



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Baixa prevalência da hipertensão arterial:**

**Causas, consequências e medidas para sua adequação**

**Lucas Ramos Crivelente**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade Federal de São Paulo para ob-  
tenção do Título de Especialista em Saúde da  
Família.**

**Orientadora: Lia Likier Steinberg**

**São Paulo**

**2016**

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	3
2 OBJETIVOS .....	4
2.1 Geral .....	4
2.2 Específico(s) .....	4
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	5
4 MÉTODO .....	7
4.1 Local .....	7
4.2 Participantes .....	7
4.3 Ações .....	7
4.4 Avaliação e Monitoramento .....	8
5 RESULTADOS ESPERADOS .....	9
6. CRONOGRAMA .....	10
7 REFERÊNCIAS .....	11
ANEXOS .....	12

# 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença crônica altamente prevalente, com inúmeras complicações e um grande impacto na morbimortalidade brasileira e mundial, além de um elevado custo socioeconômico.

Estima-se que a prevalência da hipertensão no mundo situe-se em algo em torno de 1 bilhão de hipertensos. No Brasil, estudos isolados demonstram uma prevalência na ordem de 22 a 44%, nas diferentes regiões do país<sup>1</sup>. Enquanto outros estudos de prevalência, entre os anos 70 e início dos 90, apontam valores entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste<sup>2</sup>.

Na Unidade básica de saúde Jardim das Margaridas, equipe Elizabeth de estratégia de saúde da família, município Taboão da Serra, estado de São Paulo, com uma população de 5876 pessoas, foram identificados 561 hipertensos, perfazendo um total de 9,5 % de hipertensos na população, número este que se mantém entre as menores estimativas da região sudeste do Brasil, como explicitado anteriormente.

Considerando as características da população (estrutura etária, perfil socioeconômico) e as dificuldades históricas inerentes ao sistema de saúde da região (ausência de profissionais capacitados, inexistência de material adequado) aventa-se a possibilidade de existir um fração importante de hipertensos não diagnosticados, não identificados ou mesmo sem acompanhamento no município como um todo.

Sabe-se ainda que a hipertensão é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares<sup>3,4</sup>, elevando o risco de desenvolvimento de insuficiência coronária, insuficiência cardíaca<sup>5</sup>, hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica<sup>6</sup>.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos<sup>7</sup>.

Baseado neste quadro, vários estudos comprovam uma redução dramática na mortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Tendo boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco de desenvolvimento de hipertensão arterial. O que levou serviços preventivos, como o dos Estados Unidos da América e Canadá, a recomendarem em suas diretrizes o rastreamento sistemático da hipertensão arterial em adultos<sup>8,9</sup>.

Percebendo o grande impacto da hipertensão no processo saúde doença, bem como a efetividade de medidas de controle e tratamento, este projeto tem como premissa adotar intervenções que possibilitem a identificação de possíveis desvios na prevalência de hipertensos no território da unidade, ou mesmo a validação da mesma, possibilitando assim, uma melhor adequação do serviço para adotar medidas com impacto positivo no controle da hipertensão arterial e suas consequências.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar e corrigir possíveis falhas na identificação, contagem e diagnóstico de hipertensos, levando, caso seja possível, ao aumento da prevalência de pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial.

