

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Curso de Especialização em Saúde da
Família

HIPERTENSÃO ARTERIAL.ADESÃO AO TRATAMENTO
E MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA.ESTRATÊGIA DE
INTERVENÇÃO TERAPÉUTICA

Nolvys Prohenza Acuna

Orientadora:
Raquel Machado Cavalca Coutinho

SÃO PAULO
2015

SUMÁRIO

1. Introdução-----	01
2. Objetivos-----	03
2.1 Geral	
2.2 Específicos	
3. Metodologia-----	04
3.1 Cenário da intervenção	
3.2 Sujeitos da intervenção	
3.3 Estratégias e ações	
3.4. Avaliação e Monitoramento	
4. Resultados Esperados-----	06
5. Cronograma -----	07
6. Referências-----	08

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença poligênica e multifatorial, que pode causar lesão nos chamados órgãos-alvo. É considerado um problema de Saúde Pública e apresenta custos elevados, em função das suas complicações; com alta prevalência na população adulta atendida na atenção primária é um fator de risco e uma doença em si associada a padrões alimentares inadequados, diminuição da atividade física e outros hábitos tóxicos. Hoje sabemos que a maioria das pessoas que morrem de eventos cerebrovasculares e cardiovasculares são hipertensos. ^(1,2)

O diagnóstico da HAS é realizado por meio da medida da pressão arterial com aparelhos de coluna de mercúrio, aparelhos automáticos ou aparelhos semi-automáticos, denominados esfigmomanômetro. É caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo para adultos a seguinte medida de PA: ≥ 140 mmHg de pressão sistólica e ≥ 90 mmHg de pressão diastólica. ⁽³⁾

A relevância da HAS como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios 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. ^(4,5)

A Hipertensão é um dos principais problemas de saúde da medicina contemporânea em países desenvolvidos e o controle do que é a pedra angular sobre a qual devemos agir para diminuir significativamente o morbidade por cardiopatia coronária, doenças cerebrovasculares e renal. ⁽⁶⁾

O principal significado clínico da hipertensão não é que é uma doença no sentido usual da palavra, mas indicando um risco futuro de doença vascular, que é, em princípio, controlável com o declínio do primeiro. ⁽⁷⁾

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, aumentando o risco de desenvolvimento de insuficiência coronária, insuficiência cardíaca, hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica. ^(8,9,10)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) no mundo mais de 900 milhões de pessoas cuja pressão arterial encontram-se acima do que é agora considerado normal. ^(11,12)

Esta patologia atinge 23,3% dos brasileiros, segundo pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde. A proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial, de acordo com o levantamento, aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Em relação ao ano passado, no entanto, o levantamento aponta recuo de 1,1 ponto percentual. Em 2009, a proporção foi de 24,4%. ⁽¹³⁾

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, que também contribui no delineamento desse quadro. ^(14,15)

Na equipe Girasol 1 da Unidade Básica de Saúde(UBS) Jorge Calil localizada no bairro de Paviotti no município de Monte Mor tem cadastrados 4134 pacientes e por acima de 15 anos 3389 destes são hipertensos 464 para um total de 13,69 % o que constitui um problema de saúde. Assim, considera-se imprescindível uma atuação ativa para melhorar os inadequados hábitos alimentares dos pacientes hipertensos e a adesão ao tratamento para reduzir a descompensação da doença e suas complicações.

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 (HA, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos tornando ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência. ^(16,17,18)

A importância da adesão ao tratamento é que os benefícios indubitáveis que os anti-hipertensivos podem trazer ao paciente torna-se ineficaz se eles não cumprem o mesmo. ⁽¹⁹⁾

O controle dos pacientes com hipertensão arterial é complexo pela falta de adesão ao tratamento e pelo estilos de vida inadequados. É o primeiro nível de atenção o responsável através da Equipe de Saúde planejar atividades de educação em saúde onde promove o conhecimento da enfermidade e a estimulação à adesão ao tratamento com abordagem integral, realizando uma atenção e acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar, o que ajuda as mudanças do comportamento aos indivíduos, melhorando sua qualidade de vida. ⁽²⁰⁾

A baixa adesão ao tratamento da HAS e os estilos de vida inadequados por parte dos pacientes de nossa área estudada constitui um problema de saúde porque muitos destes pacientes encontram-se sem controle, o que aumenta a morbidade e a demanda espontânea à consulta, repercutindo num incremento das complicações como Acidente Cerebro Vascular, Cardiopatias e Nefropatias.

