

Universidade Federal de São Paulo
UNASUS

Especialização em Saúde da Família

Estratégias de intervenção para reduzir os níveis pressóricos em
pacientes adultos hipertensos na saúde da família.

Aluno: Alejandro Marrero Palácio

Orientadora: Carla Andrea Trapé

São Paulo

2015

SUMÁRIO

1- Introdução

1.1 Identificação e apresentando o problema

1.2 Justificativa de intervenção

2-Objetivos

3-Revisão bibliográficas

4- Metodologia

4.1- Sujeitos no envolvidos no benefício da intervenção

4.2- Cenário da intervenção

4.3- Estratégias de ações

4.4- Avaliação e monitoramento

5- Resultados Esperados

6- Cronograma

7- Referências

1- INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentando o problema

A Hipertensão Arterial não ocorre isoladamente, pois a maioria dos hipertensos apresentam outros fatores de risco cardiovascular, muitos destes fatores de risco são modificáveis, assim as recomendações para a mudança do estilo de vida são de extrema importância tanto para prevenção ou controle da hipertensão¹.

No Brasil a hipertensão afeta mais 30 milhões de brasileiros, destes 36% são homens adultos e 30% mulheres, e o fator de risco mais importante são doenças cardiovasculares, incluindo AVC e Infarto do Miocárdio³.

A hipertensão Arterial constitui na atualidade a doença mais frequente da humanidade, especialmente nos países desenvolvidos e adquire sua importância porque quanto maior os níveis de hipertensão arterial, maior morbidade e mortalidade apresentam os indivíduos afetados. Isso tem lugar em todas as populações estudadas, em todos os grupos de idade, e em ambos os sexos.

A hipertensão arterial sistêmica é considerada ao mesmo tempo uma doença e um fator de risco, apresentando-se como uma grande batalha para a saúde pública. Por em quanto as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil e definida quando encontramos valores sistólicos acima de 140mmhg e diastólicos acima de 90mmhg. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130- 139mmhg e diastólicos entre 85- 89 mmhg. Entretanto consideramos a pressão arterial normal sistólica < 130mmhg e diastólica < 85 mmhg. A pressão arterial é ótima quando a sistólica < 120mmhg e diastólica < 80mmhg⁸.

Por tal razão a OPAS/OMS busca intensificar e criar estratégias e instrumentos para facilitar atividades de detecção precoce e controle permanente e ampliação dos níveis de conhecimento da população¹⁰.

Um estudo realizado na Escola de Saúde Pública de Harvard no Estados Unidos revela que em 2005, dos 2 milhões e meio de mortes ocorridas neste país, 400.000 estavam relacionadas com a hipertensão arterial¹⁸.

Antes de 1958 não havia tratamento para hipertensão arterial sistêmica, onde mais de da metade dos HAS graves morriam de complicações, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, coronariopatias e outros como insuficiência renal crônica e hemorragia cerebral. Mais depois de 1950 se começou com tratamento inócuo. Também foi utilizado simpatectomia bilateral a pacientes com HAS maligna o falha do coração.

A Hipertensão arterial afeta a uma população estimada de 690 milhões de pessoas no mundo, principalmente adultos, que representam a 20% da população adulta dos países desenvolvidos porcentagem que ascende a 50% nos maiores de 65 anos¹⁹.

O município de São Joaquim da Barra é uma região que apresenta taxa de crescimento populacional positiva. Em especial no bairro do Centro da cidade, encontramos uma população crescente em processo de envelhecimento, portanto com maior prevalência esperada de HAS pelos fatores do risco encontrados nesta população.

1.2 Justificativa da intervenção

Durante os atendimentos no PSF José Rivero Fortes, foi encontrada uma prevalência elevada em consultas de Hipertensão, neste caso HAS, em todas as faixas etárias e incluindo os dois sexos masculino e feminino e também percebe-se muitos fatores de risco associados como obesidades, consumo de álcool, cultura dietética com muito consumo de sal entre outras.

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 dos estilos de vida saudáveis.

2- OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais:

Reduzir os fatores de risco para a HAS em nossa área de abrangência do PSF José Rivero Fortes – São Joaquim da Barra -São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos:

Identificar o numero de moradores com HAS em nossa área atendida no PSF José Rivero Fortes - São Paulo.

Capacitar a equipe de saúde da família (médico, enfermagem e agentes comunitários de saúde) para fornecer informações à população sobre complicações desta doença.

Identificar em consulta os riscos para mudança estilo de vida.

Estimular no PSF práticas de exercícios físicos em pacientes com fatores de risco e indivíduos aparentemente saudáveis.

3- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O reconhecimento e medida da pressão arterial foi iniciada pelo Reverendo Stephnholes (1677-1761).

No início do século XIX Jean Marie Poseville (1799- 1869) conhecido por seus estudos do fluxo de fluidos, introduziu a unidade de medida milímetro de mercúrio (mmhg).

O primeiro autor que realizou estudos exaustivos sobre a pressão arterial foi o clérigo Inglês Stefene Hales que publica um estudo sobre o tema em 1733^{11,12}.

