



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

Tallys Bohns Blaas

Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
Sem Acompanhamento Regular na Unidade Básica de
Saúde (UBS) Navegantes em Pelotas-RS: um projeto
de intervenção

Florianópolis, Março de 2023

Tallys Bohns Blaas

Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Sem
Acompanhamento Regular na Unidade Básica de Saúde (UBS)
Navegantes em Pelotas-RS: um projeto de intervenção

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: Sabrina Blasius Faust
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Tallys Bohns Blaas

Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Sem
Acompanhamento Regular na Unidade Básica de Saúde (UBS)
Navegantes em Pelotas-RS: um projeto de intervenção

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

Sabrina Blasius Faust
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A UBS Navegantes possui 4 equipes de ESF. O trabalho será desenvolvido pela equipe 10 para sua população adscrita aproximada de 2400 pessoas. Está localizada na área central do bairro Navegantes de Pelotas/RS. A maioria das casas possui saneamento básico e a população possui baixa escolaridade. A maior parte dos trabalhadores são informais. A maioria dos agravos são HAS, DM2, Osteoartrose, ansiedade e depressão. O problema escolhido para intervenção é o de pacientes com HAS sem acompanhamento regular na UBS, devido à percepção pela equipe de que muitos pacientes com HAS não realizam controles periódicos, fazem uso irregular de medicações e não aderem ao tratamento não-farmacológico. O objetivo é Melhorar o controle de HAS nos pacientes atendidos pela equipe 10 da UBS Navegantes. **Metodologia:** No e-sus será emitido relatório de risco cardiovascular, mensalmente. Será realizada busca ativa de pacientes com últimas consultas há 12 meses ou mais. Será criado plano terapêutico para HAS individualizado, considerando como abordagem principal a MEV. O plano estrutural de MEV deverá ser criado por equipe multidisciplinar focando em dieta saudável e atividade física regular. O projeto será desenvolvido na própria sede da UBS Navegantes. **Resultados esperados:** Melhorar o conhecimento sobre a situação de HAS na referida equipe, ter um programa de MEV estabelecido, que possa contemplar outras doenças e extensivo à outras equipes de ESF e ter uma redução significativa no risco cardiovascular da população atendida.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Comportamentos Saudáveis, Estilo de Vida, Fatores de Risco, Hipertensão

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 UBS Navegantes possui 4 equipes de ESF, sendo que no momento possui 3 médicos. A equipe de ESF a ser considerada para o trabalho será a equipe 10 que possui 1 médico, 1 enfermeira, que no momento está afastada por conta da pandemia do COVID-19, não possui técnica de enfermagem no momento e tem 2 ACS para 06 áreas de abrangência com uma população aproximada de 2400 pessoas. Está localizada na área central do bairro Navegantes que fica relativamente próximo ao centro da cidade. No bairro, a maioria das casas possui saneamento básico e o esgoto deságua num canal aberto que percorre todo bairro sendo fonte de vetores de doenças como roedores e insetos. A população possui baixa escolaridade, mas a maioria das crianças está na escola. A maior parte dos trabalhadores são informais e trabalham no próprio município.

Não estão disponíveis dados epidemiológicos do bairro, apenas de toda cidade.

Segundo dados do Datasus (2015), a população total da área de abrangência da cidade de Pelotas é de 342865 habitantes, sendo a distribuição por faixa etária da população da seguinte forma: crianças: 0-9 anos 39973 (11,65%); adolescentes: 10-19 anos 50593 (14,75%); Adultos: 20-59 anos 192834 (56,24%) e idosos: >60 anos 59469 (17,34%). O número de nascidos vivos foi de 4428, gerando um coeficiente de natalidade de 12,91 $[(4428/342869) \times 1000]$. O número de mortos no período soma 3203, gerando um coeficiente de mortalidade geral da população de 9,34 por 1000 habitantes $[(3203/342869) \times 1000]$. Os dados de mortalidade por causas não estão disponíveis. A razão de mortalidade materna foi de 125 e o coeficiente de mortalidade infantil no município foi de 13,32 por 1000 habitantes $[(59 \text{ óbitos infantis}/4428 \text{ nascidos vivos}) \times 1000]$.

Os casos de HIV identificados na região foram 127. (Indicadores de Aids do Governo Federal)

A proporção de nascidos vivos com baixo peso foi de 10,7% [474 nascidos com peso 2499 kg / 4428 nascidos vivos).

O número captado de gestante para fazer a 1ª consulta de pré-natal na cidade de Pelotas em abril de 2017 foi 82. (dados do SISAB)

A equipe de trabalho não utiliza os dados epidemiológicos do município para tomada de decisões. Caso os dados da UBS estivessem disponíveis, os mesmos provavelmente seriam utilizados. Há interesse que se dispunha de tais dados locais e serão feitos os esforços necessários para disponibilizá-los.

