

Universidade Federal do Estado de São Paulo  
Especialização em Saúde da Família – UNASUS/UNIFESP/Mais Médicos

Prevenção de Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial na Unidade de Saúde  
Central do Município Campo Limpo Paulista

Aluno: Manuel de Jesus Cumbá Vaillant

Orientadora: Dra. Caren Serra Bavaresco

São Paulo, Maio de 2015

## SUMARIO

Introdução	-----	3
Objetivo	-----	7
Objetivo Geral		
Objetivo Específico		
Metodologia	-----	8
Cenário de Intervenção		
Sujeito da intervenção		
Estratégias de Implementação		
Resultados Esperados	-----	11
Cronograma	-----	12
Referências	-----	13

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. É responsável pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25 % das mortes por doenças arterial coronariana. Em combinação com a Diabetes, representa 62, 1 % do diagnóstico de pessoas submetidos à diálise. (1)

Entre as pessoas idosas a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50 % a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal de envelhecimento. (1)(2)

A HAS é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A decisão relativa à abordagem de portadores de HAS deve ser baseada nos níveis de pressão arterial e também na presença de outros fatores de risco e doenças concomitantes como diabetes, lesão em órgãos alvo, doenças renal e cardiovascular. Deve-se considerar os aspectos familiares e socioeconômicos. São definidas quatro categorias de risco cardiovascular absoluto, mostrando que mesmo os pacientes classificados nos estágios 1,2 ou 3 podem pertencer a categorias de maior ou menor risco na dependência de co-morbidades ou fatores de risco associados. Na estratificação dos portadores estão :grupo de baixo risco inclui homens com idade menor de 55 anos e mulheres com idade abaixo de 65 anos , com hipertensão arterial de grau I e sem fatores de risco a probabilidade de um evento cardiovascular grave ,nos próximos dez anos ,é menor que 15 % ; grupo de risco meio inclui portadores de HAS grau I y II ,com um ou dois fatores de risco cardiovascular a probabilidade é entre 15 e 20%; o grupo de risco alto inclui portadores de HAS grau I ou II que possuem três ou mais fatores de risco e são também portadores de hipertensão grau III ,sem fatores de risco com uma probabilidade de um evento entre 20 e 30 % ; e o grupo de risco muito alto que inclui portadores de HAS grau III ,que possuem um ou mais fatores de risco ,com doença cardiovascular ou renal manifesta .A probabilidade de um evento cardiovascular ,em dez anos é estimada em mais de 30 %. (1)(2)

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com co-morbidades relevantes(4). A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento. (1)(2)(3)

Intervenções não-farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física.

Deste modo, a intervenção não-farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial.

O conhecimento do perfil sócio-demográfico dos pacientes hipertensos, do uso que fazem dos serviços de saúde e das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam, são importantes para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, de 2006, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) vem a ser:(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças Cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), os fatores de risco para ocorrência de HAS podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis. Dentre os não modificáveis estão a idade, o sexo e a história familiar. Já entre os modificáveis estão consumo de bebida alcoólica, o tabagismo e o sedentarismo.

#### Não-modificáveis

- a) Hereditariedade: história familiar de Hipertensão Arterial;
- b) Idade: o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos.
- c) Raça: Nos Estados Unidos, estudos mostram que a raça negra é mais propensa à Hipertensão Arterial que a raça branca. No Brasil, não há confirmação dessa evidência.

Modificáveis:

- a) Sedentarismo: aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30 % maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos, a atividade física regular reduz a pressão arterial.
- b) Tabagismo: o consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e a um maior risco de doenças cardiovasculares.
- c) Excesso de sal: o sal pode desencadear, agravar e manter a hipertensão;
- d) Bebida alcoólica: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à hipertensão.
- e) Peso: a obesidade está associada ao aumento dos níveis pressóricos. Ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para hipertensão.
- g) Arterial, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado.

Estresse: excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial. (1)(2)(3)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis, direta ou indiretamente, de mobilidade, mortalidade, perda de qualidade de vida e altos custos sanitários nos adultos de todos os países incluindo os industrializados e com mais desenvolvimento econômico e nos que ostentam esta classificação. A hipertensão arterial, o tabaquismo, a obesidade, a diabetes e as dislipidemias são comuns nestas doenças dos adultos, com aumento preocupante nos últimos anos em meninos e adolescentes. São, por elas mesmas, doenças e também importantes fatores de risco para o resto das doenças crônicas não transmissíveis que causam danos vascular: hipertrofia ventricular esquerda, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, doença cerebrovascular e doença renal crônica, entre outras.

