



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
Curso de Especialização em Saúde da Família- Pab5

YOELIA SOCARRAS RODRIGUEZ

**Intervenção Educativa Sobre Hipertensão Arterial para Melhorar a Adesão
ao tratamento em Pacientes atendidos na Estratégia Saúde da Família
Safira**

São Paulo
2015

YOELIA SOCARRAS RODRIGUEZ

**Intervenção Educativa Sobre Hipertensão Arterial para Melhorar a Adesão
ao tratamento em Pacientes atendidos na Estratégia Saúde da Família
Safira**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Aberta do Sistema Único de
Saúde em parceria com a Universidade
Federal de São Paulo como requisito para
obtenção do título de Especialista em Atenção
Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Dr^a Vera Lucia de Souza Alves

São Paulo
2015

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------|-----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 04. |
| 2. OBJETIVOS..... | 07. |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 07. |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 07. |
| 3. METODOLOGIA..... | 08. |
| 3.1 Cenário da intervenção..... | 08. |
| 3.2 Sujeitos da Intervenção..... | 08. |
| 3.3. Estratégias e ações..... | 09. |
| 3.4 Avaliação e Monitoramento..... | 10. |
| 4 RESULTADOS ESPERADOS..... | 11. |
| 5. CRONOGRAMA..... | 11. |
| 6.REFERÊNCIAS..... | 12. |

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais ^{1,2}

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. 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. ²

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Euclides onde a equipe atende uma população envelhecida com alta frequência de doenças crônicas observa-se a hipertensão como a doença de maior prevalência com 13.8 % de pacientes hipertensos na população maior de 15 anos, que apresentam com muita frequência descontrole da pressão arterial. ³

Devido a maior parte do seu curso ser assintomático, o 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. 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, e que mesmo com doses progressivas de medicamentos não resultarão nos níveis recomendados de pressão arterial. ⁴

A visão que tem a autora quanto às questões relacionadas com a falta de adesão ao tratamento pode-se inferir que os pacientes não sabem que a hipertensão é uma doença crônica e acham que o tratamento indicado é a curto prazo, assim como, não entendem o motivo de controles sistemáticos em consultas e não são conscientes dos fatores de risco que apresentam.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.⁵

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos.⁵

Em experiências anteriores os pesquisadores da área acreditam que o modelo de educação permanente possa ser utilizado em diversos países, assim como as medidas gerais do controle de fatores de risco que o programa propõe.^{5,6,7}

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas.^{7,8}

A não adesão ocasiona desnecessário ajuste no regime terapêutico devido à falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos no cuidado à saúde com a elevação das taxas de hospitalizações e tratamento de complicações. Além disso, frustra os profissionais de saúde, pois os impede de alcançar os objetivos traçados na atenção à saúde do hipertenso.^{9,10}

Tendo em conta todos os itens acima, justifica-se a realização deste projeto de intervenção a ser desenvolvido na Estratégia Saúde da Família Safira, na cidade de São Bernardo do Campo, onde se delimitou para este estudo a seguinte questão norteadora Será que a otimização do conhecimento sobre a Hipertensão Arterial como doença crônica contribui para a adesão ao tratamento?

2 . OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Contribuir para melhorar a adesão ao tratamento em pacientes hipertensos, atendidos na Unidade Básica de Saúde Vila Euclides da zona centro do município São Bernardo do Campo.

2.2. Objetivos Específicos

- Implementar ações para o controle da HAS na comunidade.
- Aumentar o nível de conhecimento dos portadores de HAS sobre a patologia e os agravos que os acometem.

- **METODOLOGIA**

3.1. Cenário da intervenção

Trata-se de um trabalho de intervenção educativa a ser desenvolvido no bairro Vila Euclides, na cidade de São Bernardo do Campo, localizada no estado de São Paulo, que possui em seu território, igrejas, mesquita. Sua economia baseia-se na indústria automobilística, escolas, creches, universidades e faculdades, rodoviárias, estádio esportivo, conjuntos residenciais, mercados e a Unidade de saúde da família (USF) com uma população total de 11.135 habitantes, sendo que o bairro é dividido em quatro áreas para cadastramento na unidade.

