

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família

Carlos Jose dos Reis Bastos Dinis

**Controle de Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes
idosos acima de 60 anos: na Equipe três de Santo Antonio**

Rio de Janeiro

2015

Carlos Jose dos Reis Bastos Dinis

Controle de Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes idosos acima de 60 anos: na Equipe três de Santo Antonio

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Rosangela Joanilho

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

Este trabalho é resultado do levantamento de dados extraídos da Rede Bem Estar programa interno da Prefeitura Municipal de Vitória no Estado do Espírito Santo da Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Santo Antonio, da Equipe três em 2015 que é composta por cinco microareas com uma população de aproximadamente 2991 pessoas e 927 famílias cadastradas no sistema da Rede Bem Estar, onde trataremos a seguir dos pacientes idosos acima de 60 anos de idade que possuem Hipertensão Arterial Sistêmica com acompanhamento e sem acompanhamento na unidade básica de saúde, para buscar alternativas de tratamentos em busca de melhor qualidade de vida desses pacientes na tentativa de fazer a diminuição e redução de medicamentos que são administrados aos mesmos, onde a maioria dos pacientes cadastrados nas microareas faz a utilização de suas medicações de forma regular e irregular. As propostas a seguir visão propor uma mudança de vida desses pacientes e uma interação maior entre a equipe de saúde e o território onde atua.

SUMÁRIO

1	Introdução.....
2	Dificuldades de controle da hipertensão em pacientes idosos.....
.	
3	Objetivos.....
4	Metodologia.....
4.1	Publico alvo.....
4.2	Atuações da Equipe de Saúde da Família.....
4.3	Parcerias Estabelecidas.....
4.4	Recursos.....
4.5	Orçamento.....
4.6	Cronogramas de execução.....
4.7	Resultados Esperados.....
4.8	Instrumentos de avaliação
5	Conclusão

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem como caráter assintomático durante seus 15 a 20 primeiros anos de evolução, por isso, é difícil convencer um paciente do perigo em potencial e da necessidade de mudar seu estilo de vida. A Equipe três da Estratégia de saúde da família de Santo Antonio visa uma interação maior com esses pacientes em especial os idosos acima de 60 anos de idade, os quais estão mais propícios a terem infartos do miocárdio ou um acidente vascular cerebral por não fazerem uso correto de suas medições, terem uma vida sedentária ou fazem algum tipo de uso de bebida alcoólica e são tabagistas.

Segundo Porto (2005), a hipertensão arterial é uma síndrome que se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico.

A hipertensão arterial é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois, além de ser muito freqüente-10 a 20% da população adulta são portadores de hipertensão arterial-ela é a causa direta ou indireta de elevado numero de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, e infarto do miocárdio. (PORTO,2005,p.487).

De acordo com os dados extraídos e apresentados da Rede Bem Estar sobre os pacientes cadastrados e acompanhados pela equipe de saúde da família são apresentados pacientes que sofreram um acidente vascular cerebral ou um infarto do miocárdio e que hoje possuem dificuldade de locomoção ou estão restritos ao leito por conta das seqüelas deixas pelo AVC e pelo Infarto.

Tento em vista o aspecto cultural da maioria desses pacientes é possível a constatação da não aderência a alguns tipos de tratamento indicado para cada paciente inclusive o medicamentoso ou farmacológico prescrito pelos médicos. A mudança de vida desses pacientes esta ligada diretamente a uma melhora de vida desde que o mesmo aceite sua condição de saúde .

Com base nesses dados a equipe de saúde da família propõe um projeto de intervenção para promoção e prevenção da saúde desses pacientes oferecendo-lhes uma melhor qualidade de vida criando uma interação maior entre a equipe de saúde e seus pacientes. Será proposto a essa população uma trabalho com atividade física,palestras educacionais sobre como ter uma boa alimentação, uma boa higiene bucal e corporal.

