

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP

Especialização em Saúde da Família – PAB 4

A importância das orientações do Enfermeiro no tratamento ao paciente
hipertenso na Atenção Básica

Samantha Lizidati

Orientador: José Miguel Tomazevic

São Bernardo do Campo - SP

Fevereiro 2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	4
2.1 Objetivo Geral	4
2.2 Objetivo Específico.....	4
3. METODOLOGIA.....	4
3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	4
3.2 Cenário da intervenção	5
3.3 Estratégias e ações	5
3.4 Avaliação e Monitoramento	6
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	6
5. CRONOGRAMA.....	6
REFERÊNCIAS.....	7

1.INTRODUÇÃO

O Enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família (ESF) conquista seu espaço demonstrando competência e domínio através do conhecimento técnico-científico, mas enfrenta conflitos e momentos desafiadores em seu dia a dia.

Segundo Gomes e Oliveira¹:

“Em seu trabalho dentro da saúde pública, o enfermeiro tem encontrado um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação diária. Quer seja dentro da consulta de enfermagem através do atendimento direto à clientela, com o suporte de exames laboratoriais de rotina ou através da educação em saúde, tanto desenvolvida em nível individual, também na consulta de enfermagem, ou em nível coletivo, na comunidade onde o profissional está inserido.”

O enfermeiro na ESF atua e responsabiliza-se por diversas atividades, leva o conhecimento e resolução de dúvidas nas consultas de Enfermagem. Percebe-se que o usuário apresenta muita dificuldade de entendimento em relação ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial sistêmica (HAS). Essa dificuldade de entendimento por parte do usuário é a falta de compreensão verbal, baixo grau de escolaridade, analfabetismo, crenças, falta de conhecimento sobre a doença e a corresponsabilidade.²

Segundo VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão³, a HAS tem alta prevalência e baixa adesão ao controle. É considerada como um fator modificável para a prevenção de doenças cardiovasculares e é uma doença que representa um sério problema à saúde pública. A HAS é uma doença gerada por alterações cardiovasculares multifatoriais acompanhada por níveis elevados de pressão arterial (PA).^{3,4} As alterações multifatoriais estão associadas à presença de alguns fatores tais como: hereditariedade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, hábitos alimentares e atividades físicas.⁵ No âmbito mundial estima-se que a doença afeta 1 bilhão de pessoas.⁶

O sucesso para um bom tratamento da HAS inclui mudanças de hábitos de vida, entre eles, atividade física, mudança nos hábitos alimentares, dieta hipossódica, dieta hipogordurosa, combate ao tabagismo, redução no consumo de álcool e adesão medicamentosa correta.⁵

No contexto acima, o processo de educação em saúde cada vez mais se torna presente no dia a dia dos profissionais de saúde, principalmente da Atenção Primária. A educação em saúde entende que cada pessoa tem capacidade, de cuidar de si, através do autoconhecimento.⁷

O profissional de saúde, ao pensar em criar grupos de hipertensos, deverá seguir alguns passos para obter êxito com o usuário. Tomar decisões em comum acordo com o paciente e a equipe de saúde, para que a adesão medicamentosa se torne efetiva. O enfermeiro em seu papel obriga-se a encorajar o paciente em manter relações tais como: com os agentes comunitários, em suas visitas domiciliares, nas consultas médicas e de enfermagem.²

Segundo Oliveira et al.², os fatores mais relevantes que levam o paciente a não aderir o tratamento medicamentoso são: prejuízo nas capacidades pessoais; conhecimento deficiente para o seguimento não medicamentoso; crenças e valores; influências culturais; falta de apoio familiar; complexidade do regime terapêutico; custo financeiro do tratamento; uso contínuo dos medicamentos; falha na cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS); efeitos adversos medicamentoso; habilidade da equipe de saúde em lidar com o tema e por fim relacionamento paciente- profissional de saúde.

Para Sousa e Pereira⁸, a adesão ao tratamento da HAS devem existir dois tipos de intervenções: as educacionais e as comportamentais, sendo neste presente estudo a abordagem somente da intervenção educacional.

A proposta de intervenção deste estudo deve-se a percepção da falta de adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Represa, na cidade de São Bernardo do Campo. Na unidade a equipe de Enfermagem realiza grupos de Hipertensos, porém os pacientes não comparecem, na maioria das vezes, os pacientes mostram-se desorientados em relação à prescrição médica, tomam a medicação conforme “acham” que estão certo, ou seja, modificam as tomadas, ou às vezes não tomam as medicações.

2.OBJETIVOS

2.1Geral

Discorrer sobre a importância do uso correto dos anti-hipertensivos e a inclusão de ações educativas aos pacientes usuários que apresentem risco cardiovascular, segundo a Classificação de Framingham. Com a finalidade de promover ações preventivas, conforme Protocolo de Linha de Cuidado (LC) da Hipertensão Arterial criada pelo município de São Bernardo do Campo em 2010.

