



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



DR Sergio Marin Blanco

**Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em área rural do
município de Serra, Espírito Santo.**

Rio de Janeiro
2014

DR Sergio Marin Blanco

Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em área rural do município de Serra,
Espírito Santo.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em Saúde
da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadora:Dra Patricia Campos Elia

Rio de Janeiro

2014

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular que mais alta morbidade tem na população adulta no Brasil, constituindo o maior fator de risco para complicações cerebrovasculares e cardíacas, entre os fatores de risco modificáveis da HAS estão tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemias e consumo de álcool.

Na literatura disponível não existem estudos feitos sobre a efetividade de intervenções educativas no controle na HAS no município Serra para implementar ações e políticas voltadas para melhorar as condições de vida e saúde.

Devido a alta prevalência da HAS na população rural de abrangência, os pacientes não tem controle da doença, por isso acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e a qualidade de vida da população.

Assim a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação aos pacientes de forma mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes ao tratamento e as mudanças dos estilos de vida.

Palavras chaves:prevalência ,HAS,abordagem multidisciplinar

ABSTRACT

Hypertension is a cardiovascular disease that has the highest morbidity in the adult population in Brazil, making it the largest risk factor for cerebrovascular and cardiac complications, among the modifiable risk factors of hypertension are smoking, physical inactivity, unhealthy diet, obesity, dyslipidemia and alcohol.

In the available literature there are no studies done on the effectiveness of educational interventions on hypertension control in the Serra municipality to implement actions and policies aimed at improving the living conditions and health.

Because of the high prevalence of hypertension in rural local population, patients have no control of the disease, so it is believed that the proposed intervention project is important and enables improved health and quality of life of the population.

So from multidisciplinary approach and demand to bring the information to patients more dynamically, it is expected to occur greater patient compliance to treatment and changes in lifestyle.

Key words : prevalence , hypertension, multidisciplinary approach.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6-8
1.1 Situação Problema	9
1.2 Justificativa	10
1.3 Objetivos	11
Objetivo Geral	11
Objetivo Específico	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	12-13
3. METODOLOGIA	14
3.1 Desenho da Operação	14
3.2 Público-alvo	14
3.3 Parcerias Estabelecidas	15
3.4 Recursos Necessários	15
3.5 Cronograma de Execução.....	16
3.6 Resultados Esperados	16
4. REFERÊNCIAS	17-19

1.INTRODUÇÃO

Dentre dos principais problemas de saúde do município se encontra as doenças crônicas não transmissíveis que constituem a principal causa de morbimortalidade na população, sendo também a principal causa de internação existindo muitos fatores de riscos para esses agravos, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência.

A hipertensão arterial representa um dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário ao nível nacional, que tendem a se crescer nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de vários fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, a inatividade física, alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool.

A falta de controle dos pacientes hipertensos foi citada como um dos problemas a ser resolvido, por a irregularidade no uso do tratamento, negligência em relação aos exames de controle, não assistência as consultas de acompanhamento e falta de adesão as mudanças de estilo de vida.

O problema em questão tem alta importância devida á alta prevalência de HAS, na população maior de 15 anos ,alem de ter o provável subregistro existente. Isso já infere o grau de urgência, pois são responsáveis por sobrecarregar a demanda espontânea da unidade com as descompensações agudas. A solução do problema está quase totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, estabelecendo uma estratégia de intervenção educativa para a modificação de algum dos fatores de risco e contribuir ao controle adequado dos pacientes com HAS do município, confeccionando um programa educativo que inclua elementos clínicos, Psicológicos e terapêuticos e implementa-lo nos grupos de HAS com uma avaliação dos resultados depois da intervenção.

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública, citado nas VI

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE et al, 2010).

As doenças cardiovasculares (DCV) são importantes causas de morbidade, internações freqüentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (NOBRE et al, 2010).

De acordo com o sistema de informações sobre mortalidade do ministério da saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 31,2 % dos óbitos em todas as regiões do país, á frente das neoplasias, responsáveis por 16,7 (BRASIL 2012).