2.o Dificuldade de controle da hipertensão em pacientes Idosos

Fazer um trabalho de promoção e prevenção em pacientes idosos que possuem pressão arterial descontrolada ou irregular é um grande desafio por conta de suas questões culturais que devem ser preservadas, porém se conseguirmos fazer com que uma parte da população participe dos nossos projetos acreditamos que teremos uma redução nos custos com medicações a esses pacientes ao longo de sua vida.

As dificuldades de controle da hipertensão arterial, na concepção, como caráter assintomático, a evolução lenta, a cronicidade, que fazem com que a Hipertensão Arterial não seja considerada doença ou algo que precise ser cuidado. Assim, os portadores não sentem necessidade de modificar os hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e a dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença(Vieira,1993).

- **As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil. A hipertensão arterial, o diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol (principal fator de risco para as cardiovasculares) e a depressão são as que apresentam maior prevalência no país. A existência dessas doenças está associada a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo.** (<http://u.saude.gov.br/e8b539yr>).

3.o OBJETIVOS

Buscar melhor qualidade de vida para a população acima de 60anos de idade que pertence ao nosso território com a redução do quadro de suas medicações, inclusão de programas sociais oferecidos pela comunidade a este publico como a pratica de atividade física oferecida pela comunidade e pelo grupo de atividade física organizado pela unidade de saúde, participação nos grupos de HIPERDIA com a realização de palestras educativas e esse grupo organizadas dentro e fora da unidade básica de saúde organizados pela equipe de saúde da família do território.

Incentivar a família desses pacientes a participarem e acompanharem seus idosos nas atividades oferecidas para que seus hábitos de vida também possam ser modificados a fim de ajudarem os idosos na recuperação de uma vida saudável no âmbito sócio-familiar.

Sobre a mesma, Barbosa ET AL.(2000) ressalta que as mesmas representações sociais do próprio doente e das pessoas envolvidas com o problema, trazem implicações clínicas da relação entre a doença e a cura, a sociedade e a cultura.

4.0 Metodologia

4.1 Público alvo

Pacientes idosos acima de 60 anos de idade de ambos os sexos que possuem hipertensão arterial sistêmica, cuida dores e familiares desses pacientes.

CAPÍTULO Do Direito à Vida

I

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

CAPÍTULO Do Direito à Saúde

IV

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbanos e rurais;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

§ 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento: (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

II - quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído. (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

~~Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:~~

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: (Redação dada pela Lei nº 12.461, de 2011)

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)

§ 2º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista no **caput** deste artigo, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)

4.2 Atuações da Equipe de Saúde da Família

A equipe de estratégia de saúde da família da atenção básica desse território atualmente é composta por um médico, um enfermeiro, três técnicos e um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Nas reuniões de equipe que acontecem semanalmente deverão ser organizadas as ações que serão realizadas ao longo do ano dentro e fora da unidade de saúde para que o público escolhido seja contemplado de forma organizada, a escolha do local fora da unidade de saúde deve ser de fácil

acesso e dentro de uma das cinco microareas deve ter capacidade de acolher a equipe e os pacientes de forma a deixar todos acomodados. A divulgação das atividades deve ser realizada nas visitas domiciliares feita pelos agentes comunitários de saúde, devera ser entregue aos pacientes o cartão do hipertenso nas atividades oferecidas e os profissionais deverão estar atentos aos aqueles pacientes que tem dificuldades de aderir ao tratamento para que se possa tentar realizar um trabalho individual para melhora do mesmo.

4.3 Parcerias Estabelecidas

A Equipe deve buscar a parceria com os seguintes profissionais:

- Serviço Social;
- Psicologia;
- Odontologia;
- Orientadora a pratica de atividades física;
- Conselho Local de Saúde;
- Liderança Comunitária do Bairro;
- Com o comercio e as igrejas que atuam dentro das microareas.

