



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Patrícia Czelusniak

Avaliação da Hipertensão Arterial Sistêmica após
orientação sobre os fatores de risco nos usuários de uma
Unidade de Saúde.

Florianópolis, Abril de 2017

Patrícia Czelusniak

Avaliação da Hipertensão Arterial Sistêmica após orientação sobre os fatores de risco nos usuários de uma Unidade de Saúde.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Margarete Maria de Lima
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Patrícia Czelusniak

Avaliação da Hipertensão Arterial Sistêmica após orientação sobre os fatores de risco nos usuários de uma Unidade de Saúde.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Margarete Maria de Lima
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares sendo também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal terminal. **Objetivo:** Este estudo visa aumentar o controle da pressão arterial dos hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde Dr. Jorge Elizário Miguel, do município de Piraí do Sul, Paraná orientando sobre a importância do uso regular da medicação; realização de dieta para emagrecimento; estimular a diminuição da quantidade de sal nos alimentos; estimular a realização de atividades físicas regularmente e diminuição do tabagismo. **Metodologia:** projeto de intervenção realizado com pacientes hipertensos que participam do grupo hiperdia na unidade básica de saúde Dr. Jorge Elizário Miguel. Uma vez ao mês os pacientes vão a unidade para verificar a pressão arterial e neste momento serão orientados sobre as mudanças dos hábitos de vida e convidados a realizar mudanças como parar de fumar, diminuir a ingestão de sal, iniciar atividade física, realizar dieta e fazer uso regular e correto das medicações. Na próxima medição responderem um questionário para saber quais as mudanças que foram realizadas e avaliar se houve diminuição na pressão arterial sistólica e diastólica desses pacientes. **Resultados esperados:** espera-se que os pacientes se conscientizem e modifiquem seus hábitos de vida e façam uso regular dos medicamentos para que possuam uma qualidade e expectativa de vida melhor.

Palavras-chave: Hipertensão, Doença cardiovascular, Fatores de risco, Atenção Primária à Saúde

Sumário

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 11 |
| 2.1 | Objetivo geral | 11 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 11 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 13 |
| 4 | METODOLOGIA | 15 |
| 5 | RESULTADOS ESPERADOS | 17 |
| | REFERÊNCIAS | 19 |

1 Introdução

A cidade de Piraí do Sul, município brasileiro no interior do Estado do Paraná, iniciou-se no século XVII, pelos tropeiros de gado que por aqui passavam e pernoitavam (HUMANANO/PNUD, 2017). Possui uma população de 25.117 habitantes segundo estatísticas estimadas do IBGE 2016 (IBGE, 2017).

Visando uma melhoria na qualidade de saúde da região e seguindo os princípios do SUS, o município foi dividido em áreas para que toda a população possua uma unidade básica de saúde referência e que seja próxima a residência para que o acesso a saúde seja facilitado.

A Unidade Básica de Saúde Dr. Jorge Elizário Miguel, localizada no bairro Vila Paraná, abrange uma população de 3380 habitantes sendo 1623 homens e 1757 mulheres. A faixa etária está dividida em 1078 pessoas menores de 20 anos, 1850 pessoas com idade entre 20-59 anos e 452 pessoas maiores de 60 anos. É composta por um médico da estratégia de Saúde da Família, um médico clínico geral, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar bucal e nove ACS. Possui obstetra e pediatra uma vez por semana. Outras especialidades são referenciadas para Ponta Grossa e Campo Largo (SOCIAL, 2017).

Os serviços públicos pertencentes a essa área são o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), duas escolas Municipais, uma escola particular, Igreja Matriz do Menino de Deus, Ginásio de Esportes e Centro de Lazer, Fórum, Delegacia e as Secretarias de Saúde, Agricultura e Anti-Drogas. Na comunidade não existem movimentos sociais e nem líderes comunitários. A capela Frei Galvão organiza festas, bazar e grupo de orações. No Ginásio de Esportes e Centro de Lazer ocorrem as atividades para o grupo da melhor idade de todo o município. A população participa dos Programas Sociais como o Bolsa Família, Programa do Leite e o Projeto Viveirinho, o qual visa o ensino de plantação de verduras e o cultivo de flores para geração de renda para suas famílias. O território apresenta áreas precárias, principalmente a Vila Nossa Senhora Aparecida e uma pequena parte do Jardim Primavera que são áreas de invasão não possuindo saneamento básico e apresentando inclusive riscos de desmoronamento no período das chuvas. A população recebe em média um salário mínimo por mês e possui em média o ensino fundamental incompleto. A maior parte dos trabalhadores trabalha como bóia fria e nas indústrias da região como, por exemplo, a Castrolanda.

