL, 2006), esta considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural. Busca a promoção de sua saúde, a prevenção o tratamento da doença e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas responsabilidades de viver de modo saudável e está priorizada como uma das doenças, além do diabetes, em que é exigido o seu controle como descrito abaixo.

(...) visando á operacionalização da atenção básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo território a eliminação hanse-níase, o controle da tuberculose o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde o idoso, a saúde bucal, e a promoção de saúde (BRASIL, 2006, p. 6).

Considerando a existência da hipertensão arterial, o contato com os fatores de risco e suas complicações, há a necessidade de os sistemas de saúde organizarem-se de modo que consigam reduzir o impacto desta doença na população brasileira. O desenvolvimento de modelos de atenção voltados para redução e controle desse agravo deve ser a preocupação dos gestores na busca pela eficiência e resolutividade dos serviços de saúde no Brasil.

1.3 Hipertensão arterial sistêmica e fatores de risco.

- Fatores socioeconômicos

As diferenças socioeconômicas têm um papel importante na vida das pessoas podendo determinar as condições de saúde dessas pessoas, visto que aqueles com melhores condições têm maior acesso a informações, melhor entendimento da condição clínica e maior aderência ao tratamento. Logo taxas mais alta de doenças cardiovasculares são verificadas em grupos com nível sócio econômico mais baixo (CIPULLO et al., 2010).

A baixa escolaridade está associada às maiores taxas de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão arterial. (NASCENTE, 2010)

- Excesso de peso e obesidade

Estudos de ÁVILA (2010) relatam que o excesso de peso se associa com maior prevalência de hipertensão arterial desde idades jovens, e que na vida adulta, mesmo entre indivíduos não sedentários um incremento de 2,4kg/m² no índice de massa corporal acarreta em maior risco de desenvolver a hipertensão. O ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são fatores de risco importantes para hipertensão arterial, sendo a obesidade central um indicador de risco cardiovascular aumentado.

Em estudos de COSTA et al. (2009) e NASCENTE (2010) pode-se verificar que a obesidade leva a um envelhecimento malsucedido. O risco de morrer apresenta uma relação com o índice de massa corporal. Assim pessoas com excesso de peso tem maior probabilidade de desenvolver várias patologias como hipertensão, diabetes tipo 2, entre outras.

Os achados, sobre aumento de sobrepeso e obesidade, reforçam a necessidade de implementação de medidas objetivas para seu combate através da ação da Estratégia Saúde da Família, diminuindo a morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (NASCENTE, 2010).

A forte associação entre a obesidade e a hipertensão arterial, indica a urgência de medidas educativas capazes de atuar sobre os fatores de risco que podem determinar a prevalência da hipertensão arterial. (JARDIM, 2007)

- Sedentarismo

Quanto ao sedentarismo, ÁVILA (2010) referem que a atividade física reduz a incidência de Hipertensão arterial em indivíduos pré-hipertensos além de reduzir a mortalidade e os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares. Os indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos

As atividades físicas reduzem a mortalidade por problemas cardiovasculares, independentemente da pressão arterial e de outros fatores de risco, existindo fortes evidências de que a atividade física diminua a pressão arterial, predizendo um envelhecimento saudável (COSTA et al., 2009).

Em um estudo de seguimento, há referências que homens que iniciaram a prática regular de exercícios físicos pelo menos uma vez por semana, reduziam em até 30% o risco de desenvolvimento de hipertensão. O exercício aeróbico apresenta efeito hipotensor tanto em indivíduos hipertensos quanto normotensos, demonstrado redução de 3,84 mmhg na pressão arterial sistólica e 2,58 mmhg na diastólica conforme metanálise realizada por OLSHANSKY et al (2005).

- Ingestão de álcool

Para ÁVILA (2010) a ingestão prolongada de álcool pode, além de aumentar a pressão arterial, aumentar a mortalidade cardiovascular em geral. O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o sexo, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão.

O alcoolismo é definido como uma doença crônica e de complexa natureza no qual, o indivíduo consome álcool sem limites em grandes quantidades, tornando-se progressivamente dependente e tolerante aos efeitos tóxicos. De acordo, com a literatura o consumo moderado do álcool reduz o risco de desenvolver doenças Cardiovasculares, no entanto, seu consumo abusivo traz imensuráveis consequências negativas para a saúde e altos custos para o sistema de saúde.

