



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

Sonia Vivencia Castilla Vega

Estratégias educativas para pacientes com Hipertensão
Arterial Sistêmica residentes na comunidade Petrópolis,
no município de Joinville, Santa Catarina

Florianópolis, Março de 2018

Sonia Vivencia Castilla Vega

Estratégias educativas para pacientes com Hipertensão Arterial
Sistêmica residentes na comunidade Petrópolis, no município de
Joinville, Santa Catarina

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, Março de 2018

Sonia Vivencia Castilla Vega

Estratégias educativas para pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica residentes na comunidade Petrópolis, no município de Joinville, Santa Catarina

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, Março de 2018

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças mais frequentes em nível mundial, estando entre as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Caracteriza-se por ser uma condição clínica multifatorial com níveis sustentados de pressão arterial elevada, e associa-se frequentemente às alterações metabólicas, funcionais e/ou estruturais de órgãos alvos. **Objetivo:** Propor ações de promoção à saúde aos pacientes com HAS descompensada, residentes na comunidade de Petrópolis, no município de Joinville - SC. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção, ofertado à população atendida na UBS Edla Jordan com diagnóstico clínico de HAS, com idade superior à 15 anos e de ambos os sexos. Serão realizadas palestras e rodas de conversa, nas quais os pacientes poderão adquirir ou ampliar seus conhecimentos sobre autocuidados e de autocontrole da doença, a fim de modificarem seu estilo de vida. Ao final das intervenções será aplicado questionário para identificar o nível de conhecimento adquirido pelos participantes com relação aos fatores de risco, controle, complicações e tratamento da doença. **Resultados esperados:** Espera-se que após as intervenções seja possível traçar o perfil epidemiológico da população com HAS residente na área de abrangência, assim como aumentar o empoderamento dos participantes para assumirem o protagonismo na implantação de mudanças de estilo de vida e tratamento da doença. Espera-se, ainda, prover capacitação adequada aos profissionais da equipe de saúde para manter as ações realizadas posteriormente ao período previsto para o estudo.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares, Estilo de Vida, Hipertensão, Promoção 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	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A comunidade de Petrópolis fica no município Joinville, em Santa Catarina. Atualmente, no bairro se faz necessário o desenvolvimento de alguns projetos, tais como: cursos profissionalizantes para jovens, criação de biblioteca comunitária, maiores opções de lazer, projetos do centro de convivência para idosos construção de galerias para a solução dos problemas de esgotos a céu aberto, e arborização de ruas. As associações de moradores incluem os bairros de Parque Nossa Senhora Aparecida, Monsenhor Sebastião Scarzello, Petrópolis e Divino Spirito Santos. As entidades representativas da comunidade são os alcoólicos anônimos (AA) da Igreja Católica Divino, Espírito Santo e Nossa Senhora da Aparecida. Há também os clubes de mães de terceira idade, ginástica na associação e o conselho local de saúde. Dentro da organização social tem entidades beneficentes, tais como o centro de atenção às famílias carentes Sementes do Futuro, Associação para Integração Deficiente, Associação Águas da vida, Missão Criança, Déficit Educáveis e Síndrome de Down, Projeto Resgate, Casa de alimentação São Judas Tadeu, Instituto Amar, Assistência e Promoção social dentre outros. Em Joinville existem movimentos sociais conhecidos, tais como o do "Sem Terras" e outras organizações sociais como o Centro de Internação, o qual abriga menores oriundos de Joinville e de outras cidades. Os serviços ofertados no bairro são a polícia montada (cavalaria), dois colégios infantis (de 0 a 6 anos) e (de 3 a 5 anos), duas escolas com ensino fundamental, um colégio estadual com ensino fundamental e médio, e três escolas municipais. Com relação aos serviços de saúde, o bairro tem uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com três equipes de saúde da família (ESF) e uma unidade de pronto atendimento (UPA). A assistência social é prestada pela igreja Padre Ezequiel e pela Igreja Divino Espírito Santo com visitas domiciliares para averiguar as necessidades e fornecimento de cestas básicas. Tem serviços de redes bancárias e lotérica, comércio de lojas, farmácias, mercados e transportes coletivos. Dentre os espaços de lazer no bairro Petrópolis estão o salão da Associação de Moradores para eventos, academia de ginástica pública, campo de areia e parque infantil. Há áreas de risco ambiental por baixa hidrografia do Rio Cachoeira e uma zona de assentamento populacional de frequente migração. As ruas não têm pavimento, o crescimento urbano é desorganizado e há construção irregular de casas (clandestinamente). Há ainda, risco social por falta de formação educacional e qualificação profissional, emprego informal, presença de animais soltos nas ruas, índice elevado de drogadição, violência e criminalidade (drogas ilícitas e roubos). O saneamento básico existente em alguns locais é precário. Há esgotamento sanitário, fossas sépticas (83%), sistemas de esgoto da rede pública (10%) e esgoto a céu aberto (1,2 %). Todo o lixo produzido é coletado e nem todos recebem o tratamento de água (88,8 %). O perfil social da população é de classe média a baixa. As condições de moradia são regulares, com áreas de risco de inundação. O usuário do serviço de saúde pode ter acesso à diversos

