

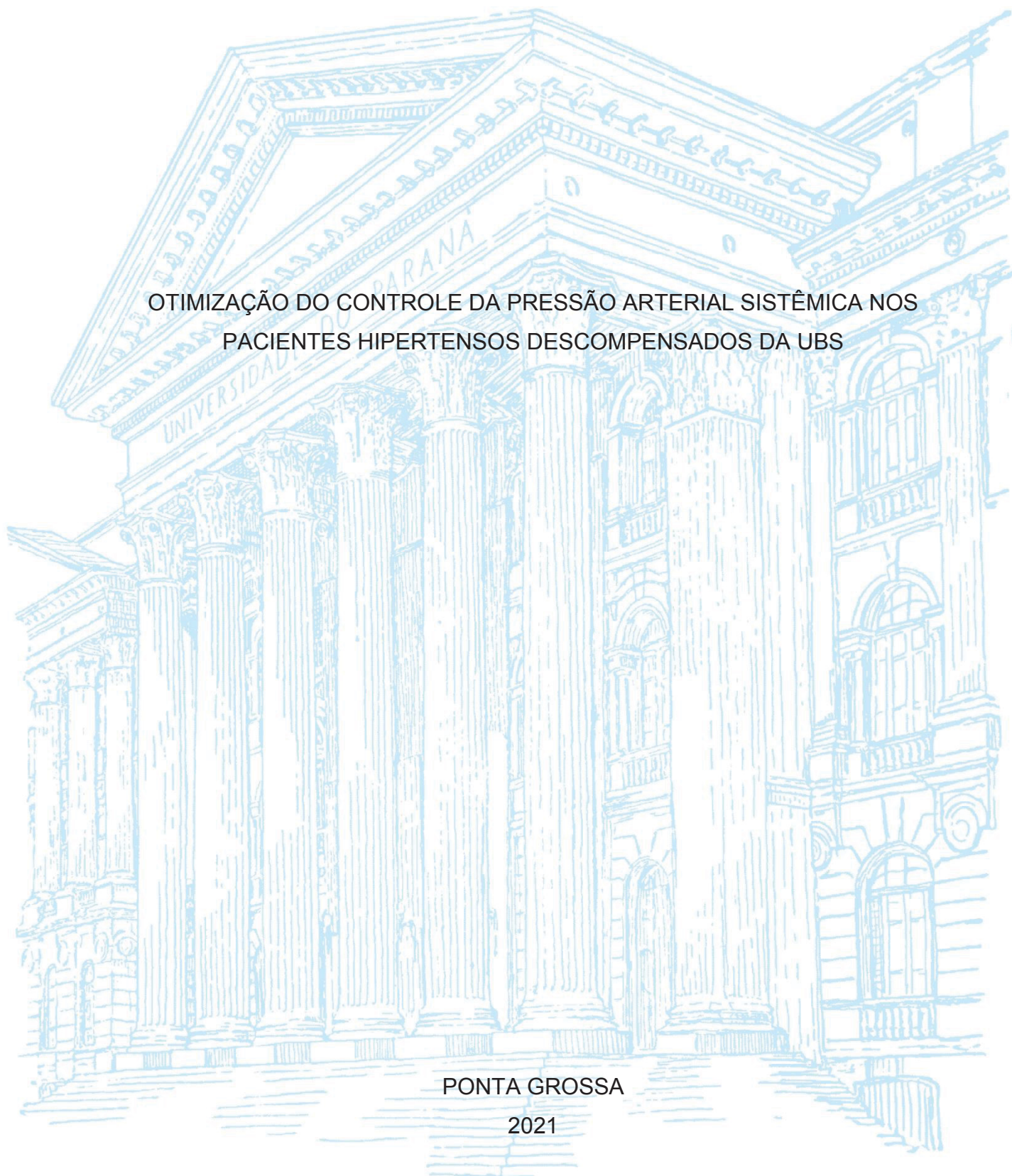
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MIRIAM CRISTINA CAMPOLINA CENACHI

OTIMIZAÇÃO DO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NOS
PACIENTES HIPERTENSOS DESCOMPENSADOS DA UBS

PONTA GROSSA

2021



MIRIAM CRISTINA CAMPOLINA CENACHI

OTIMIZAÇÃO DO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NOS
PACIENTES HIPERTENSOS DESCOMPENSADOS DA UBS

TCC apresentada ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Lenci Marques

PONTA GROSSA
2021

Dedico esta pesquisa aos meus pais e ao meu filho Daniel, meus maiores e melhores incentivadores na vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre guiar e iluminar meus passos e minhas decisões, me permitindo superar os obstáculos.

