



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Yordania Cobas Lambert

Problematizando a hipertensão arterial sistêmica para
usuários e profissionais na Estratégia de Saúde da
Família em Ibaiti-PR: uma proposta educativa dialógica

Florianópolis, Março de 2016

Yordania Cobas Lambert

Problematizando a hipertensão arterial sistêmica para usuários e profissionais na Estratégia de Saúde da Família em Ibaiti-PR: uma proposta educativa dialógica

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: Claudio Claudino da Silva Filho
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Yordania Cobas Lambert

Problematizando a hipertensão arterial sistêmica para usuários e profissionais na Estratégia de Saúde da Família em Ibaiti-PR: uma proposta educativa dialógica

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.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Claudio Claudino da Silva Filho
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo contemporâneo, sendo que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, a hipertensão arterial sistêmica desempenha papel preponderante. Muitos são os atendimentos nas UBS por hipertensão arterial descontrolada. Neste sentido, o presente trabalho objetiva construir uma proposta educativa dialógica e problematizadora sobre a hipertensão arterial para usuários (as) e profissionais na estratégia de saúde da família em Ibaiti, Paraná. Buscar-se-á, ainda, conhecer os saberes e práticas tradicionais na comunidade em situações de HAS; construir saberes que problematizem os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para HAS; e institucionalizar espaço sustentável e permanente de discussões, ressignificações de saberes sobre HAS, participação popular e integração entre a equipe e usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca-se assim garantir maior eficiência na adesão e acompanhamento dos hipertensos na UBS Vilaguay, diminuir altas procuras de atendimentos, maior adesão ao tratamento e redução de complicações.

Palavras-chave: Saúde da Família, Hipertensão, Educação em Saúde, Saberes

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

Ibaiti é um município brasileiro localizado a 291 km da Capital do Paraná, em uma região conhecida como norte pioneiro ou Norte Velho. O nome Ibaiti vem de origem indígena e significa “água da Pedra” (Iba=água – iti =pedra) por estar numa região alta recebe o cognome Rainha das colinas. O município de Ibaiti com área de 877.735Km² – Altitude: 850 metros na região norte do Paraná, fazendo limites com os municípios de Ribeirão do Pinhal, Pinhalão, Japira e Figue ,dados encontrados em Wikipedia, A enciclopedia livre. A população de Ibaiti é de 30.800 habitantes de acordo com o censo 2013 do IBGE . Densidade 34,34 hab./km quadrado.

Equipamento social quantidade de escolas municipal é: 12 quantidade de escolas estadual é: 9, quantidade de igrejas: 8. A população total acompanhada atualmente por nossa equipe de saúde da família é de 584 pessoas, deles 321(54.9%) homens e 263(45%) mulheres. Em quanto faixa etária ficam distribuídos em menos de 20 anos 198(33.9%), de 20 a 59 anos 289(49.4%) , e pessoas com mais de 60 anos 97(16%). Em nossa equipe realiza se acompanhamento a DM e HAS, em nossa comunidade não tem casos de TB e Hanseníases. Dentro das cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a nossa unidade de saúde são: Hipertensão arterial descontrolada(47%), viroses(gripes, gastroenterites, dengue)(23%), trocar receitas(20%), Diabetes Mellitus(6%) consultas Pré natal(4%). O problema no qual desejo intervir é na alta procura de atendimentos por hipertensão arterial descontrolada. São muitos os pacientes com hipertensão que procuram nas UBS e quando fazem aferição da pressão arterial em triagem a maioria tem HAS descontrolada sejam por abandono no tratamento, esquecimento, as não mudanças dos estilos de vida. Em cada uma dos atendimentos a estes pacientes se constata a falta de conhecimento sobre a doença e as complicações dela. A educação do paciente com hipertensão arterial é elemento primordial para melhor controle dela; permite-lhe compreender melhor sua doença e as consequências facilitando-lhe uma adequada adesão ao tratamento e uma longe supervivência com melhor qualidade de vida por isso vai fazer um estudo de intervenção sobre hipertensão arterial em um grupo de pacientes hipertensos da USF Vilaguay do município Ibaiti, estado Paran. O projeto é oportuno neste momento porque a Hipertensão Arterial (HAS) é uma condição clinica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)/ Associa-se frequentemente a alterações dos órgãos alvos(coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas , com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC) ([MBA; CLG; L, 2006](#)) .

