

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UBS JD FANGANIELLO.
SÃO PAULO**

Dr. ISBEL MOYA PÉREZ

ORIENTADOR: ALEXANDRE LUIZ AFFONSO FONSECA

SÃO PAULO, ABRIL, 2015.

Sumário

1. Introdução
2. Objetivos
 - 2.1 Geral
 - 2.2 Específico(s)
3. Metodologia
 - 3.1 Cenário da intervenção
 - 3.2 Sujeitos da intervenção
 - 3.3 Estratégias e ações
 - 3.4. Avaliação e Monitoramento
4. Resultados Esperados
5. Cronograma
6. Referências

1. Introdução

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 ^(1,2).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, além de ser considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. No Brasil, as DCV (doença cardiovascular) têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório ⁽²⁾. Entre 1990 a 2007, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. 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 ⁽³⁾.

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares ⁽¹⁾.

No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) ^(4,5).

Nas últimas décadas, muitos estudos epidemiológicos confirmaram a hipertensão arterial como fator de risco para esse grupo de doenças ⁽⁶⁻⁹⁾

Considera-se como critério diagnóstico de hipertensão arterial, para maiores de 18 anos, o achado de graus pressóricos maiores que 140 mm Hg para a pressão sistólica, e 90 mm Hg para a pressão diastólica. É possível classificar a hipertensão arterial, sistólica e diastólica respectivamente, de acordo com os valores pressóricos encontrados ⁽¹⁰⁾:

- ✓ Ótima: < 120 mm Hg < 80 mm Hg
- ✓ Normal: < 130 mm Hg < 85 mm Hg
- ✓ Limítrofe: 130-139 mm Hg e 85-89 mm Hg

Sendo assim podem ser classificadas, como:

- ✓ Hipertensão sistólica isolada: > 140 mm Hg e < 90 mm Hg
- ✓ Hipertensão estágio 1: 140-159 mm Hg e 90-99 mm Hg
- ✓ Hipertensão estágio 2: 160-179 mm Hg e 100-109 mm Hg
- ✓ Hipertensão estágio 3: > 180 mm Hg e > 110 mm Hg

Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo é realizado ⁽¹¹⁾.

Alimentação rica em sódio e gorduras, ausência de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial, considerando chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HA. A prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física ⁽¹²⁾.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso,

aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais ⁽¹³⁾.

Entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benéficos em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores estão os diuréticos, principalmente quando em baixas doses. Muitos pacientes necessitam a associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da ECA, betabloqueadores, antagonista do cálcio ⁽¹⁴⁾.

Frente à alta prevalência da hipertensão arterial e à sua condição de ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e níveis de controle pouco satisfatórios, é fundamental conhecer a prevalência de hipertensão e aspectos relacionados ao tratamento em São Paulo, na população da maior cidade do país ⁽¹⁵⁾.

Com todo o exposto e pelo impacto em saúde pública que a doença hipertensiva causa é que se faz necessário a realização de um projeto de intervenção, com elementos de educação para pacientes com hipertensão arterial na UBS Jardim Fanganiello, zona Leste de São Paulo, com o objetivo de reduzir os níveis pressóricos e diminuir a incidência de doenças cardiovasculares.

2. Objetivos

Objetivo Geral:

Reduzir os níveis pressóricos e diminuir a incidência de doenças cardiovasculares em pacientes com hipertensão arterial na UBS Jardim Fanganiello, zona Leste do município de São Paulo.

Objetivos Específicos:

1. Obter modificações no estilo de vida e estimular que os pacientes hipertensos adotem hábitos de vida saudáveis;
2. Permitir a adesão do paciente ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e assim minimizar a morbidade e a mortalidade do paciente hipertenso por complicações cardiovasculares;
3. Vincular os pacientes à grupos de hipertensão arterial, qualificando o grupo conforme recomendado pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e equipe do NASF.

3. Metodologia.

3.1 Cenários da intervenção

As ações de promoção ocorreram principalmente na UBS Jardim Fanganiello, zona Leste de São Paulo. A UBS encontra-se localizada na periferia do município, sendo uma população de baixo nível cultural e condições socioeconômicas desfavoráveis.

As intervenções ocorreram em vários cenários, na própria Unidade básica de saúde (consultório médico, na sala de reuniões, sala de grupo de hipertensos), nas residências durante as visitas domiciliares e na igreja da nossa comunidade.

3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

O projeto de intervenção envolve os pacientes cadastrados como hipertensos na UBS Jardim Fanganiello, em idades compreendidas de 18 a 60 anos e que estão dispostos a participar em este estudo.

Nossa equipe está integrada por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde (ACS).

3.3 Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente é muito importante a identificação da população hipertensa de 18 a 60 anos cadastrada em nossa unidade básica de saúde, através do sistema informatizado e dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde, enfermeiro e médico, para assim, direcionar as ações preventivas.

Etapa 2

Primeiro no espaço da reunião de equipe, será apresentada á equipe a proposta de intervenção, mostrando o problema, abrindo a discussão dos objetivos, a metodologia e os resultados esperados.

Uma vez que os pacientes selecionados outorguem seu consentimento de participar neste projeto, será aplicado um questionário inicial para conhecer alguns dados gerais de aspectos biopsicossociais e o grau de conhecimento dos pacientes.

