

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

ANNY KAROLINNY FERREIRA SOBRINHO

**INTERVENÇÕES SOBRE OS IMPACTOS DECORRENTES DA PANDEMIA NO
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS**

**CAMPO GRANDE - MS
2022**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

ANNY KAROLINNY FERREIRA SOBRINHO

**INTERVENÇÕES SOBRE OS IMPACTOS DECORRENTES DA PANDEMIA NO
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Fundação
Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul como requisito para
obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof(a) ERIKA KANETA FERRI

**CAMPO GRANDE - MS
2022**

RESUMO

O presente Projeto de Intervenção teve como objetivo propor e aplicar ações para o enfrentamento e minimização dos impactos negativos da pandemia pelo COVID-19 em indivíduos hipertensos. Bem como, avaliar a adesão terapêutica e classificação de risco para HAS, segundo o Ministério da Saúde; Capacitar a equipe para disseminar cuidados essenciais no combate aos efeitos da pandemia; Organizar a oferta de ações em saúde com determinação da frequência de atendimentos e adaptações relacionadas às singularidades dos indivíduos; Promover informações e formas solidárias participativas, utilizando-se de estratégias para enfrentamento às consequências de fatores negativos; Promover educação para automonitoramento e autocuidado continuados, compreendendo os sentidos da experiência. Método e casuísta: avaliou-se 102 pacientes assistidos pela Estratégia de Saúde da Família do município de Manaus, localizado no Amazonas. Sendo realizada identificação sob livre demanda, cadastro e estratificação de risco fornecida pelo Ministério da Saúde para promoção de saúde de pacientes hipertensos. E, ainda, orientações quanto à prevenção da transmissão do coronavírus e orientações quanto a promoção de hábitos saudáveis. Resultados: após comprometimento da equipe e realização das ações em assistência, apesar das limitações decorrente pela pandemia pelo coronavírus, realizou-se capacitação da equipe e reorganização quanto aos parâmetros clínicos apontados pelo Ministério da Saúde. Ainda, classificação conforme avaliação, com determinação da periodicidade e necessidade do cuidado a longo prazo. Além do início da monitorização longitudinal a respeito da adesão terapêutica, retomada gradual de agendamentos, orientações direcionadas ao autocuidado, melhoria da qualidade de vida, adesão terapêutica e, por conseguinte, redução de hospitalizações com maior controle de comorbidades.

ÁREAS TEMÁTICAS: Hipertensão, Doenças Crônicas, Promoção da Saúde.

DESCRITORES: Hipertensão Essencial, Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle, Continuidade da Assistência ao Paciente..

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivo Geral	8
2.2 Objetivos Específicos	8
3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	9
4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS.....	11
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

A pandemia pelo SARS-CoV-2, vírus que origina a doença COVID-19, modificou o padrão de vida da população mundial. Resultando em um impacto ao acesso ao serviço de saúde e gerando maior risco entre pacientes que apresentam condições de saúde pré-existentes.

Nos últimos anos, observa-se uma elevação da taxa de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) entre a população brasileira. Segundo a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, no ano de 2020, o município de Manaus, apresentou uma taxa de mortalidade avaliada em 276,1 óbitos, a cada cem mil habitantes, em uma população considerada prematura, na faixa etária de 30 a 69 anos.

Decorrente da pandemia pelo COVID-19 muitos indivíduos, portadores de DCNT, tiveram sua assistência descontinuada. Dessa maneira, apresentaram maior risco do desenvolvimento de formas graves da doença e, ainda, instabilidade clínica de sua doença pré-existente. Como consequência, a maior tendência ao aumento da taxa de mortalidade, pois observou-se um crescente número de casos e piores prognósticos.

Dentre as DCNT, o IBGE em 2019 demonstra uma estimativa do crescimento de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pelos últimos dez anos. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, publicada em 2020, Hipertensão Arterial é definida pela elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Sendo de alta prevalência, a Hipertensão Arterial Sistêmica gera grande risco para doenças cardiovasculares.