4.4 Recursos

- Retro Projetor ou Datashow;
- Folderes ou panfletos;
- Cartazes;
- Aparelhos de pressão e glicemia;
- Cartão do Hipertenso;
- Caneta esferográfica preta ou azul;
- Café, água, suco, fruta, biscoito, adoçante, açúcar, pão e pão integral;
- Transporte.

4.5 Orçamento

Retro Projetor ou Data show, Folders, Cartazes Aparelhos de Pressão e Glicemia, Cartão do Hipertenso e as canetas e o Transporte.	Esses materiais serão solicitados ao almoxarifado do Município uma vêz que esse material já é disponibilizado para as campanhas que acontecem ao longo do ano
Lanches	Será gasto cerca de 50 reais para comprar.

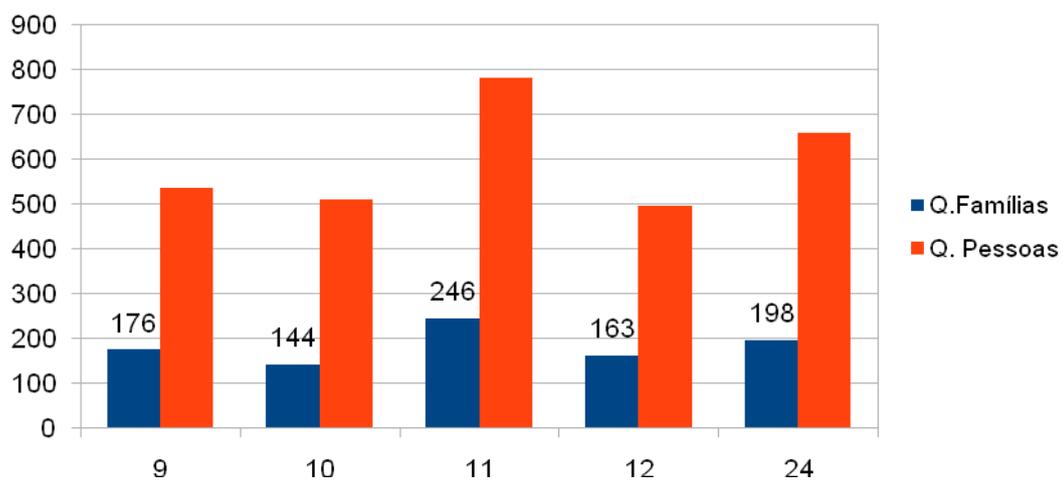
4.6 Cronogramas de execução

1 Etapa Realização das reuniões da equipe para levantamento das propostas sobre os projetos realizados;	Tempo Estimado 30 dias
2 Etapa Realização de reuniões com todos os participantes envolvidos para disponibilização, divulgação e agendamento dos eventos	60 dias
3 Etapa Ver com o município sobre os materiais a serem disponibilizados se estão disponíveis em estoque.	30 dias
4 Etapa Realizar um levantamento na comunidade sobre os possíveis locais de acesso para as atividades;	30 dias
5 Etapa Definir o primeiro publico escolhido que esta entre: os pacientes com dificuldade de locomoção e os cuidadores e familiares de pacientes acamados ou os idosos acima de 60 anos.	30 dias
6 Etapa Inicio dos trabalhos	Seis meses