A minha família que sempre está ao meu lado e em especial ao meu filho, Daniel, que nunca me deixa desistir e é minha maior e melhor fonte de inspiração.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção para a equipe da Esfera de Saúde da Família da UBS Antônio Schwanzee, área 49, distrito de Ponta Grossa – PR, e é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Com o objetivo de tentar reduzir o número de pacientes hipertensos descompensados da área de abrangência. Foi utilizada a metodologia de pesquisa-ação. Após um período de levantamento de problemas mais frequentes na UBS e levando-se em consideração a urgência, capacidade de enfrentamento e realização de ações, foi selecionado o problema que seria abordado. Diante do número elevado de pacientes hipertensos descompensados e considerando que a Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos grandes problemas de saúde pública no país, além de ser responsável por desfechos graves como Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral que geram repercussões negativas para o indivíduo, seus familiares e a saúde pública foi criado um plano de ações com a intenção de intervir precocemente e melhorar o controle pressórico da população assistida. Estudos demonstram que vários fatores interferem para o controle ineficaz da pressão arterial, entre eles a não aderência aos tratamentos, tanto farmacológicos como não farmacológicos. Baseando nisto procurou-se estabelecer os principais problemas na comunidade assistida e encontrar alternativas para solucionar ou minimizar os mesmos, com a participação dos atores envolvidos (população, profissionais e gestores) visando melhorar a qualidade de vida dos envolvidos.

Palavras-chave: Hipertensão. Tratamento. Controle. Adesão. ESF.

ABSTRACT

This paper presents an intervention proposal for the Family Health Sphere team of the Antônio Schwanzee UBS, area 49, Ponta Grossa district - PR, and is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. In order to try to reduce the number of decompensated hypertensive patients in the coverage area. The action research methodology was used. After a period of survey of more frequent problems in the UBS and taking into consideration the urgency, coping capacity and actions, the problem that would be addressed was selected. Due to the high number of decompensated hypertensive patients and considering that Systemic Arterial Hypertension is one of the biggest public health problems in the country, besides being responsible for serious outcomes such as Acute Myocardial Infarction and Stroke that generate negative repercussions for the individual, their families and public health, an action plan was created with the intention of intervening early and improving the pressure control of the assisted population. Studies show that several factors interfere with the ineffective control of blood pressure, including non-adherence to both pharmacological and non-pharmacological treatments. Based on that, we tried to establish the main problems in the assisted community and find alternatives to solve or minimize them, with the participation of the people involved (population, professionals and managers) in order to improve the quality of life of those involved.

Keywords: Hypertension. Treatment. Control. Accession. ESF.

LISTA DE SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário da Saúde
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
AVE	-	Acidente Vascular Encefálico
CV	-	Cardiovascular
DCV	-	Doença Cardiovascular
DM	-	Diabetes Mellitus
ESF	-	Esfera de Saúde da Família
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	-	Insuficiência Cardíaca
IAM	-	Infarto Agudo do Miocárdio
IVAS	-	Infecção das Vias Aéreas Superiores
LOA	-	Lesões de órgãos alvo
PA	-	Pressão Arterial
PI	-	Plano de Intervenção
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	JUSTIFICATIVA	10
3	OBJETIVOS	11
3.1	OBJETIVO GERAL	11
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4	METODOLOGIA.....	12
4.1	FASES DA PESQUISA-AÇÃO.....	12
4.2	ELABORAÇÃO DA PROPOSTA	13
4.3	PLANO DE AÇÕES	13
4.4	PLANO DE INTERVENÇÃO	14
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6	MATERIAL E MÉTODOS.....	19
7	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	20
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde trabalho situa-se na cidade de Ponta Grossa, centro oriental do Paraná, na região de Santa Luzia, bairro Chapada; um bairro de periferia que dista cerca de 10 km do centro da cidade.