O European Heart Journal (2020) publicou um estudo relevante, avaliando que, dentre 2.877 indivíduos infectados pelo coronavírus, cerca de 29,5% possuíam diagnóstico concomitante de Hipertensão Arterial Sistêmica. Sendo, então, avaliado, a partir da associação observada ao decorrer de demais estudos, que pacientes hipertensos que fazem uso previamente de fármacos inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina II e Bloqueadores de Receptores de Angiotensina poderiam ter um aumento nestes receptores, favorecendo a entrada do vírus no organismo e acarretando maior probabilidade de infecção.

Devido à maior gravidade, e conseqüente maior necessidade de internação, em 2020 a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou um artigo de revisão evidenciando uma proposta de algoritmo para avaliação precoce de complicações em pacientes que tenham em sua unidade de avaliação, além da avaliação inicial, a realização de Eletrocardiograma e dosagem de Troponinas, visto a alta letalidade pela doença em pacientes portadores de doenças cardiovasculares.

Costa et al., (2020), declara que após análise de 44.672 casos confirmados de COVID-19 em Wuhan evidenciou uma taxa de letalidade geral de 2,3%. Porém, a letalidade foi maior em DCV (10,5%) e hipertensão arterial (6%). Verificando o alto índice quando comparado à letalidade da população geral, em 2,3%.

Para manutenção da promoção e prevenção da saúde, mesmo em locais sem acesso à avaliação laboratorial, há a necessidade do cuidado em saúde mediante à necessidade observada em tempos de pandemia. Através da avaliação da condição clínica dos indivíduos, suas necessidades e vulnerabilidades, para que se obtenham melhores resultados e controle clínico das comorbidades.

Dessa maneira, o Ministério da Saúde publicou em 2020 um manual de orientações que promovam a reorganização do cuidado aos indivíduos com doenças crônicas.

Sendo orientado, também, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, a intensificação de cuidados e medidas preventivas à infecção pelo coronavírus, assegurando aos pacientes o melhor tratamento para suas doenças crônicas pré-existentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no período da pandemia, 2020 até então, reconhece o risco elevado, aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, de gravidade após a infecção por Covid-19. Dessa forma, estabelece medidas de prevenção à infecção, que se tornaram alvo de políticas públicas decorrente da urgência em ações de enfrentamento à transmissão da doença, enquanto se efetiva a imunização nacional. Entre tais medidas, o isolamento social se tornou uma meta para redução de casos e conseqüente redução do agravamento da doença.

Apesar de necessário, o isolamento social, a quarentena e o distanciamento contribuíram para redução da assistência médica a alguns pacientes com doenças pré-existentes à pandemia. O medo da exposição e o redirecionamento a outros serviços, por vezes mais distantes do local de moradia, como é o caso de unidades básicas de saúde em Manaus que se tornaram referências para abordagem de síndromes respiratórias, resultaram em redução da procura por

atendimento ou por assistência inadequada com realização da renovação de receitas sem uma abordagem mais direcionada à avaliação clínica.

Melo, D.O. et al., (2020), estima que tenha havido retardo da busca por cuidados médicos adequados devido a fatores como o distanciamento social ou as preocupações quanto à aquisição de COVID-19 no ambiente clínico e hospitalar, além de déficit de diagnósticos de doença cardiovascular (DCV). Relata que, em meio ao bombardeio de informações sobre a pandemia, não tem havido destaque para a necessidade de manutenção das intervenções efetivas e conhecidas para controle de doenças crônicas.

Durante esse período de muitas dúvidas e incertezas, a baixa assistência médica às doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, predispuseram piora ou agravamento de fatores de risco que também incidem na elevada taxa de mortalidade pelo Covid-19. E, ainda, contribuiu para ampliação de uma epidemia oculta de transtornos mentais, decorrente da mudança de suas atividades rotineiras, impactando em suas vidas com resultados negativos, comprometendo o padrão de vida dos indivíduos, visto que os determinantes psicológicos e sociais influenciam no controle da doença hipertensiva.

