



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

DAYANA PEREZ SELLERA

ADESÃO AO TRATAMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

SÃO PAULO  
2018

DAYANA PEREZ SELLERA

ADESÃO AO TRATAMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DOS PACIENTES  
HIPERTENSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: FERNANDA FERREIRA MARCOLINO

SÃO PAULO  
2018

## **Introdução**

Nos últimos anos, o Brasil passou por muitas mudanças com amplas transformações de política social na área de saúde. Já em 2006, na primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006) considerava a Estratégia Saúde da Família como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situada no nível de Atenção Básica do sistema de saúde, voltadas à ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento, à organização do acesso ao sistema, à integralidade do atendimento, à conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes, e ao incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde (VERDI et al., 2016).

A ampliação da acessibilidade e qualidade da rede de serviços de atenção básica à saúde nos últimos anos configura-se como oportunidade para estimular e apoiar a inclusão das práticas de promoção da saúde nos processos de trabalho das equipes de saúde e o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (BRASIL, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno e grande problema de saúde pública, pois, além de ser muito frequente (10 a 20 % da população adulta é portadora de hipertensão arterial), ela é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio (PORTO, 2005).

As principais causas que levam ao descontrole da HAS é a falta de adesão ao tratamento, falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação por tratar uma doença assintomática e crônica, tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consulta, falta de contato com os faltosos, interferência na qualidade de vida após início do tratamento, hábitos e estilos de vida pouco saudáveis (SBC, 2007).

O município de Lavínia (SP) apresenta como principais causas de mortes: cardiopatia isquêmica, câncer, acidente, pneumonia e acidente vascular encefálico, Diabetes Mellitus e emergência hipertensiva, unidas a fatores de risco como obesidade, hipercolesterolemia, maus hábitos dietéticos e sedentarismo. Em 2018, as principais causas de internação em pacientes idosos foram Hipertensão, Diabetes Mellitus descompensada, cardiopatia isquêmica, pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crônica (SESSP/SIH-SUS). As queixas mais comuns que levaram a população a procurar o atendimento são hipertensão arterial e diabetes mellitus descontrolada, doenças respiratórias e gastrointestinais.

Na UBSF Arlindo Vidal, atualmente, há 287 pessoas com HAS, que representa uma prevalência de 18,63% na população. A equipe de saúde realiza acompanhamento dos pacientes hipertensos com consultas planejadas a cada 4 meses, troca de receita, realização de exames complementares uma vez por ano. A área de abrangência conta com espaços de lazer, um estádio municipal, clube da terceira idade para fazer atividades recreativas e exercícios aeróbicos, além de espaços para caminhadas. Entretanto, a experiência nos últimos anos nesta UBSF vem mostrando que, apesar dessas ações e das divulgações e campanhas de comunicação a respeito da hipertensão arterial e seus fatores de risco, as

peças portadoras dessa doença ainda apresentam sérias dificuldades no controle e demandas de urgência. Considera-se que tais dificuldades são decorrentes de questões culturais e sociais, como falta de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica, hábitos alimentares inadequados a não modificação do estilo de vida, que levam a não adesão ao tratamento, descompensação e complicações graves.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

### **OBJETIVO GERAL:**

Aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, considerando a estratificação de risco cardiovascular na UBSF Arlindo Vidal Leme, município de Lavínia (SP).

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- \* Oferecer um melhor conhecimento aos pacientes sobre a hipertensão como uma doença crônica.
- \* Conscientizar os pacientes sobre a importância de modificação de estilos de vida e tratamento regular, apesar de mostrarem-se assintomáticos.
- \* Qualificar o grupo de hipertensão e incorporar o maior número de pacientes hipertensos cadastrados ao grupo.