### **2.2 Específico(s)**

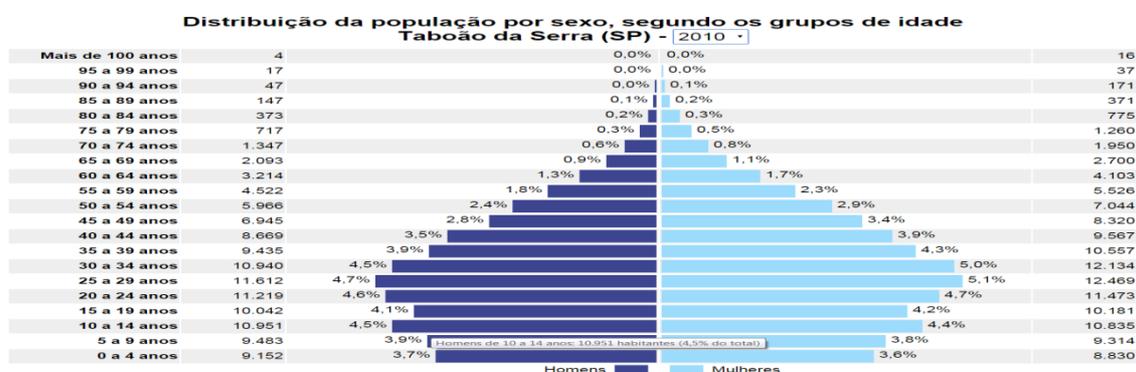
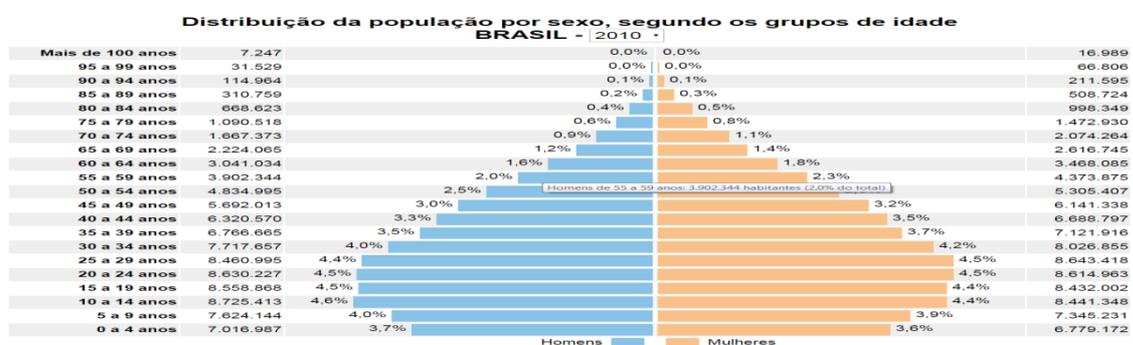
- Identificar erros no levantamento de hipertensos
- Construir plano com as agentes de saúde para aumentar a identificação de hipertensos diagnosticados (auto referidos, baixa adesão, diagnosticados mas sem conhecimento de sua condição)
- Identificar falta de manutenção de medidores de pressão
- Solicitar manutenção dos medidores de pressão
- Identificar ausência de medidores de pressão
- Instalar um medidor de pressão em cada consultório e salas que necessitem
- Identificar falhas na técnica de medida e conceitos sobre pressão arterial na equipe
- Uniformizar a técnica e conceitos sobre pressão arterial com a equipe
- Aferir adequadamente a pressão arterial de todos os pacientes em consulta médica e daqueles que solicitem durante visita a unidade
- Construir plano de busca ativa de hipertensos no território
- Realizar 1 atividade semanal com 2 horas de duração para busca ativa de hipertensos
- Marcar retorno médico para todos pacientes com elevação de pressão arterial identificados em busca ativa ou em visita a unidade
- Recontar mensalmente número de hipertensos
- Avaliar falhas na aplicação das medidas trimestralmente
- Corrigir, avaliar, adequar ou mudar medidas quadrimestralmente

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

“Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%<sup>10,11</sup>. Considerando-se valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos<sup>10,11</sup>. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países<sup>12</sup>. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres<sup>12</sup>.”

#### VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

Nas tabelas abaixo encontramos a distribuição etária no município de Taboão da Serra e no Brasil, segundo dados do IBGE, censo de 2010, demonstrando apenas discretas diferenças nas diferentes faixas etárias, o que não parece justificar uma prevalência de menos da metade esperada para o país.



Além da prevalência o presente projeto se dispõe a adotar medidas para padronização da medida da pressão e diagnóstico da hipertensão, sendo assim abaixo temos uma revisão da medida e conceito de hipertensão arterial, baseados no texto da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e Artigo da Revista Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo<sup>13</sup>.

O diagnóstico em hipertensão arterial é baseado na anamnese, exame físico e exames complementares que auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia, grau de comprometimento de órgãos-alvo e na identificação dos fatores de risco cardiovascular associados. O II Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial recomenda que a história clínica e exame

físico do paciente hipertenso sigam as orientações clássicas destes procedimentos.