benefícios e serviços, de acordo com critérios preestabelecidos, os quais incluem a tarifa social de água e energia, cursos profissionalizantes, Carteira do Idoso, Bolsa Família, Minha Casa Minha Vida, Telefone Popular, aposentadoria para dono(a) de casa, isenção de taxa para concursos públicos, entre outros. De forma geral a renda média da população é considerada baixa e há muitos aposentados na área. Para definir a prioridade dos problemas a serem tratados, foram analisados seus graus de importância, magnitudes, consequências, quantidade de pessoas envolvidas e também a vulnerabilidade e a disponibilidade de recursos para intervenções. Com isso, o tema de intervenção priorizado foi direcionado aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada, residentes no território de atuação da UBS. Atualmente, cerca de 14% dos pacientes que receberam consulta ou acolhimento no último ano se encontram descompensados. As causas envolvem principalmente a alimentação inadequada (alto consumo de sal, gorduras saturadas), uso de álcool, tabagismo, sedentarismo e obesidade. As consequências são o aumento do risco cardiovascular (infarto agudo do miocárdio) e cerebrovasculares, sendo essas as primeiras causas de morte na região. Além disso, os pacientes podem apresentar sequelas como as limitações físicas, resultando em maior carga familiar de cuidados e perda da independência e da autonomia. Considera-se esse tema muito importante para a população em risco, visto que poderão ser oferecidas atividades de prevenção e promoção de saúde à essas pessoas, com intuito de aumentar seus conhecimentos sobre a HAS e melhorar sua qualidade de vida. As possibilidades de realização deste projeto são reais já que o mesmo envolve poucos recursos financeiros e humano. Além disso, é oportuno neste momento, por se tratar da principal causa de procura dos serviços médicos na UBS, estando de acordo com os interesses da comunidade e da equipe de saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Propor ações de promoção à saúde a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada, residentes na comunidade de Petrópolis, no município de Joinville - SC.

2.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência da população com HAS maior de 15 anos na área de abrangência;
- Elaborar e adotar estratégias educativas e informativas sobre a importância do controle dos fatores de risco para a HAS;
- Contribuir para a redução da taxa de mortalidade de pacientes com HAS na área de abrangência;
- Contribuir para a redução da incidência de HAS na área de abrangência.

3 Revisão da Literatura

(SAÚDE, 2017)saúde (2017)(SINTES, 2001)A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SINTES, 2001, p. 86). É definida como o nível de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou como o nível de pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg (CHÁVEZ, 2010). Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, com 44 estudos em 35 países, revelou prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (MALACHIAS; SOUZA; PLAVNIK, 2010). Calcula-se que a prevalência de HAS nos países latino-americanos e Caribe flutua entre 8% e 30%, assim como nos EUA e Europa, onde a prevalência de HAS em adultos alcança cifras alarmantes, especialmente na Alemanha, onde 55% dos adultos são hipertensos (CHÁVEZ, 2010). Em 2012 o percentual de brasileiros hipertensos foi de 22,7% da população adulta e segundo os dados oficiais cerca de 17 milhões de pessoas são hipertensas atualmente no Brasil (RIBEIRO; CORREIA; CARVALHO, 2013). Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA > 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalência entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante a de outros países (MALACHIAS; SOUZA; PLAVNIK, 2010). A HAS mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (CHÁVEZ, 2010). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço americano da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que no transcurso dos próximos 10 anos deverá haver 207 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, das quais 24 milhões serão atribuíveis à HAS na região das Américas. A HAS se constitui um dos problemas médicos-sanitários mais importantes da medicina contemporânea. É uma das doenças mais frequentes em nível mundial, estando entre as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (SINTES, 2001, p. 87). Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes. A etiologia múltipla das DCNT não permite que elas tenham causas claramente definidas. Ou seja, trata-se de doença de origem multicasual. No entanto, as investigações biomédicas tornaram possível identificar diversos fatores de risco, os quais podem ser classificados em "Não Modificáveis" e "Modificáveis ou Comportamentais". Entre os fatores modificáveis, estão a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes mellitus, o tabagismo, o sedenta-

rismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNT. Outros fatores não modificáveis incluem a hereditariedade ou herança genética. Pelo fato das DCNT serem consideradas um problema global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, em setembro de 2011 a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou uma Reunião de Alto Nível priorizando o tema DCNT, bem como a articulação e o suporte de todos os setores governamentais capazes de prevenção e de cuidado com as DCNT, lançando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2012. O Plano visa integrar ações do setor saúde e outros setores, e teve a participação de diversos representantes dos segmentos sociais, o qual se constitui em mais um instrumento para transformar o tema de prevenção e controle de DCNT em agenda política e de governo. O Plano visa ainda, reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNT, por meio de um conjunto de ações preventivas e promocionais de saúde, associadas à detecção precoce e ao tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, a partir da Atenção Básica e da participação comunitária (MALACHIAS; SOUZA; PLAVNIK, 2010). Dentro das ações propostas destacam-se as cinco seguintes: 1) Programa Academia da Saúde: Construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/ práticas corporais, o lazer e modos de vida saudáveis articulados com a Atenção Básica em Saúde. 2) Programa Saúde na Escola: universalização do acesso ao incentivo material e financeiro do PSE a todos os municípios brasileiros, com o compromisso de ações no âmbito da avaliação nutricional, avaliação antropométrica, detecção precoce de hipertensão arterial, sistêmica, promoção de atividades físicas e corporais, promoção da alimentação saudável e de segurança alimentar no ambiente escolar. 3) Praças do PAC: fortalecimento do componente da construção de praças do PAC 2, no Eixo Comunidade Cidadão, como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital, oferecendo cobertura a todas as faixas etárias. 4) Reformulação de espaços urbanos saudáveis: criação do Programa Nacional de Calçadas Saudáveis e construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas. 5) Campanhas de comunicação: campanhas que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articulando com grandes eventos (MALACHIAS; SOUZA; PLAVNIK, 2010). Outras propostas ainda voltadas para a alimentação saudável incluem aumento da oferta de alimentos e as parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações) para o aumento da produção e da oferta de alimentos *in natura*. Apoio às iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados, no contexto da produção, do abastecimento e do consumo. Redução dos preços dos alimentos saudáveis com a adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e aumento dos subsídios, visando à redução dos preços dos alimentos

saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo. Ações de regulamentação de alimentos como revisar e aprimorar as normas de rotulagem de alimentos e promover ações de regulação de publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas e de alimentos na infância. Essas e outras diversas ações são muito úteis e necessárias para impedir o aparecimento da HAS, assim como para prevenir o agravamento dos sintomas. Para isso torna-se necessário estimular o estilo de vida saudável através da prática de exercícios físicos, evitando o sedentarismo, estresse e o consumo de álcool e tabaco (MALACHIAS; SOUZA; PLAVNIK, 2010). Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Qualquer pessoa com HAS primária pode tê-la sob controle com uma ampla variedade de medicamentos disponíveis, mas o tratamento precisa ser adaptado a cada indivíduo. Para a grande maioria dos portadores de hipertensão arterial controle, seguindo o tratamento que costuma iniciar com diuréticos ou beta bloqueadores (em geral tiazínicos, em pequenas doses), ou indicações obrigatórias como nos casos de diabetes mellitus, onde os inibidores da enzima conversora da angiotensina são importantes na proteção renal ou nos portadores de insuficiência cardíaca, tanto na melhora funcional, quanto nas complicações e sobrevida. Os medicamentos utilizados incluem as tiazidas (diuréticos), betabloqueadores adrenérgicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores da angiotensina II, antagonista de cálcio e vasodilatadores diretos (FERREIRA, 2017). As ações educativas propiciam a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos problemas e os danos decorrentes de outras doenças não-transmissíveis. As atividades e ações que favoreçam a redução de medicamentos, formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa do cidadão são altamente indicadas para prevenir a HAS. A prática de atividade física regular e contínua possibilita escolha nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, compreendidas como benéficas à saúde. As atividades desenvolvidas são de orientação para a realização de exercícios, de práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, tais como caminhada, ginástica, alongamento, ginástica para a terceira idade, escolinhas esportivas, dança, Lian Gong, entre outras. Para a execução destas ações buscam-se espaços alternativos na comunidade como salão de igreja, estacionamentos, parques e praças da cidade, ciclovias para caminhar, quadras ou ginásios de escolas e espaços de saúde existentes em algumas unidades básicas de saúde. Com essas ações mais próximas da comunidade é possível atrair crianças, jovens, adultos e idosos a participarem (SAÚDE, 2008).

4 Metodologia

Delineamento do estudo

Trata-se de um projeto de intervenção, descritivo e exploratório, e para a sua realização serão desenvolvidas as etapas descritas abaixo.