No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466

óbitos por doenças do aparelho circulatório. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências 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 à de outros países (DC; L; FM, 2008).

Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres⁸. A hipertensão arterial considera-se hoje uma das principais problemáticas de saúde. Milhões de pessoas morrem devido à pressão arterial elevada, reconhecendo-se como uma das 3 primeiras causas de morbimortalidade mundial e nacional, um dos principais motivos de consulta médica e uma doença com repercussão a nível econômico e social. No Brasil a Hipertensão Arterial tem um impacto social importante por não adesão ao tratamento; inadequação no tratamento ou do não tratamento. A prevalência de Hipertensão Arterial é muito elevada entre os 30 e 60 anos de idade e os desfechos graves da HAS ocorrem prematuramente; tem indicadores para medir o impacto social: aposentadorias precoces por invalidez; absenteísmo ao trabalho; custos com reabilitação; isolamento social; licença para o tratamento; perda da qualidade de vida; perda da produtividade para o país; problemas familiares; redução do poder aquisitivo; reinternações (TEA; RD; MD, 2000).

Os planteamentos da OMS com relação à importância para deter a epidemia mundial das doenças crônicas não transmissíveis reforça a necessidade de ter a disposição estratégias de intervenção eficazes. O termo adesão ao tratamento, pode ser considerado como chave no sucesso no programa de intervenção em saúde, a adesão ao tratamento entende-se como a participação ativa e voluntária do paciente com seu tratamento para obter melhores condições de vida, que vão além do cumprimento passivo das indicações dos profissionais da saúde. Este projeto de intervenção está de acordo com os interesses da comunidade e da unidade de saúde, sendo a hipertensão arterial um dos principais problemas de saúde da comunidade (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010a).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Construir uma proposta educativa dialógica e problematizadora sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) para usuários(as) e profissionais na Estratégia de Saúde da Família em Ibaiti, Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer os saberes e práticas tradicionais na comunidade em situações de HAS;
- Construir saberes que problematizem os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para HAS;
- Institucionalizar espaço sustentável e permanente de discussões, ressignificações de saberes sobre HAS, participação popular e integração entre a equipe e usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 Revisão da Literatura

Em 1711 foi feita a primeira aferição de pressão por Stephen Halles, na Inglaterra, foi medida a pressão em um cavalo. Em 1896, em Turim o italiano Riva Rocci inventou os primeiros aparelhos de medida. O Russo Korotkoff desenvolveu o método auscultatório de medida indireta da pressão arterial, através do esfigmomanômetro. Os aparelhos que vieram para o Brasil provinham de França. O primeiro livro que apareceu no Brasil sobre distúrbios de pressão arterial foi o de Genival Londres do Rio de Janeiro, em 1945, chamado Hipertensão Arterial, patologia, clínica e terapêutica; editado pela livraria Agir Editore. Em 1949 Genival Londres afirmava "não tem tratamento para a hipertensão arterial. Em 1978 foi realizada uma pesquisa epidemiológica sobre Hipertensão Arterial pela secretaria de saúde do Rio Grande do Sul e Fundação Oswaldo Cruz; este foi o primeiro estudo feito em Brasil. Em 1980 foi criado, por proposta de Roberto Carrasco, o departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia com a finalidade de estudar a doença hipertensiva. Em 1983 o Ministério da Saúde publicou, pela primeira vez, uma guia para controle da hipertensão arterial iniciada também pelo cardiologista Aloyzio Achutti. Em 1988 foi feito público o Boletim do Departamento de hipertensão arterial e em 1994 se transformou na Revista Brasileira de Hipertensão Arterial, chamada Hiperativo. O Ministério da Saúde criou em 1989 o programa nacional de Educação e Controle de Hipertensão Arterial (PNECHE). A monitorização ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) popularizou-se no Brasil no início dos anos 90 (MUNDIAL, 2015).