Na prática clínica, o diagnóstico da hipertensão arterial é realizado através da medida indireta da pressão arterial, empregando esfigmomanômetro e técnica auscultatória com estetoscópio. A medida da pressão é procedimento simples, porém sujeito a vários fatores de erro. Assim, para medida precisa da pressão arterial e, conseqüentemente, diagnóstico correto da hipertensão, é muito importante adotar os cuidados e critérios, tais como: observador, paciente, ambiente, equipamento e técnica.

O observador que efetua a medida da pressão arterial deve estar treinado.

O esfigmomanômetro aneróide ou de coluna de mercúrio são os aparelhos empregados para a medida da pressão arterial. É fundamental que estejam, devidamente, calibrados para que a medida seja correta. A verificação da calibração deve ser realizada, pelo menos, a cada 6 meses. Esta verificação da calibração tem sido negligenciada pelos médicos. Mion & Pierin (dados não publicados) avaliaram 524 esfigmomanômetros (61% de coluna de mercúrio e 39% aneróide) e verificaram que 59% dos aneróides e 35% dos aparelhos de coluna de mercúrio estavam descalibrados, evidenciando que a verificação da calibração e manutenção dos aparelhos não está sendo realizada com a frequência necessária.

Artigo da Revista Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo<sup>13</sup>.

“A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões<sup>14</sup>.”

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Local**

Unidade Básica de Saúde Jardim das Margaridas, município Taboão da Serra, estado de São Paulo, Brasil.

#### **4.2 Participantes (público-alvo)**

O público-alvo será a população de abrangência da Unidade de Saúde. Os participantes serão agentes de saúde da família, técnicos(as) em enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e gestor.

#### **4.3 Ações**

Identificar e recontar prontuários de pacientes hipertensos. Nesta etapa atuaram as(os) agentes de saúde da família, buscando identificar o prontuário de todos os hipertensos e assim reavaliar a prevalência e corrigir possíveis erros de contagem. Esta ação será realizada durante o 1 mês de aplicação do projeto e serão repetidas quadrimestralmente, sempre antes da reunião de monitoramento. Observação: durante esta fase os agentes participantes serão orientados a quantificar o número de hipertensos não identificados anteriormente.

Avaliar o número, tipo (adulto, pediátrico, obeso), manutenção e funcionamento de todos os medidores de pressão da unidade. Nesta etapa atuaram em conjunto enfermagem, médico e gestão da unidade, possibilitando a adequação tanto do número, tipos, quanto do bom funcionamento dos medidores de pressão. Esta ação será realizada durante o primeiro mês de aplicação do projeto e serão repetidas semestralmente, de acordo com o proposto no referencial teórico.

Reunião inicial para uniformizar a medida de pressão arterial dentro da unidade, aqui o médico responsável por cada uma das equipes de estratégia de saúde da família, será responsável por orientar a aferição da pressão arterial a técnicos e enfermeiros, de acordo com o proposto no referencial teórico, além de orientar o retorno médico aos pacientes com níveis pressóricos alterados, também de acordo com o exposto no referencial. Esta etapa será realizada no segundo mês de aplicação do projeto, com periodicidade trimestral ao longo da aplicação.

Busca ativa de hipertensos, nesta fase atuaram em conjunto agentes de saúde, técnicos, enfermeiros e médico. Agentes de saúde da família serão orientados a identificar hipertensos auto referidos, indivíduos em uso de anti-hipertensivos e não auto referidos, pacientes hipertensos em má adesão e não auto referidos, pacientes em dúvida sobre possibilidade de hipertensão, cruzar essas informações com a existência de diagnóstico de hipertensão, adequar a prevalência de acordo com os hipertensos identificados e orientar o retorno

médico a aqueles que estejam em dúvida sobre seu estado ou em má-adesão. Refazer a territorialização da unidade e identificar áreas com baixa prevalência de hipertensão, organizar visitas semanais a estas áreas, com equipe composta por pelo menos um profissional gabaritado a aferição de pressão (médico, enfermeiro, técnico), realizar a aferição de pressão de um grupo pré-determinado de pacientes, priorizando aqueles com fatores de risco (idade, obesidade, comorbidades, etilismo, tabagismo) e orientar retorno médico aqueles pacientes com medidas alteradas da pressão. Esta fase será iniciada a partir do terceiro mês de aplicação do projeto e sua aplicação será semanal, com duração igual ao tempo de aplicação do projeto. Observação: durante esta fase os agentes participantes serão orientados a quantificar o número de hipertensos não identificados anteriormente.

