



# Curso de especialização Saúde da Família

## PROJETO DE INTERVENÇÃO

Implantação de um programa educativo para hipertensos assintomáticos acima de 20 anos de idade.

Autor: Dr. Jorge Enrique Barbeito Matos

Especialista medicina geral integral

Programa Mais Médicos

Orientador: Juliana Leticia Gimenes Cotrick Gomes

Guarujá

São Paulo 2015

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	<b>3</b>
1.1 Identificar e apresentar o problema .....	4
1.2 Justificar a intervenção .....	5
<b>2. Objetivos</b> .....	<b>5</b>
2.1 Geral .....	5
2.2 Específicos .....	5
<b>3. Metodologia</b> .....	<b>6</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 .....	7
<b>4. Resultados Esperados</b> .....	<b>7</b>
<b>5. Cronograma</b> .....	<b>8</b>
<b>6. Referências</b> .....	<b>9.10,11</b>

## 1. Introdução

### 1.1 Identificação e apresentação do Problema.

A hipertensão é uma doença de etiologia múltipla, caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial diastólica, sistólica ou duas figuras ou acima de 140/90 mmHg. Considera-se que afeta 25% da população adulta e sua prevalência aumenta com o aumento da idade, sendo 50% no grupo de 65-75 anos e 75% há mais de 75 anos. (1) Embora a etiologia da hipertensão essencial é desconhecida, é amplamente aceito que os componentes genéticos e ambientais, onde estilo de vida desempenha um papel importante. Vários estudos têm mostrado a associação da hipertensão com alguns componentes do estilo de vida, tais como a ingestão de sódio, gordura saturada e alguns o excesso de peso, baixa atividade física, tabagismo e estresse. (1)

Esta condição é descrita como uma ameaça silenciosa muitas vezes assintomática, o que significa que a maioria da população não tem ideia da magnitude esmagadora que o problema envolveu, em graus variados, mas sempre com incapacidade.

Hipertensão (HTA) é, juntamente com a Diabetes e Dislipidemias um fator de risco cardiovascular com alta prevalência e morbidade significativa e mortalidade associadas. Estima-se que cerca de 25% da mortalidade da doença cerebrovascular é devido à hipertensão. A relação entre pressão arterial e risco cardiovascular é do tipo contínuo, sem ter sido identificado apresentar um limite claro para além do qual o risco aumenta significativamente. A melhora no diagnóstico e controle da hipertensão arterial coincidiu temporariamente com uma progressiva diminuição da morbidade e mortalidade cardiovascular, especialmente acidente vascular cerebral. (2)

É bem sabido que a pressão arterial (PA) não é constante, mas em todo o dia mostra variações que foram classificados em três tipos. A variação de curto prazo influenciado pelo sistema nervoso autônomo muda com a respiração e frequência cardíaca (FC). A variação diária, dependendo do grau de atividade física e mental, que depende de modificação do barorreflexo HR e resistência periférica. A variação diurna é uma queda de 20% na média da pressão arterial durante o sono, induzida em parte por uma diminuição na atividade do nervo simpático devido ao aumento da sensibilidade do barorreflexo. (3)

A hipertensão arterial é uma das causas mais frequentes de consulta na atenção básica, A importância dos instrumentos confiáveis para um diagnóstico correto, controle e acompanhamento de pacientes com hipertensão é uma questão de interesse atual para os profissionais de saúde. (4)

A estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos de acordo com dados Pressão Arterial, a presença ou ausência de lesões de órgãos-alvo, distúrbios clínicos, outros fatores de risco como o diabetes pode individualizar a abordagem e objetivos terapêuticos, sempre a partir de uma intervenção

multifatorial, a influência da HAS no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, requer o reconhecimento da real distribuição dos diferentes estados brasileiros. (4)

Estimou que a doença afeta cerca de 30 milhões de brasileiros. (5) A pressão arterial é uma linear, variável contínua, que foi positivamente associado com risco cardiovascular (6) sendo que a relação entre a morte por acidente vascular cerebral e PA é contínua, aumentando e significativa em níveis acima de 115/75 mmHg para todos os grupos de idade(7).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são adultos hipertensos, cuja pressão arterial sistólica (PAS) valores iguais ou superiores a 140 mmHg e / ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior que 90 mmHg em duas ou mais Por vezes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Registros mais baixos normais foram classificadas como 130/85 mmHg PA, e valores ótimos BP abaixo 120/80 mmHg(8).

