

Projeto de Intervenção- ESF Unifesp

Título: Protocolo de linha de cuidados para Hipertensão Arterial

Nome: Thalita Almeida Martins Pessoa

Orientadora: Lúcia Fatima Hildebrand e Silva

Introdução:

Quando falamos de Hipertensão Arterial notam-se grandes escritos na literatura, porém cada vez mais vemos a necessidade de abordar o tema, pois como vamos ver tem alta prevalência e está ligado a fatores condicionantes da saúde. A Hipertensão Arterial é uma doença crônica degenerativa de etiologia multifatorial que compromete os vasos do organismo, determinando alteração do tônus vasomotor e favorecendo a vasoconstrição, aumentando a pressão arterial (CASTRO et al., 2005). No Brasil observa-se que na literatura a hipertensão arterial começou a ser descrita a partir de 1970, porém demorou para publicar esses artigos dificultando então o conhecimento pelos profissionais (GALVANI et al., 2013).

A pressão arterial é determinada fisiologicamente de acordo com diversos fatores intrínsecos e extrínsecos. Fatores fisiológicos intrínsecos como etnia, idade, sexo e genética familiar podem influenciar diretamente nos valores de pressão arterial de um indivíduo (GOLDMAN, et al., 2001). Os problemas multifatoriais que podem elevar os níveis de pressão arterial de um indivíduo são: Obesidade, o diabetes, o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o estresse, o uso excessivo de sal na dieta, as dislipidemias e uso de anticoncepcionais orais (JESUS et al., 2008).

Epidemiologia e Prevalência da doença:

Segundo o IBGE a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas. De acordo com a PNS, em 2013, 4,2% (6,1 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de alguma doença do coração. Na área urbana, a proporção de pessoas com o diagnóstico foi maior (4,4%) que na área rural (3,0%). Também de acordo com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2013, foram registrados 339 mil mortes por doenças cardiovasculares, já os dados do Hospital do coração (Hcor), em São Paulo apontam que 29,4% das mortes no Brasil são causadas por doenças cardiovasculares e homens acima de 55 anos são as principais vítimas. As doenças cardiovasculares possui uma relação direta com a hipertensão arterial sendo uma das principais causas dessa taxa de mortalidade.

A proporção de hipertensos no país aumenta com o passar da idade. Entre os jovens, de 18 a 29 anos, o índice é de apenas 2,8%; dentre as pessoas de 30 a 59 anos é de 20,6%, passando para 44,4% entre 60 e 64 anos, 52,7% entre 65 e 74 anos e 55% entre as pessoas com 75 anos ou mais. O levantamento mostra também que o acompanhamento da Atenção Básica tem sido fundamental para reduzir os desfechos mais graves da doença. De acordo com a PNS, 69,7% dos hipertensos receberam assistência médica no último ano, sendo que 45,9% foram tratados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Na atualidade, vários estudos apontam que a não adesão ao tratamento é um problema real, sendo uma característica própria de doenças crônicas e, em se tratando da HAS, constitui ponto fundamental para o êxito ou fracasso terapêutico. (MEDEL, 1997)

De acordo com Calista (2008) Os prejuízos resultantes da não adesão são vários, dentre eles, o principal é o inadequado controle da HAS que, conseqüentemente, levará a muitos outros problemas, tais como o aumento de complicações e do número de mortes resultantes dessas complicações por isso é necessário abordar a necessidade do rastreamento e acompanhamento dessa população, principalmente na atenção básica, pois estudos mostram que os pacientes com Hipertensão Arterial que estão acima do peso, sedentários, sem acompanhamento com a alimentação e sem tratamento medicamentoso adequado para as suas necessidades, esses fatores vão interferir na manutenção da doença sem complicações. Portanto a atenção básica juntamente com a estratégia saúde da família seria fundamental para intervenção do problema.

O tema apresentado foi apreciado pela necessidade de intervenção no manejo dessas doenças uma vez que o protocolo vai abranger as necessidades e cuidados necessários para os usuários do serviço. A falta de protocolo para rastreamento e estratificação do risco da Hipertensão Arterial no município dificulta o manejo adequado dos usuários prevalecendo assim a doença e suas comorbidades.

Objetivos:

Objetivo Geral: Implantação do protocolo de Hipertensão Arterial no município de Jandira a fim de facilitar o manejo e encaminhamento dos portadores dessas doenças, prevenindo então suas complicações.