A área assistida por nós compreende 3548 usuários cadastrados, cerca de 867 famílias, sendo 1803 mulheres e 1745 homens; denominada área 49. Uma parte desta área é formada por um assentamento de famílias, com condições de infraestrutura bem precárias, ruas não asfaltadas, água não encanada e até uma pequena parte com esgoto a céu aberto, além de barracos de madeira, com mínima ou nenhuma condição básica de higiene, expondo crianças e idosos (mais vulneráveis) a doenças evitáveis, como diarreia, desidratação, parasitoses intestinais, pneumonias, hepatites, entre outros. No mais as ruas são asfaltadas, as casas de alvenaria, rede de esgoto e energia elétrica, água tratada e encanada.

A procura pelo serviço de saúde é bastante intensa, fora do período da pandemia sempre há filas na entrada da UBS, mesmo havendo a marcação eletiva de consultas. Muitos usuários se dirigem por queixas agudas. As principais doenças/agravos que levam os pacientes a nossa UBS, em ordem crescente, são:

- a) Infecção de Vias Aéreas Superiores (IVAS);
- b) Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS;
- c) Doenças psiquiátricas (depressão, ansiedade, síndrome do pânico);
- d) Diabetes Mellitus – DM tipo 1 e tipo 2;
- e) Lombalgia.

Desta forma as principais queixas são: cefaleia, coriza, tosse, odinofagia, febre, mal-estar geral, otalgia, congestão nasal, dispneia, cansaço, tristeza, angústia, choro fácil, ansiedade, dor lombar, entre outras.

A partir do exposto nota-se que as doenças crônicas, principalmente HAS e DM tipo 2, estão muito presentes no dia-a-dia da UBS, e que a maioria dos pacientes não estão bem controlados o que gera grande preocupação devido ao fato de serem doenças insidiosas e silenciosas e quando geram sintomas já estão avançadas.

Desta forma as principais consequências são: aumento do número de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) e Infartos Agudos do Miocárdio (IAMs); alterações visuais, renais e motoras, aumento de idas as UPAS e aumento de internações por complicações decorrentes das mesmas, alto custo para saúde

pública, sequelas neurológicas e motoras que levam o paciente a se tornar improdutivo e acamado, entre outras.

Sendo assim temos um elevado número de pacientes com doenças crônicas que fazem acompanhamento na UBS, dos 3548 usuários, temos 1098 pacientes crônicos, que corresponde a 30,95% do total de cadastrados. Destes, 803 são hipertensos, sendo a maioria descompensada, existe uma uniformidade quanto ao sexo cerca de 51% do sexo masculino, e mais de 90% acima dos 45 anos de idade.

2 JUSTIFICATIVA

Elaborar um plano de intervenção para esta parcela de pacientes, os hipertensos, seria de grande interesse e valor não só para nós agentes e promotores da saúde, como para o Município e principalmente para os próprios pacientes, uma vez que além do número elevado, estas pessoas estão expostas, como foi dito, a desfechos graves, mas totalmente evitáveis se estiverem bem controlados. As sequelas de um IAM e um AVC muitas vezes geram grandes transtornos para a família, para o paciente (que passa a ter limitações que o tornam mais dependente, muitas vezes impossibilitado de trabalhar, e até uma dependência total, conforme intensidade dos eventos) e até para o governo porque são indivíduos que deixam de ser produtivos, necessitam de maior assistência em atenção secundária e até terciária, onerando mais o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso percebemos que um paciente hipertenso descompensado pode gerar repercussões para toda sociedade, e uma vez descompensados inicia-se uma cascata de eventos que comprometerá o próprio indivíduo, sua família, o SUS, e até mesmo a economia do País se pensarmos a longo prazo. Além disto, mesmo diante da pandemia da COVID 19, sabemos que estes pacientes se encaixam no grupo de risco, mais um benefício para um plano de intervenção.