Além disso, a DCV é condição muitas vezes silenciosa ou que pode atacar sem aviso, ressaltando a importância da prevenção (D' Agostino et al, 2008). Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do principio da modificação dos fatores de riscos para diminuição dos eventos cardiovasculares.

Na realidade da equipe do PSF são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, más possivelmente evitáveis, como IAM e AVC, por exemplo. Além disso, são freqüentes os casos com descompensações agudas da PA, que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos pacientes as mudanças dos estilos de vida e ao tratamento adequado também são evidentes durante as consultas médicas e de enfermagem, dessa forma devido á alta prevalência da HAS na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e a qualidade de vida da população adscrita e reduza a morbimortalidade das DCV.

Assim a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação aos pacientes de forma mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes ao tratamento e as mudanças dos estilos de vida.

A hipertensão arterial é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, constituindo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cérebro vasculares e a terceira causa de invalidez. Pela magnitude da hipertensão todos os esforços devem ser feitos na realização de estudos direcionados para o conhecimento deste agravo em determinados grupos populacionais .

Na literatura disponível não existem estudos feitos sobre a efetividade de intervenções educativas no controle da hipertensão arterial, particularmente no município de Serra, que permitam o delineamento para implementação e acompanhamento das ações e políticas voltadas para a melhoria de suas condições de vida e da saúde.

O numero de pacientes hipertensos com elevação da pressão arterial chamou a atenção da equipe e alerta sobre a necessidade de realizar ações para diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos, para atingir a esse objetivo elaboramos uma proposta de intervenção educativa sobre a efetividade de uma intervenção educativa no controle da hipertensão arterial.

Com este trabalho pretendes-mos oferecer educação para a saúde aos pacientes hipertensos, e dessa forma se conheça os fatores de risco e conseqüências associados a elevação da pressão arterial, medidas para sua prevenção e controle da doença. Contribuindo assim a evitar complicações que repercutem em maior custo econômico, na dinâmica familiar e na sociedade.

Eu considero que é muito importante avaliar este problema porque de maneira geral é uma doença de alta prevalência e também constituindo um fator de risco importante nas doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, renais tendo conseqüências e incapacidade para as pessoas e é uma das principais causas de morte no só no Brasil, também no mundo todo.

Como é uma doença que pode ser assintomática deve ser pesquisada sistematicamente, a importância deste trabalho onde pretende-se melhorar a qualidade da assistência que é prestada aos usuários hipertensos de nossa área e garantir qualidade de vida aos mesmos.

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA

A alta prevalência da Hipertensão Arterial sistêmica na atenção primária dos pacientes das áreas rurais do município de Serra-ES com dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis considerados adequados pelos fatores de risco que precisasse ser modificados nesta população.

1.2 JUSTIFICATIVA:

A HAS é uma doença cardiovascular que mais alta morbidade tem na população adulta no Brasil, constituindo o maior fator de risco para complicações cerebrovasculares e cardíacas, entre os fatores de risco modificáveis da HAS estão tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemias e consumo de álcool.

Na literatura disponível não existem estudos feitos sobre a efetividade de intervenções educativas no controle na HAS no município Serra para implementar ações e políticas voltadas para melhorar as condições de vida e saúde. Devido a alta prevalência da HAS na população rural de abrangência, os pacientes não tem controle da doença, por isso acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e a qualidade de vida da população.

Assim a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação aos pacientes de forma mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes ao tratamento e as mudanças dos estilos de vida.

1.3 Objetivos:

Objetivo Geral:

- Propor uma estratégia de intervenção educativa na modificação de algum dos fatores de risco, contribuindo ao adequado controle nos pacientes com HAS na área rural do município de Serra.

Objetivos Específicos:

- 1) Determinar os principais fatores de risco modificável na população objeto de estudo.
- 2) Confeccionar um programa educativo que inclua elementos clínicos, psicológicos e terapêuticos para aplicar em grupos de HAS.
- 3) Avaliar os resultados do projeto depois da intervenção e compará-los com as condições anteriores ao programa educativo.