2.2Específicos

- Levantar quais são os pacientes com risco cardiovascular da UBS;
- Discorrer sobre as ações preventivas e orientações aos Hipertensos com risco cardiovascular;

3.METODOLOGIA

3.1Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Os sujeitos envolvidos nesse projeto serão pacientes hipertensos com faixa etária acima de 15 anos de idade, usuários da UBS Jardim Represa. Os pacientes participarão da intervenção a partir da classificação de Framingham, no qual são classificados em pacientes de baixo, moderado e alto risco cardiovascular. A Classificação de Framingham foi escolhida, pelo fato de ser instituída no município

de São Bernardo do Campo e também pelo fato de apresentar dados relevantes e rápidos sobre o paciente.⁹

3.2 Cenário da intervenção

As ações serão desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Represa, localizada na cidade de São Bernardo do Campo, na UBS em consultas de Enfermagem, nos domicílios, através das visitas domiciliares e na sede do bairro.

A área no qual a UBS se encontra é composta por aproximadamente composta por 24000 habitantes, em torno de 5400 famílias. A renda familiar está em torno de 2 a 3 salários mínimos, apresenta cerca de 750 famílias beneficiadas com o Bolsa Família. O bairro possui 56,45% de fossa, abastecimento de água 99,17% e 98,56% rede elétrica.¹⁰

3.3 Estratégias e ações

Os pacientes serão selecionados a partir da classificação Framingham, para classificar o risco cardiovascular do paciente em baixo, moderado ou alto. Essa classificação será realizada pelo médico, nas reuniões de equipe junto com o ACS de cada microárea. A classificação é realizada somente uma vez, conforme orientações do protocolo do município de São Bernardo do Campo. Dos classificados, 100 pacientes terão consultas agendadas inicialmente com a Enfermeira para avaliação antropométrica (peso, altura e circunferência abdominal) e serão questionados em relação às tomadas das medicações, tais como: horário e dosagem. A partir desses dados, o paciente será encaminhado para a atividade mais indicada, como por exemplo, o grupo de caminhada, o Programa de Bem com a Vida, visita domiciliar, entre outros.

As consultas com a Enfermeira serão individuais, agendadas em horário de demanda de grupo de hipertensão, no qual, o paciente receberá orientações sobre a patologia, sobre hábitos saudáveis, tais como: dieta hipossódica, dieta hipogordurosa, prática de atividade física, alimentos saudáveis, todos entregues por escrito e lido simultaneamente com o paciente. Dessa forma a Enfermeira poderá perceber, através das anotações das consultas em prontuário, as dificuldades enfrentadas pelo paciente.

Após 2 meses da primeira consulta de Enfermagem, ocorrerá uma nova avaliação do paciente, e caso o mesmo não apresente controle mais eficaz da PA, será ofertado e acordado com o mesmo atividades em grupo como: a caminhada com saída da sede do bairro e após uma palestra com um boneco demonstrando quais são os órgãos afetados pela HAS e solicitar a participação do paciente nessa palestra; realizar bingos educativos ao invés de ser com números substituir por palavras com alimentos que são saudáveis e não saudáveis.

Com essas ações a Enfermeira demonstrará aos pacientes avaliados que pode haver um tratamento medicamentoso efetivo se ocorrer a

corresponsabilidade dos mesmos com a sua saúde e melhora em sua qualidade de vida.

Os dados levantados serão apresentados para a gerência da unidade e os médicos.

3.4. Avaliação e Monitoramento

Monitorar o paciente a cada 2 meses, conforme protocolo instituído pelo município de São Bernardo do Campo, nas consultas de Enfermagem. Verificar o controle da PA, se o paciente está tomando as medicações corretamente através da fala do mesmo e comparando com a prescrição médica, caso haja discordância ou mesmo o paciente se mostre confuso, será agendada a visita domiciliar para uma investigação do ambiente familiar e social, calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC) e a circunferência abdominal.

Será criado um caderno de monitoramento dos pacientes que aderirem as atividades propostas, nesse caderno constará o nome do paciente, idade, número do cadastro na unidade, qual a classificação de risco, a frequência que o mesmo comparece nas atividades propostas, se foi ou não necessário realizar visita domiciliar.

Através desses dados do caderno de monitoramento, irá verificar se as intervenções propostas estão sendo eficazes ou se no decorrer deverão ser alteradas.

4.RESULTADOS ESPERADOS

Com este projeto espera-se que os usuários hipertensos da UBS Jardim Represa apresentem maior controle da PA, que apresentem perda de peso, melhoria em sua qualidade de vida, maior adesão ao tratamento medicamentoso e apresentem corresponsabilidade com sua própria saúde.

Esta intervenção será analisada após 6 meses da sua implantação, o acompanhamento dos usuários pré selecionados, a partir da avaliação dos exames laboratoriais, o acompanhamento com consultas de Enfermagem e através da participação nas atividades propostas. Os dados do caderno de acompanhamento serão tabulados e lançados em um gráfico para demonstrar se a intervenção foi positiva ou não.

5.CRONOGRAMA

Atividades Desenvolvidas	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho
Elaboração do Projeto	X						
Implantação do Projeto		X					
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X	X
Realização das Consultas		X	X	X	X	X	
Realização das Atividades		X	X	X	X	X	
Levantamento do Dados					X	X	

9. Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado (Brasil). Enfermagem e a atenção ao adulto: hipertensão e diabetes. 2 ed. São Bernardo do Campo: Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo; 2012, 61 p.

10. SIAB [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 2014 dez 15]. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br>