Diante deste panorama apresentado o tema controle de HAS nos pacientes descompensados da UBS também tem grande importância pessoal uma vez que um dos objetivos maiores da profissão, além de salvar vidas, é promover saúde e evitar sofrimento o que vai de encontro a estabilizar tais pacientes permitindo uma melhora da qualidade e expectativa de vida desta parcela da população.

Mesmo na vigência desta pandemia, existem todas as possibilidades para realização de tal intervenção, porque tais pacientes estão no grupo de risco da COVID 19, permitindo que todas as ações que forem elaboradas possam contribuir e muito neste momento.

Além de levarmos em consideração o interesse da comunidade e da UBS, uma vez que os hipertensos descompensados equivalem a 30,95% dos pacientes cadastrados.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Controlar os níveis de pressão arterial dos pacientes hipertensos descompensados, se aproximando ao máximo dos níveis tidos como normais; prevenindo desfechos graves e até mesmo fatais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar a frequência de consultas para controle destes pacientes;
- Ofertar orientações sobre a gravidade destas patologias;
- Incentivar melhoria da qualidade da alimentação;
- Abordar a cessação do tabagismo;
- Estimular a prática de atividade física;
- Ajudar os polimedicados a criar alternativas que facilitem a tomada das medicações.

Com todo o exposto percebemos o quanto o tema é importante e que os objetivos podem ser alcançados desde que seja estabelecido todo o plano de ações para cada objetivo específico. É viável e mensurável dentro da rotina de uma UBS.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada será a pesquisa-ação. Segundo Thiollent (2005) define-se pesquisa-ação como: “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação (ou mais ações) ou com a resolução de um problema coletivo, e onde pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

4.1 FASES DA PESQUISA-AÇÃO

Ainda segundo Thiollent (2005) a pesquisa-ação é composta de várias etapas: exploratória, tema de pesquisa, colocação de problema, lugar da teoria, hipótese, elaboração da proposta. Desta forma temos:

- **EXPLORATÓRIA:** número elevado de pacientes crônicos (hipertensos e diabéticos) descompensados na área assistida; descrita na introdução.
- **TEMA DE PESQUISA:** pacientes hipertensos descompensados. Tema escolhido devido ao elevado número destes pacientes na UBS e pelo fato de ser uma situação possível de controle, conforme exposto na justificativa.
- **COLOCAÇÃO DO PROBLEMA:** o elevado número de pacientes hipertensos descompensados da comunidade aumenta o risco de desfechos graves (Infartos, AVCs) e até mesmo fatais, acarretando também o aumento do número de pacientes acamados e dependentes de terceiros e que necessitam de cuidados especiais além de estarem mais predispostos a agravos como: pneumonias (aspiração), escaras, atrofia musculatura, depressão, caquexia, entre outros. O melhor controle dos mesmos poderá melhorar a qualidade de vida destes pacientes? Inibirá ou reduzirá a ocorrência destes desfechos graves?
- **LUGAR DA TEORIA:** revisão de literatura desenvolvida ao longo da pesquisa.
- **HIPÓTESE:** controle adequado dos pacientes hipertensos leva a redução de desfechos graves como IAM e AVCs, em processo de avaliação.
- **ELABORAÇÃO DA PROPOSTA:** esta etapa busca soluções, define diretrizes, acompanha, avalia ações, divulga resultados; conforme será descrito mais adiante.

4.2 ELABORAÇÃO DA PROPOSTA

Para elaboração da proposta foi realizado o levantamento da tipologia do problema (TEIXEIRA, 1998) escolhido; sendo o mesmo de natureza atual que necessita de solução imediata; terminal porque se refere às necessidades e às demandas da população, de controle total uma vez que depende apenas dos atores envolvidos no planejamento e estruturado por possuir soluções consensuais.

A partir de todo exposto e dentro do tema escolhido foi elaborado um plano de ações visando os objetivos estabelecidos.

