



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Luiz Carlos Machado Junior

Atividades educacionais para pacientes adultos e idosos
com Hipertensão Arterial mal controlada da população
adscrita da Equipe II da Clínica da Família Maria
Umbelina, Nova Iguaçu - RJ

Florianópolis, Março de 2023

Luiz Carlos Machado Junior

Atividades educacionais para pacientes adultos e idosos com Hipertensão Arterial mal controlada da população adscrita da Equipe II da Clínica da Família Maria Umbelina, Nova Iguaçu - RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Camila Biribio Woerner
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Luiz Carlos Machado Junior

Atividades educacionais para pacientes adultos e idosos com Hipertensão Arterial mal controlada da população adscrita da Equipe II da Clínica da Família Maria Umbelina, Nova Iguaçu - RJ

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Camila Biribio Woerner
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: a população do bairro Miguel Couto, Nova Iguaçu no Rio de Janeiro é atendida pela equipe 2 da Clínica da Família Maria Umbelina - Boa Esperança. Os principais desafios do serviço de saúde no território dizem respeito a conscientização do paciente que necessita de tratamento para doenças crônicas e a adesão ao mesmo, também as questões do MEV - Mudança do Estilo de Vida e controle periódico. **Objetivo:** desenvolver estratégias para ampliar os conhecimentos dos pacientes hipertensos adscritos e esclarecer dúvidas sobre fatores de risco e complicações da HAS. **Metodologia:** os objetivos serão alcançados através de ações educacionais, de roda de conversa que foram realizadas de forma mensal para promover a conscientização dos pacientes hipertensos cadastrados da necessidade de realizar mudanças no estilo de vida com a redução da ingestão de sal, dieta balanceada, realização de atividades físicas. Além é claro de consultas individualizadas, sempre com palavras e termos de fácil entendimento pelos pacientes. **Resultados esperados:** este projeto de intervenção obteve bons resultados por conseguir atingir uma porcentagem de 55% dos pacientes hipertensos controle através de aferição de pressão arterial com valores satisfatórios somente com as atividades educacionais, 35% dos pacientes hipertensos foi realizada ajuste de dose e/ou substituição de medicamentos. Objetivos alcançados seguindo diretrizes do Sistema Único de Saúde de fácil aplicabilidade e com satisfatória resolubilidade, as principais queixas ouvidas durante a anamnese são de fácil resolubilidade tendo em vista que é estabelecer comunicação de fácil entendimento como palavras e termos mais populares e de promover atendimento humanizado aos pacientes.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Educação Alimentar e Nutricional, Fatores de Risco, Hipertensão, Saúde do Idoso

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A população da área de atuação da equipe 2 da Clínica da Família Maria Umbelina (Boa Esperança) no bairro Miguel Couto, Nova Iguaçu em Rio de Janeiro é de origem humilde, em sua grande maioria e com recursos financeiros limitados, de modo geral composta de trabalhadores informais, desempregados e aposentados. É composta de sua maioria de etnia parda, branca e negra de igual proporção, com predomínio de religião evangélica, católicos e afro-brasileira por ordem decrescente. Por se tratar de uma população de origem carente e com baixo grau de instrução tem-se os costumes de uma alimentação não balanceada, com uso de muitas ervas medicinais e chás, que em muitas vezes acabam interferindo na adesão de tratamentos de doenças crônicas e até mesmo em doenças agudas.

A população adscrita tem ótima aceitação do trabalho e serviços prestados pela ESF - Equipe Saúde da Família, sempre demonstram boa receptividade aos membros da equipe, porém ainda apresenta resistência a adesão a tratamento para doenças crônicas.

Os principais desafios do serviço de saúde no território dizem respeito a conscientização do paciente que necessita de tratamento para doenças crônicas e a adesão ao mesmo, também as questões do MEV -Mudança do Estilo de Vida e controle periódico, que é de extrema necessidade para proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente. Outra dificuldade que se enfrenta é a conscientização da população para prevenir doenças através de rastreamento e ações prévias de prevenção.

As condições de moradias são compostas em sua maioria de casa simples de alvenaria que não conta com acabamento fino, uma parte de bairro não conta com fornecimento de água tratada, há grande incidência de fossa séptica nas residências, o esgoto não conta com tratamento e uma parte das casas tem esgoto a céu aberto.

Com um total de 3125 pessoas cadastradas na última atualização realizada em janeiro de 2020. A população do bairro Miguel Couto tem-se um valor aproximado de 9000 habitantes, estimativa dada pela Prefeitura Municipal de Nova Iguaçu.

A população total da área adscrita tem um total de 3125 habitantes cadastrados, que estão cadastrados em 886 famílias.

A distribuição por faixa etária da área de cobertura é de crianças 458, adolescentes 549, adultos 1804 e Idosos 314.

