

## **Hipertensão Arterial em Crianças e adolescentes**

### **Como prevenir?**

#### **1.Introdução**

A hipertensão arterial em crianças e adolescentes é um problema muito atual junto com o sedentarismo e a obesidade, vem crescendo rapidamente e fugindo de qualquer controle da saúde pública.

No estado de São Paulo, município de Barueri, Bairro Mutinga, área 1, temos cadastrados aproximadamente 4.680 habitantes, dos quais, mais ou menos 2.900 estão dentro da faixa dos 2 aos 20 anos, ou seja, dentro da faixa da infância e adolescência, dentro dessas 2.900 crianças e adolescentes, o 1.5% apresenta signos de HAS, com valores acima dos 75 mmHg para Sistólica e acima de 120 mmHg para Diastólica, estamos falando de aproximadamente 193,3 pacientes, o que é considerado excessivo se lembramos que estamos falando de pacientes que estão fora da área de risco para este tipo de patologia que geralmente é acima dos 40 anos.

Verifica-se que quase todos os pacientes com HAS, fazem acompanhamento periódico na UBS, no entanto, o grande problema na prevenção e redução desta patologia está ligada a aspectos culturais e, sobretudo, ao assédio da mídia e propagandas com a oferta de produtos que em nada contribuem com a mudança dos hábitos alimentares. Outro fator prejudicial neste processo de prevenção, está no cardápio oferecido pelas escolas, levando em consideração que muitas crianças e adolescentes realizam ali as suas refeições principais.

Os pais, por sua vez, sentem-se impotentes em promover a mudança de hábito dos filhos. Seja por questões econômicas, sociais ou culturais, acabam cedendo aos caprichos deles. Diante disso nota-se que a intervenção e acompanhamento da UBS, não atinge a meta proposta. Metas tais que, tem base educativa, como forma de orientar e educar pais e filhos, para uma mudança de hábitos e qualidade de vida. Porém, das palestras oferecidas para orientar e esclarecer os pais, percebe-se o desinteresse por parte deles em participar delas, há registros de palestras oferecidas na UBS em que não ouve a presença de nenhum responsável da criança e/ou adolescente.

Lamentavelmente, não encontra-se muita pesquisa que fale a respeito e que contribua com dados que ajudem esta pesquisa, dentro do município onde atuo.

Portanto este projeto é uma resposta que insiste na orientação aos pais que são a ponte entre o médico e a criança/adolescente. E que sem a parceria deles não teremos sucesso na luta pela prevenção e redução da HAS, por meio da educação, evitando que crianças e adolescentes tornem-se adultos com Hipertensão, resistência à insulina, obesidade, Diabetes mellitus, melhorando, assim, a qualidade e expectativa de vida destes pacientes, reduzindo o gasto público, em tratamento de pacientes com síndrome metabólico.

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Prevenir e reduzir a HAS em crianças e adolescentes, detendo o avanço desta patologia e melhorar a qualidade de vida nesta faixa etária.

### 2.2 Objetivos específicos

Educar pais e filhos através de palestras, consultas médicas e visitas domiciliares da importância de hábitos saudáveis, Incentivar os pais a participarem ativamente do programa de redução da síndrome metabólica. Fazer um levantamento real e preciso dos possíveis casos (assintomáticos) que não foram verificados na triagem. Promover a boa alimentação e a prática de atividades físicas nas escolas de ensino fundamentais.

## 3. Revisão Bibliográfica

Define-se como HAS, valores superiores a 140/90mmHg, em duas aferições simultâneas, segundo as novas orientações da OMS

Visando oferecer maior consistência aos clínicos na definição do conceito, foi adotada a classificação definida no III Consenso Brasileiro de HAS.

Assim, o limite escolhido para definir HAS é o de igual ou maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições realizadas no mesmo momento.

Esta nova orientação da OMS chama a atenção para o fato de que não se deve apenas valorizar os níveis de pressão arterial, fazendo-se também necessária uma avaliação do risco cardiovascular global.