4.3 PLANO DE AÇÕES

Problema: hipertensão descompensada

Situação inicial: número elevado de pacientes hipertensos sem controle adequado

Objetivo: controlar os níveis de pressão arterial dos pacientes hipertensos descompensados, prevenindo desfechos graves e até mesmo fatais.

QUADRO 1 – PLANO DE AÇÕES

Ação	Descrição da ação	Responsável/ apoio	Prazo
Conscientização da população sobre a importância do controle adequado	Criar grupos de discussão para tirar dúvidas e abordar as consequências do mal controle	Médico Enfermeiro	3 meses
Treinamento da equipe da UBS quanto a orientações nutricionais para o paciente	Promover treinamento para todos da equipe quanto as restrições alimentares dos hipertensos	Médico Enfermeiro ACS	3 meses
Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento	Resgatar os pacientes que abandonaram o tratamento e/ou acompanhamento na UBS	ACS Administrativo	Contínuo
Facilitar acesso dos pacientes descompensados as consultas eletivas	Capacitar a equipe a captar os pacientes que tem maior demanda e/ou facilidade de abandono do tratamento	Médico Enfermeiro Auxiliar ACS	Contínuo
Incentivo a prática de atividade física	Estimular os pacientes a praticar exercícios e buscar apoio para academias do bairro	Toda UBS Comunidade	1 ano

FONTE: O autor (2020).

A partir do exposto cada ação proposta terá um momento de realização que vai depender da disponibilidade de pessoal, local para realização das atividades, limitações devido a pandemia da Covid-19 e também do apoio, no caso da última

ação, incentivo a prática de atividade física, de outros profissionais que estejam dispostos a contribuir com a comunidade de forma altruísta (um exemplo seriam acadêmicos terminando o curso de Educação Física).

A finalidade desta proposta é alcançar uma parcela maior de pacientes hipertensos e estabilizá-los e com isto contribuir para melhora da qualidade de vida dos mesmos. Como indicador será usado o levantamento feito pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) do número de pacientes hipertensos assistidos, e dentre eles os que realizaram pelo menos 3 consultas no último ano e estão em uso da medicação prescrita.

4.4 PLANO DE INTERVENÇÃO

QUADRO 2 – PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo / amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Conscientizar os pacientes sobre a hipertensão e as consequências do mau controle	Roda de conversa	1 hora	Médicos	Pacientes hipertensos da comunidade	Trimestral	Flyer	UBS, Centro Comunitário
			Enfermeiros				
			ACS				
Treinar equipe da UBS para orientações nutricionais relacionadas a HAS	Palestra	1 hora	Médicos	Equipe da UBS	Semestral	Slides	UBS
			Enfermeiros				
			ACS				
			Técnicos de enfermagem				
Incentivar a cessação do tabagismo	Palestra	1 hora	Médicos	Tabagistas	Mensal	Flyer	UBS, Centro Comunitário
			Enfermeiros				
			ACS				
			Técnicos de enfermagem				

FONTE: O autor (2020).

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) $>$ ou $=$ 140 e/ou 90 mmHg. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016).

No Brasil, conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia e Hipertensão Arterial Sistêmica (2010), a 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). Junto com Diabetes Mellitus (DM), suas complicações (cardíacas, renais e AVC) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de Doença Cardiovascular (DCV), a principal causa de morte no país.

A cidade de Ponta Grossa, no Paraná, com uma população estimada de 317.339 habitantes (DATASUS, censo 2012), possuía 16.404 hipertensos cadastrados, com uma prevalência de 5,2 novos casos/100 habitantes (SIAB/DATASUS/2012).

