

MELHORANDO A ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO NA ESF JOSÉ ELPÍDIO RAMOS, CAMPO GRANDE DO PIAUÍ- PI

Luciana Sales de Brito¹; Fabiana de Moura Souza²

¹Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho – Unidades Integradas de Pós- Graduação Pesquisa e Extensão (UNIPÓS); Especialista em Gestão em Saúde – Universidade Federal do Piauí (UFPI) e Especializanda em Saúde da Família e Comunidade – Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Correspondência: lulu_enfg@hotmail.com

² Biomédica. Tutora do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade - Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Análises Clínicas - Faculdade Internacional Signorelli (FISIG), Mestre em Farmacologia - Universidade Federal do Piauí (UFPI), Doutoranda em Biotecnologia dos Recursos Naturais pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

RESUMO

O presente projeto de intervenção descreve e discute uma estratégia educativa desenvolvida em atendimento aos portadores das doenças do aparelho circulatório (DAC), hipertensão e/ou diabetes em adultos e idosos de ambos os sexos na ESF José Elpídio Ramos, na localidade da Carnaíba, município de Campo Grande do Piauí, cujo objetivo é criar oficinas de atividades físicas e reeducação alimentar. Contudo incentivar o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida cotidiana relacionado à patologia crônica, no caso específico hipertensão arterial, diabetes mellitus e sedentarismo caracterizando-se como um instrumento de educação e saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente o controle dos agravos. Instruir os pacientes não só em relação as proporções de macronutrientes mais adequados, mas também a qualidade dos mesmos com o intuito de abolir o uso do álcool, fumo e controlar a gordura, açúcar e sal (GAS), contribuindo para uma dieta balanceada. Para tal foi implementada uma dinâmica de interação profissional-sujeito, que teve por base o uso da dança em grupos operativos. As técnicas pedagógicas utilizadas para a sistematização das aulas expositivas: cursos de orientação em hipertensão; diabetes; consulta de enfermagem individual, bem como a equipe multiprofissional, grupo operativo e uso de materiais educativos de comunicação e aprendizagem (DVD's, fotografias, folders, álbum seriado). Essas técnicas possibilitarão a construção do conhecimento pelos participantes a troca de experiência entre os mesmos, além dos atendimentos da vivência individual das doenças pelos profissionais de saúde.

Palavras chaves: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Educação e Saúde.

IMPROVING THE ADHERENCE OF HYPERTENSIVE PATIENTS TO NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT AT ESF JOSÉ ELPÍDIO RAMOS, CAMPO GRANDE DO PIAUÍ- PI

ABSTRACT

This intervention project describes and discusses an educational strategy developed in the care of patients with circulatory system diseases (CAD), hypertension and / or diabetes in adults and elderly men and women of both sexes in the ESF José Elpídio Ramos, in the locality of Carnaíba, municipality of Campo Grande do Piauí, whose objective is to create physical activity workshops and food reeducation. However, it is

important to encourage the individual to reflect on their daily lifestyle related to chronic pathology, in the specific case hypertension, diabetes mellitus and sedentarism, characterizing themselves as an education and health tool on a perspective of promotion, prevention and especially the control of diseases . Instruct patients not only in relation to the most adequate proportions of macronutrients, but also their quality in order to abolish the use of alcohol, smoke and control fat, sugar and salt (GAS), contributing to a balanced diet. For this, a dynamic of professional-subject interaction was implemented, based on the use of dance in operative groups. The pedagogical techniques used for the systematization of the lectures: orientation courses in hypertension; diabetes; individual nursing consultation, as well as the multiprofessional team, operating group and use of educational materials of communication and learning (DVD's, photographs, folders, serial album). These techniques will enable the construction of the knowledge by the participants to exchange experience among them, as well as the attendance of individual experiences of diseases by health professionals. Keywords: Hypertension, Diabetes Mellitus, Education and Health.

INTRODUÇÃO

O município de Campo Grande do Piauí no estado do Piauí, tem uma extensão territorial de 342,26 km². Fica a 365 km de Teresina, capital do estado, e possuía segunda a estimativa do último censo do IBGE em 2010, 5.592 pessoas.

O mesmo dispõe de três Estratégias de Saúde da Família (ESF) e um NASF 2. O serviço da atenção básica no município de Campo Grande do Piauí funciona em horário integral atingindo a carga horária de 40hs atendendo todos os níveis da atenção básica na área médica, de enfermagem e odontológica.

No que diz respeito a referência e contra-referência os pacientes são encaminhados para o NASF 2 dentro do município. E em relação a consultas especializadas são encaminhados para a CAMPI em Picos - PI e na capital Teresina – PI são encaminhados para os diversos setores de serviços do Sistema único de Saúde (SUS).