4.7 Resultados Esperados

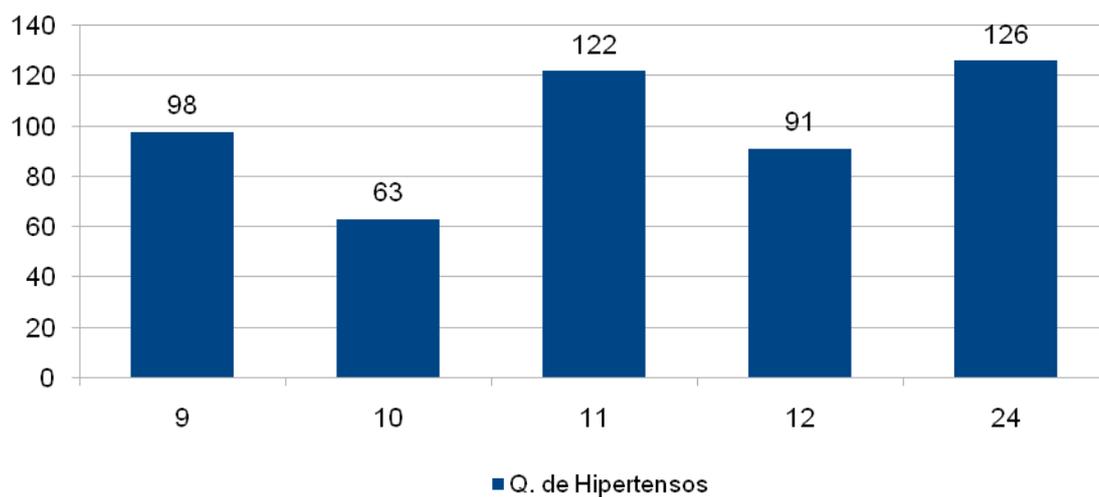
MA	Q. Famílias	Q. Pessoas
9	176	538
10	144	512
11	246	784
12	163	496
24	198	661
Total	927	2991

Equipe 03
Quantitativo de famílias x quantitativo de pessoas



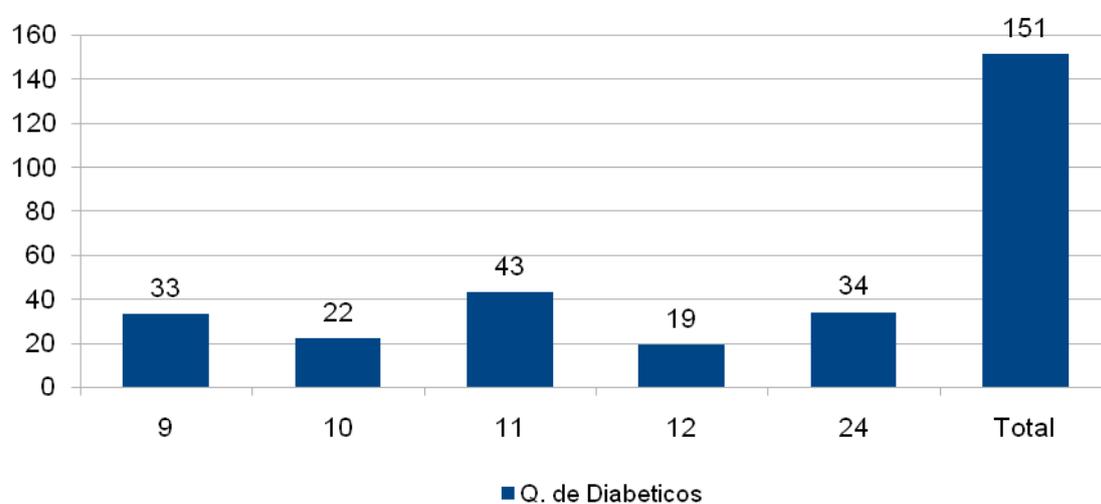
Microáreas	Q. de Hipertensos
9	98
10	63
11	122
12	91
24	126
Total	500

