



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Kennedy Marcelo de Souza Araújo

Indicadores de saúde sobre o “Estudo de Caso de Hipertensão Arterial” da região de abrangência da unidade básica de saúde do bairro Prado em Cachoeira do Sul – RS

Florianópolis, Março de 2023

Kennedy Marcelo de Souza Araújo

Indicadores de saúde sobre o “Estudo de Caso de Hipertensão Arterial” da região de abrangência da unidade básica de saúde do bairro Prado em Cachoeira do Sul – RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carolina Carvalho Bolsoni
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Kennedy Marcelo de Souza Araújo

Indicadores de saúde sobre o “Estudo de Caso de Hipertensão Arterial” da região de abrangência da unidade básica de saúde do bairro Prado em Cachoeira do Sul – RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Carolina Carvalho Bolsoni
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial é certamente um grave problema de saúde pública que não apenas afeta o Brasil e sim o mundo. Ela influencia juntamente com outros fatores para o aumento do risco de doenças cardiovascular e a mortalidade. Estudos demonstram que quanto menor é o poder socioeconômico maior será a prevalência da hipertensão arterial. Ademais, se observa que quanto menor o grau de instrução/escolaridade, maior a incidência da enfermidade. A falta de atividade física, os hábitos de vida, o consumo exagerado de sal, o sobrepeso (obesidade), o consumo do tabaco e a raça negra são os mais afetados. **Objetivo:** Elaborar ações educativas em saúde, voltadas a políticas sociais de prevenção, promoção, proteção e recuperação na qualidade de vida, reduzindo o número de incidência e prevalência da HAS (hipertensão arterial sistêmica), contribuindo em si, nos impactos de políticas públicas com formulação, implementação e avaliação dos indicadores de saúde na Unidade Sanitária 17 (UBS) no Bairro Prado no município de Cachoeira do sul, RS. A meta será o controle dos níveis pressóricos estipulados pelo Ministério da Saúde (<140x90 mmHg). **Métodos:** Foi realizado estudo exploratório com 10 pacientes hipertensos. Os sujeitos participaram de entrevistas durante o “HIPERDIA” durante 8 (oito) meses, de forma mensal e os dados foram analisados pelo método “análise de conteúdo”, por meio de categorias não definidas a priori. **Resultados:** Quase a metade dos pacientes estudados (41%) não soube definir o que é hipertensão arterial. Mencionaram como principal sintoma dor de cabeça e na nuca (18%), sendo as possíveis consequências o derrame e o infarto (39%). Os fatores emocionais foram os mais referidos como os que dificultam o controle da pressão alta. Para este controle, 40% indicaram mudanças de hábitos alimentares e de vida. Dentro deste total, a caminhada e a ginástica foram os mais referidos. Quanto ao comportamento adotado pelos pacientes, os mais mencionados foram o uso de medicamentos e tratamento por profissional de saúde. **Conclusões:** De fato, os aspectos psicossociais e as crenças de saúde parecem interferir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de saúde adotadas. Considera-se importante propor novas formas de orientação aos pacientes com hipertensão arterial.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Hábitos Alimentares, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Cachoeira do Sul é um município brasileiro do Estado do Rio Grande do Sul, é um dos principais municípios, sendo um dos cinco primeiros municípios a receber o título de emancipação, em 1920. A origem de seu nome se deve a uma antiga cachoeira existente no Rio Jacuí. Por ser um dos municípios mais antigos do estado, tem uma população estimada de 83.827 pessoas, segundo dados do IBGE, sendo de 2010, e possui uma renda per capita de R\$ 26.888,12, dados do IBGE, ano 2017.

O município possui um perfil sociocultural muito importante, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,742, em 2010, o que situa este município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Este índice é menor a média do estado que é de 0,746, em 2010, segundo atlas socioeconômico e da secretaria de planejamento, orçamento e gestão do estado do Rio Grande do Sul e também abaixo da média nacional do Brasil que é de 0,754 o IDH brasileiro, conforme relatório de Desenvolvimento Humano 2016 com base nos dados de 2015 (alto desenvolvimento). Entre os 188 países e territórios reconhecidos pela ONU o Brasil ocupa a 79ª posição no ranking. Os sub índices que mais contribuíram para o IDHM do município é longevidade, com índice de 0,854, seguido da renda, com índice de 0,739 e de educação, com índice de 0,648. Com uma população estimada de 83.827 pessoas, segundo dados do IBGE, senso de 2010. A expectativa de vida ao nascer no município é de 76,2 anos, em 2010, enquanto no Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 73,9 anos, em 2010 (IBGE, 2020).