Em relação aos indicadores de saúde do município, o gasto médio por atendimento ambulatorial no SUS foi de 56,7 no ano de 2015, já em 2016 o gasto médio foi de 54,0. O valor médio com internação hospitalar no SUS em 2015 teve um valor médio de 599,0 e em 2016 um valor médio de 651,7. A taxa de mortalidade no ano de 2015 foi de 5,86 e no ano de 2016 foi 6,35. Tendo como doença prevalentes as cardio respiratórias e acidentes vascular cerebral. A taxa de prevalência da hipertensão arterial em Campo Grande do Piauí no ano de 2014 foi de 11,42 e em 2015 de 11,68.

O município de Campo Grande do Piauí tem um total de 692 hipertensos cadastrados, sendo que na ESF José Elpidio Ramos situada na localidade Carnaíba tem 140 hipertensos, a problemática observada é a dificuldade da adesão de hipertensos ao tratamento não farmacológico na ESF José Elpidio Ramos, uma vez

que esses pacientes só fazem o uso dos medicamentos mas não costumam se adequar as mudanças de prática alimentar e as prática de atividades físicas.

Nesse contexto o presente projeto de intervenção tem como objetivo aumentar a adesão ao tratamento não-farmacológico anti-hipertensivo entre hipertensos assistidos pela ESF José Elpídio Ramos, Campo Grande do Piauí- PI.

REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, altamente prevalente, atingindo cerca de 36 milhões de brasileiros, e em mais de 60% da população >60 anos. Cerca de 50% das mortes por doença cardiovascular no país tem a HAS como um fator presente direta ou indiretamente (1).

Segundo a Sociedade Brasileira de cardiologia (2) a HAS é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90 mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins, e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A HAS é um grave problema de saúde no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (2).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduo (3).

Existem dados consistentes de literatura demonstrando: maior prevalência de HAS entre homens e, a partir da sétima década em mulheres (24,2%), não diferindo muito entre os sexos ao serem contabilizadas todas as faixas etárias; pessoas afrodescendentes (24,2% a 49,3%); indivíduos com excesso de peso e obesidade, cuja prevalência na população brasileira encontra-se em 52,5% e 17,9%, respectivamente; populações com excessivo consumo de sal, ressaltando-se que os brasileiros excedem em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g de

sódio/dia); consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas, sendo que seu risco se eleva com o consumo de 30-40 g de álcool/dia em mulheres e 31 g de álcool/dia em homens; sedentarismo, cujo percentual na população geral é 75,8%, e demonstrou ter associação significativa com HAS, além de outros fatores como: idade, sexo masculino, sobrepeso e adiposidade central; e adultos com menor nível de escolaridade (1).

Classificação

De acordo com a 7ª Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, valores normais da PA são aqueles baseados na medida da PA de consultório: ≤ 120 mmHg para PA sistólica (PAS) e 80 mmHg para PA diastólica (PAD), sendo o diagnóstico da HAS feito quando a PAS é ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões distintas. A partir daí, classifica-se a HAS em estágios à medida que se eleva 20 mmHg na PAS e/ou 10 mmHg na PAD.

Ressalta-se a faixa de PA compreendida entre os valores de normo e anormalidade: PAS entre 121-139 mmHg e/ou PAD entre 81-89 mmHg, denominada pré-hipertensão. Se esses indivíduos pré-hipertensos não controlarem seus fatores de risco associados, com atuação em medidas preventivas mais significativas, podem se tornar hipertensos sustentados em curto espaço de tempo (4).

Tratamento medicamentoso

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular (3).

Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA $\geq 160/100$ mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (5).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa (3).

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de

comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (6).

Classes de anti-hipertensivos para uso clínico: Diuréticos; Inibidores adrenérgicos; Ação central – agonistas alfa₂ centrais; Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1-adrenérgicos; Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos; Alfabloqueadores e Betabloqueadores; Bloqueadores dos canais de cálcio; Inibidores da ECA Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II e Vasodilatadores diretos (7).

Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de Doenças Crônicas (DC) varia de 25 a 50%, (8). A não adesão ao tratamento medicamentoso nas DCs, comumente verificada pelo test de Morisky-Green-Levine (9) é considerada um fenômeno complexo e multideterminado, associado a baixos níveis socioeconômicos, prescrição de esquemas terapêuticos complexos e insatisfação com o serviço de saúde, fatores que prevalecem na população com HAS (10).

