

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DE FAMÍLIA

Relação entre o nível de escolaridade e o controle da Hipertensão Arterial na
UBS Eldorado.

Autor: Dr. Francisco Fausto González Fernández.

Orientadora: Profa. Dra. Mariane Emi Sanabe.

Diadema

2014

SUMÁRIO

1. Introdução

2. Objetivos:

➤ Geral

➤ Específicos

3. Metodologia

➤ Sujeitos envolvidos no projeto de intervenção

➤ Cenários da intervenção

➤ Estratégias e ações

➤ Avaliação e monitoramento

4. Resultados esperados

5. Cronograma

Referências

INTRODUÇÃO

No mundo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública muito grande e suas complicações provocam a morte a cada ano a 9,4 milhões de pessoas, sendo a causa de pelo menos o 45 % das mortes por cardiopatias e o 51% das mortes por acidente vascular encefálico. (1)

No ano 2008, o 40% das pessoas adultas acima dos 25 anos de idade foram diagnosticadas com HAS e a quantidade total de pacientes com esta doença já era de 1000 milhões no mundo.(2)

A HAS é uma doença crônica associada a taxas de morbidade e mortalidade consideravelmente elevada. As doenças cardiovasculares representam 30% das mortes no Brasil, e aproximadamente 50% das pessoas encontram-se entre 30 e 69 anos de idade, representando um dos problemas de saúde mais importantes da saúde pública. (3). A prevalência da HAS está entre 22,3% a 43,9%, alcançando taxas de até 50% em pessoas idosas. (4)

No ano 2013 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou no dia mundial da saúde: A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013 onde define a HAS como os valores de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg em medidas repetidas e em condições ideais.(5)

Segundo os dados publicados na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a hipertensão arterial na população tem alta prevalência e baixas taxas de controle e uns dos principais problemas de saúde. (7) O nível de escolaridade das pessoas tem influência favorável o desfavorável no controle da HAS. A metade dos pacientes não controlados é analfabeta e em relação aos hipertensos controlados, a taxa de analfabetismo cai para 19%. O controle da pressão arterial elevou-se em proporção ao nível de escolaridade, com uma relação direta chegando a 100% entre aqueles com nível médio completo. (8) Segundo dados do ministério da educação sobre a taxa de analfabetismo no Brasil, o analfabetismo em sentido geral e o analfabetismo funcional que é aquela pessoa que mesmo sabendo ler e escrever não tem as habilidades de leitura, escrita e cálculo para participar na vida social têm níveis muito altos ainda no Brasil e constitui um problema fundamental na comunicação e interação do médico com os usuários hipertensos, sobretudo na hora das orientações gerais, as prescrições dos diferentes fármacos e o entendimento por parte dos pacientes das palavras do profissional da saúde. Em 2000, 13,8% dos homens eram analfabetos, 13,5% das mulheres eram analfabetas, além de 27,8% de analfabetos funcionais. (6)

No Brasil em estudos realizados para avaliar a influencia dos diferentes fatores socioeconômicos sobre pacientes hipertensos, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. (9)

No ano 2006 no município de Campinas (SP) foi feito um estudo sobre a prevalência da hipertensão arterial em usuários idosos, fatores associados e diferentes estilos de vida e a influência no controle adequado da doença, utilizando dados do ISA-SP foi comprovada a existência de relação direta entre o nível de escolaridade e a prevalência de hipertensão. (10) Também foi constatado que em diferentes famílias de diferentes estratos sociais onde o principal responsável da família envolvida no estudo tinha um baixo grau de escolaridade, ou seja, menos de quatro anos de estudos, tinha uma maior prevalência de hipertensão arterial, redor de 26,4% e muito menor, ou seja, redor de um 15,1% entre aqueles que tinham 12 ou mais anos de escolaridade. Dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* de 2003 (PNAD 2003) mostraram uma prevalência também maior em pessoas acima dos 18 anos e menos de quatro anos de escolaridade em relação com as pessoas da mesma faixa etária que estudaram mais de 11 anos. (11).

Segundo outros estudos sobre a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial a menor escolaridade mostrou-se associada de forma negativa à adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico com dificuldade para o entendimento do comportamento da doença. A maior escolaridade mostrou uma relação positiva com o controle das taxas de hipertensão arterial, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, mudança nos estilos de vida, exercício físico, dieta saudável e outros fatores socioeconômicos, porém pessoas com menos escolaridade têm menos oportunidades de entender, aceitar e até controlar a hipertensão arterial, assim como avaliar e medir o alcance da sua nova condição clínica. (12, 13, 14)

É importante dizer que muitos pacientes hipertensos que são atendidos em nossa unidade básica de saúde estabelecem como a principal medida não farmacológica para o controle da hipertensão arterial a diminuição de sal e gorduras na dieta como medida saudável para lograr níveis ótimos de pressão arterial, entretanto, sem saber que uma dieta equilibrada e também ricas em vegetais favorecem o controle de o peso corporal e porem junto com a prática diária de exercícios físicos, a diminuição de hábitos nocivos como o tabagismo e o álcool influenciam positivamente nas taxas de pressão arterial e na melhora da qualidade de vida destas pessoas.