Um aspecto importante para este estudo é a distribuição por faixa etária no município. Este aspecto sociodemográfico demonstra a diversidade deste município, estando evidente a transição demográfica, caracterizado por um perfil de pessoas em processo de envelhecimento também observado no bairro do Prado e nos atendimentos na UBS 17. De acordo a Secretaria Municipal de Saúde do município de Cachoeira do Sul/RS, a população total da Unidade Sanitária 17 – PRADO, abrange em média 1.000 famílias cadastradas, sendo em média 5 (cinco) moradores por domicílio, o que daria um total de 5.000 famílias cadastradas aproximadamente, porém, somente a metade da área é coberta pelas ACS (Agentes Comunitária de Saúde), nota-se então, que estes dados e a cobertura são pífios. Este total se distribuímos por faixa etária, teremos: 674 crianças, 894 adolescentes, 2.363 adultos e 911 idosos. Ressalto que, por não ser uma USF (Unidade Saúde Da Família), não temos uma territorialidade definida, portanto, atendemos a população de diversos territórios do município.

Enquanto há alguns indicadores importantes de educação no município, segundo dados de 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 84,48%. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 92,32%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo

era de 60,79%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 46,92%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 12,19% estavam cursando o ensino superior em 2010.

A população da cidade é predominantemente urbana, porém, há uma extensa área rural que depende dos serviços de saúde do município.

Bairro Prado

O bairro Prado, localidade atendida pela UBS 17, é um dos mais populosos da cidade, com aproximadamente 14 mil habitantes. A comunidade atendida pela UBS17 é composta em grande maioria por pessoas simples, com um poder socioeconômico de médio, mediano a baixo, de escolaridade baixa, a grande maioria é alfabetizada, (segundo dados coletados pelas ACS). Trabalham no comércio, em metalúrgicas, em fumageiras, em mecânicas, em empresas como a Granol, que produz azeite, e alguns são funcionários públicos municipal. Uma parte das mulheres são diaristas, outras costureiras ou donas de casa. Além disso, o alto nível de desemprego reflete a vulnerabilidade da comunidade, em que parte dos trabalhadores locais realiza trabalhos informais, dados coletados por meio de observatório pessoal durante as consultas e coletas de dados com as ACS.

Existe uma área coberta pela unidade de saúde por famílias carentes, onde a única fonte de renda é a “Bolsa Família”, sendo que a saúde é ainda mais precária. Essas famílias, na sua maioria eram as “ribeirinhas”, moravam na encosta do Rio Jacuí. Foram construídas casas e cedidas a elas para saírem desta situação, devido aos alagamentos frequentes. Todos esses fatores de risco social contribuem para pontos de vendas de drogas e aliciamento são prevalentes. Por ser uma unidade que está inserida em uma zona periférica, atendemos os pacientes de forma integral, contínua e participativa, visando com que os mesmos sejam integrados a essa gestão do cuidado, para que os resultados também dependam das suas escolhas.

Na Unidade Básica de Saúde – UBS17, o foco é a atenção para enfermidades crônicas, desde orientações, consultas de enfermagem, aferição de pressão arterial, medida de hemo-gluco-teste (HGT), consultas médicas, visitas domiciliares, casa de repouso, palestras e/ou atividade física (HIPERDIA). A demanda de pacientes acima dos sessenta anos de idade atendidos pela equipe de saúde é superior a 60%, em que aproximadamente 53% destes idosos se consulta para solicitar renovação de receitas de medicamentos anti-hipertensivos. As queixas mais comuns que levam as consultas na unidade são: hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes, agravos osteo-articulares-musculares degenerativas, gastrite, doenças pulmonares como: asma, enfisema, bronquite, rinite e DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e transtornos mentais. É uma população poliqueixosa, de difícil manejo terapêutico, muitos deixam de tomar a medicação pelo fato de “ouvi dizer que faz mal”ou simplesmente abandonam o tratamento. Alguns com uso irracional de medicamentos (automedicação). O dia a dia da unidade está resumido em atendimentos, triagens, preventivos de colo de útero e visitas domiciliares.

O estudo epidemiológico da população do Prado, com elevado número de pacientes hipertensos nos fez pensar como poderíamos ajudar a esse grupo de pessoas a ter uma melhor qualidade de vida, contribuindo em si, nos impactos de políticas públicas com formulação, implementação e avaliação dos indicadores de saúde. A Constituição Federal de 1988, no Art. 196, diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Bem como, a Lei Orgânica nº 8080, Art. 2, diz: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” Assim sendo, os indicadores de saúde e a epidemiologia, contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. De acordo com as informações obtidas, o perfil epidemiológico da área de minha abrangência estudada e levando em consideração informações como levantamento das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais, de consumo coletivo e de controle social. Ainda, de acordo com a Lei 8.808, “a saúde tem fatores determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, entre outros.” Esses também são fatores que direcionam a construção do perfil de uma comunidade, que deve ocorrer com uma clara consciência de compromisso com a transformação das condições de saúde da população, favorecendo o desenvolvimento de um sistema de saúde que compreende o processo saúde-doença como parte da organização social.

