

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DE FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS COM AS DESCOMPENSAÇÕES DOS
HIPERTENSOS DA EQUIPE AZUL DO CS FIGUEIRA.**

Autora: Dra. ZANDRA M FROMETA GARI

Orientadora: Prof. CLÁUDIA LETÍCIA VENDRAME DOS SANTOS

CAMPINAS, 2015

SUMÁRIO

1.Introdução.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo Geral.....	4
3. Revisão Bibliográfica.....	5
4.Metodologia.....	7
4.1 Cenários da intervenção.....	7
4.2 Sujeitos da intervenção.....	7
4.3 Estratégias e ações.....	8
4.4 Avaliação e Monitoramento.....	8
5.Resultados esperados.....	8
6. Cronograma.....	9
7. Referências.....	10

1. INTRODUÇÃO

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. 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 (1).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (2).

A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (3).

Mesmo com a melhoria impressionante dos indicadores, os autores comentam que há muito a ser feito e descoberto em relação ao controle e à promoção da saúde de pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada (4), (5), (6).

O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não houve diferenças em relação à etnia e à escolaridade (7).

Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da AB (7), (8).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (1),(9).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão. Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos pacientes. No CS temos um total de 631 pacientes hipertensos, o que representa um 32.1% do total da população adscrita, que representa um problema de saúde importante no CS.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre a população maior de 25 anos em nossa comunidade, pelo grande número de pacientes hipertensos com fatores do risco associados a esta doença e que não tem adequado controle. A falta de conhecimento dos hipertensos sobre os fatores do risco da HAS é evidente durante os atendimentos. É possível constatar a presença de elevado número de pacientes com fatores do risco associados a cifras pressóricas elevadas e uso inadequado da medicação.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que em nível local existem os recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, portanto a proposta é viável.

2. Objetivo

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar um projeto de intervenção para a equipe do CS Figueira, do município de Campinas para identificar e controlar os fatores de risco relacionados com as descompensações dos pacientes hipertensos durante o segundo semestre do ano 2014.

3. Referencial Teórico/Revisão da Literatura

Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecida como um dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares (DCV) e primeira causa de morte nos países industrializados e no Brasil. Até meados do século passado, sua importância epidemiológica era restrita e o tratamento reservado aos casos com grave comprometimento de órgãos-alvo, como hipertensão maligna, nefro esclerose ou retinopatia grave (10).

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 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 (11), (12), (13), (14).

Causas

A causa da HAS está relacionada com a perda progressiva da elasticidade da parede das artérias, dificultando a passagem do fluxo sanguíneo. Este processo gera uma sobrecarga ao coração, comprometendo sua função a longo prazo. É possível ter a pressão arterial elevada durante anos sem apresentar nenhum sintoma. A hipertensão arterial não controlada aumenta o risco de problemas de saúde graves, incluindo ataque cardíaco e derrame. (11)

Existem dois tipos de pressão arterial elevada: a primária, desenvolvida ao longo dos anos, e a secundária, que pode estar relacionada com diversas doenças ou uso de determinadas medicações. Entre as causas de hipertensão arterial secundária podemos citar: anormalidades nos rins, defeitos congênitos do coração, uso de anticoncepcionais orais, medicações utilizadas para gripe, uso de cocaína e anfetaminas. (11)

Sintomas

Os sintomas de pessoas hipertensas são extremamente variados e frequentemente a doença é silenciosa. Quando presentes, as queixas mais comuns são dores de cabeça, principalmente na nuca, tonturas, zumbidos no ouvido e sangramento nasal, estes sintomas são mais frequentes durante as crises hipertensivas, causadas por aumentos bruscos dos valores de pressão arterial. Palpitações e dor no peito, além de falta de ar e inchaço nos membros inferiores, sugerem comprometimento cardíaco e maior gravidade da doença. Pressões arteriais elevadas provocam alterações nos vasos sanguíneos e na musculatura do coração. Podem ocorrer hipertrofia do ventrículo esquerdo, AVC, IAM, morte súbita, insuficiências renal e cardíaca, entre outras (11).

Diagnóstico

O diagnóstico se baseia em duas medidas da pressão arterial, preferencialmente em repouso, realizadas no consultório médico com um aparelho próprio para essa finalidade – o esfigmomanômetro. A pressão arterial é considerada normal quando a pressão máxima do coração (sistólica) não ultrapassar 120 milímetros por mercúrio (mmHg) e a mínima das artérias (diastólica) não ultrapassar 80 mmHg.

O teste ergométrico também verifica o comportamento da pressão antes, durante e após o esforço físico, porém a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), que efetua medidas de seus valores por 24 horas ao longo das atividades cotidianas e durante o sono, é um dos recursos mais usados para confirmar o diagnóstico de HAS. Em determinados casos pode ser útil uma avaliação psicológica, bem como do nível de estresse do paciente (11).

Tratamento

Procurar um médico aos primeiros sinais da doença é fundamental para a indicação do melhor tratamento para cada caso. Somente o especialista poderá orientar o paciente em relação aos procedimentos adequados e ao uso de remédios.

A mudança do estilo de vida do paciente é fundamental para sua recuperação. Um cardápio mais saudável à base de frutas, água e folhas, evitando gorduras e frituras, e exercícios físicos regulares formam um conjunto de medidas essenciais para restabelecer a pressão. Medicamentos anti-hipertensivos são indicados sempre que necessário. O tratamento deve ser monitorizado regularmente pelo médico, que determina o medicamento mais indicado de acordo com a gravidade e os fatores de risco de cada paciente.