Na Unidade de Saúde nota-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis adequados dos pacientes hipertensos. Propõe-se uma intervenção educativa, onde iremos desenvolver ações para que as pessoas com Hipertensão Arterial cadastradas e acompanhadas pela Equipe de Saúde Girassol 1 sintam-se sensibilizadas para aquisição de mudanças de comportamentos que sejam benéficas para a saúde e aumentar a adesão ao tratamento evitando graves complicações, tanto as agudas como as crônicas alcançando o controle dessa patologia.

2.OBJETIVOS

2.1 Geral

Promover a importância na adesão do tratamento e estimular as mudanças no estilos de vida em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da Equipe Girassol 1 na Unidade de Saúde da Família Jorge Calil. Município Monte Mor.

2.2 Específicos

- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e aos estilos de vida inadequados.
- Aumentar o nível de conhecimento dos portadores de HAS sobre a patologia e os agravos que os acometem.
- Desenvolver ações educativas com os hipertensos para melhorar a adesão ao tratamento e orientar estilos de vida adequados.
- Melhorar a relação profissional – paciente.

3. METODOLOGIA

3.1 Cenário do estudo: O projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Jorge Calil do Jardim Paviotti. Município Monte Mor. São Paulo.

3.2 Sujeitos da Intervenção: A intervenção envolverá a totalidade dos adultos hipertensos cadastrados e acompanhados pela Equipe Girassol 1 com dificuldades no controle da doença por falta de adesão ao tratamento ou hábitos de vida inadequados e que tenham disposição de participar na intervenção educativa.

A equipe envolvida estará composta por a médica da família, a psicóloga, a enfermeira, as auxiliares de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde.

3.3 Estratégias e ações:

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população com Hipertensão Arterial e dificuldade na adesão do tratamento ou estilos de vida inadequados cadastrados pela Equipe Girassol 1. As visitas domiciliares, consultas, entrevista individual e observação dos prontuários serão as práticas para obter os dados e as informações necessárias.

Etapa 2

Os pacientes hipertensos selecionados que aceitem participar do projeto serão convocados por micro áreas para uma reunião na UBS com os membros da equipe para informar sobre os objetivos do projeto, a importância e os benefícios que pode trazer para eles.

Etapa 3

Serão realizadas várias sessões de trabalho e aplicação de uma série de ações onde os pacientes vão estar diretamente inseridos como: busca ativa de sintomas e sinais de não controle de pressão arterial, apoio psicológico, motivação para melhorar seus hábitos de vida como uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos. Os pacientes se organizarão em turmas para a realização das atividades que serão com uma frequência semanal e onde se abordarão aspectos essenciais da doença (fatores de risco, principais complicações, prevenção, tratamento farmacológico e não farmacológico). Nesta etapa se aplicarão técnicas de educação em saúde e aproveitaremos para ver o relacionamento dos pacientes com os profissionais da saúde e começar a estabelecer um melhor vínculo profissional- paciente.

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"> • Fatores que influenciam diretamente na adesão ao tratamento em pacientes hipertensos 	Médica
3º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Importância na adesão ao tratamento para o controle da doença 	Médica
4º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Estilos de vida adequados para o controle da HAS 	Enfermeira
5º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da dieta. Proposta de alimentação saudável. 	Enfermeira
6º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Principais complicações. Como evita-las. 	Médica
7º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão analítica e global do projeto. • Confraternização. 	Equipe de Saúde

3.4 Avaliação e Monitoramento:

Avaliar a adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida e se qualificar em Alta se se acrescentar-se 10%, Média se cresce entre 5 e 9% e Baixa se fica abaixo de 5% dos pacientes.