A procura por atenção médica mantém uma constância e sazonalidade, doenças agudas tem como maior procura casos de IVAS, Escabiose, Diarreia em menores de 5 anos e doenças crônicas, como Hipertensão e Diabetes. Essas doenças são a maioria dos casos que acaba chamando mais atenção no contexto social. E o que causa maior preocupação nessas doenças citadas anteriormente é a falta de comprometimento com o tratamento com as doenças crônicas, e em muitos casos seriam doenças de relativo fácil controle, mas

em inúmeros casos o paciente não realiza a adesão ao tratamento prescrito e MEV que é orientada durante a consulta, causando algumas vezes complicações irreversíveis neste paciente.

No presente projeto de intervenção objetiva-se trabalhar a temática da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) mal controlada em adultos e idosos, esse tema tem prevalência muito grande na população adscrita, e na maioria das vezes se dá por falta de orientação e comprometimento com a adesão ao tratamento e MEV. Até mesmo uma simples pergunta ao final da orientação e explicação “Você entendeu o que eu acabei de te explicar?; Você tem alguma dúvida sobre tudo o que te falei?”. Tais ações, muitas vezes, poderiam resolver a má adesão ao tratamento que acarreta no controle inadequado da HAS. Ou seja, estabelecer uma comunicação de fácil entendimento e construir uma relação de confiança com o paciente e a família. Também levando em consideração o trabalho de todos os membros da equipe de trabalho, tendo papel fundamental. A enfermagem na realização de orientações e medições periódicas da Pressão Arterial (PA) e ACS - Agente Comunitário de Saúde por suas visitas domiciliares orientando toda a ESF sobre peculiaridades de cada família e pacientes.

O projeto de intervenção aqui proposto se justifica em experiências já realizadas no período de atendimento na ESF, verifica-se que há maior adesão ao tratamento quando os pacientes são orientados através de palavras e linguagem acessível a sua realidade, obtendo sucesso em inúmeros casos de pacientes que a anos vinham realizando tratamento proposto para HAS e sempre com resultados de medida de PA insatisfatórios ao tratamento. E simplesmente com orientação acessível e incentivo a adesão ao tratamento foram obtido resultados satisfatórios em quase 55% dos casos acompanhados nos dois anos de atendimento na ESF, outros 35% dos casos houve a necessidade de alteração de tratamento para obtenção de resultados satisfatórios e o restante dos casos houve necessidade de referencia a especialidade por já portarem complicações decorrentes a HAS mal controlada por anos, mas claro realizando cuidados concomitantes com a especialidade. Durante a anamnese a maioria dos pacientes relataram a dificuldade de interpretação do vocábulo médico, dúvidas sobre nome e hora de se tomar os medicamentos prescritos e de não saberem o que significa o consumo de “pouco sal”.

Tendo em vista que as principais queixas ouvidas durante a anamnese são de fácil resolubilidade tendo em vista que é estabelecer comunicação de fácil entendimento como palavras e termos mais populares entendemos que este projeto de intervenção trará bons resultados para a comunidade atendida.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver estratégias para ampliar os conhecimentos dos pacientes hipertensos adscritos e esclarecer dúvidas sobre fatores de risco e complicações da HAS.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os conhecimentos dos pacientes sobre a doença, fatores de risco e complicações.
- Realizar orientações aos pacientes com linguagem de fácil entendimento, respeitando grau de instrução e idade dos mesmos.
- Promover atividades educativas em forma de roda de conversas, visando troca de informações entre os pacientes e complementar com informações sempre que pertinentes.
- Realizar controle periódico a todos os pacientes hipertensos, através de consultas e visitas domiciliares com a ESF.

3 Revisão da Literatura

”Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal”(SBC, 2016).

A HAS acaba sendo a patologia que demanda maior busca na atenção primária de saúde (APS) na população adulta e idosa, cerca de 30% e 60% respectivamente, procura concomitante algumas vezes com outras patologias que conformam a síndrome metabólica.

”No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV)”(SBC, 2016)

”As taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. As taxas de DH no período oscilaram de 39/100.000 habitantes (2000) para 42/100.000 habitantes. As doenças isquêmicas do coração (DIC) saíram de 120,4/100.000 habitantes (2000) para 92/100.000 habitantes (2013), e as doenças cerebrovasculares (DCbV) saíram de 137,7/100.000 habitantes (2000) para 89/100.000 habitantes (2013); também houve redução da IC congestiva (ICC), que variou de 47,7/100.000 habitantes (2000) para 24,3/100.000 habitantes (2013)”(GUIMARÃES et al., 2015).