Serão desenvolvidos palestras educativas para obter modificações no estilo de vida, alcançar uma maior adesão do paciente ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e vincular os pacientes à grupos de hipertensão arterial, utilizando recursos como entrevistas, vídeos educativos, dramatizações.

Etapa 3

Agendamento de consultas e visitas domiciliares para conhecer características individuais e meio social dos pacientes.

Convocar pacientes para as palestras que ocorrerão na Unidade Básica de Saúde toda sexta feira no período vespertino na sala de grupos e com a

participação da equipe do NASF, por convite das agentes comunitárias de saúde.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões semanais na UBS com os profissionais de saúde selecionados para cada data, os pacientes serão avaliados pelo meio social em que estão envolvidos e os riscos a que estão expostos.

As palestras ocorreram programadas como descritas abaixo:

- Palestra de terapia em grupo em local de reuniões da UBS todas as terças feiras no período vespertino das 14h às 15h. (Enfermeiro e ACS)
- Todas as sextas feiras palestras na própria unidade básica de saúde pela tarde das 15h às 16 h. (Médico e equipe NASF)
- Nas visitas domiciliares que ocorrem todas as segundas feiras no período vespertino. (Toda Equipe)
- Durante atendimento da consulta médica.
- Palestra geral uma vez ao mês com todos os hipertensos na Igreja da região, com uma duração de uma hora. (Toda Equipe)

Questionário para pacientes hipertensos de 18 a 60 anos da UBS Jardim Fanganiello:

- 1- Idade _____ sexo _____
- 2- Você tem pressão arterial elevada? Sí _____ No _____
- 3- O que é para você uma hipertensão arterial?
- 3- Quais são os fatores de risco que você conhece?
- 5- Você conhece quais são os sintomas mais comuns da doença?
- 6- Você pratica exercícios físicos? Sí _____ No _____
- 7- Você assistir a consulta médica regular?
_____ cada 3 meses _____ cada 6 meses
_____ uma vez por ano _____ nunca
- 8- Você conhece algum tratamento não medicamentoso para tratar corretamente a hipertensão arterial?
- 9- Você conhece a importância de fazer um tratamento oportuno medicamentoso?
- 10- Você participa do grupo de hipertensos da unidade? Sí _____
No _____
- 11- Você conhece algumas complicações da hipertensão arterial?
Sí _____ No _____ Se a resposta é sim escreva três.

3.4 Avaliação e monitoramento

Semanalmente será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias. Avaliaremos em conjunto todos os profissionais de saúde como vai o nível de conhecimento e melhoria dos estados de saúde da população estudada.

Coletaremos as opiniões anônimas dos pacientes, por escrito ao término das palestras realizadas. Aplicar uma avaliação nas residências desses pacientes nas visitas domiciliares semanalmente.

Ao finalizar os temas a debater será feito outro questionário final, para mensurar o grau de conhecimento alcançado pelos pacientes.

4. Resultados Esperados

Com a implementação deste projecto e os conhecimentos adquiridos pelos pacientes esperamos:

- Diminuir a incidência de doenças cardiovasculares em pacientes com hipertensão arterial.
- Diminuir a incidência dos fatores de risco de pacientes hipertensos.
- Obter modificações no estilo de vida dos pacientes estudados.
- Aumentar o nível de consciência para o uso correto da medicação farmacológica nos pacientes estudados.
- Vincular os pacientes aos grupos de hipertensos da UBS.

5. Cronograma

Atividades	Janeiro/ 2015	Fevereiro/ 2015	Março/2015	Abril/2015	Maió/2015
Elaboração do projeto	X				
Aprovação do projeto		X			
Estudo da Literatura	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

6.Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2006 Fev: 1–48.
2. 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.
3. VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.
4. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em N. Jardim PCV, Peixoto MR, Monego E, Moreira H, Vitorino PVO, Souza WSBS,
5. Scala LCN. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. Arq Bras Card 2007; 88(4): 452–457.obres, MT. Arq Bras Card 2009; 93(6): 672–678.
6. Whitworth JA, World Health Organization, International Society Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens. 2003; 21 (11): 1983-92.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003; 289 (19): 2560-72.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2007; 89 (3): e25-e79.
9. Kannel WB, Castelli WP, McNamara PM, McKee PA, Feinleib M. Rule of blood pressure en the development of congestive heart failure: The Framingham Study. N Engl J Med. 1972; 287 (16): 781-7.
10. DARIUSH M, KATAN M B, ASCHERIO A, STAMPFER, M J, WILLET W C. Medical Progress: Trans Fatty Acids and Cardiovascular Disease. N Engl J Med 2006 Apr; 354 (15): 1601-1613. Disponível em: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/354/15/1601>.
11. Freitas OC, Resende CF, Marques NJ et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of Sao Paulo, Brazil. Arq Bras Cardiol, 2001; 77(1): 9–21.
12. OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arteria Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2011. Disponível em <<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>>. Acesso em 26/12/2011.
- 13.Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should _ blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. Lancet 2005; 366: 1545–53.
14. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, et al. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension. A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension. 2006;47:296.
15. Lotufo PA. Premature mortality from heart diseases in Brazil: a comparison with other countries. Arq Bras Cardiol. 1998; 70 (5): 321-5.