O ticionato de sódio foi a primeira substância geral da hipertensão arterial. Foi descoberta por Treupele Edinger em 1900. Seus efeitos tóxicos fizeram que na primeira época já tenha sido abandonado. Nesta época Smithwick(1948) publica seu resultado da simpatectomia dorso lumbar como tratamento da hipertensão arterial¹⁵.

Os betabloqueadores aparecem em 1960 mediante a descrição feita pelos doutores Prichard e Guillan 1964. Em 1980 aparecem os inibidores da enzima conversora de angiotensina¹⁶.

Os betabloqueadores do cálcio aparecem nos anos 60. Godffraindet al demonstrou a capacidade dos análogos de difenilpiperazina, cinarizina, lidoflazin para evitar a contração do músculo liso em vasos, induzida por alguns agonistas. Podia ser excedida se fosse incrementada a concentração do cálcio no meio extracelular. Para descobrir a esta ação, agentes utilizaram o termino de antagonista de cálcio¹⁷.

Outro aspecto importante é a alimentação. Os hábitos alimentares influem na mortalidade cardiovascular, dietas ricas em frutas, vegetais e produtos com pouca gordura diminuem o risco cardiovascular contribuindo na redução da pressão arterial¹.

As restrições na dieta de sódio foram impostas pela primeira vez no ano 1934 com doutor do Duke hospital, Dr Walter.

Kemper começou a tratar pacientes com grandes níveis da hipertensão com uma dieta de arroz logo começou a popularizar o próprio Kemper no começo da década de 40¹³. Coltronet al (2009) tem certeza que das medidas educativas que estimulam as mudanças nos estilos de vida e hábitos alimentares da população são insuficientes quando a população tiver acesso as informações sobre a prevenção primaria de diversas doenças⁵.

Outro fator muito importante na população do PSF José Rivero Fortes é o abuso de álcool.

Para Avila 2010 et al. a ingestão prolongada do álcool pode aumentar a pressão sanguínea, aumentar a mortalidade cardiovascular⁴.

Para manter a saúde cardiovascular e ter qualidade de vida toda pessoa deve praticar exercícios físicos, ou seja, três vezes por semana, trinta minutos, alguma atividade física.

Peixoloto et al 2006 sugere que 70% da população dos casos novos de hipertensão podem ser atribuída a obesidade e ao aumento de peso⁶.

Obesidade é uma doença crônica multifatorial, está claro o problema tem suas raízes: em fatores sociais, culturais, de compartimentos fisiológicos, metabólicos e genéticos²⁰.

Segundo estudos reportados por Durstinee (2009) et al. durante 1-3 horas ou mais em uma sessão de exercícios físicos de 30-45 minutos de moderada intensidade a pressão sistólica baixa de 10-20mmhg em pessoas com HAS, a pressão diastólica não tem mudança¹⁴.

Em relação ao gênero e etnias a prevalência da hipertensão arterial, é semelhante em homes e mulheres por enquanto mais acima em homes até os 50 anos. Em relação às etnias a hipertensão é duas vezes mais predominante em negros segundo investigações feitas por Ferreira⁷.

As diferenças socioeconômicas tem um papel importante na vida das pessoas podendo determinar suas condições de saúde naquela com melhores condições, pois acabam tendo maior acesso as informações, melhor entendimento e maior aderência ao tratamento.

A baixa escolaridade fica associada a melhores taxas de enfermidades crônicas⁹.

A hipertensão arterial é chamada o inimigo silencioso, pois muitas pessoas se diagnosticam pela complicações².

4- METODOLOGIA

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção:

Será incluída amostra do estudo, hipertensos de ambos os sexos, de todas as faixas etárias. A intervenção envolve todos os cadastrados na PSF que estão vinculados ao SUS.

A população de minha área constitui-se por 3557 pessoas, com um total de pacientes hipertensos cadastrados de 653 maiores de 18 anos.

4.2 Cenário de intervenção:

Durante todas as consultas na PSF José Rivero Fortes do município São Joaquim da Barra no estado São Paulo tendo em conta prevalência disso, fixo um projeto de intervenção em todos os pacientes hipertensos para diminuir os fatores de risco e assim melhorar qualidade de vida dos pacientes.

4.3 Estratégias de ações:

A equipe de saúde da PSF, a partir de prontuários de pacientes com HAS, constataram os fatores de risco fundamentais que fazem mais danos a saúde por pacientes de modo individual e para objetivar resultados propostos, iniciou-se capacitações do médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde com uma discussão sobre o planejamento e inserindo o tema de HAS e seus fatores de risco mais importante dentro de um período de tempo estipulado.

A capacitação proverá uma abordagem direcionada aos fatores de risco sobre todos os modificáveis como obesidade, ingestão de álcool, dietas ricas em gorduras, ingestão de sal e os não modificáveis como sexo, raça, fatores hereditários, também se tem em conta os fatores psicológicos que atuam sobre os pacientes, sobre tudo os de índole laboral e ambiental.

A equipe de saúde tem que fornecer informações para a população sobre os fatores de risco e complicações desta doença.

