



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Lais Monson Ferreira

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientadora: Lia Likier Steinberg

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	3
1.1- Contextualização do território.....	3
1.2- Diagnóstico situacional.....	4
2- OBJETIVOS.....	4
2.1- Pergunta de Pesquisa.....	4
2.2- Objetivos.....	5
2.2.1- Objetivo Geral.....	5
2.2.2- Objetivo(s) Específico(s).....	5
3- REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
3.1- Hipertensão Arterial Sistêmica.....	6
3.2- Tratamento Não Medicamentoso.....	7
3.3- Tratamento Medicamentoso.....	7
4- MÉTODO.....	8
4.1- Local.....	8
4.2- Participantes.....	8
4.3- Ações.....	9
4.4- Avaliação e Monitoramento.....	9
5- RESULTADOS ESPERADOS.....	9
6- CRONOGRAMA.....	11
7- REFERÊNCIAS.....	12

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização do território

São Vicente é um município que se situa no Estado de São Paulo (SP), e foi a primeira vila fundada pelos portugueses na América, em 1532. Sua população estimada é de 353 040 habitantes e sua área é de 148,424 km², o que resulta numa densidade demográfica de 2 378,59 habitantes por quilômetro quadrado, com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,768 ((IBGE, 2014). A Estratégia Saúde da Família tem recebido especial atenção no município de São Vicente, com investimento de R\$1,5 milhões para adequação das Unidades, em 2015.

A Estratégia Saúde favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, segundo o ministério da Saúde, responsável pela administração e manutenção da Saúde pública do país. A Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Guassu de São Vicente foi fundada em 10 de Outubro de 1996; está localizada na zona urbana do município e possui uma equipe multidisciplinar formada por um médico, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, dois dentistas, uma atendente de consultório dentário, cinco agentes comunitárias da saúde, duas recepcionistas. Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) consolidados em dezembro de 2014, a possui aproximadamente 900 famílias cadastradas, com 420 usuários hipertensos.

Dentre os problemas enfrentados na unidade do Jardim Guassu no controle dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), destaca-se a baixa adesão dos pacientes diagnosticados com HAS ao tratamento. Sabendo que o cumprimento correto do tratamento, farmacológico e não farmacológico, beneficia o paciente em uma melhor qualidade de vida, esta é uma das atividades essenciais para o adequado controle desta doença.

1.2. Diagnostico Situacional

A UBS Jardim Guassu trabalha com consultas agendadas e acolhimento de pacientes de demanda espontânea; são realizadas visitas domiciliares e grupos operativos com hipertensos, diabéticos e idosos. Mensalmente realizamos reuniões da equipe de saúde, onde listamos, anotamos e analisamos os problemas encontrados, com o objetivo de melhorar o atendimento e, conseqüentemente, a saúde da população. Na reunião do mês de Abril de 2015 foram selecionados alguns problemas prioritários como: alto índice de pessoas tabagistas, baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas, alta prevalência de pessoas obesas com baixa renda para compra de alimentos saudáveis, falta de interesse em realização de atividade física, falta de lugar próximo para realizar atividade física, falta de estrutura ambiental de suporte institucional, falta de conhecimento de alimentação saudável, idosos sem acompanhamento diário de cuidadores ou familiares, demora na realização de exames e consultas ao especialistas, entre outras menos relevantes.

Observamos, assim, que são vários os fatores envolvidos na baixa adesão ao tratamento da HAS. O conhecimento dos fatores preponderantes permitirá a elaboração de um projeto de intervenção, para aumentar a aderência dos pacientes com HAS ao tratamento adequado.

2. OBJETIVOS

2.1. Pergunta da pesquisa

Quais são as dificuldades encontradas pelos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica em relação ao seu tratamento?

2.2. Objetivos:

2.2.1 Objetivo Geral:

Propor um projeto para que aumente a aderência ao tratamento da HAS pelos pacientes diagnosticados com a doença, através da conscientização sobre seus riscos e observando-se os motivos de dificuldade enfrentados.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- 1- Identificar os fatores que levam a pouca aderência ao tratamento da HAS.

- 2- Capacitar os agentes comunitários para sanar as principais dúvidas dos usuários com HAS.
- 3- Identificar as falhas nos projetos de HAS já existentes na UBS.
- 4- Educar a população sobre estilo de vida saudável, em especial as pessoas com diagnóstico de HAS.
- 5- Realizar consultas individuais e programadas para pessoas com HAS.
- 6- Esclarecer dúvidas sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
- 7- Realizar reuniões para incentivar a cessação do tabagismo e alcoolismo.
- 8- Realizar projetos de caminhadas, para estimular a prática de atividade física.
- 9- Identificar os idosos sem cuidadores que não aderem ao tratamento.
- 10- Avaliar o risco cardiovascular das pessoas com HAS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é definida como uma condição caracterizada por um aumento sustentado de níveis de pressão arterial (PA). Apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana, e um dos mais importantes problemas de saúde pública (BORGES e col., 2008; BRASIL, 2013). É a doença crônica mais apontada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, desde 1998 (BRASIL, 2015).