Objetivo Específico:

1. Realizar um estudo teórico sobre os assuntos
2. Realizar um estudo sobre o território escolhido: população, instrução, equipamentos de saúde envolvidos, lazer, etc.
3. Construir o protocolo de Hipertensão Arterial com a equipe multiprofissional.
4. Apresentação do protocolo para os gestores do município
5. Realizar parcerias de rede de serviço de referência e contra referência
6. Medidas de Educação permanente: Treinamento da equipe para compreender o protocolo para a implantação da ação.
7. Implantar o protocolo

Método:

Local: Município de Jandira localizado no estado de São Paulo

Público-alvo: Usuários da atenção básica do município de Jandira que são portadores de Hipertensão Arterial.

Ações:

1. Elaboração do protocolo de Hipertensão Arterial com a equipe multiprofissional
2. Apresentação do protocolo para os envolvidos no cuidado com o usuário, além dos gestores e atuantes da secretaria da saúde.
3. Construção coletiva de Estratégias para rastrear possíveis pacientes assintomáticos.
4. Garantir avaliação correta através da estratificação do risco
5. Implantação do protocolo.

Avaliação e Monitoramento: O protocolo vai ser avaliado constantemente através dos indicadores como: Número de consultas, ações da equipe e acompanhamento dos pacientes, redução do número de internações por complicações relacionadas a hipertensão, redução das comorbidades associadas a essa patologia como: Acidentes Vascular Encefálico, infartos, úlceras varicosas entre outras.

Resultados Esperados:

O intuito desse estudo é estabelecer o manejo e encaminhamento adequado para os portadores de Hipertensão Arterial, diminuindo assim os riscos de complicações melhorando a qualidade de vida dos usuários, além de melhorar o fluxo da atenção básica.

Referências:

- CASTRO, Maria, Euridéa; ROLIM, Maysa, Oliveira; MAURICIO, Tibelle, Freitas; **Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores**. Acta Paul Enferm. 2005; 18(2): 184-9.
- GALVAGNI ,Elizangela; MORAES, Elzira; ROCHA, Giovana, et al. **estudo epidemiológico de hipertensão arterial sistêmica – uma revisão bibliográfica**. 2013.
- GOLDMAN, Lee; BENNETT, Jhon, Cooper. Cecil: **Tratado de Medicina Interna**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- JESUS, V. J. et al. **Efeitos do exercício físico na pressão arterial sistêmica de indivíduos praticantes de caminhada**. Revista Digital - Buenos Aires - Ano 13 - Nº 124 - Setembro de 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- MEDEL, Ermelinda, Sepúlveda. **Adherencia al control de los pacientes hipertensos y Factores que la Influencian**. Ciencia y Enfermería , v. 3, p. 49 – 58, 1997.
- CALISTA, Andrea, Abreu; VASCONCELOS, Anedney, Samylla de Souza; OLIVEIRA, Mayara, Raquelle, Leonardo. **Hipertensão Arterial Sistêmica: Fatores Contribuintes Para Adesão ao Tratamento**. Campina Grande, v.7 n.10/11, Revista: Teme, Paraíba, 2008.
- AVILA, Adriana; TAVARES, Agostinho; MACHADO, Carlo, Alberto, et al. **Conceituação, epidemiologia e prevenção primária**. J. Bras. Nefrol. vol.32, São Paulo. 2010.
- BRANDÃO, Ayrton Pires; BRANDÃO, Andréa Araújo; MAGALHÃES, Maria Eliane Campos; POZZAN, Roberto. **Epidemiologia da hipertensão arterial**. 2003.
- CECCIM, Ricardo; FERLA, Alcindo. **Educação permanente em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível: <<<http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>>. Acesso em: 09 /10 /2016.
- EBLILNG S,S; CARDOSO L,S, **Enfermagem e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura científica nacional** de 2000-2010. Ver. Rede de Cuidados em Saúde ISSN-1982-6451, 2010.
- LOLIO, C.A.de. **Epidemiologia da hipertensão arterial**. Rev. Saúde publica, S. Paulo, 24:425-32, 1990.

PASSOS, Valéria; ASSIS, Tiago; BARRETO, Sandhi. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Vol. 15. 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/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica- Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: **Sistema Informação de Mortalidade. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Brasil: Ministério da Saúde: 2008.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?ar>

ANEXO

PROTOCOLO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DO MUNICÍPIO DE JANDIRA

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual de consultório (>18 anos):

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão 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

Fatores de risco maiores:

- * Tabagismo
- * Dislipidemia
- * Diabetes mellitus
- * Nefropatia
- * Idade acima de 60 anos

* História familiar de doença cardiovascular: mulheres com menos de 65 anos; homens com menos de 55 anos.