Além disso até 18/09/2019, de acordo com MS/DAASUS PR, a principal causa de mortalidade no município era a Doença Cardiovascular. A HAS é um fator de risco isolado para as doenças cardiovasculares, as quais são a maior causa de morte em vários países ocidentais, inclusive o Brasil (COELHO et al.; 2005)

Já a área de abrangência da UBS onde foi realizada a pesquisa-ação possui 3548 cadastrados, dos quais 803 são sabidamente hipertensos, equivalente a 22,63% desta população assistida, conforme levantamento na própria unidade, e sabidamente mais de 70% desta parcela não está bem controlada

Entre os fatores de risco para HAS temos: idade (aumento da prevalência com o envelhecimento), sexo e etnia (maior entre as mulheres e raça negra, ambos em torno de 24,2%), sobrepeso e obesidade, ingestão excessiva de sal (máximo recomendado 2g/dia, sendo a média consumida de 4,7g/dia), consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas (a partir de 30-40g álcool/dia para mulheres e 31g álcool dia para homens), sedentarismo, fatores socioeconômicos (adultos com menor nível

de escolaridade, sem instrução ou fundamental incompleto apresentam maior prevalência de HAS autorreferida). (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E HIPERTENSÃO, 2016)

Sendo assim utiliza-se como parâmetro a classificação da pressão arterial conforme a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (TABELA 1).

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA INDIVÍDUOS ACIMA DE 18 ANOS

Classificação	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	>=180	>=110
Hipertensão sistólica isolada	>=140	<90

FONTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010

Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo (TABELA 2). (MINISTÉRIO SAÚDE, 2006).

TABELA 2 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO PACIENTE HIPERTENSO DE ACORDO COM FATORES DE RISCO ADICIONAIS, PRESENÇA DE LESÃO EM ÓRGÃO-ALVO E DE DOENÇA CARDIOVASCULAR OU RENAL

Fator risco	PA limítrofe	HAS estágio 1	HAS estágio 2	HAS estágio 3
Sem fator de risco	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1-2 fatores risco	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
>= 3 fatores risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
Presença de LOA, DCV, DM ou DRC	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

LEGENDA: HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes mellitus; LOA: lesão em órgão-alvo.

FONTE: ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016; 107(3Supl.3):1-83

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial, a fim de reduzir a PA, proteger LOA, prevenir desfechos CV e renais: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo. Por outro lado, resultados de estudos clínicos controlados e randomizados com uso de fármacos anti-hipertensivos placebo controlados em hipertensos demonstraram claramente redução significativa de mortalidade CV, AVE, infarto do miocárdio e IC. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E HIPERTENSÃO, 2016).

No dia-a-dia de uma UBS, a realidade transparece de uma forma bem peculiar, uma grande parcela dos pacientes hipertensos se encontram descompensados. Não é diferente na UBS Antônio Schwanzze, Ponta Grossa/PR, onde foi realizada esta pesquisa-ação e confirmado que cerca de 70% dos pacientes hipertensos cadastrados da área 49, cerca de 564 pacientes, estão descompensados.

Vários fatores estão envolvidos na dificuldade de adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo e baseando-se nisto Manfroi e Oliveira (2006) realizaram uma pesquisa qualitativa em Porto Alegre/RS e os resultados apresentados refletem bem a realidade das UBS (QUADRO 4).

QUADRO 3 - QUESTÕES QUE DIFICULTAM A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO

Fase inicial assintomática
Falta de medicamento gratuito na unidade de saúde, em algumas instâncias
Alguns pacientes ficam “escravos” dos horários da tomada de medicamentos, o que dificulta sua rotina diária
Uso de medicação somente quando pensam que a PA está elevada (relacionam o aumento dos sintomas que creem ser ligados à HAS como cefaleia, náuseas, ou quando “ficam nervosos”
Impressão de cura com o conseqüente abandono dos fármacos, quando, na realidade, a pressão está controlada
Desgosto de tomar remédios continuamente, de ser “dependentes” deles
Sintomas adversos dos fármacos como tosse e disfunção erétil
Dieta hipossódica é difícil de ser seguida, principalmente pelo fato dos familiares terem de se habituar a ela
Necessidade de consultas médicas mensais para fornecimento de prescrições para a retirada do medicamento na unidade de saúde

FONTE: MANFROI; OLIVEIRA, 2006

Além de todos estes fatores citados, com certeza existem outros que dificultam a adesão e eficácia do tratamento, como uso de substâncias exógenas e drogas ilícitas que interferem na absorção e metabolização dos medicamentos, hipertensão secundária, e conseqüentemente aumentam os riscos dos desfechos negativos.