Vários estudos populacionais mostraram a importância do controle da pressão arterial para reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular(4-9). O desenvolvimento de tecnologias modernas para medicinal dificilmente contribui para taxas de controle melhoradas de doença(10). Estima-se que apenas um terço da população de hipertensos tem sua pressão controlada(4). No Brasil, existem poucos dados sobre a prevalência real da HTA. (3-11) Vários estudos populacionais foram realizados em diversos estados brasileiros, nos últimos anos, com prevalências entre 10,0% e 42,0%, de acordo com a região, subgrupo populacional e critérios diagnósticos. (1)

Toda essa afirmação nos levou a conceber uma Implantação de um programa educativo para hipertensos assintomáticos acima de 20 anos de idade em UBS Paecara, Estado Guarujá, município de São Paulo ano 2014 .Neste sentido, o objetivo deste trabalho é divulgar os princípios, a estrutura e a metodologia deste programa de intervenção educativa, imprescindível uma atuação profissional ativa no planejamento, implementação de ações de educação em saúde nos serviços, reconhecendo que cada ato de cuidado está implícito a necessidade de ensinar e cuidar, para conseguir com que os indivíduos tenham mais qualidade de vida e haja prevenção de doenças crônicas.

## 1.2 Justificativa da intervenção

A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de prevenção e promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, desenvolvidas pela equipe no âmbito individual e coletivo. Utiliza tecnologias que devem resolver os problemas de saúde em uma maior frequência em seu território de abrangência e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. (Brasil,2006).

Considerando que Hipertensão Arterial é um problema de Saúde Pública no Brasil, o papel da Atenção Básica no cuidado da população é importante para a incorporação das ações de prevenção e promoção de saúde. Temos em nossa área de saúde muitos pacientes acima de 20 anos de idade com hipertensão arterial assintomática sem tratamento, aqui em nosso município não temos nenhum estúdio com a implantação de práticas complementarias (palestras) para melhorar qualidade de vida em eles e elevar o conhecimento desta doença.

**Pergunta Norteadora:** Como elevar o nível de conhecimento e assim a qualidade de vida, em pacientes com hipertensão arterial (HAS) assintomáticas em pacientes acima de 20 anos de idade mediante a implementação de programas educativos como as práticas complementarias (palestras)?

**Fundamentado em que** pressão arterial elevada é um fator de risco cardiovascular e causa de morte no Brasil.

## 2. Objetivos

### • 2.1: Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção com a implementação de programas educativos, como as práticas complementarias (palestras) para melhorar qualidade de vida nos pacientes com hipertensão arterial assintomáticas em pacientes acima de 20 anos de idade. UBS Paecara, no município Guarujá, do Estado de São Paulo ano 2014.

### 2.2 Objetivos específicos

Trabalhar sobre o que é a Hipertensão Arterial e os fatores de riscos juntamente com pacientes e os familiares.

Ampliar o conhecimento sobre mudanças de estilos de vida.

Determinar o nível de conhecimento sobre a hipertensão entre os portadores desta doença ao final da intervenção

### **3. Metodologia**

O presente projeto consolidará um conjunto de ações para capacitação e avaliação do conhecimento das pessoas com HAS assintomáticas acima de 20 anos de idade que desencadeará um processo de capacitação para os trabalhadores da unidade de saúde e os pacientes.

O diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica como problema de saúde é detectado através da observação sistemática na assistência médica diária. Para validar o diagnóstico inicial foi feito um estudo de observação.

