



Curso de especialização Saúde da Família

TÍTULO

Controle da hipertensão Arterial com o tratamento não medicamentoso em uma unidade de Saúde da Família.

Autor : Gipsi Gorrita González
Programa Mais Médicos

Orientador: Fledson Sousa Lima
Mestrado em ciências em saúde/saúde colectiva

São Paulo 2014

1. Introdução

A hipertensão arterial é fator de risco para doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social. (1,2)

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturado em uma unidade de saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional.(3)A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico-enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional.(3)

Países têm adotado com sucesso esse modelo, como Cuba, enquanto outros como Holanda, Portugal, Canadá e Inglaterra adotam modelo semelhante, mas à base do médico de família, porém com igual sucesso.(3).Esses modelos assistenciais sugerem que, além da organização da atuação integrada da equipe multiprofissional, a eleição da família como núcleo de assistência e a sua ligação direta com a unidade assistencial contam para a melhoria dos resultados.

A pressão arterial (PA) é uma variável linear e contínua que se associa positivamente com o risco cardiovascular(4), sendo que a relação entre morte por doença cérebro-vascular e PA é também contínua, crescente e significativa em níveis superiores a 115/75 mmHg para todas as faixas etárias.(5)

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial, são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg,e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90 mmHg,em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva.Foram classificados como PA normal registros inferiores a 130/85mmHg, e PA ótima valores inferiores a 120/80mmHg.(6)

A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais

como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes melito e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vista ao prognóstico e decisão terapêutica.⁽⁶⁾

Diversos estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da hipertensão arterial para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular.^(7,8)

Ao longo dos anos houve um acúmulo de investigações científica relatando o padrão de atividade física, a quantidade de sal na dieta, controle do peso corporal, o tabagismo e uma dieta saudável influenciam no controle de doenças crônicas como a HAS.⁽⁹⁾ Para fazer mudanças no modo e estilo de vida de nossos pacientes exige ações de promoção a saúde.⁽¹⁰⁾

Na UBS de Valo Verde do município Embu das Artes de uma população total de 5.108 habitantes, 476 tem hipertensão arterial(9,32%); sendo esta a doença com maior prevalência nessa população e o principal problema de saúde a grande maioria destes pacientes controlam suas cifras de PA com o uso de medicamentos anti-hipertensivos e não tem adesão a o tratamento não medicamentoso de sua doença.

Pela importância no controle e prevenção das complicações da HAS do tratamento não medicamentoso e mostrando que educação em saúde pode ter tanto efeitos benéficos no sentido da des-medicalização e controle dos níveis do PA propomos nossa intervenção com o objetivo de promover maior adesão da utilização do tratamento não medicamentoso no controle da hipertensão arterial em na Unidade de Saúde da Família de Valo Verde, Município Embu das Artes levando a nossos pacientes hipertensos a diminuição dos valores da PA com métodos como:estilo de vida mais saudável, menor ingestão de sal, controle do peso corporal, a prática adequada de exercício físico, padrões dietéticos saudável e a não ingestão de alcool e de esse modo que a prescrição de anti-hipertensivos será de maneira mais adequada e em doses mínimas pra o controle da PA.

2. Objetivos

2.1 Objetivos Gerais:

Acompanhar a utilização do tratamento não medicamentoso no controle da hipertensão arterial na unidade de saúde da família de Valo Verde ,município Embu das artes.

2.2 Objetivos Específicos:

1-Alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso no controle da hipertensão arterial.

2-Melhorar os índices de pressão arterial nos pacientes com o diagnóstico de Hipertensão arterial.

3- Diminuição do uso da polifarmácia para o controle da hipertensão arterial.

4- Modificação de modo e estilo de vidas nos pacientes hipertensos.

3. Metodologia.

3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Trata-se de um trabalho de intervenção a ser desenvolvido na UBS Valo Verde do município Embu das Artes. Essa unidade tem um total de 5108 pacientes e 1468 famílias cadastradas, em essa população temos 476 hipertensos acompanhados pela ESF. O projecto envolverá todos os pacientes hipertensos dessa área e a equipe de saúde da UBS que atende essa localidade, no intuito de melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso pelos portadores de HAS para seu controle. Como componente da equipe de saúde da família em questão, desempenha papel ativo na tentativa de resolução do problema identificado, no acompanhamento e na avaliação das ações desenvolvidas para sua realização. O trabalho aconteceu no período de fevereiro de 2014 e janeiro de 2015.