Prevenção

Recomenda-se que toda pessoa a partir dos 40 anos visite um clínico ou cardiologista para a avaliação da pressão arterial e do estado geral de seu coração. Medidas preventivas importantes incluem manutenção do peso ideal, prática regular de atividade física e dieta balanceada. Ingestão de bebida alcoólica em excesso e tabagismo também são hábitos que devem ser evitados. A obesidade é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento da HAS. Mulheres que utilizam anticoncepcional oral ou terapia de reposição hormonal devem ficar atentas quanto ao risco de elevação da pressão arterial.

4.METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção será utilizado o método de planejamento estratégico situacional (PES) conforme os textos da sessão 1 do módulo de iniciação científica e sessão 2 do módulo de planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Descritores: hipertensão Arterial, fatores de risco.

4.1 Cenários da Intervenção

O cenário da intervenção será o CS do parque da figueira e o trabalho será realizado com a equipe azul de saúde da família do posto. Os dados serão coletados durante consultas médicas e as visitas domiciliares e durante a realização dos grupos hiperdia, com o apoio da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Será elaborado um questionário para coleta de dados com diferentes variáveis como: idade, sexo, APP, APF e fatores de risco associados, o período para aplicação do questionário será de 90 dias, correspondendo aos meses de março, abril e maio de 2015.

4.2 Sujeitos da intervenção.

Pacientes identificados com HAS da equipe azul e que estão ou não cadastrados no grupo hiperdia do centro de saúde parque da figueira, prévio consentimento informado. Participaram também os ACS, técnicos de enfermagem, enfermagem e médica da equipe.

4.3. Estratégias e Ações

Com apoio dos ACS se aumentará a pesquisa ativa dos casos novos de hipertensos, para lograr diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos casos diagnosticados. Classificação dos pacientes hipertensos de acordo com a medida casual da pressão arterial no consultório.

4.4. Avaliação e Monitoramento

Se avaliará o comportamento dos fatores de risco no grupo de pacientes hipertensos. Os dados uma vez coletados serão processados em um computador, usando o sistema de dados baseado em Microsoft Excel; com intervalos de confiança estimados 95%. Serão os resultados apresentados em textos e tabelas, utilizando estatística descritiva e por cento de frequência. A partir dos resultados, se apresentará uma proposta para melhor acompanhamento e controle dos pacientes hipertensos.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Após terminado o estudo espera-se encontrar aumento do conhecimento nos pacientes com hipertensão sobre os principais fatores de riscos que descompensam e complicam sua doença, o que permitirá que com a avaliação e diagnóstico oportuno, façam os tratamentos adequados para evitar as complicações próprias da doença, e que possa devolver ao paciente a sociedade, evitando encaminhar aos pacientes a serviço de atenção secundária de saúde , que hoje estão afeita muito aos pacientes pela demora das datas das consultas ou pela ausência de vagas disponíveis. -

7.Referências Bibliográficas

- 1.Sociedade Brasileira De Cardiologia.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras Cardiol, São Paulo, v.95, n.1, p1-51, 2010.Suplemento I.
2. Schmidt, M.J.et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. THE Lancet, London, v.377, n9781, p.1949-1961, jun.2011.
3. Chobanian, A.V (org).The seventh report of the joint. National committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of high blood pressure. Washington D.C:National Institutes of Health:2004.88p
4. Campbell, Norman R.C et al .Temporal Trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program..J.Hypertension,USA,v.21,n.8,p.1591-1597, aug.2003.
5. McAlister, F.A.The Canadian Hypertension Educative Program: a Unique Canadian initiative. (S.I): Canadian Journal Cardiology, 2006.
6. Onysko, Jay et al .Large increase in hypertension. Diagnosis and treatment in Canada after a healthcare professional education program .Hypertension, USA, v.48, n.5, p.853-860, set.2006.
- 7.Orduñez-Garcia ,p.et al.Sucess in Control of hypertension in a low-resource setting: The Cuban Experience.J.Hypertension,USA,v.24,n.5,p845-849,may,2006.
8. Alderman, Michael H.Does Blood pressure Control require a Cuban-Style revolution? Hypertension, USA, v.24, n.s, p.811-812, may, 2006.
- 9.Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde comunitária. Apoio técnico em Monitoramento e avaliação em ações de saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre :(S.N), 2009.
10. Kaplan. NM. Hypertension: prevalence, risk and effect of therapy. Ann int med, 1983; 98(part 2):705-9.
- 11.Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras Cardiol. 2006:1-48.
12. 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. p. 337-62.
13. Documento do Banco Mundial. BRASIL. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório No. 32576-BR. 15 de November de 2005.
14. Williams B. The year in hypertension. JACC. 2010;55(1):66-73.

Anexo 1

Consentimento livre e esclarecido.

Eu _____ ofereço minha cooperação na pesquisa a ser realizada, o autor explicou os objetivos e benefícios da mesma para mim e para outros pacientes, e concordo em participar de atividades educativas que serem desenvolvidas durante o mesmo . Espero que todas as informações fornecidas serão mantidas estritamente confidenciais e só serão utilizadas para fins de pesquisa. Composta por meu direito de retirar-se da pesquisa, se o julgarem necessário, sem a aplicação de medidas coercitivas contra mim.

Em fé do que eu assinar esta a ____ de ____ ano _____

assinatura