2. REVIÇÃO DA BIBLIOGRAFIA

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 (NOBRE, 2010)

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 conseqüente aumento de riscos de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (NOBRE , 2010)

É fator de risco linear, contínuo e independente para DCV (Doença Cardiovascular), o seja vá agravar, aumentar, agregar risco cardiovascular em pacientes hipertensos, quer dizer o risco de uma DCV não controlada, vai progressivamente aumentar de forma aritmética ao longo da vida de forma linear. É contínuo, não tem uma interferência dada que a mesma é considerada uma doença crônica não transmissível.

As DCV correspondem a 27.5 % dos óbitos no Brasil em 2013, sendo AVC (Acidente vascular cerebral) a principal causa. Por detrás dessas doenças temos a Hipertensão arterial associada em 40% das mortes por AVC.

A HAS (Hipertensão Arterial sistêmica) vai ter associada em 25% das mortes por IMA (Infarto do Miocárdio agudo) , ou seja a Hipertensão em se não mata o indivíduo, faz surgirem DCV associada como AVC, IMA, IC(Insuficiência cardíaca) ,que as mesmas vão matar o doente como causa secundária por isso a importância do seu controle.

A prevalência no período de estudo em dependência da região em análise varia entre 22 – 44 % no Brasil, tendo presentes os hábitos regionais , etilo de vida e alimentação típica de cada região.

As DCV entre o período 2013 – 2014 geraram 3800000 internações com um valor para o sistema de saúde de 1.323 775 008 00 (mais de 1 bi de reais). Quando foram diagnosticadas como Hipertensos a penas 50.8% sabiam ser hipertensos, 40.5 % em tratamento, e 10.4 % com pressão arterial controlada.

A grão envolvida em pactos sobre Sistema de Saúde a partir da Hipertensão é muito grande, dai a importância para o seu controle e tratamento pois é uma doença silenciosa, que demora para ser identificada e um porcentagem bem pequeno é controlada adequadamente. (NOBRE , 2010)

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,2011)(9)

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho da operação

Em seguida terão início os encontros da equipe com os pacientes que acontecerão em locais preestabelecidos (dentro ou fora do posto), com a realização de uma estratégia de Educação em Saúde na forma de palestras educativas e dinâmicas. Cada temática definida será abordada uma vez por mês e as atividades desenvolvidas focarão as seguintes temáticas: Hipertensão, conceito, ocorrência e conseqüências; alimentação adequada; influencia da obesidade; álcool e tabagismo; atividade física; fatores de risco cardiovasculares; prevenção; acompanhamento familiar; tratamento medicamentoso e não medicamentoso e a importância do uso correto dos medicamentos anti-hipertensivo prescritos.

3.2 Publico alvo

Nosso estudo será feito na população rural do município Serra no estado Espírito Santo, onde participaram da intervenção o médico (1), auxiliar de enfermagem (1), e 100 pacientes hipertensos com idade igual e/ou superior a 50 anos, de ambos sexos e participantes do hiperdia, que são atendidos no itinerante.

A seleção será efetuada com critérios de inclusão em pacientes escolhidos com os prontuários de HAS, maiores de 15 anos, de ambos sexos e que tem acompanhamento do hiperdia nesta área de saúde.

Serão excluídos só aqueles que não desejaram participar do estudo e que tiverem doenças mentais.

3.3 Parceiras estabelecidas

Ao final das atividades, os profissionais que trabalham no projeto de saúde esclarecerão sobre as temáticas orientadas durante as intervenções, para que os pacientes sanem suas dúvidas a respeito da hipertensão e dos fatores de risco. Além disso, será elaborado questionário contendo perguntas referentes ao nível de alteração dos hábitos dos hipertensos, que será aplicado no encerramento das atividades do projeto, para avaliar a execução e se os objetivos da intervenção foram alcançados e serão citados a consultas para avaliar o estado de saúde – doença.

Nesse momento os pacientes serão motivados com a orientação sobre a proposta do Projeto e como este será desenvolvido.

3.4 Recursos Necessários

Neste plano de intervenção será feito com recursos próprios; não é preciso investir em recursos financeiros. Os recursos humanos: o pessoal da unidade Regional de Saúde da Família; médica, técnica de enfermagem, e atendentes (2) que recolheram dados. Recursos materiais: folhas, canetas, livros, cartazes informativos a respeito da Hipertensão; computador para o armazenamento, processamento dos dados e pesquisa bibliográfica, esfigmomanômetro e estetoscópio próprios.