A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Segundo Adriana A. Moura - Jornal de pediatria 2004:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença definida pela persistência de níveis de pressão arterial acima de valores arbitrariamente definidos como limites de normalidade. É a doença cardiovascular mais comum, considerada o maior desafio de saúde pública para sociedades em transição socioeconômica e epidemiológica e um dos mais importantes fatores de risco de mortalidade cardiovascular, sendo responsável por 20-50% de todas as mortes.

No Brasil, a HAS afeta 14 a 18% da população adulta.

Em lactentes e pré-escolares, a hipertensão é incomum e, quando presente, geralmente indica um processo patológico subjacente. Escolares e, em particular, adolescentes, podem apresentar hipertensão primária ou essencial,

que usualmente é detectada através de avaliação rotineira da pressão arterial. Esta é atualmente a principal causa de hipertensão arterial nessa faixa etária. Muitos estudos têm revelado fortes indícios de que a HAS do adulto é uma doença que se inicia na infância, o que tem aumentado a preocupação com a avaliação da pressão arterial em crianças nas últimas décadas.

Dr. Matthew Thompson – Intramed 2013

Entre 1 e 5 % das crianças e adolescentes tem Hipertensão e sua prevalência tem aumentado nos Estados Unidos em 1% a 2% nas últimas décadas, é pelo geral assintomática e uma porcentagem alta das crianças não estão diagnosticadas. A detecção de uma pressão arterial elevada em crianças e adolescentes poderia identificar precocemente a doença, dando a chance de tomar medidas, diminuindo drasticamente a taxa de progressão da HAS da infância até o indivíduo adulto e as consequências na maioridade.

Dr. José Ramirez – Arch.argent.pediatr 2006

A prevalência da HAS em pediatria é de 1-2%, entanto, na adolescência aumenta em 4 a 5 vezes evidentemente tendo como uns dos fatores, a obesidade. O fato de que a medição da PA não seja uma rotina, como são a Altura e o peso, deixa pensar que a taxa de HAS poderia ser maior. Muito destes adolescentes tem a PA levemente aumentada pelo que não apresentam sintomatologia, muitos deles têm HA primaria ou essencial o que faz que neles

possa-se realizar, intervenções simples que resolvem o problema atual e futuro.

Dr. René Llapur Milián – Ver.cubana.pediatria 2006

É conhecido que a HA do adulto está relacionada com a presença de fatores de risco de doença cardiovascular e que se inicia na infância, quase sempre de maneira assintomática, pelo que é fundamental identificar os fatores de risco que se relacionam com a HA na criança.

#### 4. Metodologia

- Cenário de estudo  
No estado de São Paulo, município de Barueri, Bairro Jardim Mutinga, área 1.



Foto satélite do município de Barueri, bairro Jardim Mutinga, Área 1

- Sujeitos da intervenção (público alvo)

Temos cadastrados aproximadamente 4.680 habitantes, dos quais, mais ou menos 2.900 estão dentro da faixa dos 2 aos 20 anos, ou seja, dentro da faixa da infância e adolescência, dentro dessas 2.900 crianças e adolescentes, o 1.5% apresenta signos de HAS, com valores acima dos 75 mmHg para Sistólica e acima de 120 mmHg para Diastólica, estamos falando de aproximadamente 193,3 pacientes.

- Avaliação e monitoramento

A avaliação e o monitoramento são fatores de suma importância antes, durante e, mesmo, depois do projeto. Pois são eles que nos norteará sobre o caminho a seguir; o que, de fato, está funcionando e o que deverá ser mudado.

A avaliação será contínua e multidisciplinar, pois contaremos com a atuação de toda a equipe multidisciplinar da UBS, envolvendo todos os participantes do programa: crianças, adolescente, pais e profissionais do PSF (Programa de saúde da família)

Deverá ser feita periodicamente e continuamente pois acontecerá a cada visita domiciliar, consulta na UBS, durante a participação dos responsáveis nas palestras e, sobretudo, durante as nossas reuniões clínicas, que é a reunião de toda a equipe que discutirá cada caso, cada paciente e de modo integral.

Durante cada encontro os pais deverão responder a um questionário com perguntas que abordem diferentes aspectos dos hábitos dos filhos, desde alimentação, atividades físicas, uso de medicamentos, nos casos necessários; e a monitorização da PA. Essa avaliação nos ajudará a estabelecer parâmetros e diagnósticos sobre cada caso acompanhado. Além de um gráfico que também será utilizado para avaliar a progressão e/ou a regressão de casa caso.