As doenças crônicas cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade na população brasileira, vários fatores de risco aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A hipertensão arterial representa um dos fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A hipertensão arterial afeta um 20 % da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40 % das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. Com frequência leva à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família, e a sociedade. A prevenção é decisiva para garantir a qualidade de vida. (4)

Na prevenção primária remover fatores de risco é uma tarefa de competência da equipe de saúde, deve – se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e estímulo a uma alimentação saudável. (5)

Campo Limpo Paulista foi fundada em 21 de Março de 1963, com uma densidade demográfica (hab./km<sup>2</sup>): 872,07, com uma população total 150.991, Urbana: 62.260, Rural: 1.464, Campo Limpo Paulista tem acrescentado as doenças crônicas não transmissíveis na cidade, contando atualmente com o Hospital de Clínicas e mais sete UBS distribuídas nos principais bairros da cidade. Também conta com um ambulatório de Saúde Mental, uma unidade de serviços de Fisioterapia e uma unidade central de Especialidades. Os moradores da cidade contam também com uma central de ambulâncias, que funciona 24 horas .

Considerando que a HAS é o primeiro fator de risco cardiovascular, justifica-se este estudo pelo convívio familiar direto com pacientes hipertensos, despertando assim o interesse em compreender as alterações ocorridas na vida destes, pelo fato da HAS constituir um agravo que acomete grande parte da população.

Este estudo torna-se de relevância pessoal, porque a formação acadêmica propõe a capacidades de prestar uma assistência de qualidade, e de relevância social, porque em nível mundial e nacional é uma doença crônica degenerativa crescente e com dados alarmantes, como já citados anteriormente.

No mundo atual, o binômio saúde doença não pode mais ser analisado isoladamente da pessoa que, concretamente, está vivenciando tal fenômeno. Há necessidade de uma abordagem que contemple esta totalidade existencial, examinando a doença como é vivida pelo ser que adocece e considerando as condições histórico-culturais e sociais implicadas nesse contexto.

## OBJETIVOS

### Objetivo Geral

Avaliação dos fatores de risco para a pressão arterial

### Objetivos Específicos

1. Estimular os profissionais envolvidos na atenção básica para que promovam medidas coletivas de prevenção enfocando os fatores de risco.
2. Orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos pacientes hipertensos.
3. Reconhecer as complicações da hipertensão arterial.

### 3.METODOLOGIA

3.1 – Cenário de Intervenção: O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da UBS Central da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Limpo Paulista/São Paulo.

#### 3.2 – Sujeitos de Pesquisa

Equipe de Saúde da UBS Central, no território de abrangência, tem 6244 usuários com 612 famílias cadastradas do total dessa população, 190 pessoas são portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica presentes na comunidade. Dentro dos hipertensos cadastrados 75% são do sexo feminino e 25% do sexo masculino. Para seleção, adotaram-se como critérios de inclusão: será pacientes de ambos dois sexos; apresentarem diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais de um ano, estarem cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade e estarem conscientes e orientados. Serão excluídos os pacientes que se recusarem a participar do projeto

#### 3.3 – Estratégias e Ações

1. Preparação de material didático para divulgação do Projeto de Intervenção (P.I) – como a gestão, equipe comunidade e público –alvo.
2. Comunicação com o Gestor Municipal de Saúde e a Coordenação da APS sobre a importância do PI;
3. Reunião inicial com a equipe multidisciplinar de saúde da ESF para apresentação do PI;
4. Reunião de equipe para o planejamento das ações;
5. Implantar ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) com a equipe, para capacitação sobre a temática a ser trabalhada na intervenção (exposição dialógica, rodas de conversa, grupos de discussão).
6. Reunião com a comunidade sobre o PI (Educação em Saúde e EPS);

