



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

WANDERSON DA SILVA BARBOSA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NÃO CONTROLADA E SEUS AGRAVANTES  
POR MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO ESPECÍFICO E PREVENTIVO NO MUNICÍPIO  
DE MONTEIRO LOBATO - SP/BAIRRO SÃO BENEDITO.

SÃO PAULO  
2019

WANDERSON DA SILVA BARBOSA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NÃO CONTROLADA E SEUS AGRAVANTES  
POR MÁ ADESÃO AO TRATAMENTO ESPECÍFICO E PREVENTIVO NO MUNICÍPIO  
DE MONTEIRO LOBATO - SP/BAIRRO SÃO BENEDITO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: ALEXANDRA CORRÊA DE FREITAS

SÃO PAULO  
2019

## **Resumo**

Estima-se que a prevalência de (HAS) no Brasil tem aumentado gradativamente ao longo dos anos, e com ela o aumento das complicações cardiovasculares, chegando a ser a principal causa de morte no mundo nos últimos tempos. Com o objetivo de viabilizar a redução desses casos, se implementa a aplicação desse projeto de intervenção que tem como expectativa melhorar a saúde dos moradores do bairro São Benedito no município de Monteiro Lobato/ SP, no que diz respeito ao controle de cifras de pressão arterial, destacando fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DVC). Pensando nessa problemática se opta por desenvolver um método onde possamos atuar de forma objetiva, buscando através de informações levar ao público alvo opções de como poderiam melhorar seus hábitos, entender sua enfermidade e dessa forma conscientiza-los dessa importância. Através de palestras educacionais pretendemos lograr bons resultados, como uma melhor adesão ao tratamento, controlar cifras de pressões, controle de peso, melhora no estado nutricional principalmente em relação ao excesso de sal e a inclusão de alimentos saudáveis em sua rotina, abandono de velhos hábitos, incluindo também controle de dislipidemias, como forma preventiva para doenças cardiovasculares.

## **Palavra-chave**

Dislipidemia. Doenças Cardiovasculares. Educação Alimentar e Nutricional. Exercício Físico. Fatores de Risco. Hipertensão. Obesidade.

## Introdução

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial considerando valores base de PA (>140 x 90 mmHg). Associa-se, frequentemente, as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como coração, rins, vasos sanguíneos e encéfalo, além de alterações metabólicas, com aumento do risco para desenvolver eventos cardiovasculares fatais ou não fatais.

Estima-se que a prevalência de HAS no Brasil tem aumentado gradativamente ao longo dos anos, contabilizando em média entre 22 e 44 % dos indivíduos adultos e chegando a mais de 50% para indivíduos adultos maiores com 60 a 69 anos e 75% para aqueles com mais de 70 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família (SHARMA et al., 2004). Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento (OLIVERIA et al., 2002; GRANDI et

al., 2006; MARQUEZ CONTRERAS et al., 2007; BONDS et al., 2009)

Com o tema voltado para a Atenção Básica e com base no que vem ocorrendo e com o intuito de frear essas intercorrências, é preciso criar métodos para rastrear e diagnosticar de forma precoce os casos de hipertensão arterial, visando a importância de desenvolver um plano de tratamento em conjunto, levar informação e tentar da melhor forma possível mobilizar e conscientizar os perigos e prejuízos que essa doença muitas vezes silenciosa pode levar.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

### **Objetivo geral:**

Melhorar a saúde dos moradores e usuários do bairro São Benedito, Monteiro Lobato - SP, em relação às cifras de pressão arterial (PA) não controladas e fatores de risco à doenças cardiovasculares.

### **Objetivos específicos:**

Detectar os fatores de risco que a HAS não controlada oferece.

Conscientizar a população sobre a importância de realizar um tratamento adequado para a HAS, seja ele medicamentoso ou não medicamentoso.

Propor ações de prevenção e promoção da saúde.

Realizar busca ativa, confirmar possíveis novos casos de HAS e tratar de forma precoce.

## **Método**

### **CENÁRIO/LOCAL**

Nesse projeto de intervenção queremos abordar a essa população composta por aproximadamente 600 habitantes no bairro São Benedito, organizadas em 164 famílias pertencentes a micro área 03 e um número aproximado de 76 indivíduos com diagnóstico de (HAS).