A programação dos atendimentos médicos é geralmente de livre demanda. As consultas só são agendadas para os pacientes maiores de 65 anos. A procura por atendimento médico tem como principais doenças e queixas mais comuns as infecções de vias aéreas superiores como resfriado e amigdalite, lombalgia, gonartrose, asma e renovação de receitas para HAS e DM. O acompanhamento das doenças crônicas de HAS e DM são realizados mensalmente

através da verificação da pressão arterial e do dextro na UBS no momento que os pacientes vêm pegar medicação. Esse modo de avaliação contribui efetivamente para a estabilidade e controle da doença além do paciente ser priorizado para atendimento médico devido à alteração dos dados vitais verificados no momento da aferição.

Um dos principais problemas apresentados na UBS é a hipertensão arterial descompensada principalmente devido ao diagnóstico tardio, baixa adesão ao tratamento de uso contínuo, baixo número de exames liberados pela secretaria de saúde, resistência dos pacientes nas modificações do estilo de vida e fatores de risco.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. O critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial é a PA $>$ ou $=$ 140/90 mmHg. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (SAÚDE, 2017).

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Aumentar o controle da pressão arterial dos hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde Dr. Jorge Elizário Miguel, do município de Piraí do Sul, Paraná, SC.

2.2 Objetivos específicos

Orientar os pacientes sobre a importância do uso regular da medicação;

Orientar a realização de dieta para emagrecimento;

Estimular a diminuição da quantidade de sal nos alimentos;

Estimular a realização de atividades físicas regularmente e diminuição do tabagismo.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial no Brasil possui uma prevalência que varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (CARDIOLOGIA, 2010).

A área da Unidade de Saúde Dr. Jorge Elizário Miguel possui 3 380 pessoas sendo desses 369 hipertensos, apenas 10,9% dos usuários, segundo dados coletados pelas agentes comunitárias da unidade.

A alta morbimortalidade gerada pelas complicações da HAS implica em aumentar e iniciar medidas que consigam diminuir os fatores de risco para a hipertensão.

Embora a atividade física seja amplamente divulgada como um dos métodos para contribuir na diminuição da pressão arterial dois estudos não apresentaram diferença significativa nessa associação (VIANNA et al., 2010) (RADOVANOVIC et al., 2014).

Todavia, a sociedade brasileira de cardiologia publicou que a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (REAVEN; BARRETT-CONNOR; EDELSTEIN, 1991). Em muitos estudos, verificou-se a relação existente entre a inatividade física nas horas de lazer, e o baixo condicionamento cardiorrespiratório, com o aumento da incidência de doenças da artéria coronária (DAC), HAS, acidentes vasculares encefálicos, *diabetes mellitus* não-insulino-dependente e câncer (LAKKA; KAUKANEN; SALONEN, 1996). É difícil avaliar o impacto do tratamento não-farmacológico na hipertensão, porém, sabe-se que o exercício provê melhora no controle dos níveis de PA, assim como modifica alguns fatores de risco. As mudanças na PA são semelhantes ao efeito de uma monoterapia anti-hipertensiva, com a vantagem de evitar os riscos associados ao tratamento medicamentoso, como agravar a hiperlipidemia, por exemplo (PESCATELLO et al., 1991) (REAVEN; BARRETT-CONNOR; EDELSTEIN, 1991).

Muitas são as causas de não adesão dos pacientes aos tratamentos médicos. A teoria dos modelos estruturais sugere que a aderência esteja relacionada às características do paciente, da doença e do seu meio social e cultural. Os hipertensos são, tipicamente, pacientes assintomáticos. Quanto mais programas para a detecção da hipertensão são realizados, mais os médicos estão sendo confrontados com hipertensos “sadios” e que não se consideram “doentes”. O tempo despendido para as consultas, a duração da terapêutica e o regime terapêutico têm influência no comportamento dos pacientes. Logan et al. (1979) mostraram que, com a utilização de acompanhamento com enfermeiras, consultas nos locais de trabalho e reforço positivo para aderência, houve melhora de 18,5% na aderência aos remédios, medida por contagem de comprimidos, havendo também melhor controle da pressão arterial dos indivíduos. Sempre que se inclui um profissional paramédico na cadeia de atendimento ao paciente hipertenso, observa-se aumento nos índices de adesão

ao tratamento (comparecimento às consultas, tomada das medicações, controle da pressão arterial etc.). A utilização de estratégias de pré e pós-consultas, com enfermeiras, mostraram ser de importância prática ao aumentar a eficácia do nosso ambulatório, conduzindo a um maior índice de controle da pressão arterial e da persistência em acompanhamento.

