

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

Projeto de intervenção: Elaboração de grupo educativo para pacientes Hipertensos em tratamento não farmacológico.

Aluno: Rosell Lopez Hasty

Orientador: Prof^aTania Arena Moreira Domingues

São Paulo
2014

SUMARIO.

1. Introdução	
1.1. Identificação e apresentação do problema	3
1.2. Justificativa da intervenção	5
2. Objetivos	
2.1. Objetivo geral	7
2.2. Objetivos específicos	7
3. Revisão Bibliográfica	8
4. Metodologia.....	13
5. Resultados Esperados	16
6. Cronograma	17
7. Referências bibliográficas	18

INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

A Hipertensão arterial é considerada, atualmente, um sério problema de saúde pública a nível mundial, estudos recentes demonstram que a hipertensão afeta entre um 30 a um 40 por cento da população adulta, esta prevalência se incrementa com a idade y chega a estar presente em mas de dois terças partes da população maior de 60 anos, o que incrementa sua importância epidemiológica por o envelhecimento da população em a maioria dos países do mundo. No Brasil, dada sua expressiva prevalência, por ser assintomática e pelas suas graves complicações, levando a incapacidades permanentes. Em decorrência disso, a detecção desse problema, normalmente, é tardia, o que dificulta aos portadores a aderência ao tratamento e ao controle dela.¹

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica de diversas etiologias e fisiopatogênica multifatorial, acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, do sistema renina-angiotensina, alterações renais, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial, que podem ser seguidas de lesões em seus órgãos-alvo como vasos, coração, retina e rins.²

Ao longo de nossa atuação no projeto de extensão Diabetes e Hipertensão Arterial: em busca de melhor qualidade de vida e nos campos de estágios, identificamos que os portadores de hipertensão arterial apresentam problemas que não se restringem apenas à esfera física e à terapia farmacológica. Existem outras dificuldades para a adesão ao tratamento, dentre as quais a aceitação de ser portador de problema crônico, o desconhecimento em relação à patologia e suas consequências e a necessidade de apoio para mudanças de hábitos de vida. As transformações expressivas na vida dos indivíduos portadores dessa patologia são evidenciadas não apenas na esfera biológica, mas também na psicológica, na familiar, social ou na econômica, pela possibilidade de agravo em longo prazo, o que compromete a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas.^{3,4,5}

Exercem influência no processo de adesão a cronicidade da doença, a ausência de sintomatologia específica, o surgimento das complicações em longo prazo e a falta de percepção de que o tratamento será por toda a vida. Esses fatores estão relacionados ao paciente, à doença, à religião, aos hábitos culturais e de vida, ao tratamento, às políticas de saúde, ao acesso e à distância da rede básica de saúde, bem como ao apoio oferecido pela equipe multidisciplinar de saúde. Além disso, há necessidade de adoção de medidas higiênico-dietéticas e comportamentais que implicam mudanças no estilo de vida.^{6,7}

Em face do conhecimento desses fatores, os profissionais de saúde devem proporcionar conhecimentos não apenas ao portador de hipertensão arterial, mas também à família, sobre questões relativas à doença, dieta, prática de exercícios físicos e lazer: como medidas de relaxamento para diminuir o estresse diário, controle da obesidade, sedentarismo, dislipidemias, abandono do tabagismo e redução da ingestão de bebida alcoólica. Deve-se considerar o passado cultural, a experiência de vida, o conhecimento sobre o corpo e a patologia do cliente, pois todos apresentam uma história de vida, valores, crenças e práticas familiares que contradizem a visão do profissional de saúde. Dentre os principais facilitadores para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo, destacasse a educação em saúde abordando a hipertensão arterial e suas características, orientações sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, cuidados e atenções individualizadas de acordo com as necessidades e o atendimento médico facilitado.^{8,9}

A motivação pela aprendizagem é fundamental para o devido esclarecimento sobre os problemas de saúde, exames, procedimentos e possível mudança do estilo de vida e hábitos familiares do indivíduo. Merece destaque o engajamento do cliente quanto ao autocuidado no contexto de vida dele, com o objetivo de aprender sobre a doença, sobre o tratamento em seu cotidiano, tendo como rede de apoio social os familiares e os profissionais de saúde, portanto, não depende somente do esforço do profissional de saúde. A participação do enfermeiro na assistência ao paciente hipertenso tem contribuído para melhorar a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial.^{9,10,11}

