

Hipertensão, doença silenciosa: a importância do diagnóstico precoce para a prevenção de agravos

Laís Helena Dutra¹, Camila Aparecida Silva², Elisabete Maria Hatz Strasser³, Hariane Thaine Bueno Rodrigues⁴, Juliana Cristina Barbosa⁵, Leila Albanezi Davantel⁶, Lucineia Ferreira Pinto⁷, Paulo Rogério Lopes⁸, Ricardo Bertini Filho⁹, Sandra Célia de Sousa Santos¹⁰, Vera Lúcia Cardoso Fabiano¹¹

1. Facilitadora. Mestra em Ciências da Saúde. Educadora Física especialista em Saúde Pública.
2. Técnica de Enfermagem da Vigilância Epidemiológica de Cosmópolis, SP, Brasil.
3. Enfermeira da Unidade de Saúde da Família de Sumaré, SP, Brasil.
4. Nutricionista do Centro de Especialidades de Santa Barbara d'Oeste, SP, Brasil.
5. Fisioterapeuta do Centro de Reabilitação de Cosmópolis, SP, Brasil.
6. Enfermeira da Base de Excelência em Saúde da Mulher de Sumaré, SP, Brasil.
7. Técnica de Enfermagem de Unidade Básica de Saúde em Sumaré, SP, Brasil.
8. Médico da Unidade Básica de Saúde em Santa Barbara d'Oeste, SP, Brasil.
9. Cirurgião- Dentista do Programa de Saúde da Família de Cosmópolis, SP, Brasil.
10. Enfermeira do Programa de Saúde da Família em Cosmópolis, SP, Brasil.
11. Agente Comunitária de Saúde na Unidade Básica de Saúde em Sumaré. SP, Brasil.

Introdução

A Região Metropolitana de Campinas (RMC) é constituída pelo agrupamento de 19 municípios, sendo uma unidade regional do Estado de São Paulo. Destaca-se como uma das regiões mais importantes do país, ocupa a quarta posição no ranking nacional das regiões metropolitanas e conta com boa estrutura da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e também em relação ao acesso e transportes com infraestrutura composta por rodovias, ferrovias e aeroportos¹.

Entre as causas de mortes por grandes capítulos, predomina as decorrentes de doenças cardiovasculares que representa 27,5% na RCM ⁽¹⁾ e 50% no Brasil², que têm como fator de risco direta ou indiretamente a hipertensão arterial sistêmica (HAS), e tem sido motivo de preocupação

devido a transição epidemiológica (crescimento da população idosa) e de saúde (aumento da taxa de obesidade, oferta de produtos processados, entre outros).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ($PA \geq 140 \times 90\text{mmHg}$), sendo que a sua prevalência no Brasil atinge 32,5% para adultos, acometendo mais de 60% dos idosos². Por ser uma doença silenciosa, comumente seu diagnóstico é tardio, ocasionando alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais², elevando drasticamente os custos no tratamento da HAS. Para o setor público, estima-se o valor mais de R\$ 2 bilhões por ano³.

Os agravos advindos dessa condição podem ser contornados através de medidas não medicamentosas, que incluem alterações no estilo de vida visando hábitos de saúde saudáveis como a prática regular de atividades físicas, alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool e o combate ao tabagismo, sendo medidas de baixíssimos custos²⁻⁴. Ou através de medidas medicamentosas quando a pessoa hipertensa possui risco cardiovascular global alto ou muito alto, lesões de órgão alvo ou comorbidades associadas.

O controle da HAS propicia a redução da morbimortalidade associadas à doença, mas para isso faz-se necessário o diagnóstico e início do tratamento o mais precoce possível². Se tratando de um dos principais problemas na saúde pública, a identificação e estratificação de grupos de riscos são de suma importância para o delineamento de políticas preventivas e identificação dos casos ainda desconhecidos.

Objetivos

A partir das reflexões deste grupo de trabalho, identificou-se um problema em comum nos municípios: a ausência de ações que identifiquem o número real da população hipertensa, bem como a estratificação da doença. A descrição desse grupo de risco se dá inicialmente pela definição territorial e diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas da população⁵. Os serviços de saúde devem adequar as ofertas às necessidades e demandas da população, articulando ações de promoção, prevenção e assistência, que contribua na construção de um pensar e agir em saúde que dialogue com a situação de vida das pessoas⁶.

Sendo assim, este projeto tem o objetivo de promover ações que contribuam na identificação e estratificação dos pacientes hipertensos, além de obter um perfil epidemiológico da população

hipertensa, a fim de elaborar estratégias que visem evitar eventos cardiovasculares e proporcionar impactos positivos na sua condição de saúde da população.

Atividades e resultados esperados

Para alcançar os objetivos, propõem-se atividades: (1) Apresentação do projeto à equipe de saúde e coordenador (a), visando a corresponsabilização do cuidado e construção de parcerias; (2) Conhecer os instrumentos já existentes para identificação de HAS, assim como alimentar e atualizar os registros. Na ausência deles, elaborar ferramentas digitais ou manuais para este fim; (3) Traçar o perfil epidemiológico dos hipertensos do território, realizando busca ativa por meio de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde quando houver; (4) Criar ferramentas para assinalar os prontuários de HAS, facilitando à equipe distinguir a linha de cuidado e identificar de maneira ágil esses registros; (5) Avaliação de registros da enfermagem ou revisão de prontuários pela equipe médica buscando classificar os fatores de risco mais prevalentes na população adscrita; (6) Estratificar os pacientes hipertensos do território, utilizando o instrumento da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial- SBC. (6) Avaliar incidência de eventos cardiovasculares através dos registros de internações por condições sensíveis à atenção primária em conjunto com a Atenção Secundária;

Espera-se que a obtenção do perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos contribua com os serviços na elaboração de ações estratégicas para prevenção dos agravos, assim como a diminuição de complicações de saúde e redução da morbimortalidade desta doença silenciosa.

Considerações finais

É muito importante que a elaboração das propostas de intervenções seja feita de maneira multiprofissional e interdisciplinar, objetivando a integralidade do cuidado⁶. Dessa forma, torna-se possível melhorar o fluxo dos serviços de saúde, e melhora a eficácia da linha de cuidado de hipertensão. Além disso, propicia o empoderamento do usuário enquanto ser ativo de sua condição de saúde, participante das tomadas de decisões e condutas, e não apenas um sujeito passivo de cuidados.

A presença dos usuários para as atividades permite que seja realizado um acompanhamento frequente, longitudinal e integral, princípios básicos da Atenção Primária a Saúde. Tais medidas contribuirão para a melhora da qualidade de vida e diminuição do risco de doenças cardiovasculares e metabólicas das famílias atendidas pela rede de saúde.

Referências Bibliográficas

1. NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP). Universidade Estadual de Campinas. Projeto: Diagnóstico do Setor Saúde da Região Metropolitana de Campinas – São Paulo, 2007.
2. MALACHIAS, MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANDÃO AA, NEVES MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol, 2016.
3. NILSON, E.A.F., ANDRADE, R.C.S., BRITO, D.A.B., OLIVEIRA, M.L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018 - Revista Panamericana de Salud Pública, 2020.
4. MALTA D.C., SILVA JR J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv Saude, 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
6. CARVALHO-FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Rev Rene, v. 12, p. 930–936, 2012.
7. MALTA D.C., MOURA L., PRADO R.R., ESCALANTE J.C., SCHMIDT M.I., DUNCAN B.B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol Serv Saude, 2014.
8. TEIXEIRA, C.F; COSTA, E.A. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.