-Tabagismo

Uma em cada cinco mortes por doenças cardiovasculares é decorrente do tabagismo, sendo o mesmo, considerado um elevado fator de risco cardiovascular, causando mais de um terço de todos os óbitos por infarto do miocárdio, caracterizando como um fator que predispõe a ocorrência da aterosclerose.

COSTA et al. (2009) refere que o tabagismo é a maior causa de mortalidade por

problemas cardiovasculares do mundo, embora a cessação do hábito de fumar não diminua os níveis de pressão arterial, o abandono é a medida mais efetiva para a redução dos riscos de agravos cardiovasculares.

- Hábitos alimentares

ÁVILA (2010) relatam que o perfil da população brasileira ultimamente mudou em relação aos hábitos alimentares e de vida, visto que esta condição expõe de forma cada vez mais intensa à riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e a composição da dieta, adicionando-se a baixa frequência da atividade física, provocaram alterações significativas no peso corporal e na distribuição da gordura, aumentando a prevalência da obesidade na população.

O consumo de sal excede os limites máximos recomendados para a sua ingestão em todos os países, em todos os extratos de renda. A restrição de sal acompanhada de hábitos alimentares saudáveis contribui para a redução da pressão arterial, podendo levar à redução da medicação anti-hipertensiva (COSTA et al., 2009).

Na última década, medidas alternativas para mudanças no estilo de vida, tais como redução de peso, diminuição na ingestão de sódio e álcool e prática de atividade física regular, tem sido proposta para prevenir as complicações desta doença. A adoção dessas medidas alternativas pode ser empregada como tratamento único, não farmacológico ou em concomitância com o tratamento farmacológico. A educação em saúde dirigida a grupos de risco propõe intervenção em indivíduos com valores de pressão arterial limítrofes, predispostos à hipertensão, e as medidas são equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial (DUNCAN et al., 2013).

As metas da educação em saúde para o indivíduo portador de HAS devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adocência e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento e libertação (RIBEIRO et al., 2012).

Resultados desejáveis estão articulados a várias dimensões do cuidado, como o acesso aos medicamentos, à possibilidade de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e à maneira que estes aderem à terapêutica proposta. Recomenda que a equipe de saúde contemple os saberes de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde), bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (HELENA, et al., 2010).

A equipe de Saúde da Família, no acompanhamento da pessoa com hipertensão, deve atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, entre outras atividades, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, de medidas preventivas primárias e de atendimento a hipertensão arterial (BRASIL, 2006). O trabalho em equipe implica a reconstrução da prática profissional a partir da integração com a prática e com

os saberes de outros profissionais, visando uma atuação mais efetiva na realidade social e cultural em que os usuários estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O processo de trabalho em equipe, na perspectiva da integralidade, pressupõe preservar as diferenças técnicas ou as especificidades de cada profissional e articular as intervenções realizadas, com a finalidade de valorizar o trabalho do outro, o que propicia uma dimensão cuidadora dialógica e ética, assim como, a superação das relações hierarquizadas e fragmentadas (PEDUZZI, 2007). O trabalho em saúde é cooperativo e seu desenvolvimento ocorre de forma conjunta e articulada para atender às necessidades de saúde dos usuários

4 Metodologia

A proposta será desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Vila Fraternidade. A mesma já conta com um programa de hipertensos desenvolvido na Unidade de Saúde que tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades previstas no programa são: o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos com cadastro dos pacientes na farmácia o atendimento individual ou em grupo mensal com o apoio integrado dos profissionais do NASF. Nesse Programa, estão incluídos pacientes adultos hipertensos de ambos sexos, de diferente idade, de diferentes raças e as variadas crenças religiosas e situações socioeconômicas.

Foi realizado levantamentos de dados bibliográficos e epidemiológicos. Para a pesquisa bibliográfica do tema foi feito levantamentos nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library on Line (SciELO), da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Biblioteca Virtual de Saúde.