A procura pela UBS é grande, a mesma funciona com ESF nos turnos manhã e tarde e sem ESF no turno da noite. Tem a vantagem de ter um serviço de pronto-atendimento ao lado (UBAI Navegantes).

As pessoas que procuram a ESF costumam ser as mesmas, não há muita variabilidade. Sendo a maioria formada por pacientes com doenças crônicas. As consultas deixarão ser

agendadas por uma solicitação da gerência da unidade e passarão a ser realizadas por demanda espontânea, exceto puericultura e pré-natal. Os usuários que trabalham durante o dia costumam consultar no turno da noite.

As queixas mais comuns são por dores diversas sendo a maioria na região lombar, insônia, mal estar geral, palpitações e realização de "check up".

A maioria dos agravos são HAS, DM2, Osteoartrose, ansiedade e depressão.

A partir do diagnóstico da realidade foi selecionado um dos problemas para ser trabalhado no projeto de intervenção. Dos três problemas elencados naquele momento, o que se mostra de maior importância no momento atual é o **número de pacientes com HAS sem acompanhamento regular na UBS**. Conforme a análise em equipe, destacou-se a percepção de que muitos pacientes com HAS não realizam controles periódicos, fazem uso irregular de medicações, não aderem ao tratamento não-farmacológico e consequentemente há um aumento na procura de unidades de pronto-atendimento por pacientes com condições agudizadas por HAS não controlada. Portanto, escolheu-se tal problema para intervir na adesão do paciente ao tratamento da HAS, devido a sua importância e magnitude, ser de fácil governabilidade, por estar relacionado com a atuação diária das equipes e ser de fácil percepção na comunidade, além de ser passível de intervenção da equipe.

No entanto, os outros problemas elencados naquele momento não deixaram de ter sua importância nos cuidados da saúde da população, mas considerando a situação atual de pandemia do coronavírus chegou-se a conclusão que seriam melhores trabalhados noutro momento.

A escolha do problema se justifica por ser de grande importância para a saúde da população, em especial aos portadores de HAS e seus familiares. Considero importante para mim, pois acredito na eficácia da medicina preventiva para a melhora do sistema de saúde como um todo. O projeto tem grandes possibilidades de ser realizado, sendo muito oportuno neste momento devido ao resultado de diversos estudos sobre a COVID-19 que mostram a HAS como importante fator de risco para piores desfechos da doença. Ademais, certamente intervenções que melhorem o controle de doenças crônicas como a HAS é de interesse da comunidade e da UBS Navegantes.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Melhorar o controle de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos pacientes atendidos pela equipe 10 de ESF da UBS Navegantes.

2.2 Objetivos específicos

1. Criar relatório periódico de controle de HAS na UBS Navegantes.
2. Criar programa de mudança de estilo de vida (MEV) para HAS na equipe 10 da UBS Navegantes.
3. Criar programa coletivo e individualizado para acompanhamento e tratamento de HAS para a equipe 10 da UBS Navegantes.
4. Conscientizar a população com HAS sobre os riscos do uso irregular de medicações.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial (HA) é a doença crônica mais prevalente em todo o mundo, afetando aproximadamente um terço da população adulta.(BRANDÃO et al., 2019) . A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2013).

Em 2016, a hipertensão arterial foi responsável por 10 milhões de morte em todo o mundo. Nos países de renda média e baixa, 31,5% dos adultos tem pressão alta, mas apenas 29% desses recebiam tratamento e 7,7% estavam controlados. (KONTIS et al., 2019) .

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2013).

No Brasil, HA 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). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) tem impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.(MALACHIAS et al., 2016).

A prevalência de hipertensão no Brasil parece ter diminuído 6% nas últimas três décadas, mas ainda é de aproximadamente 30%. Pesquisas nacionais por auto-relato por entrevistas telefônicas subestimam a prevalência real. As taxas de controle da pressão arterial diminuíram no mesmo período, correspondendo atualmente a apenas um quarto dos indivíduos com hipertensão. (PICON et al., 2012).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2013).

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão, é considerado hipertensão valores de PAS e pressão arterial diastólica (PAD) igual ou acima de 140 por 90 mmHg.Malachias et al. (2016) Os dados de baixo controle da hipertensão, aliados a outras observações decorrentes da prática dos profissionais da área da saúde, reforçam a hipótese de que o diagnóstico da hipertensão arterial é fácil, bem como a orientação do tratamento, mas, apesar da eficácia das medidas terapêuticas existentes, o controle não é uma tarefa fácil. O desafio da adesão ao tratamento é tarefa que exige o envolvimento e a participação dos

pacientes e dos profissionais da saúde. Para que se possa atingir e manter os níveis tensionais controlados, o doente frequentemente requer estímulo constante para as mudanças do estilo de vida e ajuste à medicação.