Equipe 03
Quantidade de hipertensos por microárea



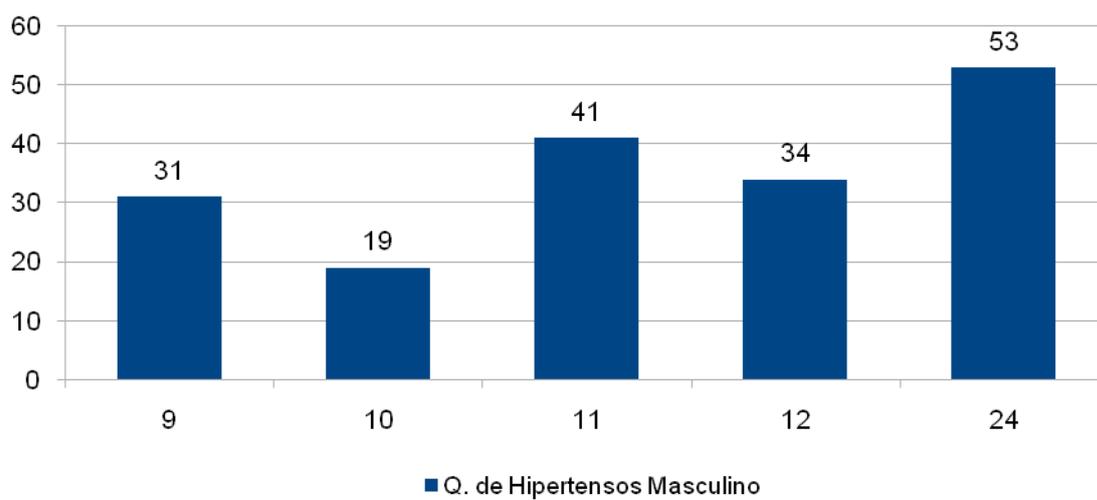
Microáreas	Q. de Diabéticos
9	33
10	22
11	43
12	19
24	34
Total	151

Equipe 03
Quantidade de diabéticos por microárea



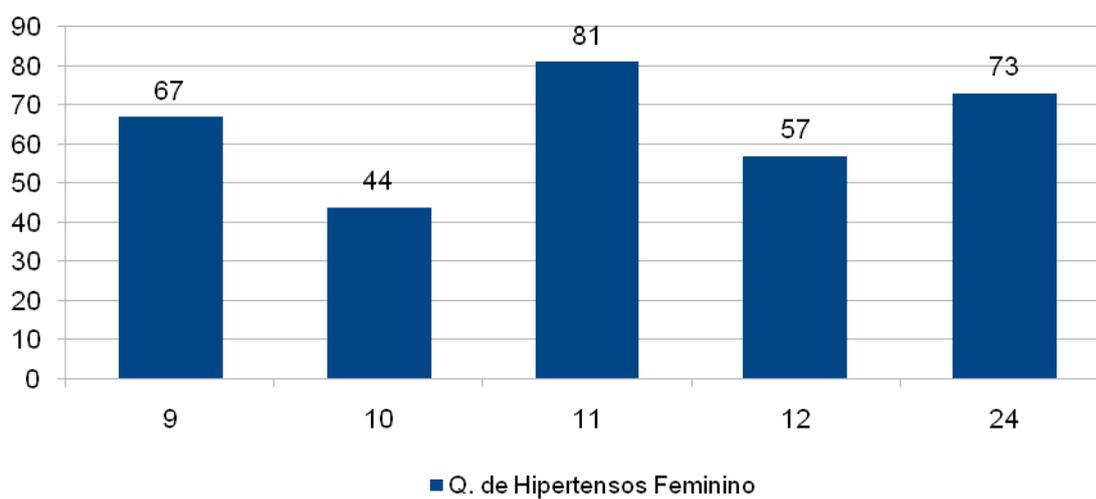
Microáreas	Q. de Hipertensos Masculino
9	31
10	19
11	41
12	34
24	53
Total	178

Equipe 03
Quantidade de hipertensos por microárea (masculina)