Considera-se HAS quando os níveis de PA sistólica estão iguais ou acima de 140 MmHg e os de PA diastólica estão iguais ou acima de 90 MmHg, em medidas de consultório, em pelo menos três ocasiões (BRASIL, 2013).

Segundo Malvina e cols. (2014), a HAS é reconhecida como importante problema de saúde pública diante do avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida. Apesar disso, é uma doen-

ça de difícil controle e a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado é insatisfatória. Isso evidencia a problemática da baixa adesão ao tratamento. Estima-se que cerca de 50% das pessoas que convivem com doenças crônicas não seguem seu tratamento adequadamente (DIMATTEO, 2008 apud MALVINA w cols., 2014). Strelec e Pierin (2003), associam a situação socioeconômica como um fator importante na incidência de doenças, seja pelas más condições de nutrição, habitação e saneamento a que estão submetidos durante o processo de desenvolvimento, como pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Ressalta-se que as doenças crônicas acompanham as pessoas por um longo período de tempo, podendo ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensível. A prevalência da HA aumenta com a idade, o que deveria servir de incentivo para que as pessoas tivessem maior preocupação quanto ao cuidado com a saúde, tendo em vista o caráter hereditário somado à idade, fatores ambientais como o estresse, hábitos inadequados e sedentarismo, entre outros, por serem considerados importantes fatores de risco desse agravo; porém, ainda existe muitas dúvidas em relação à patologia e seu tratamento, e as ações educativas não conseguem despertar nos usuários a consciência crítica necessária para o auto-cuidado necessário (BERNARDIRELLI e cols., 2013).

3.2. Tratamento Não medicamentoso

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), o tratamento não medicamentoso da HA constitui-se basicamente em: redução do peso corporal, dieta hipossódica, exercícios físicos regulares, dieta rica em frutas e vegetais, abandono do fumo e do consumo de álcool e tratamento da apneia obstrutiva do sono. A redução do peso é recomendada para todas as faixas etárias. A diminuição da circunferência abdominal com a redução de peso se relaciona com o melhor controle da pressão arterial e de alguns parâmetros metabólicos como os lípides e a glicemia. Em pacientes com obesidade grave, a cirurgia bariátrica reduz a mortalidade e diminui a pressão arterial. Uma dieta com baixo teor de sódio promove rápida e importante redução de PA em hipertensos resistentes. Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficazes em reduzir a PA. A necessidade diária de sódio para os seres humanos é a contida em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha. O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado. Naqueles pacientes que consomem álcool regularmente em alta dose é recomendável o aconselhamento para retirada total do consumo de álcool.

Os exercícios aeróbios (isotônicos) complementados com exercícios resistidos diminuem a pressão arterial, sendo indicados não somente para o tratamento, como também para a prevenção da HAS. A quantidade de exercícios recomendada é de, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade

física moderada de forma contínua ou acumulada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

3.3. Tratamento medicamentoso

Para decidir sobre a melhor conduta para HAS, deve-se estratificar o risco cardiovascular e a presença de doença renal para se definir a melhor conduta. Se os níveis de pressão arterial estiverem $\geq 160/100$ mmHg, além de mudança de estilo de vida, o tratamento farmacológico deve ser iniciado imediatamente. Nessas condições sugere-se que a meta de PA seja 130/80 mmHg. Para essa meta ser atingida, é quase sempre necessário iniciar o tratamento anti-hipertensivo com dois ou mais fármacos de classes diferentes (Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013).

Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular, segundo O Departamento de Atenção Básica (DAB), integrado a Secretaria de Atenção à Saúde (2015).

Lipp (2007) em um estudo realizado na Inglaterra com 1.259 homens, identificou alterações nos níveis pressóricos entre os hipertensos durante sessões experimentais em virtude do estresse psicológico

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão sintetizam os fatores causais: psicossociais, estresse, emocional, baixa auto estima ligados ao desencadeamento e manutenção da HAS; fatores ligados ao tratamento: dosagem e posologia de difícil administração; fatores educacionais falta de conhecimento pelos pacientes sobre a importância de tratar uma doença na maioria das vezes assintomática e crônica; fatores econômicos como: baixa renda para adquirir a medicação, aspectos culturais e crenças errôneas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, relação ruim com os profissionais de saúde, dificuldade de marcação de consultas, tempo prolongado de atendimento, falta de equipe multidisciplinar e falta de busca ativa dos pacientes; fatores ligados a medicações: efeitos colaterais, e interferência na qualidade de vida após o início do tratamento.