Durante cada encontro semanal os pacientes serão estimulados a testemunhar suas experiências vividas durante a semana anterior, os aspectos positivos e negativos, opiniões sobre as palestras recebidas para fazer adequações, se necessário.

Manter o trabalho da equipe na comunidade durante as visitas domiciliares para propiciar uma ótima inserção da família no projeto, a fim de conscientizar o paciente na manutenção das orientações recebidas para garantir resultados satisfatórios.

4. RESULTADOS ESPERADOS

1. Identificados 100% dos pacientes hipertensos com dificuldades na adesão ao tratamento e estilos de vida inadequados que impedem o controle da doença.
2. Preparo dos pacientes por meio da intervenção educativa, pois adquirem conhecimentos sobre sua enfermidade o qual potencializa mudanças e atitudes positivas para enfrentar a mesma.
3. Espera-se uma melhoria no bem-estar das pessoas associada à sua qualidade de vida.
4. Redução das taxas de morbidade e mortalidade provocadas por esta doença.
5. Aumento do nível de conhecimento dos membros da Equipe de Saúde da Família, a fim de melhorar a atenção integral aos pacientes hipertensos.
6. Melhor relação profissional-paciente.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió
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. Costa AR. Tratamento da hipertensão arterial sistêmica: prevenção de acidente vascular cerebral e insuficiência coronariana. In: Barreto ACP, Santello JL. Manual de hipertensão – Entre a evidência e a prática clínica. São Paulo, Lemos Editorial; 2002. p. 149-68.
2. Weinstock RS, Dai H, Wadden T. Diet and exercise in the treatment of obesity. Effects of three interventions on insulin resistance. Arch Int Med. 1998; 158: 2477- 83.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(supl1): 1-51.
4. 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.
5. 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.
6. ABC.MED.BR,2008.HipertensãoArterial.em:<<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2014.
7. Duenas Herrera, A. La hipertensión arterial. Rev cubana med, Ciudad de la Habana, v. 50, n. 3, sept. 2011. Disponível em:
<[Http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 01 dez. 2014.
8. Mion D Jr, Gomes MA, Fernando N e col. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004;82(supl 4):1-14.17.Vasan RS, Beiser A, Seshadri S et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the framingham heart study. JAMA. 2002; 287(8):1003-10.
9. Wilson PW. Established risk factors and coronary artery disease: the framingham study. Am J Hypertens. 1994; 7(7 Pt 2):7S-12S.
10. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. The progression from hypertension to congestive heart failure. JAMA. 1996; 275(20):1557-62.
11. Altorf W, Kuil VD, Engberink MF, Brink EJ, Baak MAV, Bakker SJL, et al. Dietary protein and blood pressure: a systematic review. PLoS ONE 2010, 5(8): e 12-102.

12. Myers MH, Champagne CM. Nutritional effects on blood pressure. *Curr Opin Lipidol.* 2007; 18:20-24.
13. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Blood pressure lowering treatment trialist's collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed. *Lancet.* 2000;356(9246):1955-64.
14. Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1991.
15. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 1999; 43(3):186-94.
16. Teodósio MR, Freitas CLC, Santos NRV, Oliveira ECM. Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco – Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2): 158-62.
17. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Kostis JB; for the TONE Collaborative Research Group. Sodium Reduction and Weight Loss in the Treatment of Hypertension in Older Persons. A Randomized Controlled Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). *JAMA.* 1998; 279:839-46.
18. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: Report; 1997.
19. Curto S, Prats O, Ayeteran R. Factores de riesgo de HTA. *Rev Med Uruguay.* v. 20. 2007; p. 76-81.
20. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev enferm UERJ.* 2012; 20:67-72.