Foram selecionados artigos recentes relacionados ao tema, datado a partir do ano 2000, utilizando as seguintes palavras chaves: Atenção primária à saúde; Fatores de risco; Pressão arterial. Para obtenção de dados epidemiológicos foram utilizadas as informações fornecidas pela Ficha A e B do sistema de informação da Atenção básica (SIAB) e história clínica eletrônica do paciente (VITACARE). Também foram utilizadas publicações do Ministério da Saúde como alguns exemplares da coleção “Cadernos de Atenção Básica”, Revista Brasileira de Hipertensão (Brazilian Journal of Hypertension), Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Público alvo.

O universo será 60 pacientes com antecedente familiar de hipertensão arterial ou com algum tipo de fator de risco que estejam cadastrados na equipe de saúde. Esta mostra será escolhida aleatoriamente (20 pacientes por cada micro área). Todos os pacientes serão respeitados quando a sigilidade das suas informações.

Desenho da operação

O projeto de intervenção se subdividirá em 3 etapas: etapa diagnóstica, intervenção e avaliação final.

1- Etapa Diagnóstica.

Nesta etapa primeiramente se capacitará a toda a equipe de saúde sobre as diretrizes do manejo da hipertensão arterial e aumentar os conhecimentos que tenha a equipe sobre os fatores de risco da hipertensão arterial.

Os agentes comunitários de saúde selecionaram de forma aleatória os pacientes em cada micro área tendo sempre em conta que os mesmos estivessem cadastrados na equipe e apresentassem fatores de risco ou antecedentes familiares da doença e disposição para

participar do projeto. Estes preencherão um questionário que permitirá conhecer o grau de conhecimento que tem os pacientes sobre estilos de vida mais saudável, ou não é fatores de risco desta doença.

A mesma estará composta por 8 perguntas de tipo variadas com mais de uma alternativa de resposta. A pesquisa será respondida de forma individual, assegurando a total confidencialidade das informações obtida.

2- Etapa de intervenção

Esta etapa compreenderá o desenho da aplicação do projeto de intervenção sobre os fatores de risco e estilos de vida mais saudável para o público alvo, objetivando incrementar os níveis de conhecimentos da população em estudo. Incluirá um plano de ação e os recursos necessários para levar a cabo a intervenção.

Se executará o projeto de intervenção educativa sobre os temas selecionados segundo as necessidades encontradas após aplicação da pesquisa, serão realizadas palestras e atividades em grupo com frequência semanal durante 7 semanas. O autor do projeto em conjunto com o nutricionista, o professor de educação física do NASF realizará as atividades no auditório da clínica da família. A mesma baseia-se na apresentação de informações para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. As oficinas serão realizadas mensalmente com os seguintes temas:

- 1) Hipertensão: conceito, ocorrência e consequências. O que você tem disponível no serviço de saúde.
- 2) Dieta saudável hipossódica. Opções e possibilidades para sua alimentação.
- 3) Importância da prática de exercício na diminuição dos fatores de risco. Vamos praticar.
- 4) Influência do Álcool e Tabagismo no incremento da pressão arterial
- 5) influência da obesidade na hipertensão arterial
- 6) Influencia do estresse no desarrollo da hipertensão arterial
- 7) Uso correto e opções de tratamento medicamentoso, pelo SUS e não medicamentoso

Material: Retroprojektor, transparências e outros recursos cabíveis; Cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; Painéis com fotos ilustrativas; Dinâmicas de grupo; Apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da hipertensão arterial e Esfigmomanômetro e estetoscópio próprios. Contudo, tivemos a preocupação de adaptar as atividades e orientações para o contexto de nossa população, respeitando crenças, valores, limitações e desejo dos participantes. Tomando por base o plano de cuidados será usado durante o ciclo das oficinas foldens, com o objetivo de informar e orientar os hipertensos de uma forma clara, objetiva e ilustrativa. Será utilizado também álbuns seriados, que é uma relação metodológica ilustrativa, visando facilitar a transmissão e a interação do educador e o educando. Vale ressaltar que

as palestras serão realizadas na sala de educação em saúde da unidade Básica de Saúde.

3-Etapa de avaliação.