O primeiro consenso Brasileiro para o tratamento de Hipertensão Arterial foi publicado em 1990; em 1994 surgiu o segundo e em 1998 o terceiro; dirigidos por Hilton Chaves e Osvaldo Kohlmann introduziu alguns conceitos, estratificação dos grupos hipertensivos, fatores de risco e o comprometimento dos órgãos-alvos, decisão terapêutica. As DANT constituem, hoje, um enorme desafio para as políticas de saúde dos países em desenvolvimento. O relatório de 2002, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre saúde no mundo relata que a mortalidade, a morbidade e as deficiências atribuíveis às doenças não transmissíveis já representavam 60% de todas as mortes e 47% da carga global de doença, e, em 2020, estas deverão alcançar 73% e 60%, respectivamente. Destaca-se que 66% dos óbitos atribuíveis às DCNT ocorrem em países em desenvolvimento, afetando indivíduos mais jovens do que os acometidos nos países desenvolvidos. As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010b). Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT vêm sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão hipertensão arterial, a ingestão de álcool em

grandes quantidades, o diabetes mellitus, o tabagismo, sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destacasse a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento o risco de desenvolver DCNTs. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e a raça. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Hipertensão arterial sistêmica e as doenças cardiovasculares no Brasil e no mundo A HAS têm alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC)⁷, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em Brasil as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório ([CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010b](#)).

Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (figura 2). Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%^{6,7}. Estudos encontraram prevalências 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^{7,8}. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países⁸. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres⁸. Em 95 % dos pacientes com Hipertensão arterial não há causa orgânica. A tensão arterial alta é causada por predisposições hereditárias e fatores externos de risco como a obesidade, stress e consumo excessivo de álcool e sal. Doenças orgânicas são responsáveis pela hipertensão em apenas 5 % dos casos. Muitas são as consequências socioeconômicas individuais e ou social da Hipertensão Arterial posso citar: aposentadoria por invalidez, absentismo ao trabalho, custos com reabilitação, dependência total ou parcial para a realização de autocuidado, locomoção ou execução de tarefas simples; isolamento social; afastamento do convívio social e lazer; problemas familiares; redução do poder aquisitivo; reinternações; total de anos produtivos de vida perdidos anualmente pela invalidez; por morte precoce pela complicações da hipertensão arterial que determinam a pensão prematura aos familiares. Com a implementação do Sistema Único de Saúde em Brasil tem havido um aumento de produções acerca dos processos educativos, foram encontrados muitos trabalhos os quais apostam para a

necessidade de modificação das práticas educativas tradicionais ou as reforçavam (H; P; REY, 2000).

O Programa Saúde da Família propõe em relação a enfrentamento a hipertensão arterial que os equipes de saúde façam atividade educativa de prevenção e promoção à saúde dos indivíduos, família e comunidade diante palestras educativa nas UBS, postos de trabalhos, na comunidade onde façam abordagem de temas relacionados com Hipertensão arterial (CARDIOLOGIA, 2006). Também o SUS implementa ações de cuidado integrado para prevenção de e controle de DCNT como a HTA posso citar: linha de cuidado de DCNT com a implementação de diretrizes clínicas das DCNT ; capacitação e telemedicina oferecendo cursos a distância; acesso a medicamentos gratuitos ; atendimentos de urgências; unidades coronárias de AVE. São desenvolvidas ações do SUS em conjunto com diversos ministérios :Educativo, Cidades, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Secretaria Segurança Pública, Órgão de Trânsito com objetivo de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução da DCNT e seus fatores de risco cito algumas destas ações: Programa Academia da Saúde com a construção de espaços saudáveis ; programa saúde na escola, ofertas de alimentos saudáveis na escolas ; acordo com as indústrias para a redução de sal e do açúcar ; redução de preços dos alimentos saudáveis. Muitas são as procuras de atendimentos por Hipertensão Arterial descontrolada , ainda as experiências educativas com pacientes com HTA são incipientes por isso a importância de eu fazer a intervenção educativa neste grupo de pacientes com objetivo de criar consciência crítica sobre saúde (B; CB; JP, 2008).

