



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

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**A Importância de ações em saúde na mudança do estilo de vida de
pacientes Hipertensos.**

Aluno: Rosendo Martinez Rodriguez.

Orientadora: Vera Lucia Fedel Parpineli.

São Paulo/SP

2015

Sumário

1. Introdução	3
1.1 Justificativa	7
2. Objetivos	8
2.1 Objetivo Geral	8
2.2 Objetivos Específicos	8
3. Metodologia	9
3.1 Cenário de intervenção	9
3.2 Sujeitos envolvidos	9
3.3 Estratégias e ações	9
3.4 Avaliação e monitoramento	10
4. Resultados esperados	11
5. Cronograma	12
6. Referências	13

1.Introdução

Hipertensão Arterial é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referente ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica)¹.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, enfarte agudo do miocárdio, aneurisma arterial (exemplo: aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica². Mesmo moderado o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida. Segundo a American Heart Association é a doença crônica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto econômico e social³.

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 fatais⁴. Constitui-se numa das afecções mais comuns do mundo moderno e que atinge um grande número de pessoas, podendo resultar em graves complicações, se não for tratada e controlada, por isso se evidencia que a mesma é um grande problema de saúde pública, e que merece especial relevância em todos os níveis de atenção à saúde⁵.

Segundo os últimos dados da OMS, divulgados ainda em 2008, 40% dos adultos com mais 25 anos no mundo sofriam de hipertensão arterial, ou seja, um bilhão de pessoas, enquanto, em 1980, esta doença afetava 600 milhões de pessoas com mais de 25 anos. A maioria dos casos nos países

subdesenvolvidos não é diagnosticada, controlado e nem tratado. Causa de morte de 9,4 milhões de pessoas por ano em todo o mundo, além de também estar relacionada com 45 % dos ataques de coração e 51% dos derrames cerebrais alerta feita por a Organização Mundial da Saúde (OMS). Com intenção de conscientizar as pessoas sobre seus riscos, a agência das Nações Unidas lembrou que, globalmente, as doenças cardiovasculares matam anualmente 17 milhões de pessoas, sendo que 9,4 milhões de mortes estão ligadas diretamente aos problemas de hipertensão arterial sistêmica⁶.

Estima-se que na realidade brasileira são encontrados cerca de 1/4 da população adulta de portadores de hipertensão arterial a partir dos 40 anos de idade, e esse número é crescente, sendo que o seu aparecimento está cada vez mais precoce, enfatizam que a prevalência de hipertensão arterial está entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%)⁷.

As dificuldades de controle da hipertensão arterial, na concepção de estudiosos, estão relacionadas às características da doença, como o caráter assintomático, a evolução lenta e a cronicidade, que fazem com que a hipertensão arterial não seja considerada doença ou algo que precisa ser cuidado. Assim os portadores não sentem a necessidade de modificar os hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença⁸.

Os determinantes sociais têm grande influência sobre a hipertensão arterial, que é considerada um grave problema de saúde e por estar associada ao aparecimento de outras doenças crônico-degenerativas traz várias repercussões negativas à qualidade de vida dos indivíduos. Dentre os agravos salientam-se, as doenças cardiovasculares e cerebrais como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), considerado uma das principais causas de morte originária da hipertensão arterial não controlada^{9, 10}.

O manejo da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento¹¹. Para o controle da mesma são necessárias medidas que envolvam mudanças no estilo de vida do indivíduo^{12, 13}. As mudanças no estilo de vida, tanto

individual quanto coletiva, são fundamentais para a prevenção da hipertensão arterial e para alcançar as medidas pressóricas adequadas preconizadas pelo Ministério de Saúde. São recomendados: Alimentação adequada; Diminuição do consumo de sal; Controle do peso; Prática de atividade física; Diminuição do uso de tabaco e álcool¹⁴.

O controle e o diagnóstico da hipertensão arterial tem sido atribuição da atenção primária da saúde e tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial além de ser uma ação estratégica de atuação¹⁵. A política nacional de promoção de saúde, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool¹⁶. Quanto ao sucesso da política antitabaco, destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros e as advertências sobre o risco de problemas nas embalagens do produto¹⁷.

Frente à crise vivida no setor saúde, o ministério da saúde implantou o Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientada para a cura de doenças. Assim sendo, o programa de estratégia da família pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente¹⁸.

A dinâmica proposta pelo programa de estratégia da família centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos hipertensos¹⁸. A hipertensão arterial fornece um excelente campo de atuação para o trabalho de uma equipe multiprofissional, por ser uma doença multifatorial que envolve orientações voltadas para vários objetivos e tem seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde¹⁹. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens as quais podem ser trabalhadas através da formação de uma equipe multiprofissional. Essas ações diferenciadas ampliam o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular²⁰. A aquisição do conhecimento é fundamental,

mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade²¹, as quais devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada paciente e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo assim, ser mantidas em longo prazo²².

O trabalho da equipe contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de estilos de vida, hábitos, e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global²³.

Na Unidade Básica de Saúde Aeroporto, localizada no município de Limeira-SP., identifica-se como problema a falta de conhecimento dos pacientes em relação as complicações e as medidas que devem tomar para o controle da pressão arterial. Os mesmos os mesmos parecem acreditar que só com os remédios é possível controlar a doença, pois chegam a consulta para solicitar receitas dos remédios para hipertensão. Eles são atendidos e a pressão arterial é medida pelos enfermeiros e pessoal da UBS. No entanto não é desenvolvido um trabalho de análise de estilos de vida dos dessas pessoas que possa contribuir para determinar as causas da hipertensão e o controle nos pacientes doentes.