A comunidade do Prado é uma região que ainda passa por um processo de construção, no qual as pessoas que lá residem ainda dependem de um maior investimento em infraestrutura e saneamento básico, segundo minha observação direta. Como já foi mencionado anteriormente, existe uma área coberta pela unidade de famílias carentes, em que a única fonte de renda é a “bolsa família”, onde a saúde é ainda mais precária. A área faz parte da zona leste de Cachoeira do Sul/RS, e abriga, desde sua criação, uma população mais desfavorecida, sendo sua renda média inferior à renda do município. A zona leste de Cachoeira do Sul/RS abrange 11,12% da população do município, com aproximadamente 14.000 pessoas. Apesar de abrigar uma importante quantidade de brasileiros, a área apresenta uma má infraestrutura urbana insuficiente, desde iluminação pública ruim, ausência de drenagem das águas pluviais, presença de esgoto a céu aberto, ausência de áreas de lazer, presença de lixo na rua. Estas condições levam a presença de insetos e roedores e podem ameaçar de maneira importante a saúde da população.

Ao traçar o perfil epidemiológico da população da Unidade Sanitária 17 - Prado é possível conhecer a tipologia dos moradores do bairro bem como as suas necessidades

e insatisfações dos mesmos. Tal estudo é de fundamental importância para orientar as medidas e políticas públicas a serem tomadas naquela área, pois permite ao pesquisador conhecer os reais problemas daquela população quanto a diversos aspectos, tais como: condições do espaço urbano, qualidade ambiental da área, patologias frequentes, condições de vida, entre outros. Bem como, servirão de instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde oferecidos pela UBS 17 - PRADO.

No decorrer do trabalho de conclusão do curso, vamos abordar demais doenças e agravos frequentes da comunidade da UBS 17. Com um estudo de 10 pacientes brasileiros hipertensos durante 8 (oito) meses, para a coleta de dados como: peso, aferição de pressão arterial e HGT (hemo-gluco-teste).

O “HIPERDIA” é uma estratégia importante para a sensibilização das pessoas acometidas por essas doenças quanto ao autocuidado, sendo umas das medidas preventivas de danos secundários.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar ações educativas em saúde, voltadas às políticas sociais de prevenção, promoção, proteção e recuperação na qualidade de vida, reduzindo o número de incidência e prevalência da HAS (hipertensão arterial sistêmica), na Unidade Sanitária 17 (UBS) no Bairro Prado no município de Cachoeira do sul –RS.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar necessidades de aprendizagem dos pacientes, em relação ao controle da pressão arterial, peso e glicose para uma melhor qualidade de vida dos mesmos;

Desenvolver ações de orientação, aconselhamento e informação em relação às consequências e riscos da doença;

Incentivar a uma vida saudável promovendo o “HIPERDIA” para atividades físicas em grupo dentro da comunidade;

Coletar o maior número de dados para gerar estatísticas atual da real situação de saúde dos pacientes que estão em situação de risco;

Diminuir a falha de comunicação entre médico e paciente, levando a um melhor apego (adesão) ao tratamento e reforçar a participação do paciente na correta adesão ao tratamento.

3 Revisão da Literatura

Segundo NOBRE (2010), a hipertensão arterial é definida como 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. Hipertensão arterial é uma condição clínica de natureza multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos chamados órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento de riscos de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (NOBRE, 2010).

Moraes, AA Amodeo C et al. (2012) afirmam que a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS é caracterizada como uma patologia crônica, de elevada prevalência no Brasil e no mundo. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2010) ressaltam que, dada a grande prevalência e baixo índice de controle, a HAS contribui de forma significativa para ocorrência de morbimortalidade cardiovascular (NEFROLOGIA, 2010). Estimativas brasileiras recentes indicam que, na idade adulta, cerca de 25% da população do país apresenta HAS, podendo ainda ter uma série de outras patologias cardiovasculares associadas.