- 7 Buscar parcerias intersetoriais na comunidade.
8. Roda de conversa e grupos de discussão com o público – alvo apresentação e sensibilização sobre o P.I.
9. Abordagem dos usuários durante as Visitas Domiciliares (VD), acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e atendimento programáticos;
10. Realizar levantamento e cadastro de pacientes adultos diabéticos.
11. Definir o coordenador e vice coordenador do grupo, além de um comitê gestor composto por três membros da equipe;
- 12 Definir as funções e atribuições de cada membro da equipe multiprofissional da ESF durante as atividades;
13. Articular com o médico da equipe a realização de consultas para avaliação solicitando exames laboratoriais e diagnósticos;
14. Articular com as Técnicas de Enfermagem a mensuração dos sinais vitais, aferindo a Pressão Arterial (P.A.).
15. Integrar a equipe de Saúde Bucal (SB) da ESF- Dentista, Técnico de Saúde Bucal (TSB)e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)nas ações do PI.
16. Práticas de Atividades Físicas na área de abrangência da ESF, através da constituição e atualização do grupo;
17. Reunião mensal com a equipe para discutir o andamento da intervenção.

Este projeto de intervenção tem ocorrido em vários momentos e se formulou um questionário com os seguintes dados dos pacientes adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Nome; Idade; Sexo; Raça; Peso; Altura e IMC (Índice de Massa Corpórea fatores de risco (Estresse; Tabagismo; Hábitos Alimentares; Sedentarismo) e enfermidades crônicas não transmissíveis associadas (Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Obesidade)

A equipe de saúde da UBS Central organizará a capacitação dos pacientes, iniciando com uma discussão sobre nessa doença.

A capacitação promoverá uma abordagem direcionada aos pacientes com essa doença englobando fatores de risco, aspectos higiênico dietéticos, para a prevenção das complicações.

### 3.4 – Avaliações e Monitoramento

A avaliação e o monitoramento do projeto de intervenção ocorrerá individualmente durante as consultas e vistas domiciliares e pelo acompanhamento dos indicadores de saúde. Ao monitorar o nível de informações relacionadas à doença (HAS) e fatores de risco e suas complicações por parte dos pacientes. O cumprimento de seu tratamento e assistência as consultas agendadas, utilizando se instrumentos de perguntas e respostas anónimas. Monitorar mensalmente a qualidade do acesso aos insumos oferecidos pela ESF aos pacientes do HIPERDIA.

## RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação do Projeto de Intervenção espera-se melhor controle dos fatores de risco, melhor controle da HAS, não aparição de complicações, maior autocuidado, mais apoio e participação de cuidado do paciente, melhor conhecimento da doença. Melhorar o conhecimento da população em relação as complicações da Hipertensão Arterial, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir os gastos com saúde pública relacionados com remédios de alto custo e internações hospitalares.

## CRONOGRAMA

Atividades	Jan./2015	Fev./2015	Mar./2015	Abr./2015	Mai./2015
Elaboração do Projeto	x	X	X	x	
Aprovação do Projeto					x
Coleta de dados	x	X	X	x	x
Levantamento Bibliográfico				x	x
Discussão					
Revisão Final e Digitação				x	
Socialização do trabalho				x	x

## REFERÊNCIAS

- 1- Kaplan NM, Victor RG. Chapter 8: Hypertensive Crises. In: Kaplan`s, Clinical Hypertention, 10 th Ed. Lipincott, Williams &Wilkins Philadelphia 2010. P. 274
- 2- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE [2010]. Disponível em:<[http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm\\_317343.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf)>. Acesso em: 4 fev. 2012.
- 3- SOCIEDADE DE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, [2010]. Disponível em [http://www.sbn.org.br/Diretrizes\\_Brasileiras\\_de\\_Hipertensa\\_Arterial.Pdf](http://www.sbn.org.br/Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensa_Arterial.Pdf)>. Acesso em: jan 2012.
- 4- Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica – 2012. Arq Bras Cardiol 2012; 98(1 supl. 1): 1-33
- 5- Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 6- CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da Implementação do Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) Nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. Rev. APS, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 10-16, mar. 2008. Disponível em: . Acesso em: 21 nov. 2012.
- 7- Bibliografia; Cadernos de atenção básica envelhecimento e saúde da pessoa idosa No 19 1ra edição, ano 2013 pág. 71
- 8- Rev. cubana med. vol.50 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011
- 9- Alfonzo JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2010.
- 10-Field JM, Hazinski MF, Sayre M, et al, Part 1: Executive Summary of 2010 AHA Guidelines for CPR and ECC. Circulation. 2010; 122; S 640-56.