A regularidade e a qualidade da comunicação clínica são determinantes na obtenção de taxas de controle ótimas e acertadas, pois os pacientes bem informados e com um melhor nível de conhecimento sobre a doença, causas, comportamento, evolução do prognóstico e opções de controle e tratamento seja com fármacos ou não, estão muitos mais dispostos a cumprir às recomendações do profissional da saúde. (8)

A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for orientado sobre os princípios básicos em que se fundamenta o tratamento e mostrar-lhe uma

visão ampla do problema, permitindo-lhe a motivação necessária para adotarem mudanças nos hábitos e estilos de vida e serem cumpridos de forma satisfatória (8)

O presente projeto de intervenção visará estabelecer a relação entre o controle da pressão arterial e o nível de escolaridade como fator de risco em pacientes hipertensos avaliando o conhecimento geral que os usuários têm sobre sua doença.

OBJETIVOS

2.1 Geral:

Aumentar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica a partir da interação entre o profissional da saúde e o usuário hipertenso.

2.2 Específicos:

Verificar por meio dos dados obtidos no projeto a relação entre o nível de escolaridade e o controle da pressão arterial.

Melhorar o controle da pressão arterial a partir do aumento no conhecimento dos usuários sobre a doença.

Diminuir a incidência de complicações na hipertensão arterial sistêmica.

METODOLOGIA

3.1 Cenários da intervenção.

O estudo será realizado na Unidade básica de saúde Eldorado da comunidade com o mesmo nome Eldorado, do município de Diadema, localizado na região metropolitana de São Paulo. Município de grande porte com uma população estimada em 409 613 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano 2014. A secretaria municipal de saúde é composta pela Atenção Básica com 20 unidades básicas de saúde cadastradas no programa saúde da família. Na área de abrangência da unidade básica de saúde Eldorado que está credenciada ao sistema único de saúde tem uma população estimada em 28217 pacientes. A equipe amarela tem 4227 usuários segundo o cadastro familiar distribuídos em 1228 famílias, e é constituído por um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitárias da saúde. O cenário próprio da intervenção será na sala de palestras da unidade básica de saúde Eldorado.

3.2 Sujeitos envolvidos no projeto de intervenção.

O projeto de intervenção será com os hipertensos da equipe amarela da unidade básica de saúde Eldorado residente na comunidade e que fazem acompanhamento na própria equipe.

Critérios de inclusão:

- Consentimento do usuário de participar do projeto de intervenção.
- Morar na área da saúde.
- Usuário diagnosticado como hipertenso.
- Usuário maior de 15 anos.

Critérios de exclusão:

- Não consentimento do usuário para participar do estudo.
- Não ser hipertenso.

3.3 Estratégia e ações.

O projeto de intervenção será em um primeiro momento nas visitas domiciliares das agentes comunitárias da saúde onde elas promovam a participação dos usuários no estudo, terá um segundo momento na consulta de enfermagem na Unidade básica de saúde onde será orientado sobre os objetivos da investigação e a forma de participar dele, terá um terceiro momento onde serão escolhidos 20 usuários hipertensos para formar um grupo de hipertensão arterial segundo os critérios pré estabelecidos de inclusão e exclusão, o nível de escolaridade da pessoa envolvida no estudo será colhido na ficha de cadastro individual preenchido pelas agentes comunitárias da saúde e cadastrada no E-SUS Atenção Básica(E-SUS AB).

Serão realizados grupos de educação em saúde semanalmente por espaço de 1 hora até completar as 5 semanas, abordando os temas referentes a hipertensão arterial. As atividades serão fundamentalmente teóricas-práticas porque sempre será conferida a pressão arterial de cada um deles antes de começar as atividades em condições ideais , pelo que será utilizado o esfigmomanómetro e estetoscópio para a medição da pressão além do datashow para a visualização do conteúdo nos diferentes encontros, além de material didático para os exercícios práticos no grupo como figuras que mostrem diversos alimentos, hábitos nocivos, assim como diferentes exercícios físicos, o que permitirá dentro do grupo educativo a troca de saberes e experiências entre os usuários assim como interagir com o profissional da saúde.