Na cobertura da área adscrita da Equipe 2 da Clínica da família Maria Umbelina, temos cadastrados um total de 3125 pacientes, desses 413 de pacientes são hipertensos, dos quais 174 se trata de menores de 59 anos, ou seja 9,64% e 239 pacientes com idade igual e maior a 60 anos, ou seja 76,11%, significa 13,21% da população da área adscrita faz acompanhamento de HAS. Vale ressaltar que por se tratar de uma área de perfil socioeconômico baixo muitos pacientes em idade economicamente ativos, não realizam controle de HAS na clínica, e sim em unidades próxima a seus serviços ou até mesmo em clinicas de saúde popular que ultimamente tem crescido seu numero na região.

Os principais fatores de risco segundo VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2016 (SBC, 2016) para HAS são: I

- Idade acima de 50 anos;
- Obesidade;

- Indivíduos não brancos;
- Sedentarismo;
- Ingesta aumentada de sal;
- Ingesta aumentada de álcool;
- Fatores socioeconômicos;
- Fatores genéticos.

A aferição de PA deve ser realizada em toda avaliação por profissional da saúde, em pacientes maiores de 18 anos assintomáticos ou sintomáticos, tendo em vista por se tratar de um exame simples, rápido e de baixo custo. O Ministério da Saúde (MS) preconiza que o rastreamento deve ser realizado em pessoas que apresente PA menor que 120/80 mmHg a cada dois anos e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg (BRASIL, 2013).

Com a implementação da estratégia saúde da família (ESF) se consegue realizar trabalho de prevenção da HAS, com orientação a toda população adscrita através de recomendações que visam a prevenção ou retardo do início da HAS, que fazem parte das medidas não farmacológicas, que são: alimentação saudável, redução da quantidade do sal ingerido, moderação no consumo de álcool, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

A APS como porta de entrada tem papel importante na prevenção da HAS, tendo em vista que, no Brasil cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde – SUS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar, 2009) (BRASIL, 2009).

Diagnóstico de HAS será realizado posterior a três medidas dos níveis de PA de forma e ambiente adequado em dias alternados com intervalo mínimo de sete dias.

Condições padronizadas para a medida da pressão arterial:

- O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio.
- Medir após cinco minutos de repouso.
- Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
- A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.
- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I).

Tabela 1 – Classificação HAS conforme PA

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160	100

Tabela 2 – Classificação da PA

	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 – 89
Estágio 1 (Leve)	140 – 159	90 – 99
Estágio 2 (Moderada)	160 – 179	100 - 109
Estágio 3 (Grave)	180	110
Sistólica Isolada	140	< 90

- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V) .
- Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85 mmHg).
- A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.
- Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência) (SBC, 2016).

A HAS se classifica segundo sua medida, conforme apresentado na Tabela 1.

E também se classifica pelo Caderno Atenção Básica HAS (BRASIL, 2013), conforme Tabela 2.

Posterior ao diagnóstico de HAS orientações e tratamento não farmacológicos, se deve realizar o tratamento farmacológico em pacientes com alto risco cardiovasculares, com medida de PA superior a 160/100 mmHg (estágio 2) desde seu diagnóstico e pacientes que não obtiveram êxito no tratamento não farmacológico.

“O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades,

lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos” (BRASIL, 2010).

Todos medicamentos descritos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) podem ser administrados a pacientes hipertensos, sempre respeitando indicações e contraindicações de cada medicamento que integra esta lista. A prescrição racional dos medicamentos é muito importante para evitar poli farmácia, se deve levar em conta dose adequada antes da substituição do medicamento prescrito por outra classe.

“Na população negra, a prevalência e a gravidade da hipertensão é maior, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso País, predomina a população miscigenada, que pode diferir da população negra quanto às características da hipertensão. Desta forma, para pacientes negros, desde que não haja contraindicações, o uso de diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio é a opção mais racional” (BRASIL, 2010). Ou seja, se deve evitar o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (Ieca) e bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA) na população negra tendo em vista que a mesma não apresenta benefício com o uso dessa classe de medicamentos.

Perante todo embasamento teórico adquirido no decorrer do tempo até a atualidade, na pratica clinica nos deparamos com uma realidade que muitas vezes causa assombro ao profissional da saúde, a não utilização de medicamentos prescritos por resistência ao tratamento, convicção religiosa, uso de terapia naturalista, analfabetismo e duvida de como se toma o medicamento todos por parte do paciente. Por parte do profissional da saúde podemos ressaltar a prescrição de medicamentos ao qual o paciente não pode adquirir, polifarmacia.

Nós medico da saúde da família (MSF) temos papel importante para evitar a não adesão a tratamentos prescritos, tendo em vista o acompanhamento longitudinal, maior contato e fácil acesso a consultas pelo paciente e diminuir o número de médicos tratantes.