1.2 Justificativa da intervenção

Os dados epidemiológicos brasileiros relativos a risco cardiovascular, apesar de já se mostrarem consistentes pela existência de estudos bem delineados e representativos, ainda estão restritos a algumas regiões, o que acaba deixando algumas dúvidas se as informações existentes representam o país como um todo.^{6,15}

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física.^{7,8}

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HAS), obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos tornando ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência.^{9,10}

O objetivo da prevenção e tratamento da hipertensão é reduzir a morbimortalidade cardiovascular por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução/controle da doença.¹¹

O tratamento não medicamentoso, que compreende mudanças no estilo de vida, como controle de peso, redução da ingestão de sódio e gorduras, maior ingestão de fibras, vitaminas e minerais, incluindo o potássio, redução do consumo de bebidas alcoólicas e café, prática de atividade física regular e abandono do tabagismo, é recomendado em todos os estágios da doença, associado ou não ao tratamento medicamentoso. O atendimento nutricional visa identificar hábitos alimentares inadequados e incorporar hábitos saudáveis e permanentes.¹¹

A relevância da hipertensão arterial sistêmica (HAS) como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de alterações circulatórias fatais ou não-fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios.^{13,14}

A (HAS) atinge cerca de 30 por ciento da população adulta a nível mundial, no continente americano a síndrome afeta cerca de 140 milhões de pessoas, de acordo com a sociedade brasileira de hipertensão arterial, a prevalência na população adulta do Brasil varia de um 22,3 a um 43,9 por ciento. As prevalências observadas, respectivamente no município de São Paulo e 21,7% para hipertensão arterial em a população acima de 15 anos .^{15,16}

Na unidade de saúde Jardim Rincão no município de São Paulo observase também um índice elevado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e após interrogatório realizado em cada consulta verificou-se que geralmente os pacientes não fazem o tratamento farmacológico por ter pouco conhecimento do mesmo. Diante dessa situação considera-se uma atuação ativa mediante um projeto de intervenção para reduzir a descompensação da doença e suas complicações.

2.OBJETIVOS

2.1. Geral

- Elevar o conhecimento sobre o tratamento não farmacológico dos pacientes hipertensos na área de abrangência..

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar um grupo educativo sobre tratamento não farmacológico para pacientes hipertensos .

Revisão Bibliográfica

O coração é uma bomba eficiente que bate de 60 a 80 vezes por minuto durante toda a nossa vida e impulsiona de 5 a 6 litros de sangue por minuto para todo o corpo .¹¹

Pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. Ela pode ser modificada pela variação do volume de sangue ou viscosidade (espessura) do sangue, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. Os estímulos hormonais e nervosos que regulam a resistência sanguínea sofrem a influência pessoal e ambiental. ¹¹

Hipertensão arterial é a pressão arterial acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos, medida em repouso de quinze minutos e confirmada em três vezes consecutivas e em várias visitas médicas. Elevações ocasionais da pressão podem ocorrer com exercícios físicos, nervosismo, preocupações, drogas, alimentos, fumo, álcool e café. ¹¹

Esta doença crônica é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.¹²

Em 95% dos casos, a causa da hipertensão arterial (HA) é desconhecida, sendo chamada de HA primária ou essencial. Nesses pacientes, ocorre aumento da rigidez das paredes arteriais e a herança genética pode contribuir para o aparecimento da doença em 70% dos casos.¹²

Nos demais, ocorre a HA secundário, ou seja, quando uma determinada causa predomina sobre as demais, embora outras possam estar presentes. É o caso do uso de medicamentos; como corticosteroides, anticoncepcionais ou anti-inflamatórios, a doenças do parênquima renal, por aldosteronismo primário, tumores como o feocromocitoma, relacionadas com a gestação entre outras. Pessoas com história familiar de hipertensão podem apresentar maior risco para a doença.¹²

Níveis elevados de pressão arterial são facilitados por: elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio, alta ingestão calórica e excessivo consumo de álcool. Os dois últimos fatores de risco são os que mais contribuem para o desenvolvimento de peso excessivo ou obesidade, que estão diretamente relacionados à elevação da pressão arterial. O papel do teor de cálcio, magnésio e proteína da dieta na prevenção da pressão arterial ainda não está definido. O estresse psicológico e o sedentarismo ainda aguardam provas mais definitivas de participação como fatores de risco, embora existam evidências de que sua modificação pode ser benéfica no tratamento da hipertensão arterial.¹²

O aumento do risco cardiovascular ocorre também pela agregação de outros fatores, tais como tabagismo e dislipidemias - alterações nos níveis de colesterol e triglicérides, intolerância à glicose e diabetes mellitus.¹²

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce.¹²

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade.