A motivação para esse estudo surgiu a partir de tal problematização, visto a alta demanda de pacientes hipertensos que tiveram interferência em sua assistência decorrente da pandemia, este projeto de intervenção tem como objetivo avaliar a repercussão e o impacto decorrente da pandemia pelo Covid-19 em pacientes hipertensos atendidos na UBS Áugias Gadelha, localizada no município de Manaus, Amazonas, propondo o enfrentamento para minimizar os impactos negativos e estressantes ocasionados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor e aplicar ações para o enfrentamento e minimização dos impactos negativos da pandemia pelo COVID-19 em indivíduos hipertensos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a adesão terapêutica e classificação de risco para HAS, segundo o Ministério da Saúde;

Capacitar a equipe para disseminar cuidados essenciais no combate aos efeitos da pandemia;

Organizar a oferta de ações em saúde com determinação da frequência de atendimentos e adaptações relacionadas às singularidades dos indivíduos;

Promover informações e formas solidárias participativas, utilizando-se de estratégias para enfrentamento às consequências de fatores negativos;

Promover educação para automonitoramento e autocuidado continuados, compreendendo os sentidos da experiência.

3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

Manaus, assim como os demais estados brasileiros, enfrentou, juntamente com o mundo, a pandemia pelo COVID-19 que ainda está em curso. Decorrente disso, pacientes atendidos na UBS Áugias Gadelha, localizada na zona norte de Manaus, enfrentaram riscos quanto à descontinuação de seu atendimento. O tratamento interrompido cursa com descontrole de suas doenças, previamente existentes, e de comorbidades associadas. Dessa maneira, se faz importante o retorno do manejo para estabilidade clínica.

Por essa razão, propõe-se como ferramentas de gestão do acesso e cuidado: a identificação entre os pacientes que buscam atendimento sob livre demanda, o cadastro e a estratificação de risco, fornecida pelo Ministério da Saúde, para promoção de saúde a pacientes hipertensos, com estimativa da avaliação mínima em cerca de 100 pacientes que serão atendidos na UBS Augias Gadelha, na Zona Norte de Manaus. Ainda, orientações quanto à prevenção da transmissão do coronavírus e orientações quanto à promoção de vida saudável com controle clínico.

Decorrente de ações necessárias por parte da gestão, no contexto da pandemia, ainda não há população adscrita, apesar da necessidade do acompanhamento longitudinal. Dessa maneira, a proposta inicial será apresentar e capacitar a equipe quanto o Projeto de Intervenção e a estratificação de risco com critérios objetivos de avaliação baseados na condição clínica, autocuidado e vulnerabilidade apresentadas, em pacientes sintomáticos respiratórios ou não, que procuram atendimento sob livre demanda, avaliando-se fatores de risco e metas terapêuticas de pressão arterial.

Assim, em um segundo momento, será realizada análise de dados e divulgação em PI para monitoramento e acompanhamento longitudinal, com formulação gradual de cronograma para atendimento mínimo semestral com aferição de pressão arterial. Com obtenção de dados com base em questionário para realização de busca de pacientes absenteístas e avaliação de adesão terapêutica. Com intuito de realizar acompanhamento individualizado, pautado em discussões clínicas entre equipe e gestor, quando necessário, visando controle de comorbidades, alterações dietéticas, melhora do autocuidado com adesão e tratamento adequado, reduzindo por consequência a necessidade de hospitalização e melhora no estilo de vida.

A estratificação de risco irá permitir um melhor direcionamento quanto ao plano de cuidado, evitando exposições desnecessárias visto que a unidade também recebe pacientes sintomáticos respiratórios com risco de contágio por covid-19 e, ainda, visa priorizar pacientes quanto ao

risco por descontrole de comorbidade. Por muitos indivíduos terem passado um longo período sem contato com o serviço clínico, no contexto da pandemia, a ferramenta preferencial para a estratificação de risco abordará uma avaliação individual clínica e perspectiva de vulnerabilidades, inicialmente sem necessidade de parâmetros laboratoriais, com inspiração no proposto pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Cardiologia, adaptado em 2016, a partir de questionário que evidencia fatores previamente definidos e com o resultado direcionando a estratificação em baixo, médio, alto ou muito alto risco.

