

***A melhora do acompanhamento de hipertensos e diabéticos
através dos grupos de controle em Nova Aliança***

Autor: Dra. Tamara Prado Perez

Orientadora: Renata Casagrande Guzella

Nova Aliança

Abril, 2015

SUMÁRIO

1.Introdução

2.Objetivos

2.1Geral

2.2Específicos

3.Metodologia

3.1Cenário da intervenção

3.2Sujeitos da intervenção

3.3Estratégias e ações

3.4 Avaliação e Monitoramento

4.Resultados esperados

5.Cronograma

6.Referências

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, de natureza multifatorial e assintomática na maioria dos casos. Em muitas ocasiões, compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, provocando o aumento da pressão sanguínea nos vasos que pode comprometer a irrigação tecidual provocando danos aos órgãos vitais por eles irrigados.^{1,2}

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a HAS é uma patologia de alta prevalência (acima de 30%) e baixo controle. No território de abrangência da UBS Nova Aliança, encontramos no cadastro do SIAB 13.6% de hipertensos em relação à população total, dado que foi crescendo com o envelhecimento da população.³

O tratamento da hipertensão arterial continua inadequado, com apenas 27% dos hipertensos mantendo controle ótimo de pressão arterial após diagnosticados; e 50% da população utilizam medicação de modo regular.⁴

É difícil convencer os pacientes do risco que se expõem ao não mudar seu modo e estilo de vida. O tratamento não farmacológico é mais do que complementação da medicação, com o trabalho educativo e de promoção de saúde é possível adequar as modificações de estilo de vida. Acompanhando as orientações sobre essas mudanças é possível comprovar a redução de cifras de pressão arterial.⁵

Porém não podemos tratar a hipertensão isoladamente, uma vez que pode estar associada à outra doença crônica importante: diabetes mellitus.

O diabetes mellitus é uma doença crônica que também se comporta como fator de risco de doenças cardiovasculares. Trata-se de um problema prioritário da saúde pública, com incidência crescente e estimativa de atingir 5,4% da população mundial até 2025. Em nossa área do trabalho a prevalência é de 4,3% de diabéticos e 2,1% da população cadastrada têm diabetes e hipertensão associadas segundo dados do SIAB.⁶

Para prevenir as complicações, o acompanhamento ao paciente com diabetes não pode ser isolado, precisa-se de cuidado contínuo junto a sua família.

Portanto para melhorar os níveis pressóricos e glicêmicos, e diminuir a morbimortalidade pela hipertensão arterial e diabetes é preciso o acompanhamento multiprofissional e educativo, para conduzir o paciente de forma a modificar modo e estilo de vida, além do tratamento medicamentoso correto.⁷

Busca ensinar às pessoas a estabelecer metas realistas e atingíveis, pois as propostas radicais tendem a resultar em fracasso e frustração. Por exemplo, o paciente não ganhou peso subitamente, portanto, não emagrecerá 10 quilos em uma semana. Se tiver que acordar às 5h todos os dias para caminhar é provável que não consiga manter o hábito. Em situações normais, metade das pessoas abandona uma nova rotina de exercícios até seis meses depois de começar.^{8,9}

Ao dialogar com os pacientes é possível identificar a melhor maneira de superar os obstáculos que poderão encontrar pelo caminho e reconhecê-los. Na UBS Nova Aliança equipe de saúde faz atendimento multiprofissional com acompanhamento programado de 4 em 4 meses. Nestes, são oferecidas atividades de promoção de saúde, conhecimento sobre a doença, modo e estilo de vida saudáveis e formas de como conseguir efetivar as mudanças necessárias. O grupo, de e interativo a fim de estimular a reflexão sobre os temas. Conta com a participação de nutricionista, educador físico, dentistas e psicólogos desenvolvendo trabalho em conjunto com o mesmo objetivo, mostrando como ter uma melhor qualidade de vida.

Depois de fazer a pesquisa do povo alva a tratar com a doença de hipertensão e diabetes se programam consultas de 4 em 4 meses, um grupo de diabéticos e hipertensos no horário de 7 horas da manhã de jejum para avaliar dextrose em sangue de jejum, cintura abdominal, pressão arterial, peso, altura, IMC. Seguido se oferece um café de manhã saudáveis junto com os profissionais entom. da começo a atividade educativo usando mídia, palestra interagindo todos os participantes tanto paciente como profissional de saúde. Realiza-se atividade educativa e atendimento coletivo. Atividade de 2 horas de duração sem o paciente tivesse cifras elevadas de glicemia ou pressão arterial durante a atividade e atendido em pronto atendimento e depois tem consulta individual no mesmo dia com o clínico da equipe, onde se estabelece outra frequência de acompanhamento para ele segundo seja controlado a doença. O grupo de hipertensos acontece muito parecido às 14 horas, avaliando os mesmos parâmetros mas neste momento e glicemia postprandial.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Melhorar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos através da intervenção multiprofissional do grupo controle na área de abrangência de ESF de Nova Aliança.

Objetivos Específicos

1. Propor ações educativas de promoção e prevenção de saúde implementadas dentro do acompanhamento de doentes através de grupo controle a ESF de Nova Aliança.
2. .Aumentar o conhecimento sobre a doença para conseguir colaboração do pacientes no cumprimento do tratamento medico..
3. ..Educar a pacientes sob a importância de tratamento não farmacológico como complemento da terapia da doença.