Conforme o National Heart, Lung, and Blood Institute, os fatores de risco mais determinantes na HAS são quadros de sobrepeso/obesidade, idade, sexo, raça e hábitos de vida deletérios como etilismo, tabagismo, sedentarismo e consumo excessivo de sal. São citados, também, na literatura a predisposição genética e quadros de estresse. (HEART; INSTITUTE, 2016)

Alves et al. (2011) ressaltam que, embora a HAS também se relacione a fatores genéticos e patologias associadas, apenas 5% da população possuem a etiologia do quadro hipertensivo relacionado a tais fatores (ALVES et al., 2011). A maioria absoluta dos pacientes hipertensos possui a patologia em decorrência de hábitos de vida deletérios já citados, dependendo então da mudança de tais hábitos para o controle da doença. Sabe-se que níveis de pressão arterial elevados por muitos anos desencadeiam uma série de lesões em órgãos-alvo vitais como cérebro, rins, coração e olhos. A alta pressão acaba ocasionando lesões no endotélio vascular das pequenas artérias orgânicas, comprometendo assim o funcionamento dos mesmos (SAÚDE., 2001).

As condições sociais interagem com as condições fisiológicas para determinar a propensão às diferentes doenças, tais como a alimentação, a moradia e o trabalho que são pilares básicos da saúde. Existem claras evidências de que a situação socioeconômica desempenha papel central na causa das enfermidades. O estrato populacional de menor nível socioeconômico avaliado por escolaridade, renda, poder de decisão profissional (cargos de chefia ou subalternos) e condição funcional (se empregado ou desempregado), associa-se

ao acúmulo de fatores de risco cardiovascular que culminam na redução da expectativa de vida. Ademais, o nível de escolaridade parece ser o mais potente preditor de fatores de risco cardiovascular entre os indicadores socioeconômicos, apresentando impacto independente da renda sobre esses fatores. Um estudo com 29.628 trabalhadores franceses demonstrou que a hipertensão arterial apresentou prevalência, independentemente da categoria ocupacional, sendo que, quanto mais baixa for a categoria ocupacional maior a incidência. Esse fenômeno foi observado ainda com maior prevalência entre os de baixa escolaridade ([MARTIN; FRANCO; MARTINS, 2014](#)).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública ([NEFROLOGIA, 2010](#)).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito no Brasil e no mundo e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco. Dados nacionais indicam, inclusive, crescimento da prevalência de HAS, diabetes e obesidade na última década. ([SAÚDE; SAÚDE, 2017](#)). Os idosos com mais de 65 anos são os mais afetados pela hipertensão. Ao todo, 60,9% dessa população que vivem nas capitais brasileiras afirmam ter o diagnóstico. ([SAÚDE, 2019b](#)) Sistema de Informação Sobre Mortalidade também mostram 388,7 mortes por dia em 2017. Em 2018, 24,7% da população que vivem nas capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de hipertensão” ([SAÚDE, 2019b](#)). Os novos dados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2018) mostram também que “a parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos: 60,9% dos entrevistados com idade acima de 65 anos disseram ser hipertensos, assim como 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos”. Essa última edição da pesquisa foi realizada por telefone com 52.395 pessoas maiores de 18 anos, entre fevereiro e dezembro do ano passado. “A pesquisa Vigitel 2018 destaca ainda que as pessoas com menor escolaridade são as mais afetadas. Do público com menos de oito anos de estudo, 42,5% disseram sofrer com a doença; dos com 9 a 11 de estudo, 19,4%; e 12 ou mais, 14,2%.” Esses dados reforçam o estudo de caso, considerando que quanto menor o grau de escolaridade, maior a prevalência da HAS, segundo demonstram os dados da web site do ministério da saúde. ([SAÚDE, 2019b](#))

Ainda, segundo dados do Ministério da Saúde, a hipertensão afeta um a cada quatro adultos no Brasil, alerta que ocorreram: “trinta e quatro mortes por hora, 829 óbitos por dia e mais de 302 mil óbitos no ano de 2017. Esse é o retrato das doenças cardiovasculares no Brasil (infarto, hipertensão, AVC e outras enfermidades), que têm como principal

fator de risco a hipertensão arterial, a “pressão alta” como é popularmente conhecida.” Os dados preliminares são do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde que chama a atenção para os cuidados com a saúde a partir de hábitos alimentares saudáveis. (SAÚDE, 2019a)

O consumo excessivo de sódio (o principal componente do sal) aumenta o risco de hipertensão e doenças do coração. “A Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE (POF 2008-2009) aponta que dois terços do consumo de sal pela população brasileira vêm do sal adicionado ao cozinhar direto no prato”. De acordo com o POF, o brasileiro consome mais que o dobro (quase 12g) da quantidade recomendada (5g) pela Organização Mundial de Saúde (OMS). “Embora 90% dos homens e 70% das mulheres consumam mais sal do que o máximo recomendado, 85,1% dos brasileiros adultos consideram seu consumo de sal adequado”. Esses dados são da pesquisa Vigitel 2017 (inquérito telefônico realizado com maiores de 18 anos nas capitais brasileiras), que reforçam o alerta sobre o uso excessivo do sal e a percepção desse consumo. (SAÚDE; SUPLEMENTAR, 2009)

A hipertensão arterial (HA) é a morbidade mais comum na população adulta e frequente nos serviços de emergência no Brasil e a insuficiência cardíaca (IC) é a primeira causa cardiovascular de hospitalização no país (LESSA, 2010).

