



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

Tatiana Matos Dominguez

Hipertensão Arterial Sistêmica: como reduzir fatores de
risco e aumentar o conhecimento dos pacientes da
comunidade de Ari Lunardi, no município de Xaxim,
Santa Catarina

Florianópolis, Março de 2018

Tatiana Matos Dominguez

Hipertensão Arterial Sistêmica: como reduzir fatores de risco e
aumentar o conhecimento dos pacientes da comunidade de Ari
Lunardi, no município de Xaxim, 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

Tatiana Matos Dominguez

Hipertensão Arterial Sistêmica: como reduzir fatores de risco e aumentar o conhecimento dos pacientes da comunidade de Ari Lunardi, no município de Xaxim, 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 comunidade de Ari Lunardi, localizada no município de Xaxim - SC, é muito antiga e não conta com organização social. Há somente uma Unidade Básica de Saúde e, apesar do bom nível socioeconômico, a maioria da comunidade tem hábitos alimentares prejudiciais e consome muitos psicofármacos. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e suas complicações estão entre os principais acometimentos da população, e com isso, tem-se realizado trabalho constante por parte da equipe de saúde para identificação e diminuição dos fatores de risco, assim como para elevar seu conhecimento sobre prevenção e tratamento da doença. **Objetivo:** Promover ações de promoção à saúde de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), atendidos na Unidade Básica de Saúde Ari Lunardi, no município de Xaxim - SC. **Metodologia:** A amostra será composta por todos os pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos e com diagnóstico clínico de HAS (n= 459). Todos serão contatados através de busca ativa, visitas domiciliares, revisão dos prontuários e durante as consultas agendadas. Serão avaliados com relação aos seguintes comportamentos: 1) hábitos de saúde não saudáveis; 2) medicamento em uso, dose e frequência; 3) data do diagnóstico da doença; 4) nível de conhecimento sobre os fatores de risco e complicações da doença. Após, serão realizadas as intervenções por meio de reuniões quinzenais, palestras mensais e outras ações direcionadas à prática de exercícios físicos, todas com apoio dos profissionais de saúde da equipe. **Resultados esperados:** espera-se que, ao final das intervenções, os pacientes percebam os riscos da doença e as consequências que esta pode trazer à saúde. Também espera-se que eles saibam manejar os fatores de risco, melhorando assim sua saúde e obtendo maior controle da HAS.

Palavras-chave: Fatores de Risco, Hipertensão, Prevenção de Doenças, 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 Ari Lunardi, localizada no município de Xaxim, estado Santa Catarina. É muito antiga e não conta com organização social. No bairro há grupo de jovens, clube de esportes, equipe de liturgia, equipe de batismo, equipe de cantos, conselho local de saúde e grupo da terceira idade. Há somente a Unidade Básica de Saúde Ari Lunardi, poucas creches, escola municipal, ginásio de esportes, uma igreja católica e várias evangélicas, camping com piscina e campo de futebol. Também há várias lojas de roupas, um mercado e duas madeiras. A população é emigrante principalmente de Alemanha, Itália e Polônia, e nos últimos anos, muitos vindo do Haiti. A comunidade apresenta bom nível socioeconômico, porém, tem hábitos alimentares prejudiciais e consomem muitos psicofármacos. Com isso, tem-se realizado trabalho constante por parte da equipe de saúde para identificação dos fatores de risco à saúde que mais acometem a população. Considera-se a importância da comunidade para o desenvolvimento local, pois apresenta grande área industrial onde a maioria dos moradores trabalham, além de ter localizada a única APAE do município. Trata-se de uma das comunidades mais antigas do município, com muitas pessoas idosas e exigentes com relação às questões de saúde. É um local agradável para se morar, onde as pessoas são solidárias umas com as outras.

O nível social é diferenciado, com rendas mais elevadas até pessoas que recebem algum tipo de benefício social. Cerca de 95% da população é alfabetizada. O sistema de saneamento básico está em andamento no município, porém na comunidade Ari Lunardi ainda não foi implantado, sendo que a maioria das residências utilizam fossas sépticas. A coleta de lixo é feita duas vezes na semana pela prefeitura (reciclável e não reciclável).

Com relação aos dados populacionais, tem-se população total de 4340 indivíduos, sendo 2152 mulheres e 2188 homens. Há 64 crianças menores de um ano, 1462 crianças e jovens com idade entre 01 e 19 anos, 1186 adultos com 20 a 59 anos e 1628 idosos, com idade igual ou acima de 60 anos. A comunidade tem ainda, 850 tabagistas, 5 portadores do vírus HIV positivo, 180 com neoplasias malignas (mamas, útero, próstata e cólon). As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a UBS em 2016 foram: 1) descontrole da pressão arterial (34%); 2) depressão (24%); 3) infecção das vias urinárias (16%); infecções das vias aéreas (8%); descontrole da diabetes mellitus (DM) (6%); 6) outras (12%). Já os agravos mais comuns incluíram as complicações da DM, da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e das doenças respiratórias.