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

Pacientes acima de 20 anos de idade com Hipertensão Arterial Sistêmica assintomáticos.

#### **3.2 Cenários da intervenção**

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da UBS Paecara, Guarujá, São Paulo

#### **3.3 Estratégias e ações**

A unidade de saúde fará uma seleção dos hipertensos assintomáticos acima de 20 anos de idade. Com tomadas de Pressão arterial antes e após das palestras para descartar o fator estresse, será avaliado cada paciente de forma individual, ao final das palestras intercambiaremos conversas com eles e tiraremos dúvidas.

Etapa 1. Depois de ter identificados aos pacientes hipertensos presentes e cadastrados na unidade básica de saúde, serão dadas palestras semanais de modificações de hábitos e estilos de vida em grupo de 30-35 pessoas, direcionando as ações preventivas. Em estas palestras participarão a equipe de saúde.

Etapa 2. Os pacientes hipertensos serão convocados para uma consulta na unidade de saúde para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção e convite para comporem o grupo.

Etapa 3. Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância

### **3.4. Avaliação e Monitoramento**

Monitorar e avaliar desde o início conhecimento de hipertensão arterial antes da intervenção e ao final de as palestras assim como controle de pressão arterial cada mês e em cada encontro.

Os pacientes serão avaliados e coletarão os dados (sócios demográficos e clínicos) de caracterização dos sujeitos envolvidos no estudo a través do uso da ficha SIAB A y B. Isto se aplicara durante as consultas e visita domiciliar.

Durante as reuniões mensais abordaremos os hábitos saudáveis que permitam reorganizar sua saúde pessoal, a família e trabalho, conseguindo-se um adequado controle de riscos.

O trabalho será feito com pacientes e sua família e será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

Os pacientes serão estimulados durante as reuniões e falarão seus critérios, experiências vividas, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção para avaliar a efetividade do projeto pela equipe.

### **4. Resultados Esperados**

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar o conhecimento dos pacientes portadores de hipertensão arterial asintomatica . Assim reduzir o número de portadores desta doença, estimular mudanças nos estilos de vida, lograr que tenham seu acompanhamento e tratamento adequado até alcançar seu controle adequado e assim evitar a aparição de doenças e complicações associadas.

## 5. Cronograma

Atividades	Agosto 2014	Setembro 2014	Outubro 2014	Novembro 2014	Dezembro 2014	Janeiro 2015
Elaboração do projeto	X					
Aprovação do projeto		X				
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X			
Discussão e Análise dos Resultados				X		
Revisão Final e digitação					X	
Entrega do trabalho Final						X
Socialização do trabalho						X



## 5.Referências

1-Bonet A, Dalfó A, Egocheaga MI. Pressão arterial elevada, um fator de risco que afecta não só os hipertensos. Atenção primária 2002; 30(3): 141-142 Disponível em: <http://db.doyma.es/> Acesso com: janeiro do 2006.

2- Dalfó Baqué A, Escribá Jordana JM, Benítez Camps M, Vila Coll MA, Senar Abellan E, Tovillas Morán FJ, et al. Diagnóstico e monitorização da pressão arterial em Cataluña. Estudo DISEHTAC. Atenção primária 2001; 28(5): 141-142 Disponível em: <http://db.doyma.es/> Con acceso: janeiro do 2006.

3- Serrano Martínez M, Arriola Aperribay E, Fernández Carballal C, Hernaez Rodríguez R, Prado Santamaría M, Martínez-Losa E. Diferenças entre pacientes idosos e jovens em um protocolo de diagnóstico e monitorização da pressão arterial. . Atenção primária 2000; 26(2): 141-142 Disponível em <http://db.doyma.es/> Com acesso: Janeiro de 2006.

4- Benítez Camps M, Pérez Zamora S, Dalfó Baqué A, Piqueras Garre MM, Losada Doval G, Vila Colf MA. Estudo de DISEHTAC II: diagnóstico e acompanhamento da hipertensão arterial na Catalunha. Comparação com os dados de 1996. Atenção primária 2005; 35(1): 141-142 Disponível em: <http://db.doyma.es/> acesso: janeiro de 2006.