4 Metodologia

METODO

Sujeito: A intervenção envolverá os pacientes que apresentam Hipertensão Arterial na USF Vilaguay, e uma equipe formada por a intervenção de médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes de Saúde.

Cenário: Unidade de Saúde da Família Vilaguay, Município de Ibaiti, Estado Paraná.

Estratégias e Ações: Serão divididas em 3 etapas:

Etapa #1: inicialmente será necessária a seleção dos pacientes Hipertensos dispensarizados na USF Vilaguay.

Etapa #2: Aos selecionados serão convocados para uma reunião na unidade de saúde para decisão rápida do objetivo e da importância do projeto de intervenção e convidá-los para compor o grupo. Realizar-se-á um questionário anônimo com objetivo de identificar os conhecimentos que os participantes têm sobre HAS.

Etapa #3: são realizados um curso com objetivo educativo sobre Hipertensão Arterial divididos em 04 aulas, discussões em grupo, com uma frequência de uma hora semanal, em um período de quatro semanas.

Etapa #4: conjuntamente com os profissionais da estratégia saúde da família criar locais para reuniões, debates, discussões de temas relacionados com Hipertensão Arterial.

Responsáveis: Médico autor da intervenção e enfermeira.

Avaliação e monitoramento: Os pacientes serão estimulados durante as reuniões a relatar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspecto positivo e negativo da intervenção para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe. Durante as reuniões semanais realizadas com toda a equipe de saúde da Unidade, serão discutidos o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções necessárias.

5 Resultados Esperados

- A equipe de saúde espera a vinculação dos hipertensos desse grupo educativo à unidade básica de saúde Vilaguay;
- Prover cuidados e orientações que incrementem o conhecimento que tem sobre a Hipertensão;
- Diminuir a alta procura de atendimentos por Hipertensão descontrolada;
- Lograr maior adesão ao tratamento e redução de complicações.

Referências

B WILLIAMS; CB, C.; JP, C. Prevalencia e fatores sociodemograficos em hipertensos de sao jose do rio preto. *ARQ BRAS CARD*, v. 91, n. 1, p. 1-3, 2008. Citado na página 15.

CARDIOLOGIA, S. B. D. V diretrizes brasileiras de hipertensao. *BRAS CARDIOLOG*, v. 1, p. 1-48, 2006. Citado na página 15.

CARDIOLOGIA sociedade bresieira de; HIPERTENSAO sociedade brasileira de; NEFROLOGIA sociedade brasileira de. *VI diretrizes brasileira de hipertensao: arq bras cardiolo. sao paulo: supl 1*, 2010. Citado na página 10.

CARDIOLOGIA sociedade bresieira de; HIPERTENSAO sociedade brasileira de; NEFROLOGIA sociedade brasileira de. *VI diretrizes brasileira de hipertensao: arq bras cardiolo. sao paulo: supl 1*, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

DC, M.; L, M.; FM, S. *DOENÇAS CRONICAS NAO TRANSMISSIVEIS .MORTALIDADE E FATORES DE RISCO NO BRASIL*. BRASILEA: MINISTERIO DA SAUDE, 2008. Citado na página 10.

H, P.; P, A.; REY, H. del. *Pharmoeconomic considerations in the managent of Hipertension drugs*. estados unidos: suppe 2, 2000. Citado na página 14.

MBA, B.; CLG, C.; L, C. *Desigualdades sociais na prevalencia de doencas cronicas no brasil*. sao paulo: Cien Saude Colet, 2006. Citado na página 9.

MUNDIAL, D. D. B. *ENFRENTAMENTO O DESAFIO DAS DOENÇAS NAO TRANSMISSIVEIS NO BRASIL*. brasilea: RELATORIO No 32576, 2015. Citado na página 13.

TEA, B.; RD, C.; MD, C. *DOENÇAS CARDIOVASCULARES:CAUSAS E PREVENÇAO/CARDIOVASCULARES DISEASE:ETIOLOGY AND PREVENTIVO*. BRASILEA: REVISTA BRASILEIRA DE CLINICA E TERAPEUTICA, 2000. Citado na página 10.