A partir do atendimento, ainda, realizada classificação da pressão arterial, para estadiamento. E, avaliação do estado nutricional segundo o IMC. Ao final da avaliação, a classificação de alto e muito alto risco leva ao direcionamento e encaminhamento compartilhado com atenção especializada. A depender das necessidades de cada grau de risco, determina-se a frequência de atendimentos com mínimo de um atendimento semestral, adaptado conforme a necessidade individual, com médico e enfermeiro de maneira intercadala.

Portanto, baseado nos preceitos do Ministério da Saúde, visa-se o seguimento longitudinal, adaptado conforme a necessidade do indivíduo e da unidade, ainda em contexto de pandemia, para monitoramento e controle, orientações e promoção de saúde a pacientes hipertensos atendidos na UBS Augias Gadelha.

4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

O Projeto de Intervenção (PI) “Intervenções sobre os impactos decorrentes da Pandemia no acompanhamento de pacientes Hipertensos” foi desenvolvido na UBS Áugias Gadelha no município de Manaus/AM. Como ponto de destaque cabe informar que houve comprometimento da equipe e as ações ocorreram conforme esperado pelas limitações vigentes decorrente da pandemia pelo coronavírus, pela necessidade de avaliação continuada e a longo prazo e, ainda, pela livre demanda de atendimentos.

Após notificação, aos servidores da unidade, da apresentação do PI, houve reunião com a equipe da unidade, saindo da problematização a seguir sobre ações para o enfrentamento e minimização dos impactos negativos da pandemia pelo COVID-19 em indivíduos hipertensos:

“Estima que tenha havido retardo da busca por cuidados médicos adequados devido a fatores como o distanciamento social ou as preocupações quanto à aquisição de COVID-19 no ambiente clínico e hospitalar, além de déficit de diagnósticos de doença cardiovascular (DCV). Em meio ao bombardeio de informações sobre a pandemia, não tem havido destaque para a necessidade de manutenção das intervenções efetivas e conhecidas para controle de doenças crônicas.” (MELO, 2020)

Decorrente da necessidade de reorganização do processo de trabalho no contexto da pandemia, indivíduos hipertensos experimentaram riscos por inadequação do acompanhamento de sua condição e possível infecção pelo coronavírus com possibilidade de complicações e formas graves da doença, resultando de instabilidade clínica. Dessa maneira, a retomada ao acompanhamento com regularidade e de maneira direcionada visa reduzir resultados desfavoráveis e realizar a manutenção inicial da longitudinalidade do cuidado.

Logo, em união com a equipe, foram realizadas discussões e apontamentos de relevância, realizada a exposição dos objetivos, proposto plano de ação com abertura às sugestões e participação de todos. Realizada capacitação da equipe quanto aos parâmetros clínicos esperados, apresentados pelo Ministério da Saúde, e apresentação das classificações esperadas para cada avaliação. Informado a periodicidade e a necessidade de cuidado a longo prazo.

Para que se desse continuidade na organização do acompanhamento se fez necessário iniciar com a estratificação de risco para os pacientes que procuravam atendimento sob livre demanda, sendo avaliada:

- A condição clínica geral;
- Capacidade de autocuidado;
- Vulnerabilidade;
- Suporte para auxílio da estratégia.

Como a unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) Áugias Gadelha ainda é referência em síndrome respiratória, a atenção também se tornou voltada aos sintomáticos respiratórios que, ao procurarem atendimento apresentavam relatos de fatores de risco ou diagnóstico anterior, suas complicações e metas terapêuticas. Assim, após o acolhimento, realizada medida de pressão arterial tanto dos pacientes sintomáticos, como dos não sintomáticos respiratórios, em ambientes devidamente separados e seguindo padrões de conduta que visavam a proteção dos pacientes e dos profissionais por meio de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e higienização de mãos. Assim, tornou-se possível otimizar o atendimento e o encaminhamento para serviço de maior complexidade quando necessário.