Nesta etapa será aplicada novamente a pesquisa após de a conclusão do programa educativo. Assim serão determinados os conhecimentos sobre fatores de risco e estilos de vida mais saudáveis que foram adquiridos pelo público alvo durante a aplicação do projeto de intervenção educativa. As atividades que são desenvolvidas em um processo educativo devem ser acompanhadas, supervisionadas e avaliadas durante todo o processo de planejamento e desenvolvimento, para medir a eficiência e eficácia de cada etapa e verificar possíveis problemas para posteriores ações corretivas. Os profissionais de saúde são responsáveis por criar condições que favoreçam o processo de aquisição de conhecimentos e as possíveis mudanças no controle das doenças dos indivíduos. Para melhorar os cuidados prestados à população é interessante que os profissionais reflitam sobre sua prática, analisem suas falhas e incorporem novas atitudes e valores.

A avaliação dos resultados é a medida do impacto deste projeto em que ele está inserido e avaliação das mudanças de comportamento da comunidade respeito a hipertensão arterial e o melhoramento do atendimento em os serviços de saúde. Assim, para fazer a avaliação de seus resultados, deverão ser analisadas as mudanças ocorridas na vida dos usuários e na adesão ao tratamento.

No final do projeto nos objetivamos a criar um clube de hipertensos para uma recreação participativa e criativa e saudável.

5 Resultados Esperados

1. Atingir 90% da população e melhorar o conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre sua doença e seus fatores de risco.
2. Diminuir em 30% o número de sedentários e obesos no prazo de 1 ano.
3. Garantir em todas as consultas, os medicamentos e os exames previstos nos protocolos para os pacientes hipertensos e com risco de doença.
4. Estimular a prática de exercícios físicos regulares, redução de ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução de estresse e abandono do tabagismo.
5. Aumentar a aderência no tratamento e prevenção da doença na população estudada

Estas modificações poderão ser comprovadas na possível diminuição das demandas espontâneas e das internações por níveis pressóricos elevados, além da diminuição das complicações da HAS. Para manter os valores esperados, a equipe terá por meta que trabalhar com as seguintes ações

- **Grupo Hipertensão:** Realizar atividades mensais com palestras educativas, que ressaltem as ações de prevenção para diminuição dos fatores de risco como a doença pode ser controlada, como ela pode levar a problemas ainda mais graves e a importância e uso correto das medicações. Estas ações poderão ser executadas por qualquer dos integrantes da equipe, o que vai também a contribuir com a elevação dos conhecimentos e preparação profissional dos mesmos.
- **Oficina de culinária saudável:** Realizar junto com a nutricionista grupo de culinária mensais para ensinar os pacientes como preparar uma alimentação saudável e hipossódica, além do ensino dos diferentes alimentos naturais que tem propriedades antipertensivas.
- **Grupo de atividade física meu coração saudável:** Formação de um grupo de exercício e caminhada fazendo uso da academia da saúde, visando manter o resultado esperado para a diminuição da obesidade estresse, ansiedade, e outros fatores de risco que contribuem a elevar o desenvolvimento de complicações, baixo a orientação e supervisão do educador físico.

Referências

- ARAÚJO, M.; ROCHA, P. Trabalho em equipe:: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, p. 20–26, 2007. Citado na página 20.
- BRASIL, M. da saúde do. *Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de saúde*. Brasília: Departamento de Atenção Básica. Brasília. Mi, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 20.
- BRASIL, M. da Saúde do. *cadernos de Atenção Básica - hipertensão arterial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 9, 14 e 17.
- CIPULLO, J. P. et al. *Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira*. São Paulo: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- CONVERSO, M.; LEOCADIO, P. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos da terceira idade de presidente prudente. *Ver. Ciências em Extensão*, p. 13–23, 2005. Citado na página 17.
- COSTA, M. F. F. de L. et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. *Revista de Saúde Pública*, p. 19–23, 2009. Citado 3 vezes nas páginas 18, 19 e 20.
- DUNCAN, L. et al. *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre: Artmed, 2013. Citado na página 20.
- FAUCI, A. et al. *Harrison Medicina Interna*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008. Citado na página 17.
- NASCENTE, F. M. N. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 10–15, 2010. Citado na página 18.
- RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Revista Nutrição*, p. 25–29, 2012. Citado na página 20.
- ÁVILA, A. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão, conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Revista Brasileira de Hipertensão*, p. 7–10, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 18, 19 e 20.