Os pacientes hipertensos devem ser observados em intervalos regulares, tendo como principal objetivo obter o controle dos níveis de pressão arterial, assim como a sua manutenção em longo prazo.(PINHO; PIERIN, 2013)

As principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS incluem as seguintes(BRASIL, 2013):

Controle de peso: O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial. Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência abdominal acima dos valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular. A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático.

Adoção de hábitos alimentares saudáveis: A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos.

Redução do consumo de bebidas alcoólicas: A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose). Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas.

Abandono do tabagismo: O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em

homens. Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. Abordagem ao indivíduo tabagista esta descrita no Manual de Prevenção das Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal.

Prática de atividade física regular: Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada. A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana). O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (p.ex. manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite). De forma prática, atividade física moderada é aquela que pode ser realizada mantendo-se conversação. Por exemplo, uma caminhada com o passo acelerado, com a percepção do aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sem impedir a possibilidade de diálogo com outra pessoa. Em outras palavras, a atividade não deve ser fatigante, pois aí ela deixaria de ser moderada e passaria a ser intensa. Para prática de atividades moderadas, não há necessidade da realização de avaliação cardiorrespiratória de esforço para indivíduos iniciarem um programa de atividade física. A avaliação médica e de esforço em indivíduos assintomáticos deve se restringir apenas a pacientes com escore de Framingham alto ou aqueles que desejem desenvolver programas de exercícios estruturados ou atividades desportivas que exijam níveis de atividade física de alta intensidade.

4 Metodologia

O público-alvo do projeto de intervenção serão os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) residentes nas áreas de abrangência da equipe de estratégia de saúde da família 10 da UBS Navegantes Pelotas.

No e-sus será emitido relatório de risco cardiovascular mensalmente para os pacientes das áreas de abrangência da equipe 10 da UBS Navegantes Pelotas, constando a data da última consulta médica. Será realizada busca ativa de pacientes com consultas com data da última consulta igual ou superior a 12 meses. Será criado plano terapêutico para HAS individualizado, agendamento de consultas de acordo com o nível pressórico de cada paciente e com metas acordadas com cada paciente, considerando como abordagem principal a Mudança do Estilo de Vida (MEV).

O relatório será gerado no sistema e-sus na aba Relatórios - Operacionais - Risco Cardiovascular, na 1ª semana de cada mês.

A busca ativa será realizada para pacientes com mais de 12 meses sem consulta na UBS ou que tenham faltado à consulta agendada, conforme plano terapêutico individualizado.

O plano estrutural de MEV deverá ser criado por equipe multidisciplinar focando em dieta saudável (p. ex: DASH, dieta do mediterrâneo) e atividade física regular, conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Hipertensão.

As metas pressóricas e de perda ponderal e redução do IMC serão definidas nas consultas médicas, acordadas com cada paciente, conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Hipertensão.

O projeto será desenvolvido na própria sede da Unidade Básica de Saúde (UBS) Navegantes na cidade de Pelotas/RS.

As ações serão realizadas mensalmente por um período de 6 meses para reavaliação. Caso apresente bons resultados será proposto a extensão do projeto às outras equipes da UBS Navegantes.

O plano de acompanhamento de pacientes com HAS será criado pelo médico e pela enfermeira da equipe de estratégia. Os mesmos serão os responsáveis pela avaliação do relatório mensal de Risco Cardiovascular. O plano estrutural da MEV será realizado em conjunto com equipe multidisciplinar de educação física e nutrição. As buscas ativas serão realizadas pelos ACS.

5 Resultados Esperados

Ao final do projeto espera-se melhorar o conhecimento sobre a situação de Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Navegantes, ter um programa de MEV estabelecido, que possa contemplar outras doenças e extensivo à outras equipes de Estratégia Saúde da Família e ter uma redução significativa no risco cardiovascular da população atendida pelo mesmo.

Referências

BRANDÃO, A. A. et al. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da sociedade brasileira de cardiologia – 2019: Hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, p. 812–816, 2019. Citado na página 13.

BRASIL, M. da Saúde do. *Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

KONTIS, V. et al. Three public health interventions could save 94 million lives in 25 years: Assessment analysis. *CIRCULATIONAHA*, p. 715–725, 2019. Citado na página 13.

MALACHIAS, M. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, v. 107, n. 3, p. 1–103, 2016. Citado na página 13.

PICON, R. V. et al. Trends in prevalence of hypertension in brazil: A systematic review with meta-analysis. *PLOS ONE*, v. 7, n. 10, p. 1–10, 2012. Citado na página 13.

PINHO, N. de A.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. *Arq Bras Cardiol*, p. 65–72, 2013. Citado na página 14.