Podendo, assim, avaliar, inclusive, a mudança da conduta e o tratamento a ser seguido pela equipe do PSF.

Já o monitoramento será iniciado através do levantamento feito pelos Agentes comunitários de saúde, que realizam um mapeamento da área a ser atendida, monitorando o número de crianças, adolescentes, necessidades socioeconômicas, hábitos alimentares, consultas agendas. São os ACSs que manterão o elo entre a UBS e os pacientes/familiares.

As consultas, visitas nas casas, participação das palestras, poderão também servir para monitorar o IMC (índice de massa corporal), valores de exames, mudança de hábitos; atividade física e outras posturas que contribuam para o avanço positivo do programa.

O monitoramento será feito, inclusive, através de reuniões com a equipe do PSF, em reuniões que acontecem semanalmente, onde cada profissional, dentro da sua área de atuação, discute, analisa, monitora, avalia casa paciente, intervindo e interagindo com os demais em busca de uma unidade, uma ação

efetiva objetivando um atendimento, tratamento e resultados favoráveis que evite e/ou reduza a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)

Durante as chamadas reuniões de equipe do PSF, promoveremos a auto avaliação e o auto monitoramento, ou seja, um olhar clínico para as condutas tomadas pelos profissionais que deram certo, que promoveram o avanço positivo no quadro de cada paciente. E, assim, analisar intervenção ou mudanças dever ser feitas durante o tratamento para garantir uma qualidade de vida aos pacientes e contribuir com um atendimento e acompanhamento integral dos pacientes e familiares.

## 5. Resultados esperados

Lamentavelmente os resultados, não são imediatos, terão que passar alguns anos para serem percebidos, mas, seria uma geração de adultos mais saudável e com melhores hábitos de vida, mais ativos e com um índice de doenças muito menor do que os atuais parâmetros que manejamos hoje em dia.

Por outro lado, melhoraria a economia e gasto público diminuiria razoavelmente com tratamentos e manutenção de pacientes vítimas do Síndrome Metabólico, podendo se usar esses recursos para pesquisas mais avançadas e outra área da saúde pública.

## 6. Cronograma

O projeto poderia ser colocado em prática desde o final de dezembro, que é quando as crianças e adolescentes estão saindo de férias para fazer um cadastro fidedigno por meio da VD (Visita Domiciliar), ação que o ACS (agente comunitário de saúde) cumpre um papel primordial. Nesta VD se verão alguns pontos sobre os hábitos de vida que há nos domicílios destas crianças e adolescentes como ser:

- Nível cultural
- Nível económico
- Tipo de alimentação
- Tipo de vivenda
- Tipo de esparecimento e diversão
- Antecedentes familiares

Após este cadastro, os pacientes passariam por uma avaliação médica e laboratorial, levando em conta os seguintes parâmetros:

Avaliação médica: Idade, sexo, altura, peso, índice de massa corporal (IMC), diâmetro abdominal, percentil de gordura. Além de signos vitais de rigor.

Avaliação laboratorial: Hemograma completo, Perfil lipídico, TSH, T4L, Transferina, Ferro sérico, Glucose.

Após uma adequada avaliação dos pacientes, se darão palestras educativas aos pacientes e familiares, pois o núcleo familiar tem que se comprometer para o sucesso do resultado, cuidando de uns, o benefício é de todos.

## 7. Referências

Estrada CL, Rosas M, Mendoza CG, Mendez A, Lorenzo JA, Buendia A, et al. Hipertension in children and adolescence. INCICH. 2008 Feb; 40: 80-9

Tompson M, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Norris L. Detección de hipertensión em niños y adolescentes. Pediatrics. 2014 Apr; 131-490

Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia & Saúde*. 2006 Jan-Mar; 15(1): 35-45

Ramirez J. Presión normal e hipertensión arterial em niños y adolescentes. *Arch Argent Pediatr*. 2006; 104(3): 193-5

Milián RL, Sánchez RG. Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular em niños y adolescentes com hipertensión arterial esencial. *Rev Cubana Pediatr*. 2006 Jan-Mar; 78(1): 243-9