A ação de nutricionistas, com orientações precisas e práticas, auxilia o paciente a desenvolver higiene alimentar adequada para o melhor controle da pressão arterial. As orientações para dieta com conteúdo adequado de sódio, gorduras e calorias, bem como a educação para o uso de alimentos compatíveis com a condição econômica e com o período do ano, são de grande importância para facilitar a adesão do paciente às dietas prescritas pelos médicos. A associação dessas orientações clássicas (educacionais) com técnicas motivacionais têm mostrado bom resultado na observância de dietas em longo prazo (WINDHAUSER et al., 1999) (LUFT; MORRIS; WEINBERGER, 1997). Os obesos têm 2,35 vezes mais chances do que os indivíduos de peso normal de desenvolver HAS segundo Radovanovic et al. (2014). Outro estudo observou correlação positiva entre variedade da dieta e alimentos fontes de potássio, fibras e cálcio (hortaliças, frutas, laticínios) e negativa com alimentos ricos em gordura saturada, sódio e carboidrato refinado (carnes e % de carboidrato) (ARTERIAL et al., 2017).

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com a elevação da PA (PERIN et al., 2013). A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS (CARDIOLOGIA et al., 2006).

O tabagismo é responsável por 22% das doenças cardiovasculares (NUNES; CASTRO; CASTRO, 2011). Segundo Radovanovic et al., os ex-fumantes e fumantes apresentaram associação significativa com a HAS sendo que os fumantes têm 2,36 vezes mais chances de serem hipertensos do que os não fumantes (RADOVANOVIC et al., 2014). Todavia a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou que ainda que a pressão arterial e a frequência cardíaca se elevem durante o ato de fumar o uso prolongado de nicotina não se associa a maior prevalência de hipertensão. O tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídios séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas (ARTERIAL et al., 2017).

4 Metodologia

Este projeto de intervenção será realizado com pacientes hipertensos aleatórios que participam do grupo hiperdia e vão à UBS Dr. Jorge Elizário Miguel uma vez ao mês para verificar a pressão arterial e nesse momento serão instruídos, pelos técnicos de enfermagem ou enfermeira que realizará a aferição, quanto aos principais fatores de risco que elevam a PA sendo convidados a realizar mudanças como parar de fumar, diminuir a ingestão de sal, iniciar atividade física, realizar dieta e fazer uso regular e correto das medicações.

Para a implementação serão necessários um estetoscópio, um esfigmomanômetro, o interesse dos pacientes e disposição dos técnicos de enfermagem e enfermeira.

Os pacientes com diagnóstico de HAS ao irem à UBS para pegar a medicação de uso contínuo são avaliados pelos técnicos de enfermagem através da verificação da pressão arterial. Situações simples e triviais, tais como ter fumado ou ter feito algum esforço físico logo antes da aferição dos valores, podem provocar elevações artificiais da pressão arterial, levando à uma interpretação errada do grau de hipertensão do paciente. Por isso os pacientes devem estar sentados e calmos por pelo menos 5 minutos antes da aferição, devem abster-se de fazer esforço físico, fumar ou ingerir cafeína durante os 30 minutos que precedem a medição. Não se deve medir a pressão arterial se o paciente estiver com vontade de urinar.

A medição correta da pressão arterial requer o uso de uma braçadeira adequada à circunferência do braço do paciente. Pacientes obesos podem necessitar de uma braçadeira maior.

Então o paciente deve ser colocado sentado, com ambos os pés encostando no chão e com as costas retas, apoiadas no encosto da cadeira. Os braços devem ficar esticados, apoiados em uma mesa, mais ou menos na mesma altura do coração. Coloque a braçadeira ao redor do braço do paciente (de preferência o esquerdo), ficando a mesma cerca de 2 cm acima da fossa cubital (dobra do braço). Palpe a artéria braquial logo abaixo da fossa cubital e ponha o diafragma do estetoscópio em cima desta. Com o estetoscópio ao ouvido, comece a inflar a braçadeira. A partir de um certo momento, você começará a ouvir a pulsação da artéria. Continue inflando até o som do pulso desaparecer. Comece a esvaziar a braçadeira de forma bem lenta. Quando o som do pulso reaparecer, veja qual é o valor que o aparelho está mostrando. Esta é a pressão sistólica, chamada popularmente de pressão máxima. Continue desinsuflando a braçadeira. Quando o som do pulso desaparecer de vez, veja qual é o valor que o aparelho está mostrando. Esta é a pressão diastólica, chamada popularmente de pressão mínima.