Com isso, a escolha do tema do presente projeto envolve a HAS e suas complicações entre os moradores da comunidade. Justifica-se a importância de realizar este projeto, visando, principalmente diminuir a incidência da HAS na comunidade. A HAS é conceituada pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados às alterações metabólicas, hormo-

nais e a fenômenos tróficos. Ela é considerada uma síndrome de origem multifatorial, sendo considerados os valores, a partir de 139 mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 89 mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD) para indivíduos adultos. A hipertensão é de etiologia multifatorial, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, tais como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. A HAS é uma das doenças de maior prevalência na população atualmente. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta, e entre as pessoas com mais de 60 anos, cerca de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Promover ações de promoção à saúde de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), atendidos na Unidade Básica de Saúde Ari Lunardi, no município de Xaxim - SC.

2.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de pacientes com HAS na área de abrangência;
- Identificar os principais fatores de risco para a HAS na população da área de abrangência;
- Propor atividades educativas de saúde aos pacientes portadores de HAS na área de abrangência;
- Garantir tratamento medicamentoso a todos os pacientes portadores de HAS que tenham necessidade.

3 Revisão da Literatura

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Foram classificados como PA normal registros inferiores a 130/85 mmHg, e PA ótima valores inferiores a 120/80 mmHg(ROSÁRIO et al., 2009). A elevação da pressão arterial é um sinal de manifestação de doença específica na hipertensão arterial sistêmica (HAS) secundária, que responde por 5% dos casos. Nos casos de HAS primária ou essencial, é sinal de que um conjunto de fatores compromete o sistema cardiovascular e responde pelos demais 95% dos casos de HAS. Nesses casos, sua manifestação e severidade são influenciadas por fatores como quantidade de sal na dieta, padrão de atividade física, controle do peso corporal, tabagismo e co-morbidades, como o diabetes mellitus. Assim, a abordagem dessa condição exige ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e cuidado do estado clínico(PICCINI et al., 2012). A identificação de vários fatores de risco para a HAS, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status sócio-econômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais, muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos(ZAITUNE et al., 2006). Estima-se que a HAS atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano. Estudos de prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste(ZAITUNE et al., 2006). Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da HAS, porém, há grande variabilidade nas informações obtidas, em função de vários fatores, entre os quais: a) desenhos de amostra diversos; b) distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade, etc); c) abrangência geográfica do estudo (nacional, regional, urbano, rural); d) critérios de diagnóstico e rigor na mensuração da pressão arterial (PA); e) fonte e tipo de dados coletados; e f) análise dos dados. Essa variabilidade da informação, geralmente, inviabiliza a comparação dos estudos e sua utilização como ferramenta de decisão para a Saúde Pública (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A HAS é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabete

melitus (DM), dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica(ROSÁRIO et al., 2009).

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de conseqüências coloca essa doença na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos(MARTIN et al., 2004).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos. A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento correto da HAS e existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial regulares podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da HAS(PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). O tratamento é baseado em três recursos, sendo: não-farmacológico, farmacológico e adesão do cliente ao tratamento. O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com co-morbidades relevantes. A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento(PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde(GUSMÃO; MION, 2006).

Para que o tratamento atinja a eficácia desejada que é a diminuição da morbidade e

da mortalidade cardiovascular, se faz necessária a adoção de medidas que interferem no estilo de vida dos hipertensos e que, comprovadamente, favorecem a redução da pressão arterial. Tais medidas são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcóolicas; prática de exercícios físicos com regularidade; e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial. Há outras razões que tornam essas modificações no estilo de vida úteis, além da redução da pressão arterial que favorece o controle de outros fatores de risco: baixo custo e risco mínimo; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e redução do risco cardiovascular(JR. et al., 1999).

É importante lembrar que o indivíduo portador de uma doença crônica atravessa períodos de irritabilidade e autodepreciação, onde o processo de adaptação é lento e longo, e depende do tipo de doença, do grau de incapacidade e personalidade do indivíduo. Muitas vezes apresentam sentimentos de desamparo, desesperança, raiva, depressão, tristeza, solidão, que geram angústia e pesar(CASTRO; CAR, 2000).

Uma das formas de apresentação ou mesmo de complicação da hipertensão arterial é a crise hipertensiva. A crise hipertensiva caracteriza-se por uma elevação rápida, inapropriada, intensa e sintomática da pressão arterial, com ou sem risco de deterioração rápida dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e artérias), que pode conduzir a um risco imediato ou potencial de vida. Os níveis tensionais estão elevados, levando-se em consideração a pressão arterial diastólica, geralmente >120 mmHg. No entanto, em alguns casos de instalação recente, como nas glomerulopatias agudas e na toxemia gravídica, a crise pode ocorrer com níveis relativamente pouco elevados, com uma pressão arterial diastólica em torno de 100 a 110 mmHg(MARTIN et al., 2004).

A crise hipertensiva pode se manifestar como emergência ou urgência hipertensiva. A emergência hipertensiva caracteriza-se pela deterioração rápida de órgãos-alvo e risco imediato de vida, situação não encontrada na urgência hipertensiva. É considerada também como emergência, condição que requer redução rápida da pressão arterial, com o tempo medido em minutos, enquanto na urgência a pressão pode ser reduzida mais lentamente, com o tempo medido em horas(MARTIN et al., 2004).