A Enfermagem representa uma força formidável para melhorar a adesão e os resultados de cuidados, entendendo a dinâmica de conformidade e empregando técnicas para avaliar e monitorar os problemas de não adesão. Os enfermeiros estão bem posicionados para usar efetivamente estratégias sustentadas para melhorar a adesão, diminuindo assim o fardo global da hipertensão (11).

Tratamento não medicamentoso

Algumas medidas não medicamentosas são recomendadas, pois além de reduzirem a PA contribuem para o controle de outros fatores de risco cardiovascular frequentemente associados à HA. Destacam-se: perda de peso até o alcance de peso na faixa ideal, padrão alimentar saudável, baixa ingestão de sal, ingestão moderada de álcool, atividade física regular, cessação do tabagismo e controle do estresse (1).

A perda de peso é uma das medidas mais importantes no controle da PA. A recomendação é que o índice de massa corpórea (IMC) seja mantido entre 18-25 kg/m² e a circunferência abdominal dentro da normalidade para o sexo, pois a adiposidade visceral é importante fator de risco cardiovascular. O alcance do peso adequado apoia-se no binômio dieta-atividade física (3).

Para controle adequado do peso, o padrão alimentar deve ser saudável e sustentável em médio e longo prazo. O ideal é o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; é rica em potássio, cálcio, magnésio e fibras. Inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; recomenda a

redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar, bem como de colesterol, gordura total e saturada (3).

Atividade física é benéfica para o controle da PA e para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular e deve ser recomendada para toda a população. Benefícios adicionais podem ser alcançados com a prática de exercícios físicos de modo estruturado e individualizado. O treinamento aeróbico é preferencial para a prevenção e tratamento da HA, entretanto a sua combinação com exercícios resistidos deve ser estimulada. Cuidado deve ser tomado com hipertensos com a PA mal controlada, principalmente os que acumulam fatores de risco ou têm lesão em órgão-alvo. Nesses, a realização de teste ergométrico previamente ao início do treinamento pode ser importante pelo alto risco cardiovascular associado. A realização de esportes competitivos exige uma avaliação mais detalhada de qualquer indivíduo hipertenso (1).

Contudo a realização da atividade física é de extrema importância para qualquer indivíduo, mesmo que seja acompanhado de tratamento farmacológico ou não. No caso de pacientes que adquiriram a doença e que não possuem histórico de hereditariedade na família, o tratamento não farmacológico através de atividades físicas aeróbicas pode diminuir os níveis pressóricos, enquanto que os que possuem histórico desta doença na família não podem deixar fazer exercício físico além de receberem concomitantemente o tratamento farmacológico.

Estratégia de Saúde da Família e os portadores de HAS

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo (12).

Entende-se que o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família (ESF) aos portadores de HAS visa à efetivação da integralidade em saúde no sentido de possibilitar uma atuação em saúde mais contextualizada, resolutiva na perspectiva da corresponsabilização de trabalhadores, usuários e suas famílias. As ações devem ser comuns a todos no planejamento e na promoção à saúde (ações educativas em relação à mudança do estilo de vida, fatores de risco e produção de material educativo), no treinamento de profissionais, no encaminhamento a outros profissionais, quando for necessário, nas ações

assistenciais individuais e em grupo, na participação em projeto de pesquisa e no gerenciamento do programa. A ESF propõe-se a superar práticas estritamente curativas, fragmentadas, em que predominam a preocupação e a realização de procedimentos, utilização de equipamentos e reprodução de normas preestabelecidas, como o cuidado em si, que muitas vezes não atendem às necessidades de saúde das famílias e usuários (13).

Assim a educação em saúde contribui para aproximar os saberes científicos produzidos nessa área a vida cotidiana da população, buscando assim melhorias a saúde, a qualidade de vida e a formação da cidadania (14).

Cabe assim a equipe da ESF estar instrumentalizado sobre os pressupostos e técnicas da educação em saúde para anunciar às mudanças no estilo de vida e implicar o paciente a responsabilidade por seu sucesso ou fracasso no controle da doença condição do paciente hipertenso o coloca a necessidade da mudança de hábitos e transformação no modo de se viver, sendo necessária ainda a participação efetiva do paciente no tratamento (15).