Após a medição o valor será anotado e o técnico que realizou a pressão irá conversar com o paciente e incentivá-lo a realizar as mudanças de hábito de vida para todos os pacientes que comparecerem para pegar a medicação e verificar a PA. Essas ações serão

realizadas diariamente por um período de 6 meses.

5 Resultados Esperados

Com esse projeto de intervenção esperamos que o paciente se conscientize sobre a importância da mudança dos hábitos de vida e regularidade do uso dos medicamentos para que possuam uma qualidade e expectativa de vida melhor, e ainda se possível, diminuir a medicação. Informar o paciente que é possível levar uma vida saudável e normal, quando se é portador de uma doença crônica. Por isso a mudança nos hábitos de vida é de fundamental importância, não só para os hipertensos, como também para aqueles que estão ao seu redor, evitando assim, que indivíduos pré-dispostos à hipertensão desenvolvam também a doença difundindo o tema e atuando na prevenção.

Espera-se que a integração da equipe no trabalho estreite os laços entre os funcionários e os pacientes ocorrendo uma maior credibilidade e confiança desses nos funcionários da UBS.

Embora a porcentagem de hipertensos seja menor que na maioria dos outros municípios brasileiros, conforme literatura encontrada, a população ainda possui hábitos que prejudicam a saúde como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo. Assim, esperamos que com a insistente informação os pacientes parem de fumar, iniciem atividade física, realizem dieta, diminuam a quantidade de sal e tomem regularmente a medicação de forma correta para que eles mesmos sintam o impacto da mudança na qualidade de suas vidas. Além de essas mudanças contribuir também para diminuir o risco cardiovascular e de outras doenças graves e incapacitantes.

Referências

- ARTERIAL, S. B. de Cardiologia Departamento de H. et al. *Consensos e Diretrizes*. 2017. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/tratamento.asp>>. Acesso em: 03 Fev. 2017. Citado na página 14.
- CARDIOLOGIA, S. B. D. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão arquivos brasileiros de cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado na página 13.
- CARDIOLOGIA, S. B. de et al. V diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, p. 1–48, 2006. Citado na página 14.
- HUMANO/PNUD, A. de D. *Pirai do Sul*. 2017. Disponível em: <<http://www.piraidosul.pr.gov.br/>>. Acesso em: 20 Jan. 2017. Citado na página 9.
- IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e estatística*. 2017. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/6LY>>. Acesso em: 20 Jan. 2017. Citado na página 9.
- LAKKA, T. A.; KAUKANEN, J.; SALONEN, J. T. Conditioning leisure time physical activity and cardiorespiratory fitness in sociodemographic groups of middle-ages men in eastern finland. *Int J Epidemiol*, p. 86–93, 1996. Citado na página 13.
- LOGAN, A. G. et al. Work-site treatment of hypertension by specially trained nurses. *Lancet*, p. 1175–1178, 1979. Citado na página 13.
- LUFT, F. C.; MORRIS, C. D.; WEINBERGER, M. H. Compliance to a low-salt diet. *Am J Clin Nutr.*, p. 698–703, 1997. Citado na página 14.
- NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. de; CASTRO, M. S. A. de. *Tabagismo, comorbidades e danos à saúde*. Londrina: Eduel, 2011. Citado na página 14.
- PERIN, M. S. et al. Caracterização do consumo de sal entre hipertensos segundo fatores sociodemográficos e clínicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p. 1–9, 2013. Citado na página 14.
- PESCATELLO, L. S. et al. Short-term effect of dynamic exercise on arterial blood pressure. *Circulation*, p. 1557–1561, 1991. Citado na página 13.
- RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p. 547–553, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- REAVEN, P.; BARRETT-CONNOR, E.; EDELSTEIN, S. Relation between leisure-time, physical activity and blood pressure in older women. *Circulation*, p. 559–565, 1991. Citado na página 13.
- SAÚDE, M. da. *Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 20 Jan. 2017. Citado na página 10.

SOCIAL, I. P. de Desenvolvimento Econômico e. *Caderno estatístico Município de Pirai do Sul*. 2017. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/>>. Acesso em: 20 Jan. 2017. Citado na página 9.

VIANNA, L. et al. Hipertensión arterial y estilo de vida en sinop, municipio de la amazonía legal. *Arq Bras Cardiol*, p. 621–626, 2010. Citado na página 13.

WINDHAUSER, M. M. et al. Dietary adherence in the dietary approaches to stop hypertension trial. dash collaborative research group. *J Am Diet Assoc.*, p. 76–83, 1999. Citado na página 14.