

Especialização em Saúde da Família.

Projeto de Intervenção:

**Fatores de riscos associados á Hipertensão Arterial no bairro Maria Antônia,
na cidade de Sumaré-SP.**

Nome: Doutor Yoander Jiménez Pérez.

Orientador: Alexandre Luiz Affonso Fonseca.

Sumaré/ SP

2014

SUMÁRIO

1. Introdução	
1.1. Identificação e apresentação do problema.....	03
1.2. Justificativa.....	04
2. Revisão Bibliografica.....	05
3. Objetivos	
2.1. Objetivos Gerais.....	07
2.2. Objetivos Específicos.....	07
3. Metodologia	
3.1 Sujeitos da intervenção (público-alvo).....	08
3.2 Cenários do estudo.....	08
3.3 Estratégias e ações.....	08
3.4 Avaliação e monitoramento.....	09
4. Resultados Esperados.....	10
5. Cronograma.....	11
6. Referências.....	13

Introdução.

1.1 Identificação e apresentação do problema

A hipertensão arterial é sem dúvidas um dos mais importantes problemas de saúde da medicina atual. É uma entidade nosológica e um terrível fator de risco que afeta entre o 20 e 30 % da população maior de 15 anos de idade do planeta. A Hipertensão Arterial é uma das doenças crônicas mais frequentes, a qual constitui uma das principais causas de morbidade dos adultos em muitos países do mundo⁽¹⁾.

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 consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais⁽²⁾.

A HAS tem 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⁽⁴⁾.

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados^(2,6).

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA^(10,11).

Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA⁽²⁾. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS⁽²⁾.

O alto consumo de sal, atualmente, é utilizado como preditor de doenças cardiovasculares. Em países ocidentais, o consumo de sal é elevado, não só na preparação como na conservação de alimentos, além da grande utilização de outras substâncias, como o glutamato monossódico. Esse condimento parece ter grande aceitação entre os mais jovens e tornou-se indispensável na alimentação à base de massas. Apesar de poucos estudos sobre a mudança de padrões alimentares no Brasil, o estudo de Barreto & Cyrillo na cidade de São Paulo, mostrou uma diminuição de 35% nos gastos domésticos com hortaliças e frutas no orçamento familiar. Situação inversa foi encontrada nos gastos com alimentos industrializados⁽¹²⁾.

Resultados de estudos experimentais mostram que a ingestão de uma única dose de álcool pode causar inicialmente a queda de pressão - efeito hipotensor imediato - depois a eleva gradualmente - efeito pressor tardio - que é o período de depuração do etanol consumido⁽¹³⁾.

Estudos realizados revelam que existe a relação dose / resposta linear. Então, a partir de três doses de álcool por dia há um aumento da pressão arterial. Porém, a

redução do consumo diminui a pressão, minimizando desse modo o risco de doença coronariana, acidente vascular cerebral (AVC) e acidente isquêmico transitório (AIT, mini - AVC) ⁽¹³⁾.

Observou-se também um fato curioso, o risco de hipertensão não depende do tipo de bebida ingerida, e sim beber fora dos horários das refeições, independente da quantidade ⁽¹³⁾.

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS ⁽¹⁴⁾.

Pessoas que praticam atividades físicas tendem a ter o organismo forte e as doenças têm mais dificuldade de se manifestar, já o corpo com falta de estímulo vai sucumbindo, perdendo suas capacidades e funções, facilitando o aparecimento de muitas doenças, inclusive a hipertensão arterial ⁽¹⁵⁾.

Para manter a saúde em dia não é preciso muito exercício, não há a necessidade de se tornar um atleta, basta ser mais ativo. A dica é incluir nas tarefas do seu dia pelo menos 30 minutos de atividade física ⁽¹⁵⁾.

Diversos mecanismos têm sido apontados para explicar os efeitos pressores e vasoconstritores do cigarro. Por exemplo, a nicotina pode aumentar a pressão arterial diretamente por aumento do tônus do músculo liso vascular ou por aumento da vasopressina. Além disso, os efeitos hemodinâmicos do fumo podem ser mediados por ativação do sistema nervoso simpático ⁽¹⁶⁾.

O estresse, por estimular o sistema nervoso simpático, afeta também a pressão arterial, fazendo com que haja um aumento da frequência cardíaca e da força contrátil dos batimentos cardíacos, assim como da resistência periférica, aumentando, portanto, o risco de doença cardíaca. Uma importante observação é que, no aparelho circulatório, o estresse é capaz de provocar um aumento da atividade simpática, levando a liberação de adrenalina e promovendo desta forma taquicardia e vasoconstrição. O estresse libera substâncias endógenas chamadas catecolaminas, que promovem a elevação da frequência cardíaca e, em paralelo, o aumento no tônus (resistência) vascular, levando a um incremento na pressão arterial⁽¹⁷⁾.