A partir de parâmetros clínicos, inicialmente, a estratificação de risco visou a abordagem mais simplificada, não exigindo parâmetros laboratoriais no primeiro momento. Ao utilizar parâmetros fornecidos pelo Ministério da Saúde na Organização de pessoas com Doenças Crônicas no contexto da pandemia pelo COVID-19, o risco foi caracterizado conforme:

- Baixo risco e médio risco: tabagistas, hipertensos controlados, avaliação de obesidade, sedentarismo, HIV positivo, homem ou homem > 55 anos e mulheres > 65 anos, histórico familiar de doenças crônicas e eventos Cardiovasculares (CV) em idade inferior à 55 anos para homens e 65 anos para mulheres.
- Alto risco: Acidente Vascular Encefálico (AVE) prévio, Ataque Isquêmico Transitório (AIT), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) com diagnóstico anterior ou clínica atual, Doença arterial periférica, doença aterosclerótica, Lesão de Órgão Alvo (LOA) com diagnóstico anterior ou clínica atual, obesidade Índice de Massa Corpórea (IMC) > 40 kg/m², HVE, doença renal crônica estágio 4 ou em realização de hemodiálise, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida e diabetes mellitus.

Sendo então:

1. Risco baixo - Se apresentar apenas até 2 fatores de baixo/médio risco sem sinais de agudização.
2. Risco médio - Se apresentar 3 ou mais fatores de baixo/médio risco ou sinais de agudização.

3. Risco alto - Se apresentar ao menos um fator de risco alto.
4. Risco muito alto - Se apresentar doença aterosclerótica significativa.

Seguindo com a classificação do nível de pressão arterial (SBC, 2016):

- Normal: Pressão Arterial Sistólica (PAS) menor ou igual que 120 mmHg e Pressão Arterial Distólica (PAD) menor ou igual a 80 mmHg.
- Pré-hipertensão: PAS entre 121-139 mmHg e PAD entre 81-89 mmHg
- Hipertensão estágio 1: PAS entre 140-159 mmHg e PAD entre 90-99 mmHg
- Hipertensão estágio 2: PAS entre 160-179 mmHg e PAD entre 100-109 mmHg
- Hipertensão estágio 3: PAS maior ou igual a 180 mmHg e PAD maior ou igual a 110 mmHg

Quando PAS e PAD em categorias diferentes, a maior foi utilizada para classificação de PA.

Dessa maneira, foi realizada a avaliação do risco e determinada a meta terapêutica, com acompanhamento regular continuado para atingir a estabilidade clínica. Tendo como parâmetros para avaliação de risco e metas terapêuticas para HAS:

- Hipertensos estágios 1 e 2, com risco baixo e moderado e Hipertensão estágio 3: meta menor que PAS 140 mmHg e PAD 90 mmHg.
- Hipertensos estágios 1 e 2 com risco alto: meta menor que PAS 130 mmHg e PAD 80 mmHg (exceto se coronariopata).

Analisando os dados para monitoramento e acompanhamento longitudinal entre 102 pacientes avaliados. Sendo 102 o total de pacientes, 47 homens representando 46.07%, 55 mulheres representando 53.93%. Dos 47 homens, os quais apresentaram baixo e médio risco foram 21 classificados em baixo risco, representando 44,68%; 18 em médio risco, 38.29%. E, alto risco, em favor de concomitância com diabetes mellitus, 8 pacientes, 17.02% do total. Das 55 mulheres, 37 classificadas em baixo risco, 67.27%; 5 em médio risco, 9.09%. E, também relacionado ao diabetes, 13 pacientes em alto risco, 23.63% do total.

