

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

ANA CAROLINA HAMAMURA

A orientação em grupo e individual de pacientes hipertensos da UBS Eustáquio Pereira da Silva pode melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso a fim de prevenir agravos à saúde?

São Paulo

2014

Ana Carolina Hamamura

A orientação em grupo e individual de pacientes hipertensos da UBS Eustáquio Pereira da Silva pode melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso a fim de prevenir agravos à saúde?

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, apresentado à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Especialista no Curso de Especialização em Saúde da Família.

Orientador: Carlos Roberto de Castro e Silva

São Paulo

2014

SUMÁRIO

1. Introdução	
2. Objetivos	
2.1. Geral.....	
2.2. Específico	
3. Metodologia	
3.1. Cenário e Sujeitos da intervenção	
3.2. Estratégias e ações	
3.3. Avaliação e Monitoramento	
4. Resultados Esperados	
5. Cronograma	

6. Referências bibliográficas

1. Introdução

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, existem cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

O Município de Álvaro de Carvalho , situado na região Sudeste do Estado de São Paulo, apresenta 425 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, o

que corresponde a 9,21% da população local. Desta forma, a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e esta entre as principais patologias clínicas de relevância para as ações do PSF. Essa condição é o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. 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. Em 2001, segundo a OMS, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico [AVE] e 47% por doença isquêmica do coração [DIC], sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.

Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 e 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia.

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares.

Nas Unidades de Saúde (USF) de Álvaro de Carvalho/SP, verificou-se em atendimento médico da demanda espontânea, que muitos pacientes hipertensos não aderiam ao tratamento desta doença. Quando questionados, motivos variados foram atribuídos à falta de adesão, como crenças religiosas, preguiça, analfabetismo, falta de entendimento da doença e que seu tratamento é contínuo. A partir disto, notou-se que não existia agendamento para pacientes, tampouco atividades em grupo. Desta forma, faz-se necessário a orientação individual e a formação de grupos afim de conscientizar a população a respeito da correta adesão ao tratamento e assim reduzir eventos cardiovasculares, maior causa de mortalidade no município.

2. Objetivos

2.1 Geral

Conscientizar a população acerca da importância da adesão ao tratamento medicamentoso e da mudança do estilo de vida, afim de garantir qualidade de vida,

diminuir complicações cardiovasculares e com isso, reduzir a morbimortalidade em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

1.2. Específicos

Identificar as principais causas de não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em pacientes hipertensos.

Orientar os doentes quanto aos sinais e sintomas referentes ao aumento súbito da pressão arterial.

Orientar os pacientes individualmente durante o atendimento médico, explicando o que é Hipertensão Arterial e quais as suas complicações se não tratada.

Realizar grupos com atividades educativas, com enfoque na mudança de estilo de vida, incentivando dieta, redução do consumo de sal e gorduras, exercício físico, perda de peso, cessação de tabagismo e etilismo e uso correto da medicação.

Classificar a Hipertensão a partir da estratificação de risco, com medidas periódicas da pressão arterial na Unidade de Saúde.

3. Metodologia

O projeto foi realizado através de buscas bibliográficas utilizando o método PICO.

- Paciente: portadores de Hipertensão Arterial do Município de Álvaro de Carvalho.

- Intervenção: incentivo a adesão ao tratamento medicamentoso e mudanças do estilo de vida.

- Controles: pacientes hipertensos sem tratamento.

- Outcomes: doenças cardiovasculares, infarto agudo do miocárdio, AVC, doença renal crônica com alto índice de internações e óbitos.

O levantamento foi realizado em base de dados como BVS-MS, Lilacs, Pubmed e IBGE.

A etapa seguinte será uma pesquisa de campo com análise quantitativa, conforme descrições a seguir.

3.1 Cenário de intervenção

O estudo será realizado no município de Álvaro de Carvalho/SP está situado na região Sudeste do Estado de São Paulo, e integra a região administrativa de Marília. A área territorial do município corresponde a 153 KM². Possui uma população estimada em 4.610 habitantes, dos quais 478 possuem idade acima de 65 anos, faixa etária onde se encontram 60% dos pacientes hipertensos, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Possui uma população rural estimada em 1.786 habitantes e uma população urbana de 1.672, segundo dados do IBGE. Além disso, apresenta uma taxa de analfabetismo de aproximadamente 8.84%, segundo SEADE.

O portal DATASUS apresenta as doenças do aparelho circulatório como a maior causa de mortalidade do ano de 2011 no município de Álvaro de Carvalho, que corresponde a 31.03% dos óbitos neste ano.

Álvaro de Carvalho dispõe de duas Unidades Básicas de Saúde, com duas equipes estratégia de saúde da família (ESF), abrangendo 100% de cobertura da população. As equipes da atenção básica contam com 12 agentes comunitárias de saúde e os mesmos acompanham no máximo 150 famílias cada. A UBS Eustáquio Pereira da Silva (PSF I) abrange cinco microáreas, com uma população estimada em 1667 habitantes. A UBS Dr José Maurício Garcia (PSF II) abrange seis microáreas, com uma população estimada em 1617 habitantes. O PSF I possui 265 pacientes hipertensos e o PSF II possui 160 pacientes. Integram ainda, a população do município de Álvaro de Carvalho, os presidiários da penitenciária Doutor Valentim Alves Silva, estimados em aproximadamente 1326 pessoas. O município conta com apoio nas especialidades de ortopedia, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia,

nutricionista e educador físico, que atendem usuários referenciados pelas E.S.F. Os exames e consultas especializados são referenciados a Marília e Garça, conforme programação pactuada integrada, e na saúde mental Alvaro de Carvalho tem como referência o CAPS de Garça.