5- Farreras Rozman. Tentei medicina interna. 14ª edição. Formato digital. 2000.

6- Lopez-Carmona JM, Rodríguez Montezuma R, Munguia-Miranda C, Hernandez JL de Santiago, abriga a torre E. validade e confiabilidade do instrumento fantástico para medir o estilo de vida em mexicanos pacientes com hipertensão arterial. Cuidados primários, 2000; 26 (8): 542-549. Disponível em: <http://db.doyma.es/> acesso: janeiro de 2006.

7- Incidência e prevalência de hipertensão arterial por idade, sexo e províncias, incluir outras condições relacionadas. prevalência de 2005. Pressão arterial elevada. Disponível em Cuba: <http://www.sld.cu/galerias/xls/servicios/> acesso: janeiro de 2006.

8- Programa nacional de prevenção, diagnóstico, avaliação e controle da hipertensão arterial sangue guia Saúde 2004. Guias clínicos. Pressão arterial elevada. Disponível em Cuba: <http://www.sld.cu/galerias/xls/servicios/> acesso: janeiro de 2006.

9- Lobo-Maier K, Cooper R, Banegas JR, Giampaoli S, Hense H, Joffres M, et al. prevalência de hipertensão arterial e níveis de pressão arterial em 6 países europeus, Canadá e Estado Unidos. JAMA. 2003; 289:2363-9. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/xls/servicios/> Acesso: Janeiro de 2006.

10- Chobanian A, Bakris G, preto H, W Cushman, verde L, Izzo J, et al. O sétimo relatório do Comitê Nacional comum na prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial. O JNC 7 relatório. JAMA. 2003; 19: 2560-74.

11- Comissão de diretrizes. Sociedade Europeia de 2003 da sociedade europeia de hipertensão de Cardiologia as orientações para a gestão de pressão arterial elevada. J Hypertens. 2003; 21:1011-53. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/xls/servicios/> acesso: janeiro de 2006.

12- Evolução da Coca r. do controle da hipertensão em Espanha. Resultados do estudo controle 2001. Hipertensão. 2002; 19: 390-9

13- Seculi E, Brugulat P, A de Medina, Junca S, Tresserras R, Salleras L. Detection de fatores de risco cardiovascular na network reformada em cuidados de saúde primários na Catalunha. Comparação entre os anos de 1995 e 2000. Atenção primária 2003; 28:156-62.

14- Lithell H, Hansson L, Skoog eu, Elmfedt D, Hofman A, Olofsson B, et al. escopo estudo sobre cognição e prognóstico em idosos. J Hypertens. 2003; 21:875-86. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/xls/servicios/> Acesso: Janeiro de 2006.

15- Bolton-Smith C, Woodward M, Tunstall-Pedoe H, Morrison C. precisão da prevalência de obesidade de auto estima-se relatou a altura e o peso em uma

população adulta escocês. J Epidemiol comunidade saúde 2000; 54:143-8. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/xls/servicios/> acesso: janeiro de 2006.

16- Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, J Ordoñas, cabo de estimativa de F. do risco cardiovascular em Espanha pela equação de Framingham calibrado. Rev Esp Cardiol. 2003; 56:253-61. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/xls/servicios/> acesso: janeiro de 2006.

17- RM Conroy, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. estimativa do risco de dez anos de doença cardiovascular fatal na Europa: o projeto de pontuação. Coração EUR J. 2003; 24:987-1003. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/xls/servicios/> acesso: janeiro de 2006.

18- RV Birtwhistle, MS Godwin, Delva M, carneiro RI, Lam M, MacDonald SE, et al, para o grupo de estudo de acompanhamento de hipertensão. Equivalência Randomised trial comparando três meses e seis meses acompanhamento de pacientes com hipertensão por médicos de família. BMJ. 2004; 328:204. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/xls/servicios/> acesso: janeiro de 2006.