População e local do estudo

A população alvo deste projeto serão todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de ambos os sexos, maiores de 15 anos, cadastrados na área de abrangência da UBS Edla Jordan, localizada no Bairro Petrópolis, no município de Joinville- SC.

Estratégias e ações

1. **Fase de diagnóstico:** será realizada a coleta dos dados, os quais serão obtidos através da análise dos prontuários individuais, das histórias familiares, da base de dados da secretaria de saúde do município, bem como, por meio da aplicação de questionário que tem por escopo identificar o perfil epidemiológico da população alvo. Os resultados obtidos serão organizados em tabelas. Serão investigados o nome do paciente, idade, sexo, raça/etnia, conhecimentos sobre a doença, antecedentes e doenças associadas, estilo de vida e conhecimento sobre comportamentos de saúde adequados (ex.: consumo de frutas, vegetais, gorduras, sal em excesso, dentre outros).
2. **Fase de intervenção:** serão realizadas as atividades de educação em saúde, empregando-se diferentes estratégias, nas quais os pacientes poderão adquirir ou ampliar seus conhecimentos de autocuidados e de autocontrole da doença, de tal forma que seja possível modificar seu estilo de vida. Pretende-se realizar palestras e rodas de conversas em grupos, com frequência quinzenal e tempo de duração estimado de uma hora cada, por 4 meses consecutivos (vide cronograma abaixo).
3. **Fase de avaliação:** Aplicação de questionário, por meio do qual serão avaliadas as mudanças nos níveis de conhecimentos dos usuários que participaram das intervenções. Os assuntos a serem investigados abrangem os conhecimentos sobre a HAS, incluindo conceito, fatores de risco e formas de controle, formas de prevenção, complicações, importância do tratamento e da adoção de estilo de vida saudável.

Cronograma

Pretende-se realizar as etapas de intervenção no período compreendido entre os meses de novembro de 2017 a novembro de 2018. Abaixo segue a descrição do período destinado a cada etapa do projeto.

Tabela 1 – Cronograma do projeto de intervenção para usuários com HAS

Data	Atividade
Setembro- Outubro/2017	Elaboração do projeto de intervenção
Novembro/2017- Março/2018	Fase diagnóstico
Abril - Agosto/2018	Fase intervenção
Setembro - Novembro/2018	Fase avaliação

5 Resultados Esperados

Diante da elevada prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) entre os usuários da Equipe de Saúde da Família (ESF) Edla Jordan, do município de Joinville - SC, espera-se que após a realização do presente projeto de intervenção seja possível:

- Traçar o perfil epidemiológico da população com HAS residente na área de abrangência;
- Aumentar o empoderamento dos participantes para assumirem o protagonismo na implantação de mudanças de estilo de vida e na adoção de hábitos saudáveis para a saúde;
- Promover a redução das taxas de incidência da HAS na comunidade, a médio e longo prazo;
- Prover aos profissionais da equipe de saúde a capacitação adequada para manter as ações realizadas além do período previsto do estudo.

Considera-se, ainda, que os métodos escolhidos para colocar em prática o presente projeto de intervenção são adequados na medida em que a democratização das informações e o empoderamento da população desta comunidade serão construídos com base nos vínculos de confiança e nas relações horizontalizadas com os profissionais de saúde, os quais são capazes de construir por estarem inseridos na proposta de trabalho da ESF.

Referências

- CHÁVEZ, H. I. T. Prevalência de la hipertensão arterial en la comunidad de monte claro 2010. *Prevalencia de la Hipertensão arterial en la comunidad de Monte Claro 201*, p. 1–15, 2010. Citado na página 13.
- FERREIRA, C. *Tratamento da hipertensão arterial*. 2017. Disponível em: <<http://emedix.com.br>>. Acesso em: 29 Ago. 2017. Citado na página 15.
- MALACHIAS, M.; SOUZA, W.; PLAVNIK, F. 7º diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, p. 1–51, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.
- RIBEIRO, D. F.; CORREIA, W.; CARVALHO, Q. G. S. A importância do tratamento não farmacológico no controle de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 1, p. 44–46, 2013. Citado na página 13.
- SAÚDE, s. d. v. e. s. Ministerio de. Diretrizes e recomendações para o cuidado especial de doenças crônicas não transmissíveis, promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. *Diretrizes e recomendações para o cuidado especial de doenças crônicas não transmissíveis*, v. 1, p. 9–55, 2008. Citado na página 15.
- SAÚDE, S. municipal de. *programas/promocao-da-saude/acoes-educativas*. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/promocao-da-saude/acoes-educativas-educativas>>. Acesso em: 30 Ago. 2017. Citado na página 13.
- SINTES, A. *Temas de medicina General integral: Principales afecciones del individuo en los contexto familiar y social*. Cuba: Ciencias Médicas, 2001. Citado na página 13.