4. METODOLOGIA

4.1. Local

Unidade Básica de Saúde Jardim Guassu, Município de São Vicente, SP.

4.2. Participantes (público-alvo)

Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Participantes: Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica que apresentam baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e profissionais da saúde que atuam no atendimento desses pacientes.

4.3. Ações

1. Realizar consultas individuais e programadas para pessoas com HAS.
2. Avaliar o risco cardiovascular das pessoas com HAS.
3. Esclarecer dúvidas sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
4. Realizar reuniões para incentivar a cessação do tabagismo e alcoolismo.
5. Realizar projetos de caminhadas, para estimular a prática de atividade física.
6. Identificar os idosos sem cuidadores que não aderem ao tratamento e desenvolver estratégias para melhorar seu cuidado diário.

4.4. Avaliação e Monitoramento

Após o treinamento, será feita uma visita mensal nos serviços para se avaliar como os profissionais e equipes estão organizando a implantação proposta. Todas as dificuldades ao colocar o projeto em prática serão anotadas e avaliadas para possível correção. Todos os profissionais deverão emitir uma opinião pessoal do projeto todo mês. Um levantamento de adesão ao projeto será realizado para verificação de resultados. Os pacientes tam-

bém deverão emitir suas opiniões em relação ao projeto e colaborar com sugestões para a melhoria do mesmo.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que o projeto resulte na melhoria das principais causas encontradas no manejo do paciente com hipertensão arterial e da adesão ao tratamento. Assim, graças à manutenção dos níveis pressóricos de dentro dos limites preconizados, deve haver uma redução da prevalência de complicações cardiovasculares na área de abrangência da UBS a médio e longo prazo.

Concluimos que compreender a realidade onde se atua e refletir sobre a sua prática é essencial para o profissional de saúde, que visa atender o indivíduo hipertenso ou com outras necessidades de forma humana e integral dentro de sua situação encontrada, desta forma é possível identificar suas necessidades e propor estratégias de atuação para aprimoramento e melhoria do contexto como um todo.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x
Aprovação no Comitê de Ética	x	x					
Treinamento da equipe	x	x					
Implantação das Ações		x					
Monitoramento e ajustes		x	x	x			
Análise dos dados				x			
Apresentação dos resultados				x	x		
Acompanhamento do Projeto					x	x	x

7. REFERÊNCIAS

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2015.
<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=355100&search=sao-paulo|sao-vice|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>. Acesso em: 20 dez. 15.

BRASIL, 2015. VIGITEL
http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf. Acesso em: 20 dez. 15.

BRASIL, 2015
<http://www.blog.saude.gov.br/570-perguntas-e-respostas/35041-baixada-santista-ganha-unidades-de-saude-para-reforçar-atendimento.html>. Acesso em: 20 dez. 15.

MALVINA, T. et al, Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão; Rev Saúde Pública 2014. Disponível em :
<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0232.pdf>. Acesso em: 20 dez. 15.

BERARDINELL, L M M, FIGUEIREDO, T F L, SANTOS, et al. HIPERTENSÃO ARTERIAL E CONHECIMENTO POPULAR: POTENCIALIZANDO O CUIDADO (2013); Disponível:
<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a05.pdf>. Acesso em: 20 dez. 15.

STRELEC, M.A.A.M; PIERIN, A.M.G; JUNIOR. A influencia do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.81, n.4, p.343-8, 2003. Disponível:
<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>. Acesso em: 20 dez. 15.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção da população do Brasil, 2008. [citado em 23 maio 2013]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 15.

SOUZA, W. DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA PELOS AUTORES; Arq Bras Cardiol. 2013;100(6):491-50. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n6/v100n6a01.pdf>. Acesso em: 20 dez. 15.

Sociedade brasileira de cardiologia/ sociedade brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivo Brasileiro de Cardiologia 2010, 95 (1 supl.1): 1-51. Disponível:
http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0066-782X2010001700001&pid=S0066-782X2010001700001&pdf_path=abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf&lang=pt. Acesso em: 20 dez. 15.

BRASIL. Ministério Da Saude. Disponível em :
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 20 dez. 15.

LIPP, M.E.N. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. Revista Brasileira de Hipertensão, v.14, n.4, p.89-93, 2007. Disponível: http://www.puccampinas.edu.br/rep/pos/docentes/producao_cientifica/AP_Marilda_Lipp_Controlo_Stress.pdf. Acesso em: 20 dez. 15.

BORGES, H.P.; et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.91, n.2, p.110-18, 2008. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008001400007&script=sci_arttext. Acesso em: 20 dez. 15.