No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050.⁹ Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, como a hipertensão arterial entre outras.^{11,12}

Todos os médicos usam a tabela abaixo para classificar a hipertensão, de acordo com essa classificação o médico tomara conduta adequada para cada paciente dependendo das cifras da pressão arterial.¹²

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos):¹²

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Existem dois tipos de tratamento para os hipertensos: não medicamentoso e medicamentoso ou farmacológico e não farmacológico. Falaremos mais sobre o não farmacológico que é de grande importância para controlar os fatores de riscos que desencadernam a hipertensão ou descompensam a mesma, levando ao paciente a complicações que diminuem a qualidade de vida. Além de que podem ser modificadas.¹²

Um estilo de vida saudável é fundamental para controlar fatores ambientais que influenciam negativamente a pressão arterial. Uma alimentação rica em frutas, verduras e vegetais, evitar a ingestão excessiva de sal, combater o sedentarismo e a obesidade, evitar o álcool e o cigarro colaboram para a redução da pressão arterial e para a diminuição do risco cardiovascular. Praticar exercícios físicos aeróbios por um período de 30 a 45 minutos por dia, três a cinco vezes por semana é um bom começo.¹²

O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de contribuir para a diminuição do peso corporal e de ter ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. Contribui, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão. O baixo nível de condicionamento físico está associado a maior risco de óbito por doenças coronarianas e cardiovasculares em homens saudáveis, independentemente dos fatores de risco convencionais.¹²

Exercícios isométricos, como levantamento de peso, não são recomendáveis para indivíduos hipertensos. Pacientes em uso de medicamentos anti-hipertensivos que interferem na frequência cardíaca (como, por exemplo, betabloqueadores) devem ser previamente submetidos a avaliação médica.¹²

O consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial, causa variações nos níveis pressóricos, aumenta a prevalência de hipertensão, é fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência a medicamentos anti-hipertensivos.¹²

Para os hipertensos do sexo masculino que fazem uso de bebida alcoólica, é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30 ml de etanol/dia, contidos em 60 ml de bebidas destiladas (uísque, vodca, aguardente, etc.), 240 ml de vinho ou 720 ml de cerveja. Em relação às mulheres e indivíduos de baixo peso, a ingestão alcoólica não deve ultrapassar 15 ml de etanol/dia - metade do preconizado para os homens. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas. Quando essas medidas não são suficientes para controlar a pressão arterial, o médico pode optar por introduzir medicações hipotensoras com o

objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. O tratamento medicamentoso deve estar sempre associado ao tratamento não medicamentoso citado acima.¹²

Existem vários medicamentos usados para controlar a hipertensão, como diuréticos, inibidores da ECA, bloqueadores do receptor AT1 e bloqueadores dos canais de cálcio. Às vezes, é necessário que o médico oriente uma associação de anti-hipertensivos.¹²

O objetivo é reduzir a pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a presença de outras doenças e a qualidade de vida dos pacientes.¹²

4. METODOLOGIA

4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve a um numero de pacientes cadastrados como hipertensos da equipe.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira e agentes de saúde.

4.2 Contextos da intervenção

Durante as consultas na Unidade de Saúde Jardim Rincão , município de São Paulo, o número acentuado de pacientes que assistem a consulta por hipertensão arterial descompensada e entre as principais causas que descompensação está; os hábitos alimentares inadequados, chamou a atenção.Os pacientes não realizavam acompanhamento adequado e a dieta não foi a correta

Quando os pacientes foram questionados sobre os riscos, unanimemente aceitarem seu desconhecimento sobre alguns aspetos do tema.

As ações dirigidas ao indivíduo usuários hipertensas dar-se-ão na própria unidade de saúde (consultório e sala de reuniões) o local destinado para grupo de hipertensos.