3.2 Sujeitos de intervenção

Os sujeitos de intervenção serão os pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica cadastrados na UBS Eustaquio Pereira da Silva (PSF I), do município de Alvaro de Carvalho.

3.3 Estratégias e ações

Primeiramente o projeto será apresentado para aprovação da gerência da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do município. Após, será agendada uma reunião de equipe, em que o enfoque será o projeto a ser desenvolvido. Será realizada capacitação dos agentes comunitários, auxiliares de enfermagem e enfermeiros quanto a abordagem dos pacientes.

Inicialmente os hipertensos da UBS Eustáquio Pereira da Silva serão selecionados de acordo com a sua micro área divididos em grupos de trinta pessoas. Em seguida, será realizada uma atividade educativa em grupo que será dada as orientações iniciais a respeito da hipertensão, de suas complicações, tratamento e mudança do estilo de vida e entregue a carteirinha de controle pressórico. Posteriormente, será recomendada a aferição da pressão arterial por sete dias, na Unidade de Saúde com consulta médica a seguir. Assim, após controle pressórico, serão agendados seis pacientes por dia, para consulta médica em que será realizada avaliação clínica, solicitação de exames laboratoriais e estratificação de risco, além de orientações gerais sobre a doença. Para o contato inicial com todos os hipertensos do PSF I, será necessária a realização de nove grupos.

Após primeiro contato, os próximos encontros abordarão temas específicos como dieta, restrição de sódio, atividade física, perda de peso, cessação do tabagismo e etilismo, entre outros. Serão elaboradas atividades educativas que incentivem a participação da população. Para a realização dessas atividades,

contaremos com a presença de outros profissionais municipais, como educadores físicos, nutricionistas, além do apoio da cozinha piloto local, que participará no preparo de alimentos com restrição de sódio e gorduras, ofertados a população.

Após controle pressórico e resultados de exames laboratoriais em mãos, os pacientes serão agendados para consulta retorno e estratificação do risco, com avaliação da necessidade de exames específicos ou de seguimento em especialidade.

Segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, as recomendações para o seguimento e prazos máximos para reavaliação são as seguintes:

Tabela: Recomendações para o seguimento: prazos máximos para reavaliação

PA sistólica	PA diastólica	Seguimento
< 130	<85	Reavaliar em um ano Estimular mudanças do estilo de vida
130-139	85-89	Reavaliar em seis meses* Insistir em mudanças do estilo de vida
140-159	90-99	Confirmar em dois meses* Considerar MAPA/MRPA
160-179	100-109	Confirmar em um mês Considerar MAPA/MRPA

≥180	≥110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em uma semana*
------	------	--

*Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos-alvo).

Para a estratificação de risco, serão levados em consideração fatores de risco cardiovascular: idade (homem >55 anos e mulheres >65 anos), tabagismo, dislipidemias (triglicérides >150 mg/dl; LDL colesterol >100 mg/dl), HDL<40 mg/dl, diabetes melito, história familiar prematura de doença cardiovascular (homens <55 anos e mulheres <65 anos). Identificação de lesões subclínicas de órgãos-alvo (ECG ou Eco com alterações, e alterações da função renal). Além disso, faz necessária a identificação de condições clínicas associadas a hipertensão (doenças cerebrovasculares, doenças cardíacas, doenças renais, retinopatia avançada e doença arterial periférica).

Para o apoio de pacientes analfabetos e idosos com dificuldade para uso correto da medicação, serão disponibilizados frascos coloridos (amarelo-manhã, vermelho-meio-dia e preto-noite) com as medicações conforme prescrição médica.

O projeto de intervenção será avaliado pelo relato de cada participante sobre as impressões obtidas quanto às orientações dadas em grupo, pela incidência de pico hipertensivo, as reações adversas as medicações e melhora na qualidade de vida. Além disso, ao final de cada grupo, serão solicitadas sugestões para a melhoria dos encontros e temas de interesse para discussão. As avaliações individuais serão feitas na consulta retorno, aproximadamente dois meses após o grupo inicial.

4. Resultados esperados

Por meio desta atividade, espera-se despertar a adesão correta ao tratamento dos pacientes hipertensos, com redução nas doenças cardiovasculares e melhora na qualidade de vida.

5. Cronograma

ATIVIDADES	MESES								
	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
Elaboração do projeto	X	X							
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X						
Aprovação do trabalho pela SMS		X							
Realização de grupos e consultas agendadas			X	X	X	X	X	X	X
Avaliação da intervenção						X	X	X	X
Revisão final e digitação							X		
Entrega do trabalho final							X		

Apresentação do trabalho								X	
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--

5. Referências bibliográficas

1. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão – DBH VI, Revista Brasileira Hipertensao vol.17 (1), 2010.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensao. Arq. Bras. Cardiol. 2006:1-48
3. Malta DC, Moura L, Souza FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008 Ministério da Saúde, Brasília. 2009. p. 337-62.
4. DATASUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus>
5. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. Rev Bras Hipertens. 2001;8:383-92

6. Caderno de atenção básica – n15. Hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Brasília-2006.
7. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. HF Lopes, JAS Barreto Filho. Rev Soc Cardiol 2003- inesul.edu.br
8. Adesão ao tratamento anti hipertensivo: uma análise conceitual. GBS Araújo, TR Garcia- Rev. Eletrônica enferm, 2006- bases.bireme.br
9. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas a síndrome metabólica. CRB Santos, ÉS Portella, SS Ávila, EA Soares- Rev. Nutri, 2006- bases.bireme.br
10. Hipertensão arterial como fator de risco para doenças cardiovasculares. MV Simões, A Schmidt - medicina Ribeirão Preto online- revistas.usp.br
11. Fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. C Dosse, CB Cesarino, JFV MArtin - Rev. Latino americana de enferm. 2009. revistas.usp.br