3.5 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Revisão da literatura	x	x	x								
Elaboração projeto de intervenção				x	x						
Apresentação do projeto na unidade de Saúde						x					
Intervenção								x	x		
Monitorização da intervenção								x	x	x	
Avaliação dos resultados									X	x	
Relatório do projeto										x	x

3.6 Resultados esperados

O plano de intervenção será realizado pela alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica, com dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis considerados adequados pelos fatores de risco que tem que ser modificados . Com a implementação deste Plano de intervenção esperamos estimular as mudanças dos riscos nesta população , para melhoria da saúde dos mesmos, realizando estratégia de Educação em Saúde; desenvolvendo ações educativas para melhorar o conhecimento sobre os fatores que influenciam no controle da HAS; inerentes ao paciente e à doença: conceito, ocorrência e conseqüências; alimentação adequada; influencia da obesidade; álcool e tabagismo; atividade física; fatores de risco cardiovasculares; prevenção; tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Esperamos que estes pacientes saibam conviver com a doença, estejam controlados e adquiram uma melhor condição de vida, evitando assim surgirem

doenças cardiovasculares associada.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS :

1- Campos, F.C de Faria, Horácio P. deS, Max. A. Dosplanejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon/ufmg - curso de especialização em atenção básica em saúde da família 2ed. Belo horizonte: nescon/ufmg, 2010. 110p.

2-Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

3-Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007; 25(9): 1751–1762.

4-Benetos A, Rudnichi A, Thomas F, Safar M, Guize L. Influence of heart rate on mortality in a French population: role of age, gender, and blood pressure. Hypertension 1999; 33: 44–52.

5-Pouliot MC, Després JP, Lemieux S, et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissues accumulation and related cardiovascular risk in men and women. Am J Cardiol 1994; 73(7): 460–468.

6-Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. Circulation 2002; 106: 3143–3421.

7-Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009; 120(16): 1640–1645.

8-Van den Born BJ, Hulsman CA, Hoekstra JB, Schlingemann RO, van Montfrans GA. Value of routine funduscopy in patients with hypertension: systematic review. *BMJ* 2005; 331(7508): 73.

9-Obisesan TO, Obisesan A, Martins S, Alamgir L, Bond V, Maxwell C, et al. High blood pressure, hypertension, and high pulse pressure are associated with poorer cognitive function in persons aged 60 and older: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(3): 501–509.

10-Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC, et al. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. *Hypertension* 2003; 42(5): 1050–1065.

11-Safar ME, Levy BI, Struijker-Boudier H. Current perspectives on arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular diseases. *Circulation* 2003;107:2864-2869.

12- Vasan RS, Larson MG, Leip EP, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001; 345(18): 1291–1297.

13- Kshisagar AV, Carpenter M, Bang H, Wyatt SB, Colindres RE. Blood pressure

usually considered normal is associated with an elevated risk of cardiovascular disease. *Am J Med* 2006; 119: 133–141.

14- Zanchetti A, Hansson L, Dahlof B, et al. Effects of individual risk factors on the incidence of cardiovascular events in the treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment Study. HOT Study Group. *J Hypertens* 2001; 19: 1149–1159.

15-Matus, c. Fundamentos da planificação situacional. In: rivera, f.j.u. (org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São paulo: cortez, 1989. P.105-176.

16-Merhy, e. E.; onocko, r. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São paulo: hucitec, 1997. 385p.

16-Hartz, z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e saúde coletiva*, rio de janeiro, v. 4, n.2, p. 341-353,1999.

17-Brasil.ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: ministério da saúde, 2005.

18-Matus, c. Fundamentos da planificação situacional. In: rivera, f.j.u. (org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São paulo: cortez, 1989. P.105-176.

19-Rivera, f. J. U. (org.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São paulo: hucitec; rio de janeiro: abrasco, 1989.

20-Giovanella T I. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. Cadernos de saúde pública, rio de janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

21-MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.