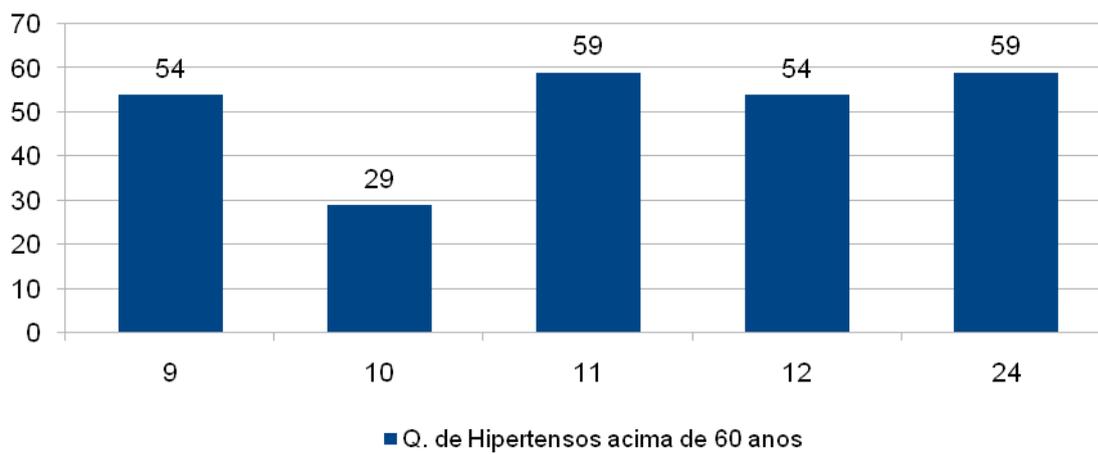
Microáreas	Q. de Hipertensos Feminino
9	67
10	44
11	81
12	57
24	73
Total	322

Equipe 03
Quantidade de hipertensos por microárea (feminina)



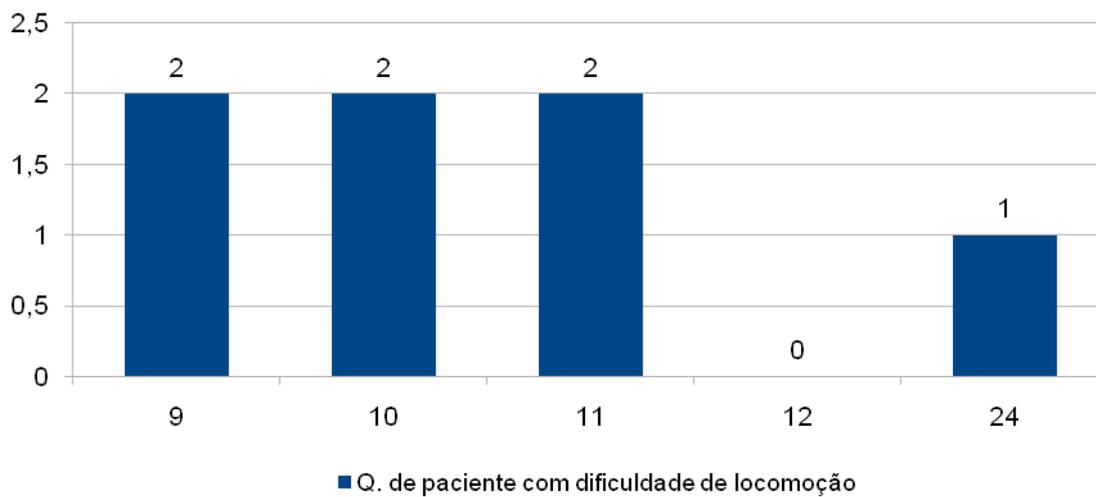
s Microárea	Q. de Hipertensos acima de 60 anos
9	54
10	29
11	59
12	54
24	59
Total	255

Equipe 03
Quantidade de hipertensos por microárea (acima de 60 anos)