A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes melittus e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica. Diversos estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da hipertensão arterial para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. O desenvolvimento de modernas tecnologias em relação aos medicamentos pouco tem contribuído para melhorar as taxas de controle da doença. Estima-se que apenas um terço da população hipertensa tenha sua pressão controlada. No Brasil, são escassos os dados relativos a real prevalência da HA, sendo também escassas as informações referentes ao grau de tratamento e controle. Vários estudos de base populacional foram realizados em diversos estados brasileiros nos últimos anos, observando-se prevalências entre 10,0% e 42,0%, de acordo com a região, subgrupo populacional e critério diagnóstico utilizado. (ROSÁRIO et al., 2009, p. 19)

Uma revisão da literatura brasileira de 1990 a 2003 constatou que o predomínio de hipertensão entre adultos em cidades brasileiras variou entre 20% e 30%. Notou-se que a hipertensão aumentava com a idade, e era mais alta entre os homens. Diversos estudos avaliaram a associação entre hipertensão e situação socioeconômica. O predomínio era mais alto entre aqueles com menor renda, menor nível de escolaridade e entre afro-brasileiros; o predomínio foi de 21% entre aqueles com menos de cinco anos de estudos, comparado a sete por cento entre aqueles com nível superior; e foi de 45% entre aqueles que recebem menos de um salário mínimo por mês (MUNDIAL, 2005).

Estudo de base populacional realizado em Porto Alegre – RS, Brasil, identificou que os indicadores de HAS não evoluíram favoravelmente nos últimos 15 anos, com insuficiente conhecimento do diagnóstico por parte dos entrevistados e grau de controle entre os tratados ainda não satisfatório, confirmando a associação de HAS com fatores de risco bem conhecidos (HARTMANN, 1994).

Estudos clínicos comprovaram os efeitos benéficos das modificações do estilo de vida, as quais resultam na redução da pressão arterial, sendo definidas, assim, como único tratamento preconizado para a pré-hipertensão. Sobre esse tema, Neves a

ponta que “o ponto mais importante no tratamento da pré-hipertensão é a aderência às recomendações das diretrizes brasileiras, americanas e europeias para manutenção de um estilo de vida adequado, em que haja atividade física apropriada, controle do peso e restrição de sal na dieta e sejam evitados o tabagismo e o consumo excessivo de álcool.” (ROSÁRIO et al., 2009).

Atualmente no Brasil a porta de entrada do portador de hipertensão ao sistema de saúde se faz através da atenção básica, que tem como eixo estruturante a estratégia saúde da família (ESF). A referida estratégia é responsável pelas ações e serviços do sistema local de assistência à pessoa com HAS. No entanto, ainda há uma baixa cobertura das equipes da ESF, o que dificulta o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de HAS. Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde (MS) em sua Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS – 2001), editada pela Portaria do MS, em 26 de janeiro de 2001, amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definindo o processo de regionalização da atenção à saúde e inclui o controle da HAS como o III eixo de atenção a ser desenvolvido pelo município. O Ministério da Saúde fortalece esse compromisso ao editar a portaria 648 de 28 de março de 2006, que disciplina as responsabilidades da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família. O programa de controle desta doença deve ser elaborado por cada município, tendo como parâmetro seus indicadores epidemiológicos, recursos humanos e materiais disponíveis (LOPES; MORAES, 2011).

4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção educativa, a partir da avaliação clínica de pacientes que fazem uso de drogas anti-hipertensivas, integrantes da área de cobertura da UBS 17 do Bairro Prado em Cachoeira do Sul – RS, Brasil. Para a realização do projeto será necessária a participação de toda a equipe de saúde da UBS com apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Cachoeira do Sul. O período de execução do projeto será de seis meses e visará elaborar ações educativas em saúde pública voltadas a diminuir os riscos de morbimortalidade de doenças cardiovasculares, devido ao aumento da pressão arterial (PA).