1.2 Justificativa

Com todo exposto, compreende-se que no PSF Maria Antônia, do município de Sumaré, observa-se um número grande de pessoas com HAS, estimando-se que um 25% da população apresenta esta doença. Observou-se que muitos desses pacientes hipertensos não apresentam estilos de vida saudáveis que devem ser praticados como: a realização de atividade física periódica, a cessação do tabagismo, levar uma alimentação balanceada, realização de uma dieta adequada, para proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destes indivíduos.

Revisão Bibliográfica

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, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais⁽¹⁾.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de riscos para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, enfarte agudo do miocárdio, aneurisma arterial, doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida. Segundo a American Heart Association é a doença crônica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto econômico e social⁽¹⁹⁾.

A hipertensão raramente é acompanhada de outros sinais ou sintomas, e o seu diagnóstico usualmente acontece depois de um rastreio ou durante uma consulta médica por outros problemas. Uma parte significativa de hipertensos revela sofrer dores de cabeça sobretudo na occipital (parte posterior da cabeça) e durante a manhã, assim como vertigens, zumbidos, distúrbios na visão ou mesmo episódios de desmaio⁽¹⁹⁾.

Hipertensão arterial é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas arterial, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído⁽¹⁹⁾.

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), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.

Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório⁽⁴⁾.

Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007⁽⁴⁾.

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. 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 mulheres ⁽⁷⁾.

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição ⁽⁹⁾.

No Brasil, em 2012, cerca de 40% dos brasileiros tinham colesterol alto(acima de 200mg/dl) e cerca de 300 mil mortes por ano, são em decorrência de infartos e derrames. É um problema mais comum depois dos 30 anos e em sedentários, mas também pode afetar pessoas magras, pessoas ativas e jovens. No mundo, aproximadamente 17 milhões de pessoas morrem devido às doenças cardíacas ⁽¹⁵⁾.

Na atualidade, combina-se o tratamento da Hipertensão Arterial com medidas não farmacológicas, como a prática diária de exercícios físicos, evitar a obesidade, diminuir os níveis de colesterol em sangue, a promoção de hábitos saudáveis, uma alimentação saudável com frutas e vegetais, eliminar o tabagismo e o alcoolismo, evitar o estresse, diminuir o consumo de sal nas refeições.

Por tal motivo, tem-se como finalidade fazer um controle dos fatores de riscos que possam repercutir sobre a hipertensão arterial para controlar esta doença, já que a mesma pode causar complicações fatais de maneira silenciosa por ser uma doença assintomática na maioria dos pacientes. Recomendou-se a criação de grupos de Hipertensos na Unidade Básica de Saúde para tais fins.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Dar a conhecer os factores de riscos mais frequentes associados à Hipertensão Arterial nos pacientes do PSF Maria Antônia.

2.2 Específicos

1. Classificar os pacientes estudados por variáveis demográficas: idade, sexo e raça.
2. Determinar os fatores de riscos da Hipertensão Arterial na população estudada.

3. METODOLOGIA

3.1 Sujeitos da intervenção (público-alvo)

Dentre os recursos humanos necessários, estão os moradores do bairro, um profissional da equipe de saúde da família do bairro. O público-alvo deste projeto de intervenção é a população com Hipertensão Arterial do bairro de Maria Antônia, na cidade de Sumaré-SP.

3.2 Cenário do estudo

O presente projeto deverá ser desenvolvido na área de saúde do bairro Maria Antônia, na cidade de Sumaré-SP.

3.3 Estratégias e ações

No primeiro momento os agentes comunitários deverão fazer uma boa dispensarização dos pacientes com Hipertensão Arterial do PSF Maria Antônia.

Nas reuniões de equipe farei uma capacitação aos agentes comunitários de saúde em relação sobre a Hipertensão Arterial.

Os agentes comunitários de saúde vão fazer visita domiciliar a todos os Hipertensos de nosso bairro, recolhendo dados como: uso correto da terapia medicamentosa, presença de ansiedade gerada por (dificuldade econômica, laboral, familiar, de moradia, etc.), obesidade, tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de sal, alcoolismo.

Depois disto faremos uma palestra com os pacientes hipertensos de comunidade para informar o objetivo de nosso trabalho e informar nesse momento a influencia dos fatores de risco desta doença e as complicações que ela pode gerar.

Seguimento em consulta e visita domiciliar programada a cada 4 meses a todos os pacientes com Hipertensão Arterial.

Como tarefa final tentarei fazer mudanças nos fatores de risco presente em cada paciente, para diminuir assim as cifras de pressão arterial de cada um deles além da quantidade de remédios consumidos por dia.

3.4 Avaliação e monitoramento

Começarei com os pacientes Hipertensos que apresentem fatores de riscos e cifras de pressão arterial descompensada. Posteriormente com tudo o universo de estudo.

A identificação deles poderá ser pelos agentes comunitários de saúde ou em consulta medica de seguimento.

Depois deverão ser avaliados em consulta, com registro de cifras de pressão arterial, identificando os principais fatores de riscos que podem desencadear Hipertensão Arterial.