1.1 Justificativa

A justificativa para um projeto de intervenção decorre da necessidade de um trabalho preventivo e de controle da pressão arterial nos pacientes hipertensos, que possibilite a conscientização de que estilos de vida podem influenciar positiva ou negativamente na aparição, controle ou descontrole da doença. Por estes fatores torna-se necessário um trabalho educativo que seja capaz de estabelecer um padrão de hábitos saudáveis que uma pessoa portadora da doença precisa ter.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Demonstrar a importância dos estilos de vida adequados para a melhoria das condições de saúde em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.2 Objetivos Específicos

- Quantificar os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Aeroporto.
- Avaliar as condições de saúde dos pacientes e verificar o controle da hipertensão.
- Realizar uma análise dos estilos de vida dos pacientes.
- Correlacionar estilos de vida com fatores de risco e com gravidade da doença.
- Desenhar ações preventivas, educativas e de controle que permitam mudanças dos estilos de vida errados em pacientes doentes.

3. Metodologia

3.1 Cenário da Intervenção

O projeto será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Aeroporto, localizada no município de Limeira-SP.

3.2 Sujeitos Envolvidos

Para desenvolver o projeto de intervenção é necessário estabelecer uma amostra composta pelos pacientes cadastrados na UBS Aeroporto que sejam portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Como a doença atinge a pessoas de qualquer idade, serão somente analisados os pacientes divididos em 2 grupos:

- Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica entre 21 e 59 anos de idade.
- Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica de 60 anos o mais de idade.

Do primeiro grupo serão excluídas as mulheres em período de gravidez, porque elas apresentam características específicas que não serão analisadas nesta investigação.

3.3 Estratégias e Ações

A pesquisa será desenvolvida em várias etapas.

- A primeira etapa será destinada à quantificação e classificação por grupos dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

- A segunda etapa tem a ver com a análise da gravidade, controle, fatores de risco e estilos de vida dos pacientes analisados.
- A terceira etapa consiste em fazer uma correlação estatística dos fatores analisados na etapa anterior, para determinar se existe relação entre eles.
- A quarta etapa dependerá dos resultados alcançados na terceira etapa. Se for demonstrada a correlação, será desenhada uma estratégia que possibilite a cobertura no plano educativo dos pacientes.
- A quinta etapa será composta por diferentes ações com os pacientes, que possibilitem a mudança dos estilos de vida que propiciam o descontrole e agravamento da doença.

3.4 Avaliação e Monitoramento

Após de aplicar as ações educativas, os pacientes serão monitorados periodicamente para analisar se teve uma melhora ou não dos sintomas da doença. Os pacientes serão avaliados pelo grupo de médicos e enfermeiros.

4. Resultados Esperados

1. Demonstrar a importância de adotar estilos de vida adequados para o controle da doença.
2. Atuar na prevenção da doença em pacientes com fatores de risco tendo em conta a mudança de estilos de vida inadequados.
3. Utilizar estratégias educativas direcionadas a melhorar a saúde dos pacientes.
4. Diminuir a quantidade de pacientes propensos a adquirir a doença.

5. Cronograma

Atividades 2015	Março 2015	Abril 2015	Maió 2015	Junho 2015	Julho 2015	Agosto 2015
Elaboração do Projeto	X					
Pesquisa Bibliográfica	X					
Avaliação da População	X	X	X			
Quantificação e Classificação			X	X		
Correlação Estatística				X		
Desenho de Estratégias de Cobertura					X	
Aplicação de Estratégias					X	X

6. Referências.

1. Whitworth JA; World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension, 2003.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. Cushman WC, Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003.
3. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Heart disease and stroke statistics, 2010.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.
5. Vieira FH. Reatividade pressórica em testes de estresse mental em indivíduos normotensos com hiper-reatividade pressórica do teste ergométrico. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo/UFES, Vitória, 1993.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus: Protocolo. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, DF, 2001.
7. Saraiva KRO. Processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. Florianópolis 2009; 16(1): 63-70
8. Assunção MCF, Santos IF, Gigante, DP. Atenção primária em diabetes e hipertensão no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev. Saúde Pública 2001 35(1): 88 – 95.
9. Barnett A H, Dodson, M. Hypertension and diabetes. Science Press, London, 1997. p. 518-520,.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Normas técnicas para o Programa Nacional da Hipertensão. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Brasília, DF. 1998; 88 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica: saúde da família. Cadernos de atenção básica. Brasília, DF, n.15, 2006.

12. Lom, FH; Toledo M, Paulo C. Educação em saúde: Uma nova ótica para um problema. Revista educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial 2006; 16(2): 233-248.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica, Brasília, DF, 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil. Brasília, DF, 2011; 148.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Gerência de Saúde Comunitária. A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de Atenção primária a saúde. Porto Alegre, 2011.
16. Miller, N H. The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a call to action. American Heart Association, Dallas, p. 1085-1090, 1997.
17. Farreras R. Medicina Interna: Hipertensão arterial, 13 ed.: Local (cidade): Editora: 1995; p.667-689.
18. Giorgi, DMA. Estratégias especiais para melhoria da adesão/equipes multiprofissionais e o papel da pré e da pós consulta. Local(cidade): Editora: 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, DF, 2002.
20. Brum, PC. Hipertensão arterial e exercício físico aeróbico. 2ª ed. Local (cidade): São Paulo, 2006.
21. Pessuto J, Carvalho E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev. latinoam. Enfermagem 1998; 6 (1): p. 33-39.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia pratica do programa saúde da família, DF, 2001.