A partir de então, enfoca-se no cronograma, questionário, busca de absenteístas e avaliação de adesão terapêutica. Acompanhamento compartilhado entre a equipe da atenção primária e com a atenção especializada em pacientes de alto/muito alto risco. Ainda de acordo com o risco, determinada a frequência necessária para o atendimento, com agendamento previamente determinado, para melhor oferta do serviço, mas sempre mantendo o contato regular para não reduzir a adesão terapêutica. Com frequência e periodicidade adaptada para fornecer a melhor

qualificação no acompanhamento longitudinal do paciente. Avaliando a adesão terapêutica, uso correto da medicação, alimentação saudável, atividade física, uso de tabaco e álcool, presença de sintomas gripais e medicação de proteção à infecção pelo coronavírus.

Dessa maneira, optou-se por realizar a retomada dos atendimentos de acordo com a estratificação prioritária, sendo realizada a monitorização dos pacientes que efetuarem ou não a adesão ao tratamento. A partir da estratificação de risco, tornou-se possível a avaliação de casos de baixo, médio e alto risco, com suas respectivas necessidades distintas e a necessidade de frequência de atendimento, com melhor organização pela equipe de fluxo, conforme sugere a seguir:

- Baixo risco: realizar duas consultas anuais com profissional de nível superior, sendo uma de médico e uma de enfermeiro, de modo intercalado. Assim, as consultas serão semestrais. Recomenda-se contato de monitoramento mensal, que pode ser realizado por equipe multiprofissional, profissional de nível médio ou Agente Comunitário de Saúde (ACS).
- Médio risco: realizar quatro consultas anuais com profissional de nível superior, sendo duas de médico e duas de enfermeiro, de modo intercalado. Assim, as consultas serão trimestrais. Recomenda-se contato de monitoramento quinzenal, que pode ser realizado por equipe multiprofissional, profissional de nível médio ou ACS.
- Alto e muito alto risco: realizar seis consultas anuais com profissional de nível superior, sendo três de médico e três de enfermeiro, de modo intercalado. Assim, as consultas serão bimestrais. Recomenda-se contato de monitoramento semanal, que pode ser realizado por equipe multiprofissional, profissional de nível médio ou ACS.

Assim, planejou-se a retomada gradual com agendamento e com realização de contato telefônico e solicitação de comparecimento para reavaliação, com seguimento e periodicidade podendo ser adaptados para qualificar a atenção e identificação de singularidades a cada indivíduo. Realizado questionamento sobre adesão terapêutica, controle e orientação sobre alimentação saudável, atividade física, uso de substâncias e avaliação de sintomatologia para síndromes gripais, decorrente de medidas de proteção ainda vigentes contra COVID-19.

Mantendo, conforme necessário, cuidados no atendimento presencial, evitando aglomerações. Uma limitação vencida na unidade é a separação entre casos de doenças crônicas e sintomáticos respiratórios, uma vez que ainda se faz referência em síndrome gripal. Dessa maneira, tanto os trabalhadores quanto os pacientes foram orientados à evitar aglomerações na unidade. Com fluxo dentro da unidade mantendo separação e atendimento em local específico entre pacientes sem sintomas respiratório daqueles com sintomas antes da chegada à unidade de saúde. Com

provimento à equipe e orientação aos pacientes para manter equipamentos de proteção individual em seu uso correto, higienização de mãos dos profissionais enquanto realização de atividades de monitoramento da pressão arterial e em contato com os pacientes.

O acesso à medicação e a adesão terapêuticas conforme o controle das metas pressóricas, com visão de resultado para melhora da qualidade de vida e diminuição de complicações. O automonitoramento, após fornecimento de orientações sobre a importância, aos que possuíam aparelhos automáticos ou manuais calibrados, solicitou-se controle domiciliar com apresentação em retorno.

O autocuidado é um trabalho diário e a longo prazo, logo, no intervalo entre atendimento, foram orientados a necessidades do plano terapêutico, a co-participação como atuantes no processo de saúde-doença, fornecidas orientações alimentares conforme o Guia Alimentar Para a População Brasileira (2ª edição, Ministério da Saúde, 2014) e com base no Manual de orientações para Profissionais da Atenção Básica (AB) sobre Alimentação Cardioprotetora (Ministério da Saúde, 2018).

