



## **ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Controlando a Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia Saúde da Família  
Jardim Saltense**

**Nome: Priscila Suemi Pereira Nakashima**

Orientadora: Paula Fernandes Chadi

**São Paulo/SP**

**2015**

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	3
1.1. Identificação e apresentação do problema .....	3
1.2. Justificativa .....	3
2. Objetivos .....	5
2.1 Objetivo geral .....	5
2.2 Objetivos específicos .....	5
3. Metodologia .....	6
3.1. Cenário da intervenção .....	6
3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção .....	6
3.3. Estratégias e ações .....	6
3.4. Avaliação e monitoramento .....	8
4. Resultados Esperados .....	10
5. Cronograma .....	11
6. Referências .....	12
7. Anexo 1 – Cartão de Controle da Pressão Arterial.....	13

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Identificação e apresentação do problema

A Clínica Salto Saúde Jardim Saltense é uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mista, onde atuam médicos especialistas e generalistas. A Estratégia Saúde da Família (ESF) está sendo implantada há poucos meses para uma determinada microárea que abrange este território. Cerca de 7500 pessoas estão cadastradas nesta unidade, porém com o início da ESF estão realizando o recadastramento das famílias inseridas nas microáreas estabelecidas para duas equipes, a Equipe Azul e a Equipe Pink. Até o momento foram cadastradas na Equipe Pink 798 pessoas, sendo identificadas 218 hipertensos, aproximadamente 27% dos pacientes, quantidade expressiva, constatando o que já se via dentro da UBS: Há uma alta porcentagem de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a grande maioria encontra-se em níveis pressóricos inadequados ou em fase de controle. Visto isso, é necessário ter como objetivo a melhora desta situação, sabendo que a HAS é responsável por complicações importantes e irreversíveis como o Acidente Vascular Encefálico (AVE)<sup>1</sup>.

Várias dificuldades são encontradas ao lidar com a população dentro de uma unidade de saúde, como problemas sociais, ambientais, psicológicos e de fato as doenças crônicas, as quais correspondem pela maioria dos atendimentos realizados, exigindo uma atenção maior pelos atuantes na área de saúde. Na ESF Jardim Saltense, os pacientes hipertensos em geral não realizam a terapia anti-hipertensiva de forma correta, sendo os maiores problemas o abandono do tratamento, a medicação irregular ou insuficiente, o sedentarismo e a obesidade.

### 1.2 Justificativa

Através de um estudo encontramos a prevalência da HAS no Brasil de 28,5%, correspondendo a 33,6 milhões de indivíduos hipertensos no ano de 2005.<sup>2</sup> No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 pessoas (pressão arterial (PA) < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%).<sup>3</sup> Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC)<sup>4</sup>. Em nosso país, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal

causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório<sup>5</sup> e foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS<sup>1</sup>. Com estes dados alarmantes podemos concluir que a HAS e as DCV são extremamente relevantes no setor da saúde, devendo a equipe trabalhar em conjunto com o paciente na tentativa de diminuir estas internações e óbitos.

Sabendo que o tratamento anti-hipertensivo está associado a uma redução de 35% a 44% na incidência de AVE<sup>6</sup> verifica-se a necessidade de acompanhar atentamente os hipertensos, para que alcancem o objetivo de redução da PA, ou seja, mantenham os níveis pressóricos adequados para cada situação, como os portadores de diabetes mellitus (DM), onde a meta é 130x80 mmHg<sup>7</sup>.

A equipe da ESF Jardim Saltense tem constatado que, ao longo de seu cadastramento e atendimento dentro da unidade, muitos pacientes acreditam que ir as consultas apenas é o suficiente para tratar adequadamente a HAS. Por este motivo, quando é realizado o acompanhamento de uma pessoa hipertensa dentro da ESF, além de informações básicas sobre a doença e otimização de dose de anti-hipertensivos se necessária, a conscientização da responsabilidade do paciente pelo seu tratamento, não dependendo somente do médico e de sua equipe. Para que isso ocorra, é essencial orientá-lo a tomar as medicações no horário indicado e aferir a pressão arterial regularmente na UBS, em casa (caso possua o esfigmomanômetro digital) ou em farmácias que ofereçam este serviço.

A dieta hipossódica, os exercícios físicos regulares, a perda de peso, entre outras medidas correspondentes as mudanças do estilo de vida (MEV) alcançam resultados muito eficazes para a redução e controle da HAS, ressaltando a toda consulta de sua importância e eficácia na terapia não medicamentosa anti-hipertensiva<sup>1</sup>.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo geral

Controlar efetivamente a HAS dos pacientes da ESF Jardim Saltense.

