

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS  
HIPERTENSOS DE UMA USF DE ARTUR NOGUEIRA/SP**

**Especializando:** Diovan Cruz

**Orientadora:** Marília Simon Sgambatti

Artur Nogueira / SP

2014

# Sumário

<b>1. Introdução</b>	3
1.1 Identificação e apresentação do problema	4
1.2 Justificativa da intervenção	5
<b>2. Objetivos</b>	
2.1 Objetivos Geral	5
2.2 Objetivos Específico	5
<b>3. Metodologia</b>	
3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	6
3.2 Cenários da intervenção	6
3.3 Estratégias e ações	6
3.4 Avaliação e Monitoramento	6
<b>4. Resultados Esperados</b>	7
<b>5. Cronograma</b>	7
<b>6. Referências</b>	8

## 1. INTRODUÇÃO

A pressão arterial elevada, conhecida como a enfermidade silenciosa<sup>1, 3</sup>, é provavelmente o maior problema público em países desenvolvidos e em desenvolvimento. É comum, assintomática, de fácil tratamento, mas com complicações letais se não for tratada adequadamente<sup>2</sup>.

A hipertensão arterial não controlada incrementa a resistência periférica vascular total, é uma enfermidade vascular silenciosa, com alterações metabólicas, que afeta diferentes órgãos e induz alterações patológicas. Dentro delas, miocardiopatia, que evolui desde hipertrofia ventricular esquerda até a insuficiência cardíaca e com outras lesões em órgãos alvos, como principalmente cérebro, rins, aorta e retinas.

Mais de 74 milhões da população americana sofre de hipertensão e pelo menos 16 milhões nem sequer sabem. Juntando os dados dos países desenvolvidos e os em desenvolvimento, a hipertensão arterial sistêmica afeta 25-35% dos adultos. Esta porcentagem sobe até um 60-70% em pessoas maiores de 70 anos<sup>3</sup>.

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica varia pela raça ou genética, sendo mais alta em afros - americanos e hispanos comparado com não hispanos e brancos<sup>4</sup>.

A hipertensão arterial sistêmica se define como o aumento das pressões que suportam as paredes das artérias, quando o sangue passa pelas mesmas. Muitas vezes esses vasos se tornam rígidos por fatores como uso de tabaco, obesidade, sedentarismo e outros. Diante de situações patológicas em que existe uma pós carga aumentada, o coração experimenta hipertrofia ventricular esquerda para diminuir a tensão das paredes segundo a lei de Laplace<sup>5, 6</sup>.

A prática regular de atividades físicas é parte primordial das condutas não medicamentosas de prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Segundo diretrizes nacionais e internacionais todos os pacientes hipertensos devem fazer exercícios aeróbicos, como forma isolada ou complementar ao tratamento

medicamentoso<sup>7,9</sup>. Muitas doenças podem ser causadas por fatores ambiental e estilo de vida inadequados<sup>11</sup>.

A última atualização Européia e Americana enfatiza que em além de tratar a pressão arterial se deve saber se esses usuários têm órgãos alvos afetados para serem tratados sincronicamente<sup>9</sup>.

A evolução da hipertensão arterial sistêmica leva para um aumento da pressão do final da diástole, devido ao aumento da rigidez miocárdica, isso provoca congestão venosa pulmonar e dispnéia. A hipertrofia ventricular esquerda é um marcador prognóstico importante e o estudo desses usuários deve ser feito através de exames ecocardiograficos<sup>10</sup>.

A classificação atual de pressão arterial determina o estado da condição da tensão arterial do paciente. Os valores usados nesse estudo serão segundo o nível da pressão arterial (mmHg): Normal - Sistólica < 120 e Diastólica < 80; Pré hipertensão - Sistólica entre 120 - 139 e Diastólica entre 80 - 89; Hipertensão arterial sistêmica - Estagio 1: 140–159 e 90–99; Estagio 2:  $\geq 160$  o  $\geq 100$ <sup>12</sup>.

## **1.1 Identificação e apresentação do problema**

No município de Artur Nogueira/SP, encontramos uma população crescente em processo de envelhecimento, portanto com maior prevalência esperada de HAS pelos fatores do risco encontrados na população acima de 50 anos.

Durante os atendimentos na USF onde trabalho, encontramos alta prevalência, nas consultas de Hiperdia, de usuários com HAS, em todas as faixas etárias e ambos os sexos, e com muitos fatores de risco associados como obesidades, consumo de álcool,

cultura dietética com muito consumo de sal, açúcar e outros alimentos ricos em gorduras.

## **1.2 Justificativa da intervenção**

Como pode se observar trata-se de um problema muito importante em saúde pública, porém a solução deve dirigir-se ao controle frequente dos fatores de risco e melhoria no estilo de vida saudável.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Promover ações de educação em saúde sobre hábitos saudáveis de vida para melhoria no controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em usuários que participarão deste estudo.