Existe todo um trabalho que deve ser executado quando um paciente é diagnosticado como hipertenso. Prescrever medicações, talvez seja a parte mais simples; incentivar a adesão, descobrir os fatores limitantes que dificultam o tratamento, individualizar a escuta e as condutas de acordo com a realidade de cada um tudo isto faz parte da obtenção do sucesso terapêutico.

Além disto se faz necessário integrar o paciente à unidade de saúde e às atividades propostas pela mesma (GILSOGAMO et al., 2008). Manfroi e Oliveira (2006) propõe não somente educar o paciente, mas iniciar uma abordagem terapêutica que inclua uma negociação sobre tratamento e o seu seguimento partindo das concepções que o paciente tem a respeito de sua doença.

6 MATERIAL E MÉTODOS

Segundo a UFSC (2016, p.23) plano de intervenção (PI) é uma proposta de ação feita pelo profissional para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, no âmbito da clínica ou da organização dos serviços, com ênfase nos ciclos de vida, buscando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção básica. Segue quadro com o plano de intervenção proposto nesta pesquisa-ação.

QUADRO 4 – PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo / amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Conscientizar os pacientes sobre a hipertensão e as consequências do mau controle	Roda de conversa	1 hora	Médicos	Pacientes hipertensos da comunidade	Trimestral	Flyer	UBS, Centro Comunitário
			Enfermeiros				
			ACS				
Treinar equipe da UBS para orientações nutricionais relacionadas a HAS	Palestra	1 hora	Médicos	Equipe da UBS	Semestral	Slides	UBS
			Enfermeiros				
			ACS				
			Técnicos de enfermagem				
Incentivar a cessação do tabagismo	Palestra	1 hora	Médicos	Tabagistas	Mensal	Flyer	UBS, Centro Comunitário
			Enfermeiros				
			ACS				
			Técnicos de enfermagem				

FONTE: O autor (2020).

7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Todas as atividades propostas no plano de intervenção foram iniciadas e estão ocorrendo dentro das limitações impostas pela pandemia da COVID-19, sendo assim organizamos as palestras e rodas de conversa no pátio lateral a UBS, um espaço ao ar livre, com as cadeiras dispostas a 2 metros de distanciamento, uso obrigatório de máscaras, não excedendo 6 participantes e todos assintomáticos. Como o público alvo precisou ser reduzido, as palestras têm ocorrido mais amiúde para que toda população alvo tenha acesso as informações prestadas, e a duração não tem excedido 1 hora. Uma vez que os eventos ocorrem ao ar livre estamos utilizando os flyers e cartazes como REAs, pois não temos energia elétrica para outros dispositivos.

Além dos tópicos apresentados no quadro 3, no plano de intervenção proposto, foi realizada busca ativa, pelas ACS, dos pacientes hipertensos cadastrados na UBS que estavam há mais de 3 meses sem realizar uma consulta para controle e também foi aberto na agenda diária de atendimentos 2 horários destinados a facilitar a marcação dos retornos destes pacientes para que os mesmos não percam a sequência do controle.

A intenção é que todos os itens propostos sejam realizados sem prazo de finalização, pois sempre novos pacientes hipertensos chegam a nossa área, além dos recém-diagnosticados. Infelizmente com a pandemia da COVID-19 o processo tem sido mais lento; mas já começamos a notar alguns resultados positivos.

Dos 803 pacientes sabidamente hipertensos cadastrados em nossa área, no início da pesquisa-ação, pelo menos 562 estavam descompensados (cerca de 70%), por motivos vários como: abandono do tratamento, falta de acompanhamento médico, necessidade de reajuste de dosagem das medicações ou introdução de novos agentes, entre outros.