Se tivessem cenários para educação em coletivo de pacientes com palestras semanais, grupos de Hiperdia, grupos de hipertensos selecionados pela ESF com interesses particulares para estipular metas, em todas as consultas, visita domiciliar, especialidades como cardiologista quando um paciente foi encaminhado por complicações.

Outras ações estão nas atividades físicas, a pratica dos exercícios físicos na PSF levam a redução do peso corporal, melhor controle da pressão arterial, de repouso, melhores benefícios circulatórios periféricos.

4.4 Avaliação e monitoramento:

O monitoramento será realizado cada 15 dias por meio de processo de aprendizagem dos pacientes com relação ao risco que tem cada qual presentes em suas doenças.

Visita domiciliar como se maneja em casa as confecções da comida e o consumo de sal, além disso, o de álcool, de glicose se existir doenças associadas.

5 – RESULTADOS ESPERADOS:

Com implantação do projeto de intervenção espera-se melhorar a consciência e ao mesmo tempo conhecer e ter conhecimento com relação as doenças crônicas como HAS, maior qualidade de vida reduzindo índice de massa corporal, ter acolhimento e acompanhamento de todos os pacientes com HAS por parte de ESF para reduzir morbimortalidades por doenças cardiovasculares em nossa área.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Costa, Maria F.de L, et,al comportamento em saúde entre idosos hipertensos. Rev de SaudePublica.Vol 43 supe 2 São Paulo 2009.
- 2-Toledo,Melina Mafia,Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial,uma nova Para um velho problema.RevEducação em saúde no enfrentamento da hipertensão Arterial v.16 n 2p 233 -228 , Abr-jun 2007.
- 3-Marachias ,Marcus V-B Revista Brasileira de hipertensão:VIDirectises Brasileiras de hipertensão Palabras do Presidente . Rio de Janeiro v.17.n.1 p.2-32010
- 4-Avila Adriana , et al Revista Brasileira de Hipertensão,VIDirectises Brasileira de hipertensão ,ConceituaçaoEpidemiologicaePrevensão Primaria Rio de Janeiro v. 17-n,p-7-10,2010
- 5-Coltroet al Frecuencia de Factores de Risco Cardiovascular em voluntários , Participantes de eventos,de educação em saúde . Revista de Associação Medica Brasileira volumen 55n 5 São Paulo 2009.
- 6-Peixoto, et , al Circunferência da Cintura e Índice de masa Corporal com preditores.de Hipertensão Arterial , Arquivos Brasileiros de Cardiologia vol 87 , N.4 São Paulo Octubre 2006
- 7-Ferreira, Saudia , R. G et. al , Frecuência de Hipertensão Arterial , e Factores de RiesgoAsociados Brasil 2006 Revista de Saude Publica volumen 43 supl 2, São Paulo Nov 2009.
- 8-Prerin, Angela M G .et al Revista Brasileira de hipertensão VI Directrises de Hipertensão . Diagnostico e ClasificaçãoRio de Janeiro V 17 n, 1,P11-17, 2010
- 9- Cepullo , Jose Paulo , et al Prevalência e factores de Risco Para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira . Arquivos Brasileiros de Cardiologia vol 94n 4 São Paulo abril 2010.
- 10-Organização Mundial de SaudeDisponible em <http://new.palto> . Org.Acesso en: 16 oct 2010.
- 11- Referencia P. M. Esunge (1911) Fromblood.Presuretohipertension. Thehistory of ResearchJovinal of de Royal Society of Medicine 84. P .621.
- 12- Cameron J.S. (1999) Villain and victim:TheKidney and HingbloodPresure in TheNineteenthcentury . JR CollPhysicianLond, 33: 382-394.
- 13-Kempner, W. (1949) . Ann..intern . Med.. 31.821
- 14-Durstine , L Moore , G La Monte , M . Franklin . B (2008) Pollockstexthook of Cardiovascular Disease and Rehabilitation . Human Kinetics.USA.
- 15-Smithwick, R.H.andTrompson, J E (1953).J. Amer .med .ASS 152, 1501.
- 16-Leonard, T ,Skeggs, JR, Joseph. R Kahn y Norman P.Shumwaythepreparation and function of theHipertensinconvetingenzyme (articulo completo disponible

emInglsh) JExpMed 1956 february 29, 103 (3) 295-299 ultimo acceso 16 de junio 2008.

17-Godfraind, T Salomone , S, Dessy C et al . (1992) Selectivityscale of calcium antagonista in the Human Cardiovascular Systembasedon vitro studies J. Cardiovascular Paarmocol.20 pp.34-41.

18- http://bvs.sld.cu/revista/med/vol/43_5-6/med_3304.htm.

19-Carrasco F.MorenoM,Irribarra V Rodriguez L, Martin M AlarconA,et al Evaluacionde un Programa Pilotode intervención en adultos,con sobrepeso y obesidad en riesgo de diabetes . RevMedica Chile2008: 136:13-2,

20-Dagnovar A,GarciaE,MeewenJ, Canfiel M MendezJ.Bases genéticas de la Hipertension en Colombia avances en nueve áreas de estudio Rev Col Cardiologia 2006:12 (409-430)