3.2. Sujeitos da intervenção

Os profissionais de saúde que atuam na unidade Safira atendem 3.334 habitantes com 710 famílias cadastradas e 283 Hipertensos acompanhados. O projeto envolverá todos os pacientes hipertensos acompanhados que aceitem participar e tenham condições físicas e mentais para assistir e responder perguntas. A autora deste estudo como componente da equipe saúde da família em questão desempenhará papel ativo na tentativa de resolução do problema identificado com o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas para sua realização. O trabalho acontecerá no período de Junho de 2015 à Dezembro de 2015.

3.3. Estratégias e ações

O projeto consistirá em três etapas que acontecerão concomitantemente de maneira que uma complemente a outra. Na primeira etapa para começar o processo de intervenção será um contato paciente- profissional, onde as técnicas iniciais a serem utilizadas serão as entrevistas individuais, realizadas de modo aprofundado, levantando as questões relacionadas à terapêutica não farmacológica, de modo que as dúvidas e as dificuldades possam ser detectadas e resolvidas. As entrevistas individuais acontecerão semanalmente no dia do atendimento aos portadores de HAS e DM, com duração de 15 à 20 minutos, em cronograma semanal já estabelecido no posto. Para que esta etapa possa ser iniciada as agentes de saúde comunitária irão divulgar a data das entrevistas nas visitas domiciliares.

Na segunda etapa serão agendados encontros em grupo, que servirá como sessões educativas, com os portadores de HAS e as técnicas aplicadas serão palestras que acontecerão de 7 em 7 dias, com duração de 60 minutos, e média de 20 pacientes por encontro. Os assuntos enfocados serão as questões relatadas nos encontros individuais. Será utilizada linguagem adequada para que todos os participantes possam entender o conteúdo exposto. Haverá a participação de equipe multiprofissional.

A terceira etapa acontecerá ao fechar os encontros em grupos, onde cada paciente vai ficar com uma folha para controle da pressão arterial, guias de exames laboratoriais e consultas agendadas para o processo de avaliação.

3.4. Avaliação e Monitoramento

A efetividade da estratégia educativa que será adotada pela unidade deverá ser monitorada através do correto preenchimento de prontuários dos portadores de HAS em questão e do instrumento para observação do número de pacientes com PA controlada; assiduidade a consultas agendadas, comparação dos resultados de exames laboratoriais, curva de peso corporal, que servirá de parâmetro para avaliar a eficácia da intervenção. Também será considerado o relato dos pacientes, das agentes da saúde da área e as visitas domiciliares que serão realizadas pela equipe 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 deste projeto ocorra uma melhora da adesão ao tratamento, diminuição dos riscos e agravos por um maior acesso dos pacientes ao conhecimento da doença. Ainda um vínculo maior se criará com a unidade e o conhecimento reforçado fará com os pacientes tenham maior interesse em seu autocuidado.

5. CRONOGRAMA

| Cronograma de atividades do desenvolvimento do TCC | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Etapas | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
| 1- Delimitação do tema | x | | | | | | | | | | | |
| 2- Levantamento bibliográfico | | x | x | | | | | | | | | |
| 3- Elaboração do projeto de intervenção | | | x | x | | | | | | | | |
| 4- Apresentação do projeto de intervenção | | | | | x | | | | | | | |

6. REFERÊNCIAS

1. Brito, Thiago Midlej; Giorgi, Dante Marcelo Artigas. Hipertensão arterial sistêmica / Systemic hypertension. Rev Bras Med; 69(12)dez. 2012.
2. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.
3. Brasil Ministério Da Saude. DATASUS. Sistema de Informação da atenção Básica. Disponível: WWW.siab.datasus.gov.br.Acesso fevereiro 2015
4. Ministério De Saúde. Cadernos da atenção Básica No 15 Hipertensão Arterial Sistêmica. Disponível: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/ab_cad15.pdf. Acesso março 2015
5. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009
6. McIister, F. A. The Canadian Hypertension Education Program: a unique Canadian initiative. [S.l.]: Canadian Journal Cardiology, 2006.
7. Onisko, Jay et al. Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare professional education program. Hypertension, USA, v.48, n.5, p.853-860, set.2006
<http://hyper.ahajournals.org/content/48/5/853.full.pdf>
8. Campbell, Norman R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. J. Hypertension, US A, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>.
9. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):672-9. DOI:10.1590/S0104-07072008000400007 [[Links](#)] Acesso março 2015
10. Pinho NA, Pierin AMG. Hypertension control in brazilian publications. Arq

Bras Cardiol. 2013;101(3):65-73. DOI:10.5935/abc.20130173 [[Links](#)] Acesso março 2015.