### **2.2 Objetivo Específico**

Determinar a melhor forma de controlar a HAS em usuários que participarão deste estudo.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção**

O estudo será desenvolvido junto aos usuários hipertensos do município de Artur Nogueira, cadastrados na USF Planalto, entre 50 e 70 anos que desejarem participar.

#### **3.2 Cenário da intervenção**

As ações serão desenvolvidas na USF do Bairro Planalto, município de Artur Nogueira/SP.

#### **3.3 Estratégias e ações**

Serão realizados encontros semanais com duração de uma hora ou mais. As ações realizadas serão voltadas a atividades físicas, orientação de alimentação mais saudável, discussões sobre fatores de risco para o desenvolvimento de complicações, com dinâmicas de grupo, momentos de confraternização e café da manhã com frutas e outras receitas saudáveis.

#### **3.4 Avaliação e monitoramento**

O monitoramento será realizado 1 vez ao mês, com medida do peso e avaliação dos usuários com relação à adesão de práticas mais saudáveis de vida, diminuindo os riscos que cada um possa apresentar para o desenvolvimento de outros agravos.

Visita domiciliar será realizada com a intenção de verificar como se maneja em casa as refeições frente ao consumo de sal e de açúcar, óleo, alimentos gordurosos, uso de álcool e tabaco.

#### 4. RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos frente ao desenvolvimento das ações, que os participantes apreendam e possibilidades de mudança no cotidiano de suas vidas.

Que a troca de experiências entre os participantes, as reflexões individuais e coletivas possam ser de extrema importância para melhorar a aderência ao tratamento deste agravo, principalmente em relação aos hábitos de vida, implicando diretamente na melhora da qualidade de vida desses usuários.

#### 5. CRONOGRAMA

Atividades	Mai à Out 2014	Nov 2014	Dez 2014	Jan 2015	Fev à Jul 2015	Ag e Set 2015	Out 2015
Elaboração do Projeto	X						
Aprovação do Projeto		X					
Discussão e planejamento do Projeto junto a Equipe da USF			X				
Identificação da população				X			
Implantação e Operacionalização do projeto					X		
Análise dos resultados						X	
Divulgação dos resultados							X

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Harvard health publications harvard medical school. Hypertension: Controlling the “silent killer” [Internet]. Boston: Harvard Medical School. [Consultado em: 5 de Agosto de 2014]. Disponível em: [http://www.health.harvard.edu/special\\_health\\_reports/Hypertension](http://www.health.harvard.edu/special_health_reports/Hypertension).
2. Fisher NDL, Williams GH. Hypertensive vascular disease. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, House SL, Jameson JL. Harrison’s principles of internal medicine. 16<sup>a</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 1463-67.
3. Texas heart institute education department. Hypertension [Internet]. Houston: Texas Heart Institute; [Agosto 2014; consultado em: 12 de Agosto de 2014]. Disponível em: <http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics/Cond/hbp.cfm>.
4. Victor RG. Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: Bronow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby, P. Braunwald’s heart disease – a textbook of cardiovascular medicine. 9<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Sa; 2011. P. 935-43.
5. Puig AB, Payeras C, Iserte ADLS, Montero IJF. Farreras y rozman medicina interna. Vol. I. In: Hipertension arterial y cardiopatia hipertensiva. 15<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 587-611.
6. Ganong WF. Fisiologia medica. In: Homeostasis cardiovascular en la salud y la enfermedad. 13<sup>a</sup> ed. Mexico-DF: El manual moderno, S.A. de C.V.; 1992. P. 578-81.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensao, Sociedade Brasileira de Nefrologia, V Diretrizes Brasileiras de Hipertensao Arterial, 5 ed. Sao Paulo; 2006.
8. American Heart Association, New guidelines issued for treating resistant hypertension [Internet] Dallas; American Heart Association; 8 de Abril de 2008 [Consultado em: 5 de Agosto de 2014]. Disponível em: <http://newsroom.heart.org/news/new-guidelines-issued-for-treating-228157>.
9. McPhee SJ, Massie BM. Systemic hypertension. In: Tierney LMJ, McPhee SJ, Papadakis MA. Current medical diagnosis and treatment. 45<sup>a</sup> ed. New York: McGraw Hill ; 2006. P. 419-45.
10. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN, Schoen F. Robbins basic pathology. In: The blood vessels. 8<sup>a</sup> Ed. Philadelphia: Sunders Elsevier; 2007. p. 279-80.
11. U. S. Department of health and human services, national institutes of health, national heart, lung, and blood, institute national. National high blood pressure education program N I H, (JNC 7) [Internet], 2003 December [ Consultado em: 7 de



Agosto de 2014]; NIH Publication No. 03-5233: [ Aproximadamente 52 p.].  
Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension>.