Outros fatores de risco:

* Relação cintura/quadril aumentada

* Circunferência da cintura aumentada

* Microalbuminúria

* Tolerância à glicose diminuída/glicemia de jejum alterada.

* Hiperuricemia

Condições clínicas associadas

Doença cardiovascular: doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudatos) e doença renal crônica (categoria de função renal 4 ou 5).

Estratificação de risco

Estratificação de risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional, de acordo com os níveis de pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgão alvo e doença cardiovascular.

Fatores de risco maiores:

- Tabagismo
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus
- Nefropatia
- Idade acima de 60 anos
- História familiar de doença cardiovascular: mulheres com menos de 65 anos; homens com menos de 55 anos

Outros fatores de risco:

- Relação cintura/quadril aumentada
- Circunferência da cintura aumentada
- Microalbuminúria
- Tolerância à glicose diminuída/glicemia de jejum alterada
- Hiperuricemia

Condições clínicas associadas

Doença cardiovascular: doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudatos) e doença renal crônica (categoria de função renal 4 ou 5).

Estratificação de risco

Estratificação de risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional, de acordo com os níveis de pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgão alvo e doença cardiovascular.

Tabela 9

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL: RISCO ADICIONAL ATRIBUÍDO À CLASSIFICAÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM FATORES DE RISCO, LESÕES DE ÓRGÃOS-ALVO E CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS (CLASSE IIA, NÍVEL C)

	Normotensão			Hipertensão		
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limítrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS > 180 PAD > 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Risco baixo adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

(LOA: lesão de órgãos-alvos; SM: síndrome metabólica; DM: diabetes mellito).

Exames laboratoriais:

- Triglicérides: no diagnóstico e anualmente; caso esteja alterado, a cada 6 meses
- Colesterol total: no diagnóstico e anualmente; caso esteja alterado, a cada 6 meses
- HDL colesterol: no diagnóstico e anualmente; caso esteja alterado, a cada 6 meses
- LDL colesterol: no diagnóstico e anualmente; caso esteja alterado, a cada 6 meses
- Glicemia de jejum: no diagnóstico e a cada 4 a 6 meses
- Ácido úrico: no diagnóstico e a cada 4 a 6 meses
- Uréia: no diagnóstico e anualmente; caso haja alteração renal, a cada 6 meses
- Creatinina: no diagnóstico e anualmente; caso haja alteração renal, a cada 6 meses
- Potassemia: no diagnóstico e anualmente; caso haja alteração renal, a cada 6 meses
- Urina I: no diagnóstico e anualmente
- ECG 1 vez ao ano

Obs.: anual ou decorrente de risco maior pontualmente

Outros exames realizados de acordo com a avaliação clínica e estratificação de risco:

- RX de Tórax – solicitado anualmente
- MAPA de pressão arterial : solicitado a critério do cardiologista
- Teste ergométrico: solicitado a critério do cardiologista
- Holter: solicitado a critério do cardiologista
- Ecocardiograma : solicitado a critério do cardiologista

Rastreamento HAS:

Procura espontânea

Encaminhamentos de Serviços de Urgência do Município

Encaminhamentos de Equipe Interdisciplinar

Encaminhamentos por Agentes Comunitários/ PSF

Fluxo mediante estratificação de Risco

Baixo Risco: Acompanha na Atenção Básica com Clínico e Equipe Interdisciplinar Ações preventivas e de promoção Redes e Serviços participantes do protocolo HAS.

Médio Risco: Avaliação com Cardiologista (Município ou AME) e acompanha com Clínico e Equipe Interdisciplinar (Município/ AME)

Alto risco: Avaliação com Cardiologista (Município ou AME) e acompanha com Clínico e Equipe Interdisciplinar (Município/ AME) se estável ou encaminhamento para avaliação em nível Terciário

Participantes da Atenção Básica:

Clínico

Enfermagem

Nutricionista

Psicóloga

Educador Físico

Participantes da Média Complexidade:

Cardiologista

Enfermagem

Nutricionista

Interconsulta com outros Especialistas se necessário

Alta Complexidade:

- Hemodiálise
- Atenção Hospitalar (referências para transplantes, cirurgia cardiovascular, hemodinâmica etc.)

Rede de Urgência e Emergência