### 2.2. Objetivos específicos

- Realizar controle pressórico efetivo;
- Visitas domiciliares;
- Consultas seriadas;
- Reuniões de grupo de hipertensos quinzenais;
- Preenchimento regular do cartão de controle de PA;
- Após estabilização do alvo, consultas semestrais para verificar se o tratamento está adequado;
- Reuniões regulares com a equipe para discussão dos casos.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Cenário da intervenção

Bairro Jardim Saltense na cidade de Salto - SP

#### 3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

População portadora de HAS correspondente a área da ESF Jardim Saltense

#### 3.3. Estratégias e ações

A Clínica Salto Saúde Jardim Saltense é uma unidade mista, onde a ESF foi implantada há poucos meses. Uma porcentagem da área que abrange esta unidade foi dividida em 2 equipes de ESF, a Equipe Azul e a Equipe Pink. Está sendo feito o recadastramento das famílias incluídas nestas microáreas de ESF e o projeto de intervenção irá acolher a população da ESF portadora de HAS. Até o momento foram cadastradas na Equipe Pink 798 pessoas, sendo identificadas 218 hipertensos, aproximadamente 27% dos pacientes, quantidade expressiva.

A primeira fase do projeto será após o cadastramento completo da população incluída na área da equipe, identificando as características da população, quantos indivíduos no total são hipertensos, quais medicações fazem uso e qual a dificuldade que enfrentam ao fazer o tratamento para HAS. Assim encontramos os problemas para controlá-la e como trabalharemos com a população.

A segunda fase segue a partir deste momento. O hipertenso da unidade receberá um cartão (Anexo 1), onde será anotada cada nível pressórico realizado. Entregaremos a ele uma responsabilidade, afinal aferir a PA regularmente será seu dever e então, ele mesmo constatará se há controle ou não da HAS através do preenchimento do cartão. A cada consulta, reunião de grupo ou encontro com a equipe, este cartão será apresentado para verificar se os valores estão dentro do objetivo traçado, acrescentando o valor aferido da PA no cartão, naquele momento. No caso de ser a primeira vez de um paciente hipertenso na UBS ou, se em uma consulta de rotina diagnosticarmos a HAS, além das primeiras orientações quanto a doença, como a importância da MEV, como esta comorbidade ocorre, o que pode ser feito para melhorar os níveis pressóricos, qual seu objetivo no tratamento, como

tomar a medicação corretamente (caso ela seja necessária), seus efeitos colaterais, etc, o hipertenso receberá este cartão de controle da PA.

Nas consultas, deve-se aferir a PA sempre de forma correta, seguindo a semiologia adequadamente e verificar os fatores que podem influenciar em sua alteração, como o nervosismo, ter fumado nos últimos 30 minutos, bexiga cheia, etc.<sup>8</sup>, fatores que podem levar a mudança ou aumento da terapia medicamentosa de forma equivocada.

A terceira fase consiste no acompanhamento do paciente com a equipe. Os hipertensos que podem ser atendidos na unidade, realizarão consultas semestralmente quando a HAS está estável e mensalmente quando em fase de controle, tentando alcançar o objetivo pressórico no menor tempo possível, para reduzirmos a chance de desenvolver complicações<sup>4, 5, 6</sup>.

O paciente não é somente responsável por fazer as medicações de forma correta, suas atitudes interferem no tratamento, sabendo que ele deve lutar contra estas complicações buscando a estabilidade da doença. A MEV precisa ser reforçada a cada encontro, de forma contínua e insistente, devido ao grande impacto nos fatores de risco do desenvolvimento e agravamento da HAS<sup>9</sup>. Dieta hipossódica, cessar tabagismo, exercícios físicos e perda de peso são essenciais, essa última principalmente tem alta eficácia na redução dos níveis pressóricos, com redução de 5 a 20mmHg da PAS para cada 10kg de peso reduzidos<sup>1</sup>. Em um estudo com seguimento médio de 14 anos comprovou que manter o IMC abaixo de 25 kg/m<sup>2</sup> preveniu em 40% o desenvolvimento de HAS em mulheres<sup>10</sup>.

É necessário que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acompanhem mais atentamente o tratamento anti-hipertensivo realizado pelos pacientes mais graves, os debilitados como acamados ou com grande dificuldade de deambular e/ou se deslocar até a unidade. As visitas domiciliares devem ser realizadas a cada 15 dias pelos ACS e por um técnico de enfermagem, visando aferir regularmente a PA e constatar se a meta, de acordo com as comorbidades do paciente, está sendo alcançada ou se há necessidade de visita antecipada pelo médico para aumentar ou trocar a medicação anti-hipertensiva. Se houver, além da HAS, associação com DM, síndrome metabólica, lesão de órgão-alvo ou insuficiência renal com proteinúria >1g/24h, a meta estabelecida é de 130x80 mmHg<sup>1</sup>.

É importante trabalhar com toda a equipe, sabendo que os ACS são responsáveis por relatar a situação das famílias, tanto nos aspectos sociais como nos emocionais e ambientais, como está sendo feito o seu tratamento, acolhendo a comunidade e convocando-a para consultas periódicas para o devido acompanhamento de sua comorbidade.