O conteúdo a ser abordado será o seguinte:

Primeira aula (1 hora):

-O que você sabe sobre a hipertensão arterial? Conceito. Causas. Fatores de risco.

Segunda aula (1 hora):

- Dificuldades relacionadas ao controle da pressão arterial. Mudança nos hábitos de vida.

Terceira aula (1 hora):

-Evolução e complicações da hipertensão arterial.

Quarta aula (prática de 1 hora):

-Será realizada uma quarta atividade prática de 1 hora de duração com uma dinâmica de grupo para a sensibilização dos usuários referente ao aprendizado nas atividades teóricas promovendo as mudanças nos estilos de vida e influenciando no controle da pressão arterial.

A atividade abordará:

Hábitos saudáveis de vida onde os usuários terão que escolher as dietas adequadas representadas por figuras de plástico, a identificação das práticas de risco para o controle da pressão arterial, os diferentes tipos de exercícios para melhorar o controle do peso corporal. Serão utilizadas diferentes amostras de alimentos para os membros grupo realizar as escolhas das opções mais saudáveis para o controle da pressão, assim como as escolhas das substâncias nocivas que devem ser evitadas e serão mostrados diferentes tipos de exercícios em forma de animações assim como o tempo de duração dos mesmos para fazer a escolha certa.

Quinta aula

- O último encontro terá também 1 hora de duração onde será discutido no grupo os temas estudados, serão esclarecidas as diferentes dúvidas que ainda possam ter os usuários.

3.4 Avaliação e monitoramento.

A melhora no controle das cifras de pressão arterial assim como o nível de conhecimento adquirido sobre a hipertensão arterial sistêmica será considerado como indicador de monitoramento e avaliação dos resultados.

A avaliação e monitoramento dos resultados do projeto de intervenção serão de forma longitudinal e permanente, com a finalidade de avaliar constantemente os resultados do estudo pela melhora no controle da pressão arterial sem ter um prazo fixo a se cumprir.

RESULTADOS ESPERADOS.

Com o projeto de intervenção espera-se obter como resultado uma melhora no controle da pressão arterial pelo aumento do nível de conhecimento geral dos usuários hipertensos envolvidos no estudo sobre a hipertensão arterial a partir da melhora na interação entre o profissional da saúde e o usuário, no entanto espera-se também a partir do grupo estabelecer a relação entre a escolaridade e o controle da pressão arterial ao ter como resultado um melhor controle da pressão arterial nos usuários com maior nível de escolaridade em comparação com aqueles usuários com menor grau de escolaridade, contribuir a partir do presente trabalho a melhorar as taxas de controle da pressão arterial nos hipertensos residentes na área de abrangência da equipe assim como diminuir a quantidade de usuários hipertensos com complicações próprias da hipertensão arterial.

CRONOGRAMA

| Fases do Projeto | Março | Abril | Maió | Junho | Julho | Agosto | Setembr o |
|------------------------------------|-------|-------|------|-------|-------|--------|--------------|
| Identificação do problema | X | | | | | | |
| Desenho da intervenção | | X | | | | | |
| Período da divulgação | | | X | | | | |
| Execução de sessões | | | | X | | | |
| Primeira avaliação | | | | | X | | |
| Controle e seguimento de pacientes | | | | | | X | X |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Avaliação final do programa | | | | | | | | X |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|

REFERÊNCIAS.

1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2224-60.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
3. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. Rev Panam Salud Publica. 2009; 25(6):491-8.
4. Mion Jr D, Pierin AMG, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito. Rev Assoc Méd Bras. 2001;47(3):249-54.
5. Organización Mundial de la Salud. A global brief on hypertension : silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013.Ginebra.Organización Mundial de la Salud,2013.
6. Brasil. Ministério da Educação. INEP. Taxa de analfabetismo. <http://www.inep.gov.br/estatisticas/analfabetismo/>
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2006 Fev: 1–48.
- 8 -Tiago José de Oliveira Gomes.Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família Blood pressure control in patients seen by Hiperdia program at a FamilyHealth Unit. Rev Bras Hipertens vol. 17(3):132-139, 2010. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>
- 9 .Coleman AJ, Steel SD, Ashworth M, Vowler SL, Shennan A. Accuracy of the pressure scale of sphygmomanometers in clinical use within primary care.

Blood Press Monit. 2005;10(4):181-8.

10. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:285-94.

11. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:911-26.

12. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. Cad Saude Publica 2005; 21(3):870-877.

13. Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. Cad Saude Publica 2003; 19(Supl. 2): s325-s333.

14. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. Cad Saude Publica 2001; 17(4):969-976