4 Metodologia

A metodologia foi construída conforme orientações do Manual do TCC da Especialização Multiprofissional de Atenção Básica (LINDNER et al., 2018). Para a realização deste projeto de intervenção, escolheu-se o método descritivo e abordagem qualitativa em todo público-alvo desde projeto de intervenção, aonde a todos pacientes adultos e idosos hipertensos que realizaram o controle periódico em consultório, atendimento domiciliar e/ou roda de conversa, atendendo um total de 413 pacientes hipertensos.

Foram realizados controles periódicos durante rodas de conversa realizada de maneira mensal, consulta em consultório e atendimento domiciliar, houve boa aceitação por parte dos pacientes da cobertura da equipe 2 da Clínica da família Maria Umbelina. Projeto de intervenção realizado de 20/09/2019 até a data de 12/03/2020, data de último dia da agenda antes suspensão pela Pandemia Covid-19. Nas rodas de conversa houve sempre a presença minha (médico), do enfermeiro, técnica de enfermagem e ACS, todas rodas de conversa é realizada sob minha supervisão, eu esclareço dúvidas de todos os presentes, como assuntos pertinentes do que é dieta hipossódica, alimentos industrializados que possuem em sua elaboração altos valores de sódio, importância de uma dieta variada, equilibrada e ricas em verduras, legumes e frutas, importância de realizar atividade física como parte do tratamento para hipertensão, orientação sobre a importância da adesão ao tratamento prescrito, benefícios da redução de índice de massa corporal (IMC). Aonde era realizado a aferição de PA de todos presentes, por mim, enfermeiro e técnico em enfermagem, era realizado um questionamento no momento da aferição de PA a níveis satisfatórios do que o paciente tinha feito para estar com esse valor a PA, troca de informações entre os próprios pacientes, desmitificação de dúvidas aliadas pelos pacientes, tudo sempre controlado por mim e pelo enfermeiro. As rodas de conversa sempre tinha um tema principal, mas sempre surgiam temas paralelos ou que já foram abordados em outros encontros e era realizado com a participação dos presentes podendo os mesmos como forma de empoderamento dos pacientes.

Durante a roda de conversa sempre era realizada a renovação de receita dos pacientes que estava com nível satisfatório de PA, pacientes com valores acima era marcada consulta para melhor avaliação do mesmo.

5 Resultados Esperados

Durante o período em que foi realizado o projeto de intervenção participaram 413 pacientes hipertensos cadastrados na cobertura da equipe 2 da Clínica da Família Maria Umbelina, foram realizados 144 ajuste de dose e/ou substituição de medicamentos prescritos e 228 paciente que obtiveram medida de PA satisfatórias como orientações sobre dieta hipossódica, toma de medicamentos em horários indicados anteriormente e mudança do estilo de vida (MEV), referente a 35% dos pacientes e 55% dos pacientes hipertensos acompanhados respectivamente.

Estudo realizado obteve o surpreendente resultado de 90% de Hipertensão controlada nos pacientes acompanhado durante as datas acima citadas. Sendo que 35% com ajuste e/ou substituição e 55% simplesmente com orientações sobre dieta hipossódica, toma de medicamentos em horários indicados anteriormente e mudança do estilo de vida (MEV).

Resultado exitoso obtido usando diretrizes do SUS, de fácil aplicabilidade e com satisfatória resolubilidade, as principais queixas ouvidas durante a anamnese são de fácil resolubilidade tendo em vista que é estabelecer comunicação de fácil entendimento como palavras e termos mais populares. Sempre durante as consultas de demonstrar a quantidade que deveria ser a dieta hipossódica e sempre escuto “sempre ouvi que deveria usar pouco sal, mas sabia que era tão pouco”. Dentre outros questionamentos, dúvidas e mitos que acabam se esclarecendo durante todo o período deste projeto de intervenção, sempre tendo como objetivo proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente e evitar complicações da HAS mal controlada.

Sei que ainda há um longo caminho a ser seguido e trilhado, mas todo dia acaba sendo gratificante escutar o paciente falar que fazia muito tempo que não conseguia ter sua PA controlada e com medicamentos acessíveis e com mudanças considerada simples por eles.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Citado na página 14.
- BRASIL, M. da S. *Formulário Terapêutico Nacional 2010*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da S. *Caderno de Atenção Básica - Estratégia para Atenção a Pessoa com Doença Crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- GUIMARÃES, R. M. et al. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. *Rev Panam Salud Publica*, v. 37, n. 2, p. 83–89, 2015. Citado na página 13.
- LINDNER, S. R. et al. *Especialização Multiprofissional na Atenção Básica*. Florianópolis: UFSC, 2018. Citado na página 17.
- SBC, S. B. de C. *7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL*. São Paulo: SBC, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.