Sendo as principais orientações direcionadas:

- Aumente o consumo de frutas, verduras, legumes, produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, peixes, aves e oleaginosas (castanhas, amendoim, nozes).
- Reduzir a adição de sal nas preparações e alimentos prontos.
- O consumo de sódio recomendado no dia é de até 2 gramas, o que corresponde à 3 colheres de café rasas (= 3 gramas) de sal de cozinha que pode ser utilizado nas preparações do almoço e jantar (totalizando 1,2 gramas de sódio), mais 0,8 gramas de sódio natural presente nos próprios alimentos.
- Frutas como banana, melão, laranja, abacate e frutas secas contribuem para maior ingestão de potássio, que podem auxiliar no controle da pressão arterial.
- Fazer caminhadas;
- Usar as escadas em vez de elevadores;
- Não ficar sentado mais de 30 minutos ininterruptos, é importante fazer algumas pausas no comportamento sedentário;
- Dançar ou atividades de movimento conforme preferência.
- Reconhecer e acolher seus receios e medos, procurando pessoas de confiança para conversar;
- Investir em exercícios e ações que auxiliem na redução do nível de estresse agudo (meditação, leitura, exercícios de respiração, entre outros);
- Reenquadrar os planos e estratégias de vida, de forma a seguir elaborando planos de

forma adaptada às condições associadas a pandemia;

- Manter ativa a rede socioafetiva, estabelecendo contato, mesmo que a distância, com familiares, amigos e colegas;
- Evitar o uso do tabaco, álcool ou outras drogas para lidar com as emoções;
- Reduzir o tempo que passa assistindo ou ouvindo coberturas midiáticas;
- Compartilhar as ações e estratégias de cuidado e solidariedade, a fim de aumentar a sensação de pertencimento e conforto social.

Ações importantes para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na pandemia:

- Manter atendimento à demanda espontânea nas Unidades de Saúde da Família (USF);
- Orientar e sensibilizar a comunidade para buscar atendimento quando houver sintomas;
- Orientar uso de máscara, lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool 70% em gel;
- Acompanhar e manejar precocemente as pessoas de risco, após alta das unidades de média e alta complexidade;
- Dispensar no domicílio as fitas de aferição de glicemia capilar e orientar para o automonitoramento ou por um familiar/cuidador responsável por essa atividade;
- Dispensar os medicamentos de uso contínuo, preferencialmente no domicílio da pessoa, priorizando o risco individual

Sendo o serviço organizado para agendamento, absenteísmo e adesão terapêutica por Questionário de Morisky, o qual consiste em quatro perguntas: "Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio?"; "Você, às vezes, é descuidado para tomar seu remédio?"; "Quando você se sente melhor, às vezes, você pára de tomar seu remédio?"; sendo que uma resposta positiva refere não adesão medicamentosa. Para não interromper o cuidado e manter melhor controle de comorbidade, melhoria da qualidade de vida, autocuidado, adesão ao tratamento e menor quantidade de hospitalização entre os pacientes avaliados, sendo que em maioria se tratam de pacientes médio e baixo risco conforme a avaliação. Tendo como dificuldades a avaliação da evolução do cuidado, neste primeiro momento, por se tratar de um serviço a longo prazo, sendo instituídos os primeiros alicerces da longitudinalidade do cuidado, com ainda necessidade de maior conhecimento da população adstrita e avaliação multiprofissional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente projeto de intervenção foram avaliados 102 pacientes, sendo 47 homens e 55 mulheres. Identificou-se, ainda que discreta, a prevalência entre mulheres o que mostra a distribuição e procura por atendimento preferencialmente pelo gênero feminino, compatível com a revisão de literatura. Destacando a maior prevalência entre pessoas com maior idade.