Um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares é a hipertensão arterial, pois atua diretamente na parede das artérias, podendo produzir lesões. Daí a importância do tratamento antihipertensivo na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares, insuficiência cardíaca e renal(PESSUTO; CARVALHO, 1998).

4 Metodologia

Delineamento do estudo

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

População, amostra e local do estudo

A população alvo do presente projeto constitui-se por 4340 indivíduos, dispostos em 1057 famílias adscritas na área de abrangência da UBS Ari Lunardi, no município de Xaxim - SC. A amostra será composta por todos os pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos e com diagnóstico clínico de HAS (n= 459). A equipe envolvida na realização do projeto será composta pelo médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicóloga e farmacêutica.

Estratégias e ações

1. Fase de identificação dos participantes: os pacientes são convidados através de busca ativa, visitas domiciliares, revisão dos prontuários e nas consultas agendadas.
2. Fase de avaliação dos participantes: para coletar os dados realizamos as seguintes perguntas: 1) hábitos de saúde não saudáveis; 2) medicamento em uso, dose e frequência; 3) data do diagnóstico da doença; 4) nível de conhecimento sobre os fatores de risco e complicações da doença.
3. Fase de intervenção: a partir do levantamento e avaliação dos pacientes hipertensos, serão organizadas ações de educação em saúde, promoção e reabilitação aos portadores de HAS que visem aumentar o conhecimento dos participantes sobre como controlar adequadamente a doença por meio de tratamento medicamentoso e mudanças de comportamento, como prevenir complicações e sobre a importância da co-responsabilização no seu tratamento. Para isso, pretende-se realizar: 1) reuniões quinzenais de uma hora cada com os grupos de pacientes hipertensos da comunidade (responsáveis médica e enfermeira); 2) palestras mensais no salão comunitário com duas horas cada (responsáveis médica, nutricionista, enfermeira, psicóloga); 3) ações direcionadas à prática de exercícios físicos, realização de caminhadas duas vezes por mês (responsável fisioterapeuta).
4. Fase de reavaliação/monitoramento: os participantes serão estimulados durante as reuniões, grupos e consultas com a equipe, a apresentarem suas experiências com o tratamento, aspectos positivos e negativos das intervenções aderidas, visando a avaliação constante da efetividade do projeto. Durante as reuniões semanais realizadas com toda a equipe de saúde será discutido o desenvolvimento do projeto e necessidade de alterações.

Data	Atividade
01-10 de novembro 2017	Fase de identificação
13-17 de novembro 2017	Fase de avaliação
20 -30 de novembro 2017	Fase de intervenção
01-15 dezembro 2017	Fase de reavaliação/monitoramento:

Cronograma e Recursos

DESCREVER NA TABELA ABAIXO AS DATAS/MESES DE CADA FASE PREVISTA.

5 Resultados Esperados

Após a realização do presente projeto de intervenção espera-se que os pacientes da UBS Ari Lunardi percebam os riscos da doença e as consequências que esta pode trazer para sua saúde. Também espera-se que eles saibam manejar os fatores de risco, melhorando assim sua saúde e obtendo maior controle da HAS. De modo geral, requer trabalhar na promoção de hábitos de vida mais saudáveis e promover a prática de exercícios físicos, dieta adequada, diminuição do consumo de gorduras e abuso de bebidas alcoólicas, assim como que os usuários utilizem a medicação corretamente. Todas essas ações irão propiciar que após algum tempo a população com HAS conheça sua doença e como prevenir descompensações e que os pacientes aprendam a controlar os fatores de risco principais, incluindo a dieta inadequada, uso de álcool, sedentarismo e obesidade, visando assim diminuir as complicações. Também espera-se que o presente projeto sirva de modelo para outras intervenções com foco em diferentes doenças crônicas, expandindo-se além da comunidade para outras unidades de saúde do município.

Referências

- CASTRO, V. D. de; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, n. 2, p. 145–153, 2000. Citado na página 15.
- GUSMÃO, J. L. de; MION, D. J. Adesão ao tratamento–conceitos. *Rev Bras Hipertens*, v. 13, n. 1, p. 23–25, 2006. Citado na página 14.
- JR., O. K. et al. Iii consenso brasileiro de hipertensão arterial. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 43, n. 4, p. 1–2, 1999. Citado na página 15.
- MARTIN, J. F. V. et al. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. *Arq Bras Cardiol*, v. 83, n. 2, p. 125–130, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 15, n. 1, p. 1–2, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 1, n. 1, p. 33–39, 1998. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- PICCINI, R. X. et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 543–550, 2012. Citado na página 13.
- ROSÁRIO, T. M. do et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres - mt. *Arq Bras Cardiol*, v. 93, n. 6, p. 672–678, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- ZAITUNE, M. P. do A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de campinas, são paulo, brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 285–294, 2006. Citado na página 13.