Os 10 (dez) sujeitos do estudo foram selecionados dentre aqueles que participavam assiduamente do grupo “HIPERDIA” e que demonstraram ter interesse em participar do estudo informativo sobre hipertensão arterial, na Unidade Básica de Saúde 17, no bairro Prado, no Município de Cachoeira do Sul, RS. Na unidade são desenvolvidas atividades do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o “HIPERDIA”. Os critérios de seleção foram: ser portador de hipertensão arterial, fazer acompanhamento médico, ser paciente assíduo do grupo e não apresentar queixas psiquiátricas.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas estruturadas, e utilizando-se de um roteiro de entrevista e ficha de triagem, após assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O roteiro de entrevista foi baseado em dados da literatura sobre pacientes hipertensos. As questões tiveram por objetivo investigar informações relativas ao estado socioeconômico e escolaridade, dados esses da fase anterior à descoberta da hipertensão; imediatamente após o diagnóstico, como o controle da PA (pressão arterial) e HGT (hemogluco-teste), do peso, hábitos e estilo de vida entre outros e o controle da doença com a mudança de comportamento, hábitos e costumes, aliado à prática de atividade física por 30 minutos, 2 vezes por semana. As ACS (agentes comunitárias de saúde) tiveram um papel importante e fundamental nesse sentido, pois graças a elas, foi possível a realização de atividade física. Foi realizado tratamento qualitativo dos dados por meio do método de análise de conteúdo. As respostas dos sujeitos foram transcritas e divididas em categorias não definidas a priori.

5 Resultados Esperados

Estudando-se amostra populacional de 10 (dez) sujeitos, brasileiros, de região urbana, na comunidade do Prado, na Unidade Básica de Saúde 17, durante 6 (seis) meses, na faixa etária entre 40 a 77 anos (md=58,4), sendo 9 deles do sexo feminino, observa-se que não haviam ultrapassado o ensino básico completo, 6 (seis) sujeitos; 9 (nove) deles exerciam ocupações do lar e 3 (três) eram aposentados.

Os resultados obtidos estão a seguir agrupados por temas, de acordo com as informações do paciente .

Definição, sintomas e consequências da hipertensão arterial

A tabela 1 indica a definição de hipertensão arterial e pressão alta, segundo os pacientes. Nota-se que 60% da amostra não souberam definir o que é hipertensão arterial e 20% dos sujeitos associaram o conceito de hipertensão arterial ao de pressão alta, afirmando ser a mesma coisa. No entanto, mais da metade da amostra, 70%, sabem definir o que é pressão alta.

Ao serem interrogados sobre a presença de sintomas antes da descoberta da doença hipertensiva, 70% relataram apresentar sintomas, dentre os quais 40% declararam ter apresentado de um a três sintomas e 20% de quatro a seis. Dentre as várias categorias relatadas, os sintomas mais frequentes foram: dor na cabeça (cefaléia) 80%, tontura 40%,

Tabela 1: Classificação das respostas apresentadas pelos pacientes sobre a definição de hipertensão arterial e pressão alta.

VARIÁVEIS	TOTAL DE PACIENTES	%
Definição de hipertensão arterial		
"Pressão alta"	2	20%
"Não sei"	6	60%
"Problemas do coração"	2	20%
"Já vem de família"	1	10%
TOTAL	10	100%
Definição de pressão arterial (PA)		
"Pressão elevada"	7	70%
"Problemas do coração"	1	10%
"Aumento dos batimentos do coração"	1	10%
"Consumo de sal/abusar de comida"	1	10%
TOTAL	10	100%

dor no corpo 10% e cansaço 30%.

Já com o diagnóstico de doença hipertensiva, uma percentagem de sujeitos, 40% relatou apresentar sintomas, sendo que, destes, 50% indicaram de um a três sintomas. As categorias mais citadas foram: dor na cabeça (cefaléia) e/ou dor na nuca 30%, coração acelerado (taquicardia) e pontada no peito 20%, tontura 20% e dor no corpo e nas veias (1%).

Quanto ao conhecimento sobre as possíveis consequências da doença hipertensiva, as respostas foram: infarto 60%, derrame 50%, pode matar 50%, prejudica os rins 40%, trombose 20% e não conheço as consequências 10%.

Visão dos pacientes sobre causas da hipertensão arterial, fatores de controle da pressão e crenças

A etiologia da doença hipertensiva na visão dos pacientes foi ligada a: hábitos alimentares inadequados 60%, herança familiar 60%, aspectos emocionais 30%, obesidade 20%, álcool 10% e cigarro 10%. Quando os sujeitos foram questionados sobre o que dificulta o controle da pressão, nota-se que grande parte das respostas 70%, também se referiu aos hábitos alimentares inadequados como fatores que dificultam o controle da pressão arterial. Diretamente relacionadas a isso foram encontradas respostas ligadas à ansiedade 70%, nervosismo e irritação 50%, problemas financeiros 40% e problemas familiares 20%. A ocorrência de hábitos alimentares inadequados foi associada pelos pacientes à situação financeira 50%, pela praticidade 30% e, por ser mais saborosos ou gostosos 20%. A categoria hábitos alimentares 50%, foi novamente citada como fator de dificuldade para o controle da pressão arterial, sendo o abuso de sal o item mais frequente, com 60% das respostas.