Posteriormente se encaminharão a consulta de grupo para um melhor controle e seguimento em curto prazo da vigilância da pressão arterial.

Agendamento a cada quatro meses em consulta de seguimento com exames de rotina para um melhor controle da pressão arterial.

4. Resultados

- Espera-se conhecer aos 100% da população de nosso PSF que apresenta Hipertensão Arterial.
- Ter-se uma noção dos principais fatores de riscos que apresentam os pacientes Hipertensos de nossa comunidade.
- Mudar-se os estilos de vida fazendo influencia sobre os fatores de riscos e assim levar a um melhor controle da pressão arterial.
- Diminuir-se complicações fatais para a vida como as doenças cérebro vasculares e o infarto agudo do miocárdio com o controle da pressão arterial.
- Vincular-se aos agentes comunitários de saúde no trabalho do controle e tratamento aos pacientes hipertensos.
- Programar-se periodicamente as consultas e visitas domiciliares aos pacientes hipertensos.
- Incorporar-se ao grupo de Hipertensão aos pacientes com a doença descompensada para diminuir cifras de pressão de maneira imediata.

Cronograma:

Atividades (2014)	maio	junho	julh	aug	sept	out	nov	dec
Elaboração do Projeto	x							
Identificação da população		x	x					
Estudo do referencial teórico	x	x	x	x	x	x	x	
Implantação do projeto				x	x	x		
Análise dos Resultados							x	
Divulgação dos Resultados								x

Propõe-se as seguintes tarefas para o ano 2015:

Dezembro 2014

Em reunião de equipe apresentar o trabalho dos fatores de riscos associados à Hipertensão Arterial.

2da-3ra-4ta semana: Dispenzarização dos pacientes hipertensos pelos agentes comunitários de saúde.

Janeiro 2015

Na reunião de equipe semanal classificar aos pacientes hipertensos por fatores de riscos.

Fevereiro 2015

Palestras durante o mês com pacientes hipertensos para explicar sobre a influencia dos fatores de riscos da Hipertensão Arterial.

Março 2015

Avaliar durante o mês em consulta medica aos pacientes hipertensos descompensados da pressão arterial.

Abril 2015

Continuar avaliando durante o mês em consulta aos pacientes hipertensos.

Mai 2015

Avaliar em conjunto com os agentes comunitários de saúde a eliminação de fatores de riscos da Hipertensão Arterial dos pacientes dispensarizados no posto de saúde.

Junho 2015

Continuidade do tratamento.

Julho 2015

Reavaliar aos pacientes hipertensos que foram consultados quatro meses atrás para fazer controle da pressão e fatores de riscos.

Agosto 2015

Continuidade da reavaliação dos pacientes hipertensos.

Setembro 2015

Revisar os resultados obtidos em consultas anteriores.

Outubro 2015

Reavaliar aos pacientes que receberam atendimento no mês de junho e julho.

Novembro 2015

Reavaliação dos pacientes do mês de agosto. Avaliar em conjunto com os demais integrantes da equipe de saúde o impacto de ter eliminado os pacientes fatores de riscos da Hipertensão Arterial.

Dezembro 2015

Convocar às demais equipes da Unidade Básica para uma palestra para mostrar os resultados obtidos no período.

Referencias:

1. Anderson HV. Estrogen therapy, atherosclerosis and clinical cardiovascular events. *circulation* 2006; 1809.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2006 Fev: 1–48.
3. Williams B. The year in hypertension. *JACC* 2010; 55(1): 66–73
4. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in *Saúde Brasil 2008*. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337–362.
5. Consulta realizada nos dias 13, 14, 22, 23 e 24 de Janeiro de 2009 <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>
6. Documento do Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não-transmissíveis no Brasil. Relatório No 32576-BR. 15 de novembro de 2005.
7. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension* 2009; 27(5): 963–975.
8. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.
9. Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabete Melito em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87: 471–479.
10. Brandão AA, Pozzan R, Freitas EV, Pozzan R, Magalhães MEC, Brandão AP. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. *J Hypertens* 2004; 22 (Suppl 1): 111S.
11. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, jun 1997.
12. Barretto SAJ, Cyrillo DC. Análise da composição dos gastos com alimentação no Município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. *Rev Saúde Pública* 2001;35: 52-9.
13. [Hipertensão Arterial e alcoholism. www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n3/0476.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n3/0476.pdf)
14. de Oliveira CM, Pereira AC, de Andrade M, Soler JM, Krieger JE. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study *BMC Medical Genetics* 2008, 9: 32.
15. Sociedade Brasileira de Hipertensão. www.sbh.org.br/geral/releases.asp?id=25.
16. Hipertensão arterial e Tabagismo. www.webartigos.com/artigos/hipertensao-e-tabagismo/6798.
17. Hipertensão e estresse. hipertensao2010.blogspot.com.br/2010/08/estresse-e...
18. Hipercolesterolemia. pt.wikipedia.org/wiki/Hipercolesterolemia
19. Hipertensõa Arterial. es.wikipedia.org/wiki/Hipertensión_arterial.