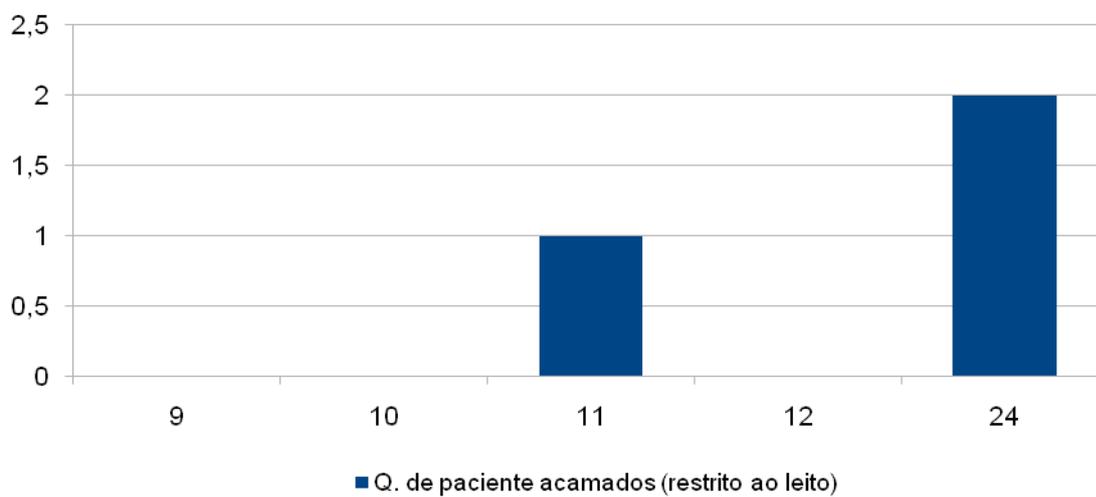
Microáreas	Q. de paciente com dificuldade de locomoção
9	2
10	2
11	2
12	0
24	1
Total	7

Equipe 03
Quantidade de paciente com dificuldade de locomoção



Microáreas	Q. de paciente acamados (restrito ao leito)
9	0
10	0
11	1
12	0
24	2
Total	3

Equipe 03
Q. de paciente acamados (restrito ao leito)



Depois da apresentação dos gráficos o que se espera é que dentro de um ano o numero de pacientes hipertensos cadastrados acima de 60 anos de idade, já possam demonstrar uma melhora na sua condição de vida e uma diminuição na medicação consumida.

3.8 Avaliação

Ao final de um ano deverá ser elaborado um questionário par que a equipe possa aplicar aos participantes para que seja feita uma avaliação dos projetos apresentados com perguntas objetivas e um espaço para sugestões para que os serviços prestados possam atender a todos.

4.o Conclusão

Pode-se concluir que esse trabalho de intervenção para promoção e prevenção de pacientes idosos acima de 60 anos com hipertensão arterial sistêmica que já sofreram um acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio ou não tenham consciência que uma mudança de vida é importante em todas as fases de sua vida e que viver melhor é possível através do conhecimento que lhes é ensinado. Os projetos apresentados visam exatamente essa melhoria e é com esse intuito que a equipe de saúde da família da equipe 3 visa trabalhar.

A hipertensão arterial, segundo Porto (2005) é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, constituindo a primeira causa de mortalidade e incapacidade em vários países.

Outra conclusão a que se chegou é que o controle da pressão arterial não se relaciona apenas aos hábitos de vida saudável do paciente e seu tratamento medicamentoso, mas também com a conscientização sobre a enfermidade e as comorbidades relacionadas. Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre, é acompanhada de muita resistência, levando a maioria das pessoas a não conseguir fazer modificações e ou mante-las por muito tempo.

O que a equipe espera é que um numero significativo de pessoas façam parte dessa mudança em busca de uma qualidade de vida melhor e ensinando para as próximas gerações que sempre é tempo de mudar.

Referencias

dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf

BARBOSA,M.R.J.et AL.Vivenciando a hipertensão arterial:construção de significados e suas implicações para vida cotidiana.Rev Bras. Enfermagem.Brasilia,v.53,n.4,out|dez.2000.p.574-583.

PORTO,Celmo.Celeno.Semiologia.5 edição.Rio de Janeiro:Guanabara Roogan,2005

VIEIRA,F.H.**Reatividade pressoria em testes de estresse mental em indivíduos normotensos com hiperreatividade pressórica do teste ergométrico.**1993.Dissertação(Mestrado em Ciências Fisiológicas)-Universidade Federal do Espírito Santo.