#### **4.4 Avaliação e Monitoramento**

Reunião para avaliação da efetividade do projeto e adequação das ações. Essas reuniões serão compostos por todos os integrantes de cada uma das equipes, será tabulada a prevalência total obtida nos diferentes períodos, bem como a proporção de casos não identificados anteriormente. Será realizada também a avaliação de cada um dos profissionais sobre a boa aplicação das ações supracitadas e correção, ou adequação, caso necessário. Finalmente, em posse da nova prevalência, número de casos novos encontrados e da real aplicação das ações propostas, o médico responsável pela equipe avaliará a qualidade de aplicação do projeto (bom, regular, ruim) e a confiabilidade dos resultados obtidos (alta, baixa), baseando-se no referencial teórico proposto. A avaliação será realizada através da reunião a cada quatro meses, como uma reunião final ao término de 12 meses de aplicação sendo confeccionado relatório final com resultados obtidos, este sob responsabilidade do médico da equipe de saúde.

Observação: durante as ações citadas anteriormente, como exposto no texto, espera-se a avaliação e monitoramento contínua das ações, além da reunião quadrimestral.

## **5. RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com a implementação deste projeto de intervenção na unidade Jardim das Margaridas, do município de Taboão da Serra, primeiramente, corrigir possíveis erros na contagem e identificação de hipertensos já diagnosticados. Em um segundo momento será feito um diagnóstico da estrutura física e humana da unidade para identificação de hipertensos, realizado este, serão tomadas as medidas citadas anteriormente buscando atingir os pré-requisitos para aferição adequada da pressão arterial. Em um terceiro momento será iniciada busca ativa de hipertensos, bem como avaliação e adequação continuada das ações propostas. Na conclusão do projeto pretende-se identificar a real prevalência da hipertensão na região abordada e, fundamentalmente, avaliar a efetividade das ações tomadas no presente projeto.

## 6. CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Agosto 2016</b>	<b>Setembro 2016</b>	<b>Outubro 2016</b>	<b>Novembro 2016</b>	<b>Dezembro 2016</b>	<b>Janeiro 2017</b>	<b>Fevereiro 2017</b>
Revisão Bibliográfica	X						
Aprovação no Comitê de Ética	X						
Treinamento da equipe		X		X		X	
Implantação das Ações		X	X	X	X	X	X
Monitoramento e ajustes		X	X	X	X	X	X
Análise dos dados			X				X
Apresentação dos resultados							X
Acompanhamento do Projeto	X	X	X	X	X	X	X

## 7. REFERÊNCIAS

1. Mion D Jr, Gomes MA, Fernando N e col. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82(supl 4):1-14.
2. Lessa I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe Epidemiológico do SUS* 1993; 3:59-75.
3. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the framingham heart study. *JAMA* 2002; 287(8):1003-10.
4. Wilson PW. Established risk factors and coronary artery disease: the framingham study. *Am J Hypertens* 1994; 7(7Pt 2):7S-12S.
5. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. The progression from hypertension to congestive heart failure. *JAMA* 1996; 275(20):1557-62.
6. Coresh J, Wei GL, McQuillan G et al. Prevalence of high blood pressure and elevated serum creatinine level in the United States. Findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey (1988-1994). *Arch Intern Med* 2001;161(9):1207-16.
7. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9(1):23-41.
8. High Blood Pressure – Screening. U.S. Preventive Services Task Force. [updated 2004 Sep 2, from 2004 informations]. Available from: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshype.htm>
9. Screening for Hypertension in Young and Middle-Aged Adults. Canadian Task Force on Preventive Health Care [updated 2004 Sep 2, from 2004 informations]. Available from: <http://www.ctfphc.org/>
10. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.
11. 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.
12. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension* 2009; 27(5): 963–975
13. MION Jr D et al. Diagnóstico da hipertensão arterial. *Medicina*, Ribeirão Preto, 29: 193-198, abr./set., 1996
14. NICE clinical guideline 34 - hypertension. Management of hypertension in adults in primary care. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG034NICEguideline.pdf>.

## **ANEXOS**