### **AÇÕES**

#### **Detecção de fatores de risco**

- ♦ **Estratégias:** Será realizada a toma de sinais vitais, altura, peso, anamnese individual, investigando antecedentes pessoais e familiares que determinem risco e progressão da enfermidade. Para a realização dessa ação vamos utilizar uma balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica e a presença do médico responsável. A ação será realizada na escola municipal do Bairro São Benedito, espaço cedido pela secretaria da educação local, com uma frequência de 1 vez por semana durante 4 semanas.
- ♦ **Responsáveis:** médico, auxiliar de enfermagem e uma ACS Larissa Sakaki responsável por recrutar os pacientes determinados.

#### **Conscientização sobre tratamento adequado para a HAS**

- ♦ **Estratégias:** Em grupos, apresentar os principais conceitos da doença (HAS), o que é? Epidemiologia? Fatores de risco modificáveis e não modificáveis? Sintomas? Tratamento medicamentoso e não medicamentoso, buscando adequar cada indivíduo a seu respectivo tratamento, salientar o uso adequado da medicação prescrita, controles frequentes de valores pressóricos, abandono de velhos hábitos. Se realizara no nosso primeiro contato, primeira reunião, na escola do bairro. Nas seguintes semanas traremos novos assuntos, sempre pincelando o tema anterior.
- ♦ **Responsáveis:** médico.

#### **Proposta de ações de prevenção e promoção da saúde**

- ♦ **Estratégias:** Promover a prática de exercícios físicos, hábitos saudáveis e baixo consumo de sal. Se realizará palestras no intuito de envolver os pacientes a rotina saudável, apresentando textos, figuras, vídeos explicativos para uma melhor compreensão e comunicação. Destacando pontos importantes como o habito etilista, tabagista, sobrepeso e/ou obesidade. Para esta ação vamos utilizar data show, computador, material previamente preparado e adequado a população presente e a presença do médico responsável. Será realizada essas palestras de igual forma na escola cedida pela secretaria de educação, com uma frequência de 1 vez por semana durante as 4 semanas, cada dia levando um tema diversificado, despertando dessa maneira o interesse e participação dos

- ♦ envolvidos.
- ♦ **Responsáveis:** médico e ACS.

### **Busca ativa de hipertensos**

- ♦ **Estratégias:** Recrutar o máximo de pessoas, não somente os já diagnosticados com (HAS), mas sim todos que despertem interesse nos temas a serem desenvolvidos. Com o auxílio da ACS responsável pela comunidade, utilizaremos suas visitas e outros meios como mensagens via celular para convidar a todos os interessados para participarem das nossas reuniões. Estaremos as 4 semanas auxiliando, coordenando, sanando dúvidas, controlando valores pressóricos e orientando, no mesmo local, na escola do bairro.
- ♦ **Responsáveis:** ACS, médico, e auxiliar de enfermagem.

### **AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

O PI terá um prazo de avaliação de 30 dias, buscando realizar acompanhamento dessa pequena população, no que diz respeito a possíveis causas de descontrole nos valores pressóricos combinado com o estilo de vida que cada um dos participantes de forma individual leva.

Monitorar esse número de pessoas cada semana durante 4 semanas com o intuito de envolvê-las, a princípio com atividades a serem realizadas, oferecendo informação e incentivá-las a cumprir metas a alcançar no final do período da intervenção e tentar de forma absoluta conseguir resultados positivos e permanentes.



## **Resultados Esperados**

Melhorar a adesão ao tratamento de indivíduos hipertensos

Reduzir o índice de obesidade e controle de dislipidemias.

Conseguir que os indivíduos envolvidos entendam a importância de manter hábitos saudáveis, como a prática de atividades físicas, aprender novos hábitos alimentares e que sejam capazes de levar para dentro de suas casas e colocar em prática.

Conseguir resultados positivos e permanentes, em relação ao controle das cifras de Pressão Arterial e futuras complicações cardiovasculares.

Prevenir e reduzir incidência de comorbidades associadas à HAS.

## Referências

BONDS, D. E. et al. A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study. **American Heart Journal**, Saint Louis, v. 157, n. 2, p. 278-284, feb. 2009.

CHOBANIAN, A. V. (Org). **The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p.

GRANDI, A. M. et al. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. *American Journal Hypertension, USA*, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC**. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: . Acesso em: 10 out. 2012. Versão 2.

MARQUEZ CONTRERAS, E. et al. Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **HICAPstudy Na Med Interna**, USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

OLIVERIA, Susan A. et al. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. **Arch Intern Med**, USA, v. 162, n. 4, p. 413-420, feb. 2002.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011

SHARMA, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. *J. Hypertension, USA*, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004. **(coloquei em destaque azul na introdução)**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, supl.1, 2010.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.