Nos últimos anos, as DCNT têm elevado a taxa de mortalidade, fator agravado pela descontinuidade da assistência decorrente da pandemia pelo COVID-19, o que favorece a não adesão medicamentosa, também avaliada pelo questionário de Morisky apresentado aos pacientes, o qual consiste em quatro perguntas sendo que uma resposta afirmativa a qualquer das perguntas a seguir classifica o indivíduo como não-aderente: alguma vez se esquece de tomar seu remédio?; às vezes, é descuidado para tomar seu remédio?; quando você se sente melhor, às vezes, você pára de tomar seu remédio?; às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você pára de tomá-lo?.

Ainda, em contexto de pandemia, facilitou-se o desenvolvimento de formas graves e exacerbação de comorbidades por instabilidade clínica. Em 2020 o município de Manaus apresentou taxa de mortalidade por DCNT avaliada em 276,1 óbitos por cem mil habitantes.

Decorrente da necessidade de promoção e prevenção da saúde de indivíduos portadores das DCNT, no contexto apresentando, optou-se por realizar avaliação de condições clínicas, repercussões e impacto decorrente da pandemia através de fácil avaliação durante assistência à pacientes hipertensos seguindo o manual de orientações publicado em 2020 pelo Ministério da Saúde. Além de cuidado e medidas preventivas quanto à infecção pelo coronavírus.

Sendo uma assistência que deve ser continuada, a longo prazo, a organização longitudinal com agendamento, avaliação de absenteísmos e adesão terapêutica promove melhor autocuidado, controle da comorbidade, melhoria da qualidade de vida e menor necessidade de hospitalização. Porém, decorrente da necessidade de avaliação longitudinal, ainda se faz necessário continuação da estratificação e acompanhamento segundo classificação de risco. Mas, apesar das dificuldades em resultados precoces, os objetivos foram alcançados, uma vez que foram aplicadas ações para o enfrentamento e minimização dos impactos negativos pela pandemia pelo COVID-19 em indivíduos hipertensos.

Da mesma maneira, houve capacitação da equipe, promoção da educação em autocuidado e automonitoramento que devem ser continuados conforme a estratégias para enfrentamento que seguirão a classificação de risco aplicada, com avaliação de adesão, monitoramento e

adaptações às singularidades do indivíduo.

Ainda, espera-se manter atenção continuada, uma vez que se faz necessário a continuidade da avaliação para promover o potencial de cuidado e intervenção. Sendo a continuidade do acompanhamento fator primordial para superação e aperfeiçoamento com promoção e prevenção da saúde de indivíduos portadores das DCNT afim de alcançarmos, em sua maioria, a estabilização clínica.

REFERÊNCIAS

ASKIN, L. et al. COVID-19 e doenças cardiovasculares. **Arq Bras Cardiol.** 2020;

BARROSO, W. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** 2021;

BORGES, K. et al. O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”.** 2020;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual - Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia.** Brasília, 2020. Acessado em 21 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal DATASUS. Informações de Saúde (TABNET) - Indicadores de Saúde e Pactuações. **Atualização do indicador de Mortalidade Prematura por doenças crônicas não-transmissíveis.** Acessado em 21 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação Cardioprotetora:** manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica / Ministério da Saúde, Hospital do Coração. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação Cardioprotetora:** manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica / Ministério da Saúde, Hospital do Coração. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

COSTA, I. et al. O coração e a COVID-19. **Arq Bras Cardiol.** 2020.

FERRARI, F. COVID-19 e Doença Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol.** 2020.

GAO, C. et al. Impact of antihypertensive treatments in COVID-19. Association of hypertension and antihypertensive treatment with COVID-19 mortality: a retrospective observational study. **European Heart Journal.** 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, **Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e avaliação de 2020.** <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>. Acessado em

22 de junho de 2021.

MELO, D. et al. COVID-19 e doença hipertensiva no Brasil: possibilidade de uma tempestade perfeita. **Revista Brasileira Epidemiologia**. 2020;