A enfermeira e os técnicos de enfermagem são responsáveis pelo acolhimento dentro da unidade e fora dela, assim como o médico, o qual também deve otimizar a medicação, caso não esteja sendo suficiente.

As reuniões semanais com a equipe entram na quarta fase. Elas serão utilizadas para discussão de problemas e soluções dos casos e da comunidade como um todo. Sendo assim, quando o paciente vem as consultas ou recebe uma visita, o atendimento é realizado de forma integral e direcionado, ajudando o paciente a encontrar o sucesso do tratamento.

A quinta fase envolve os grupos de hipertensos, os quais serão realizados na UBS ou no lugar disponível a cada 15 dias, buscando discutir com todos os hipertensos presentes as suas dificuldades, dúvidas, experiências pessoais e orientação quanto a importância da MEV e as consequências de uma HAS mal controlada. Convocaremos apenas 10 pacientes por reunião, na tentativa de manter bom enfoque e alcançar o objetivo, com o entendimento de sua doença e respondendo suas dúvidas sobre ela.

A sexta fase é a etapa final, onde alcançamos o controle pressórico adequado de forma estável e contínua. A partir deste momento conseguimos aumentar o intervalo das consultas para um acompanhamento semestral, sabendo que o paciente deve ser orientado a aferir sua PA regularmente, sempre preenchendo seu cartão de controle e verificando se está dentro da meta estabelecida, procurando a unidade antecipadamente caso ela desestabilize.

#### 3.4. Avaliação e monitoramento

Os pacientes hipertensos serão avaliados semestralmente. Caso ele ainda não esteja com a PA dentro do objetivo programado, as consultas terão um espaço de tempo reduzido, lembrando que o período máximo de intervalo será mensalmente, afinal há urgência em sua estabilização porque o descontrole pressórico aumenta de 35 a 44% na ocorrência de um AVC.<sup>6</sup>



Os ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos deverão permanecer em contato com os hipertensos graves, acamados ou impossibilitados de visitar a unidade, realizando visitas frequentes até a sua estabilidade e informar a equipe a cada reunião da situação em que o paciente se encontra. O médico deve otimizar a medicação anti-hipertensiva, se necessário.

Para o monitoramento e tratamento adequado, após o controle ter sido alcançado, o paciente tem o compromisso de comparecer as consultas com seu cartão de controle da PA, lembrando sempre de alertá-lo a cada consulta de verificá-la regularmente e preencher o cartão para monitorá-la da melhor forma possível. Caso haja dificuldade para aferir a PA na unidade, não podemos deixar de orientar outras opções como realizar a aferição em farmácias, obter o esfigmomanômetro digital ou, mesmo que o deslocamento seja difícil, realizá-lo periodicamente na própria UBS.

Com os grupos também conseguimos monitorar e orientar mais pessoas em um curto espaço de tempo. Com isso, a cada grupo de 10 pessoas quinzenalmente, tentaremos alcançar níveis pressóricos adequados em um menor período, sabendo que as consultas possuem pouco tempo para uma boa orientação quanto a doença e as dúvidas dos pacientes.

#### **4. RESULTADOS ESPERADOS**

Com este projeto tentaremos alcançar um controle pressórico adequado da população hipertensa presente da área correspondente a ESF Jardim Saltense e entender os maiores obstáculos que a unidade enfrenta em seu tratamento.

Se espera conseguir implantar o projeto em toda a população da equipe em um máximo de 4 meses, sabendo que a equipe trabalhará dentro e fora da unidade, englobando até 10 pacientes nos grupos quinzenais, convocando-os através dos ACS e das consultas na unidade.

As fases da intervenção do projeto ocorrem de forma simultânea e contínua na população e estão definidas separadamente apenas para diferir as abordagens com os portadores de HAS, afinal é uma doença dinâmica, assim como seu tratamento, sendo medicamentoso ou não.



## 6. REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
2. Dib MW, Riera R, Ferraz MB. Estimate of the annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. *Pan American Journal of Public Health* 2010 (in press).
3. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Card* 2009; 93(6): 672–678.
4. Williams B. The Year in Hypertension. *J Am Coll Cardiol* 2009; 55(1): 65-73.
5. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 *in* *Saúde Brasil 2008*. Ministério da Saúde, Brasília. 2009; 337-362.
6. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke* 2006; 37(6): 1583-1633.
7. ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 Diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010; 362(17): 1575–1585.
8. Alessi A, Brandão AA, Pierin A, et al. IV Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial / II Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2005; 85 (supl. II): 5–18.
9. Moore LL, Vioni AJ, Qureshi MM, et al. Weight loss in overweight adults and the long-term risk of hypertension: the Framingham study. *Arch Intern Med* 2005, 165: 1298–1303.
10. Forman JP, Stampfer MJ, Curhan GC. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA* 2009; 302(4): 401–411.