METODOLOGIA

Cenário da intervenção

A investigação será feita no município de Nova Aliança do Estado de São Paulo, considerando o alto nível de incidência e prevalência das doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes, constituindo o risco cardiovascular.

Sujeitos da intervenção

Estará constituído pelos pacientes que apresentem doenças crônicas como hipertensão e diabetes que acompanham na ESF Nova Aliança. São um total de 165 pacientes com diabetes e 342 com hipertensão arterial .

Estratégias e ações

Para realizar a intervenção eu precisou conhecer os pacientes que acompanham na ESF apresentando doenças como hipertensão e diabetes os quais acompanham de 4 em 4 meses só com acompanhamento biomédico. Para saber os dados eu vou me apoiar das fichas A e B e a agenda de hiperdia. O grupo vai ser avaliado utilizando as variáveis idades, sexo, doença crônica já relacionada e risco cardiovascular.

Os grupos são agendadas as atividades educativa com atendimento coletivo de 4 em 4 meses. Realiza-se palestra com apoio da mídia onde se vai tratar temas tais conceito da doença hipertensão e diabetes, como controlar com tratamento

farmacológico e não farmacológico, sob fatores de risco e como vai ser modificados, avaliação de risco cardiovascular. Os temas são tratados de forma simples uso de linguagem entendível e curta duração para evitar desatenção, além disso, faz encerramento com bate papo e troca de experiências sempre guiadas pelo profissional. Finalmente faz entrega de cartão de controle com receita pronta para quatro meses e o próximo encontro já marcado.

Avaliação e monitoramento

O processo de intervenção deverá ser desenvolvido no momento planejado de encontros de 4 em 4 meses mais complementado o atendimento individual com as atividades educativas multiprofissionais de promoção e prevenção de saúde. Para verificar o ótimo dos resultados se utilizara as variáveis de peso, cintura abdominal, dextrose em jejum e pressão arterial tomadas através de exame físico. As ações serão desenhadas através de palestras não muito extensas e com linguagem simples.

RESULTADOS ESPERADOS

Após a implantação das ações de saúde educativas de promoção e prevenção implementadas e realizadas em grupos controle deve melhorar a qualidade de atendimento oferecido ao paciente. Desde o momento em que ele é acompanhado pelo profissional de saúde recebendo dicas para colaborar no controle de sua doença. A participação será ativa não só de escuta dos critérios médicos do tratamento, além disso, vai saber como se dar ajuda mudando estilo de vida acompanhado pelos profissionais. A participação será interagir entre os membros do grupo e os profissionais para diminuir risco cardiovascular ao manter as doenças controladas.

Ganhar o conhecimento vai trazer cooperação dos pacientes em realizar o tratamento médico contínuo e tentar mudar estilo de vida. Vamos a monitorar estes resultados através de variáveis já expostas. O acompanhamento médico tem que acontecer junto atividades educativas e atendimento coletivo para assim oferecer atenção médica de qualidade.

CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto
<i>Elaboração do projeto</i>	<u>X</u>					
<i>Aprovação do projeto</i>		<u>X</u>				
<i>Estudo da literatura</i>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<i>Coleta de dados</i>		<u>X</u>	<u>X</u>			
<i>Discussão e análise dos resultados</i>				<u>X</u>		
<i>Revisão final e digitação</i>					<u>X</u>	
<i>Entrega do trabalho final</i>						<u>X</u>
<i>Socialização do trabalho</i>						<u>X</u>

REFERENCIAS

- 1 Hagber JM, Park JJ, Brown MD. The role of exercise training in the treatment of hypertension: an update. Sports Med. 2000;30:193-186**
- 2 Halbert JA, Silagy CA, Finucane P, Withers RT, Hamdorf PA, Andrews GR. The effectiveness of exercise training in lowering blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials of 4 weeks or longer. J Hom. Hipertens 1997;11:641-9.**
- 3 IV Diretrizes. Brasileiras de hipertensão arterial, sociedade brasileira de hipertensas sociedade brasileira de cardiologia e sociedade brasileira de nefrologia 2002;1-2,13-4**
- 4 Libertad Martin Alfonso. 1 Magaly Sairo Agramonte 2, Hector D. Bayante Vea 3. it all. Freqüência de cumprimento del tratamiento medico em pacientes hipertensos Ver. Cub. Med. Gener. Integr; v. 19n. 2 Ciudad de la Habana mar.-abr. 2003 version online ISSN 1561-3038**
- 5 Appel LJ. No pharmacologic therapies that reduce blood pressure: a fresh perspective. Clin Cardiol 1999;22:III 1-5 Sociedad Española de Hipertensión –**
- 6 Liga Espanola para la lucha contra la hipertension arterial
<http://www.seh-lelha.org/>**
- 7 Brasil .Ministério de Saúde .Secretaria de Políticas de Saúde .Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização de atenção a hipertensão arterial a ao diabetes mellitus Brasília ,2001**
- 8 Silva, JLL Estilo de vida docente x fatores de risco para hipertensao arterial sistêmica 2004.**
- 9 Nevado A , Bajo J, Benitez M , Dalfo , Bague A, Egochea MI , Martin E, Molina R, Bonet A , Hipertencion arterial , estilos de vida y tratamiento no farmacológico. infosemfyc. [https://www.semefyc.es/pfw-files/cma/informacion/consejos/hta20%estilos de vida20%](https://www.semefyc.es/pfw-files/cma/informacion/consejos/hta20%estilos%de%vida20%)**