Quando questionado aos sujeitos que aspectos emocionais poderiam ajudar a controlar a pressão arterial em momentos de estresse, disseram: “evitar conflitos familiares; sair de casa; melhorar a situação financeira; vir ao médico; que os filhos sejam independentes e felizes”, 40% do total dos pacientes.

Comportamento dos pacientes

Quando os pacientes foram interrogados sobre o que fizeram quando receberam o diagnóstico da hipertensão, 100% das respostas aludiram às categorias “uso de medicação” e “seguir o tratamento indicado pelo médico”, 10% referiram “procurou outro meio para controle da PA” e 20% referiram que “procurou outro profissional da saúde”. Na categoria de respostas “uso de medicação”, quase a totalidade referiu o uso da medicação alopática 90%. Na categoria “procurou outro profissional da saúde”, 20% referiram ao cardiologista.

Quanto à mudança nos hábitos dos pacientes, 100% referiram-se aos hábitos alimentares e 90% aos hábitos de vida. No primeiro caso, foram citados: “evitar o sal e embutidos” 100%, “evitar a gordura” 40% e “evitar o álcool” 10%. Já em relação aos hábitos de vida, predominaram a “educação física e a caminhada” em 90% das respostas. Foram mencionados, com menor frequência, os itens “evitar o fumo” 10% e “não tenho muito tempo de

fazer atividade física e/ ou caminhada” 10%.

Quando interrogados sobre o controle da pressão arterial, se “medem diariamente”, 80% referiram “sim” e 20% referiram “não ter aparelho digital e/ ou falta de tempo”.

Quando interrogados sobre o que pensam quando a pressão está alta, 80% das respostas foram “medo de morrer”, 70% disseram “medo de ter um derrame” e 50% referiram “medo de um infarto”.

Durante a linha do tempo (6 meses), realizado no HIPERDIA, o controle de indicadores como: pressão arterial, controle do hemo-gluco-teste (HGT) e do peso, associado a prática de atividade física (2 vezes na semana) com dieta hipocalórica e hipossódica.

Durante os 6 (seis) meses de implantação do projeto de intervenção educativa, no Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o “HIPERDIA, tivemos palestras educativas sobre os benefícios de uma dieta mais saudável e nutritiva com a colaboração de uma nutricionista; os benefícios da prática de atividade física para o controle metabólico, do bem estar físico e mental, da diminuição do sedentarismo, da diminuição da dor crônica osteoarticular/muscular e consecutivamente levando á um melhor controle da pressão arterial, do nível do HGT (hemo-gluco-teste), do peso e dos níveis lipídicos no organismo, com a colaboração de um preparador físico e com ajuda das ACS (agentes comunitária de saúde) da unidade 17.

Os resultados foram satisfatórios em todos os indicadores, de praticamente dos 10 participantes. Houve uma diminuição satisfatória no indicador “peso” em uma paciente do sexo feminino, de 45 anos, de 18,1%; e paciente do sexo feminino, de 65 anos, com menos percentual de perda peso com 4,3%. Com relação ao indicador “PA” (pressão arterial), também houve um melhor controle da pressão arterial, se tirarmos á média pressórica de todos os participantes, é possível observar um melhor controle nos níveis da meta pressórica (<140x80 mmHg). Assim como, o indicador “HGT” (hemo-gluco-teste), basicamente em quase todos os participantes, em 9 entre os 10 participantes, foi possível aderir a um melhor controle no nível da glicose no sangue, associado a atividade física e dieta.

Com isso, o estudo de caso fica comprovado que é possível um paciente hipertenso descompensado, chegar a metas pressóricas, combinado com medicação contínua associado á mudanças de costumes e hábitos do estilo de vida e á prática de atividade física regularmente 30 minutos ao dia, 2 vezes na semana. Bem como a diminuição do peso e do controle da insulina no organismo.

Os resultados demonstram ainda, da importância de um cuidado mais intensivo ao controle dos fatores de risco cardiovascular nas pessoas com menos escolaridade, e sobretudo, no aumento no investimento em educação, aumentando o grau de instrução/escolaridade da população, trazendo benefícios no aumento da expectativa de vida das pessoas, redução do gasto de recursos financeiros em saúde pública e redução da mortalidade por cardiovascular.