4-PLANO OPERATIVO

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Dificuldade da adesão de hipertensos ao tratamento não farmacológico na ESF José Elpidio Ramos	Implantar ações de tratamento não farmacológico para os pacientes hipertensos em acompanhamento;	Reduzir o número de hipertensos com PA descontrolada. Prazo: 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer levantamento dos hipertensos da área de abrangência da UBS e realizar visitas domiciliares para divulgação do projeto; - Oferecer atendimento descentralizado com nutricionista, fisioterapeuta e educador físico para os pacientes da ESF José Elpidio Ramos; - Encaminhar para exames clínicos preventivos (ECG e exames laboratoriais); - Implantar práticas corporais (dança) e atividades físicas (caminhadas) voltadas para esse grupo. - Definir uma semana 	Enfermeiro (a); Educador Físico.

			para campanha voltada para diagnóstico e orientações sobre a hipertensão.	
Pouco incentivo dos profissionais da saúde para adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico	Sensibilizar gestores do município, profissionais de saúde e população quanto a importância das práticas saudáveis na melhoria da qualidade de vida;	Aumentar o envolvimento dos profissionais no tratamento não farmacológico dos hipertensos. Prazo: 3 meses	- Convidar os gestores e profissionais da área para uma reunião para apresentar o projeto; - Realizar uma capacitação dos profissionais para apresentação da importância do tratamento não farmacológico no controle da hipertensão.	Enfermeiro (a); Secretário de Saúde.
Pouco conhecimento dos hipertensos sobre a doença e a importância do tratamento	Aumentar o nível de conhecimento dos portadores de HAS sobre a patologia e os agravos que os acometem.	Aumentar o conhecimento dos hipertensos sobre a doença. Prazo: 6 meses	- Realização de oficinas para discussão sobre a doença e seu tratamento. - Distribuir material educativo durante as consultas na UBS.	Equipe multiprofissional

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

As oficinas serão desenvolvidas na ESF José Elpídio Ramos. Os participantes da intervenção serão um pequeno grupo composto por 20 pacientes portadores de hipertensão atendidos no posto de saúde da localidade.

As oficinas ocorrerão nos meses de Março e Abril do ano de 2019 onde serão realizadas semanalmente no total de sete (07) e cada uma terá duração de sessenta minutos.

O projeto será avaliado pela autora e equipe de saúde responsável pelas atividades executadas mensalmente em reuniões que acontecerão na UBS. O gestor municipal de saúde será informado sobre os dados para analisar, avaliar e sugerir mudanças, caso se faça necessário, após a realização das oficinas.

Após um ano da implantação do projeto os pacientes que participaram das atividades passarão por uma avaliação e pesquisa de satisfação.

CONCLUSÃO

Após a execução do projeto espera-se aumentar a adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico, e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida desses usuários, através de mudanças no etilo de vida, além contribuir para o controle da hipertensão na comunidade, bem como auxiliará na prevenção de complicações relacionadas a doença.

Uma possível dificuldade que poderá ser observada durante a execução do projeto é aceitação da mudança das práticas alimentares, devido as questões culturais, no entanto a equipe buscará discutir alternativas para superar essa dificuldade e junto com a nutricionista.

Com a adesão dos hipertensos ao tratamento não farmacológico pretende – se melhorar a qualidade de vida dos hipertensos, através da realização de mudanças no etilo de vida.

REFERÊNCIAS

1. BRANDÃO, Andréa Araújo. NOGUEIRA, Armando da Rocha. Manual de hipertensão arterial - Rio de Janeiro: SOCERJ, 2018.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Hipertensão, [S.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010
3. Brasil, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
4. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. ArqBrasCardiol. 2016.
5. BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. Royal College of Physicians. Management in adults in primary care: pharmacological update. Hypertension. NICE ClinicalGuideline 18. Disponível em: <[http:// www.nice.org.uk/CG018](http://www.nice.org.uk/CG018)>. Acesso em: dezembro de 2018.
6. BRASIL, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Renome 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
7. CAMARGO, Carlos de; FILHO, Carvalho Ronald Maia; BASTOS, Valquíria P. Manual de Orientação Clínica: hipertensão arterial sistêmica (HAS); São Paulo: SES/SP, 2011.
8. BEZERRA, Amanda Silva de Macêdo; LOPES, Juliana de Lima; BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite de. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. Rev. bras. enferm. Brasília, v.67, n.4, p.550-555, ago. 2014.

9. BORGES, José Wicto Pereira; MOREIRA, Theresa Maria Magalhães. Variáveis relacionadas à adesão e não adesão ao tratamento da hipertensão: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, v.6, n.6-7, p.221-239, 2013.
10. ANDRADE, JadelsonP. et al. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v.79, n.4, p.380-384, 2014.
11. JAYASINGHE, Jackie. Non-adherence in the hypertensive patient: can nursing play a role in assessing and improving compliance? *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, v.19, n.1, 2009.
12. CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G, Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *SAÚDE DEBATE*, RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 265-278, OUT 2014.
13. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Rev Escola Enferm USP*. 2013;47:107-
14. MOUTINHO, C.B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, v.12, n.2, p. 253-272, 2014.
15. BRASIL, Departamento de Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=equipes> Acesso em Dezembro de 2018.