Com a busca ativa e a facilitação de acesso destes pacientes a UBS, já conseguimos dos 562 descompensados, estabilizar 236 (cerca de 40%). Além disso estamos incentivando a cessação do tabagismo, um processo lento e difícil, mas dos 98 tabagistas, 40 deles já estão no processo e tratamento medicamentoso, quando necessário para eliminar o cigarro. Dentre os medicamentos que utilizamos para conseguir estabilizar os pacientes, a maior parte é encontrada na rede SUS, de forma gratuita e são eles: losartana 50 mg, atenolol 50 mg, hidroclorotiazida 25 mg,

anlodipino 5 mg, furosemida 40 mg. Lembrando que mais de 60% dos pacientes precisaram da combinação de pelo menos 3 fármacos em suas doses máximas.

A repercussão sobre eventos secundários como os AVCs, IAMs, número de internações e idas ao serviço de urgência só poderão ser analisados a longo prazo, uma vez que estabilização dos níveis pressóricos é gradativa. Entretanto, os resultados de estudos clínicos controlados e randomizados com uso de fármacos anti-hipertensivos placebo controlados em hipertensos demonstraram claramente redução significativa de mortalidade cardiovascular (CV), acidente vascular encefálico (AVE), infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA E HIPERTENSÃO, 2016), desta forma, existe uma grande possibilidade de estes números também se reduzirem em nossa área.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto e levando-se em consideração que o objetivo principal desta pesquisa-ação era controlar os níveis pressóricos dos pacientes descompensados da UBS visando diminuir os eventos secundários decorrentes do mau controle da pressão arterial percebemos que parte do objetivo foi alcançado com o controle de 40% do total de descompensados, lembrando que este número tende a aumentar gradativamente uma vez que as ações implementadas serão permanentes.

Além do controle pressórico devemos considerar também os tabagistas e sedentários que estão sendo orientados e acompanhados, além de a longo prazo diminuirmos os eventos secundários tão temidos como IAM e AVC.

Todo o processo tem contribuído de forma ampla uma vez que utilizamos os recursos e medicamentos disponíveis sem onerar o sistema. Para a comunidade o esclarecimento e a facilitação das consultas propiciando um melhor acompanhamento dos pacientes, para a equipe uma melhor organização facilitando o trabalho de todos, para o Município e gestores isto levará a uma redução gradativa de utilização da atenção secundária, uso dos serviços de urgência, internações, inclusive em UTIs, e conseqüentemente menos pacientes sequelados permanentes que necessitam de apoio do INSS para sobreviver.

Dentre as limitações encontradas ainda contamos com um leque pequeno de opções terapêuticas, embora consigamos controlar uma parcela razoável da população, se tivéssemos mais opções com medicamentos mais modernos talvez conseguiríamos melhores resultados num período mais curto e com menos associações. Muitos pacientes ainda são muito resistentes às mudanças do estilo de vida apesar de todas as orientações e incentivos. Temos dificuldade com os REAs, muitas vezes os gestores não disponibilizam o essencial como confecção dos flyers, disponibilização de dispositivos para utilização do power point, entre outros.

Mas mesmo diante das dificuldades, o empenho da equipe e dedicação dos profissionais têm e continuarão contribuindo para alcançarmos um número cada vez maior de pacientes descompensados melhorando o controle dos níveis pressóricos e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida e reduzindo os desfechos negativos e até mesmo fatais.

REFERÊNCIAS

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. 2016; v107(3 Suppl):23-25

COELHO, E. B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Ribeirão Preto, v.85, n.3, p. 157-161, 2005.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acesso em: 16 out. 2020.

GILSOGAMO, C. A. et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e ao Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v4, n.15, p.179-188, 2008.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. de. Dificuldades de adesão a tratamento da hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.2, n.7, p.165-176, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n.15; Hipertensão Arterial Sistêmica, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. [VI Brazilian Guidelines on Hypertension]. **Arq Bras Cardiol**. 2010;95(1 Suppl):1-51. Erratum in: **Arq Bras Cardiol**. 2010;95(4):553.

TEIXEIRA, C. F. (org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 161.

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-ação. 14. Ed. São Paulo, SP: Editora Cortez, 2005.