Nota-se, que além das doenças e agravos descritos acima, uma grande parcela da população, seja ela adolescente, adulta e/ou idosa, está enferma da alma, sofre problemas psíquicos mais diversos, como: depressão maior, transtorno generalizado de ansiedade, transtorno do pânico, transtorno no sono, etc., por meio de meta e análise por observação direta durante as consultas médicas. Isso ocorre como consequência de problemas familiares, sobrecarga de trabalho e problemas financeiros, utilizando psicofármacos de maneira indiscriminada. A procura por renovações e dispensação de prescrições para medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central, os quais podem alterar diversos processos mentais, levando a alterações de conduta, de percepção e consciência, são motivadas pelo efeito adicional da sua utilização. Há uma prevalência elevada de população sedentária e com sobrepeso, principalmente no público adolescente e sem dúvida no adulto jovem. Nota-se que a alimentação dos pacientes, em sua maioria, não é saudável, pois consomem muita fritura, comidas industrializadas, carnes gordas e bebida alcoólica. Também podemos citar o consumo do tabaco como um fator negativo, presente na vida desses pacientes em 38% das consultas.

Certamente existem outras doenças e agravos que são de total importância para um diagnóstico prévio e um tratamento oportuno, porque certamente vão influenciar na qualidade de vida dessas pessoas, tanto no presente como no futuro. Se especificarmos, por exemplo, a taxa de prevalência da HAS no mês de maio/2019, quase que 97% da população adulta e 100% da população idosa sofrem os males da pressão alta.

Portanto, combater a HAS tem grande impacto na redução do risco cardiovascular. Idosos apresentam peculiaridades e a meta da PA deve ser individualizada, levando em consideração a cognição, a fragilidade e expectativa de vida. Os principais fatores de risco para HAS são: idade, principalmente acima de 50 anos; prevalência parecida entre ambos os sexos, sendo mais comum em homens até 50 anos, invertendo esta relação nas décadas subsequentes; indivíduos não brancos; excesso de peso; sedentarismo; ingestão aumentada de sal e álcool; fatores socioeconômicos e genéticos.

Referências

ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate: *Psicol. teor. prat.* 3, v. 13, p. 152–166, 2011. Citado na página 15.

HARTMANN, M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de porto alegre: Estudo de base populacional. *Arquivos Brasileiro Cardiologia*, v. 63, n. 6, p. 2–6, 1994. Citado na página 18.

HEART, L. N.; INSTITUTE, B. *Risk factors for high blood pressure*. 2016. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/health/healthtopics/topics/hbp/atrisk>> Acesso em: 24 Jun. 2020. Citado na página 15.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Cidade de Cachoeira do Sul*. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/cachoeira-do-sul/panorama>>. Acesso em: 24 Mai. 2020. Citado na página 9.

LESSA Ínes. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no brasil: *Revista brasileira de hipertensão*. 8, v. 22, p. 383–392, 2010. Citado na página 17.

LOPES, L. O.; MORAES, E. D. de. Tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial. *Revista de Saúde*, p. 1–8, 2011. Citado na página 18.

MARTIN, R. dos Santos e S.; FRANCO, R. J. da S.; MARTINS, A. S. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. 2, v. 102, p. 34–38, 2014. Citado na página 16.

MORAES, A.; AA AMODEO C, N. F. B. et al. O impacto da hipertensão arterial no mundo: *Hipertensão. Elsevier*, p. 11–19, 2012. Citado na página 15.

MUNDIAL, B. Enfrentando o desafio das doenças não- transmissíveis no brasil. *Relatório No 32576-BR*, p. 18–20, 2005. Citado na página 17.

NEFROLOGIA, S. B. de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.: *Arquivo brasileiro de cardiologia*. 95, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

NOBRE, F. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão: *Revista brasileira de hipertensão*. 4, v. 17, p. 1–8, 2010. Citado na página 15.

ROSÁRIO, T. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres, mt: *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 6, v. 93, p. 672–678, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.

SAÚDE., B. M. da. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus*: Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus (cadernos da atenção básica). 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em: 24 Jun. 2020. Citado na página 15.

SAÚDE, O. B. Organização Pan Americana da; SAÚDE, O. M. da. *Doenças cardiovasculares*. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em: 29 Mai. 2020. Citado na página 16.

SAÚDE, B. M. D. *Hipertensão afeta um a cada quatro adultos no Brasil*. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45394-hipertensao-afeta-um-a-cada-quatro-adultos-no-brasil>>. Acesso em: 01 Mai. 2020. Citado na página 17.

SAÚDE, B. M. D. *Hipertensão é diagnosticada em 24,7 da população, segundo a pesquisa Vigitel*. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>>. Acesso em: 01 Mai. 2020. Citado na página 16.

SAÚDE, B. M. D.; SUPLEMENTAR, A. N. de S. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*,. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacao_dezembro_2009.pdf>. Acesso em: 24 Abr. 2020. Citado na página 17.