3.2 Estratégias e ações

As técnicas iniciais a serem utilizadas neste projeto de intervenção serão as entrevistas individuais com os pacientes, realizadas de modo aprofundado, levantando as questões relacionadas a terapêuticas não farmacológicas de modo que as dúvidas e as dificuldades possam ser detectadas e resolvidas. Nesse momento será avaliado o grau de satisfação desses pacientes ao atendimento realizado pela equipe de saúde em questão. As entrevistas individuais acontecerão semanalmente no dia de atendimento aos portadores de HAS, com a duração de 15 minutos, em cronograma semanal já estabelecido no posto.

Após as entrevistas com os pacientes serão realizadas reuniões com a equipe de saúde da família (ESF), que serão semanais. Durante essas reuniões serão consideradas as questões de maiores necessidades apontadas pelos próprios pacientes, assim como as necessidades da equipe de saúde da família, reavaliando nossas práticas, no intuito de melhor atendermos os pacientes portadores de HAS. No dia das reuniões serão realizados treinamentos com ESF para aperfeiçoamento da acolhida desses pacientes.

Posteriormente serão agendados encontros em grupo, que servirão como sessões educativas com os portadores de HAS. Acontecerão de 15 em 15 dias, com a duração de 60 minutos, com uma média de 20 pacientes por encontro. Os assuntos enfocados serão as questões relatadas nos encontros

individuais. Será utilizada linguagem adequada para que os participantes possam entender o conteúdo exposto. Haverá a participação de equipe multiprofissional.

3.3 Avaliação e monitoramento.

Os prontuários dos portadores de HAS em questão será o instrumento para observação do número de pacientes com PA controlada, que servirá de parâmetro para avaliar a eficácia da intervenção. O relato dos pacientes, dos agentes de saúde da área e as visitas domiciliares que serão realizadas pela equipe serão considerados para calcular a contribuição do trabalho para a melhoria da adesão ao tratamento não medicamentoso pelos pacientes em estudo.

4. Resultados Esperados

Espera-se que com a realização desse trabalho, as necessidades e anseios dos pacientes portadores de HAS de Valo Verde sejam atendidos, e a prática da equipe saúde da família melhorada, para que de fato esses pacientes aumentem sua adesão ao tratamento não-medicamentoso para o controle da patologia em questão.

5.Cronograma

A t i v i d a d e s	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto
Elaboração do projeto.	X					
Aprovação do projeto.		X				
Estudo da literatura.	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados.		X	X			
Discussão e análise dos resultados.				X		
Revisão final e digitação.					X	
Entrega do trabalho final.						X
Socialização do trabalho.						X

6.Referências:

1. Chobanian AV,Bakris GL, Black HR,Cushman WC, Green LA,Izzo JL Jr,et al.Seventh report of fue Joint national committee on prevention,detection,evaluation,and treatment of high blood pressure. Hypertension.2003;42(6):1206-52.

2. Gomez MAM,Nobre F,Amodeo C,Kohlmann Jr O,Praxedes JN, Machado CA,et al. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Brás Cardiol. 2004;82(Sul IV):7-14.

3. Anderson MP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. Rev APS. 2005;8(1):49-60.

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, CDCV/NUTES; 1993.[internet] [citado 21 setembro 2014] Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.

5. Piccini RX, Victoria CG.Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco.Rev Saúde Publica. 1994;28(4):261-7.

DOI:10.1590/S0034-89101994000400004.

6.BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, 2002.[Internet] [citado 22 setembro 2014] Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.

7. Chrestani MAD,Santos IS,Matijasevich AM. Hipertensão Arterial sistêmica auto-referida:validação diagnóstica em estudo de base populacional. CAD Saúde Publica.2009;25(11):2395-406. DOI:10.1590/S0102-311X2009001100010.

8. Costa JSD,Barcellos FC,Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M,Olinto MTA,et al. Hypertension prevalence and its associated risk factores in adulta: a population-based study in Pelotas. Arq Brás Cardiol 2007;88:59-65.

9. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças Crônicas Degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; [internet] 2003. p. 60.[citado 22 setembro 2014] Disponível em: <http://www.amb.org.br/>.

10. Nino Jr,D,Pierin AMG, Hipertensão Arterial. In: Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas-Programa de Saúde da Família. São Paulo: Ministério de Saúde; 2001. p.276-282.

Outra bibliografia revisada:

- Sousa AL. Educando a pessoas hipertensa. In: Pierin AMG,organizadora. Hipertensão arterial Uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole;2005.p. 165-184.

- Israili ZH, Hernández- Hernández R, Valasco M. Fue future of antihypertensive treatment. AM J Ter 2007;14(2):121-134.

- Peres D, Magna JM,Vlana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev. Saúde Publica 2003;37:635-642.

- Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. Rev. Nutr. [internet] 2009; [citado 20 setembro 2014] 22(6): 937-46. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>.