## **Método**

**Local:** UBSF Arlindo Vidal Leme, município de Lavínia (SP).

**População-alvo:** Pacientes maiores de 18 anos com Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhadas na UBSF.

**Participantes:** Enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médica.

### **Ações:**

- ♦ Captação de usuários. Para abordagem dos pacientes hipertensos, a proposta inicial é a realização do cadastramento e da estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos. O cadastramento será feito durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros. Será utilizada uma ficha de cadastro, com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura, IMC e circunferência abdominal), fatores de risco (idade, sexo, níveis de colesterol HDL, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo e DM), medicações em uso e comorbidades. Os dados de identificação e antropométricos serão preenchidos pela enfermeira, técnica de enfermagem e a agentes comunitários de saúde.
- ♦ Estratificação de risco. Será feita a estratificação de risco cardiovascular dos participantes, avaliando o cálculo do Escore de Framingham durante as consultas, com a classificação do risco de desenvolver um evento cardiovascular. A estratificação de risco cardiovascular possui 3 etapas: a primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios; a segunda etapa avalia idade, exames de colesterol, pressão arterial e tabagismo; a terceira etapa se estabelece uma pontuação e a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em 10 anos para homens e mulheres (BRASIL, 2013). Se o paciente apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo RCV. Se apresenta ao menos um fator alto RCV, também não é necessário calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será utilizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário. A equipe de saúde da família irá verificar e controlar o plano de cuidado. Os casos de maior complexidade serão discutidos individualmente nas reuniões de equipe e será elaborado plano de cuidado diferenciado. Os exames complementares serão solicitados durante as consultas médicas e de enfermagem. A agenda da ESF será organizada pela enfermeira e médica, destinando o tempo necessário às atividades do plano de cuidado. Juntamente, a técnica de enfermagem irá verificar e controlar o plano de cuidado dos pacientes. Para promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, será estabelecida uma agenda de ações prioritárias nos seguintes eixos: riscos cardiovasculares.; hábitos alimentares adequados e saudáveis; sedentarismo/prática de atividade física regular; obesidade/controle do peso corporal; orientações sobre

- \* modificação do estilo de vida; manejo da HAS; complicações; importância da adesão ao tratamento.
- \* Grupo de hipertensos. Será dada continuidade ao grupo de hipertensos com frequência quinzenal, com a realização de palestras informativas de forma geral e orientações sobre modificação do estilo de vida. O grupo contará com a participação dos diversos profissionais da saúde da equipe da ESF. As palestras ocorrerão preferencialmente no mesmo dia da semana, com periodicidade inicialmente quinzenal, com possibilidade de ser mensal para que seja possível a assistência de todos os usuários que estão participando da entrevista. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros com os grupos e durante as palestras para alcançar a conscientização de cada paciente sobre os cuidados da HAS.
- \* Exames laboratoriais. A investigação laboratorial básica indicada a todos os pacientes hipertensos compreenderá: análise de urina; potássio plasmático; creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular; glicemia de jejum; colesterol total e HDL; triglicérides plasmáticos; ácido úrico plasmático; eletrocardiograma convencional.

#### **Monitoramento e Avaliação:**

O acompanhamento dos pacientes se realizará segundo o grau de risco cardiovascular e os resultados serão discutidos em reunião de equipe, uma vez por semana.

- \* Se o grau for baixo será reavaliado em um ano, observando a modificação do estilo de vida para diminuir os riscos associados.
- \* Quando estiver no grau moderado o paciente será acompanhado de 6 em 6 meses para uma nova avaliação e modificação do estilo de vida.
- \* No risco alto o retorno será a cada três meses para reavaliação da adesão ao tratamento.

## **Resultados Esperados**

Com este projeto espera-se aumentar o conhecimento do paciente sobre a hipertensão, maior adesão ao tratamento, diminuição das complicações e do mal controle da doença. Além disso, realizar a estratificação de risco cardiovascular de 100% dos pacientes hipertensos da equipe e a elaboração de um plano de cuidados específico e de acordo com a condição de cada paciente. A partir das ações em grupo, espera-se incentivar os pacientes a modificarem os hábitos e estilos de vida pouco saudáveis, a aderirem ao tratamento, a seguirem o planejamento de consultas programadas, a realizarem os exames complementares e de diagnóstico, para que seja feito o encaminhamento oportuno a outras especialidades. Com isso, também espera-se prevenir o descontrole da doença e suas complicações.



## Referências

- ♦ BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica da doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- ♦ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- ♦ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- ♦ SESSP/ SIH-SUS Sistema de informações hospitalares do SUS.
- ♦ PORTO, C. C. et al. **Semiologia Médica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ♦ (SBC) Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Set. 2007.
- ♦ VERDI, Marta Inês Machado, et al. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica - Modalidade a Distância. **Saúde e sociedade** [Recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencobasica/files/2017/10-/Sa%C3%BAde-e-Sociedade-compressed.pdf>. Acesso em: 30 ago 2018.