4.3 Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população com hipertensão arterial e hábitos de vida inadequados, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas, com entrevista.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados por micro áreas para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da tensão arterial.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões semanais, na unidade de saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado estilo de vida saudável, de acordo com o profissional selecionado para a data.

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões quinzenal que são realizadas com toda a equipe de saúde será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

A aplicação de questionário (Anexo I) possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento e explanação do projeto. 	Equipe de Saúde
2º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualização de estilo de vida saudável. 	Médica
3º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Prática de exercícios físicos 	Médica
4º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação adequada e sua importância. 	Enfermeira
5º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Efeito de bebidas alcoólicas em a hipertensão. 	Enfermeira
6º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Estresse como causa de descompensação. 	Médica
7º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão analítica e global do projeto; • Aplicação do questionário; • Confraternização. 	Equipe de Saúde

5. RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do Grupo alcançarão a percepção dos riscos que a dieta inadequada, o consumo de bebidas alcoólicas, não prática de exercícios físicos; nó fim, um estilo de vida não saudável traz eles e consequentemente as complicações que se podem prevenir.

CRONOGRAMA.

Atividades	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	novembro
Elaboração do projeto	X	X				
Identificação da população		X	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X
Implantação do projeto				X	X	
Análise dos resultados						X
Divulgação dos resultados						X

BIBLIOGRAFIA.

1.Herrera AD. HIPERTENSION ARTERIAL.REVISTA CUBANA DE MEDICINA.2011 JUL-SET;50(3):232-233.

2.Caballero MDP. Guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI.rev cubana de medicina. 2013; 52(4): 286-294.

3.Sellén Crombet J, Sellén Sanchén E, Barroso Pacheco L, Sellén Sánchez S. Evaluación y diagnóstico de la hipertensión arterial. Rev Cub Invest Bioméd. 2009 [citado 19 feb 2013]; 28(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v28n1/ibi01109.pdf>

4. García Delgado JA, Pérez Coronel PL, Chí Arcia J, Martínez Torrez J, Pedroso Morales I. Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial. Rev194 Cub Med. 2008 [citado 19 feb 2013]; 47(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v47n3/med02308.pdf>

5. Giralt López BM. Variante metodológica del programa de actividades físicas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Int Med Cienc Act Fís Deporte. 2011 [citado 24 abr 2012]; 11 (44):767-80.Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54222204008>

6. Achiong Estupiñán FJ, Olano Moreno M, Fong Ramírez E, Alfonso León JA, Achiong Alemañy M, Achiong Alemañy F. Intervención en hipertensos no controlados pertenecientes a la provincia de Matanzas. Rev Cub Hig Epidemiol. 2011 [citado 19 feb 2013]; 49(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie06311.pdf>

7. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European society of Cardiology (ESC). [citado 9

JuL2013]<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2013/06/13/eurheartj.eht151.full.pdf>

8. Mancia Monza G. Nueva guía para el tratamiento de la hipertensión arterial 2013 de la Sociedad Europea de Hipertensión. Resumen de la oponencia. [citado 29 Jul. 2013] Disponible en: <http://rodrigoasturias.blogspot.com/2013/06-nueva-guia-para-el-tratamiento-de-la.html>

9. Zanchetti A, Mancia G. Longing for clinical excellence: a critical outlook into the NICE recommendations on hypertension management. Is nice always good?, editorial. J Hypert. Abr. 2012;30(4).

10. Álvarez JLL, Caballero MDP. un siglo de terapia antihipertensiva. Puesta al día en el siglo XXI. Rev cubana med .2012;51 (2): 155-169.

11. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular diseases in developing countries .Circulation 1998;97:596-601.

12. Azeredo V M , Duarte e Barreto T , Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*, mar. 2006, vol.15, no.1, p.35-45. ISSN 1679-4974.

13. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol.2004, (supl.4): 1-40.

14. Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella E, Sorlie P. The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. A Rising Tide. Hypertension 2004; 44: 398-404.

15. Pinto SL,Silva RRC,Priore SE,Oliveira AAM,De Jesus PE.Prevalencia de pré-hipertensa e de hipertensão e avaliação de fator associado em crianças e

adolescentes de escolas publicas de Salvador de Bahia,Brasil.Cad. Saúde publica,Rio de Janeiro,27(6):1065-1067,jun 2011.

16. RABETTI AC, Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. Rev Saúde Pública 2011;45(2):258-68. São Paulo, 2011.