

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Curso de Especialização em Saúde da Família

Titulo: HIPERTENSÃO ARTERIAL TRATAMENTO NÃO FARMACOLOGICO:
ESTILO DE VIDA SAÚDAVEIS

NOME: Ismel Espinosa Alvarez.

Orientadora: Ana Maria Rojas Carrasco.

SÃO PAULO 2015

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica representa uma das maiores causas de morbidade cardiovascular no Brasil e acomete 15 % a 20 % da população adulta, existe também considerável prevalência em crianças e adolescentes, considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, representa alto custo social, uma vez que é responsável por cerca de 40 % dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo no trabalho em nosso médio. (Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. ArgBrasCardiol 1997, III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial-CBHA. Campo de Jordão 1988)

Estudos randomizados mostram efeitos indesejáveis do tratamento farmacológico em subgrupos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, sugerindo uma mudança na abordagem do tratamento do mesmo.

As mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da hipertensão arterial sistêmica, notadamente nos indivíduos com pressão arterial limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a pressão arterial, bem como a mortalidade cardiovascular. (Lewington S, Clarke R, Qizilbash N 2002, Rainforth MV, Schneider RH 2007)

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

Intervenção não farmacológica tem sido apontada na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão a redução do peso corporal, a restrição alcoólica o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física. (Sociedade Brasileira de Hipertensão. RevBrasCardiol 1998)

Estudo envolvendo 217 pacientes de ambos os sexos, com idade variado de 35 a 83 anos mostrou que a adição a medidas não farmacológicas, dentro as quais a prática de exercício físico, promoveu sensível efeito na redução dos níveis pressóricos. (Ferreira KVS, Melo AMCA, Sobral Filho DC 1999)

Deste modo, a intervenção não farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial. (Shoji VM, Forjaz CLM 200)

1.2 Justificativa

O uso de medicamentos anti-hipertensivos pela população brasileira é muito alta.

Os pacientes hipertensos com fatores de risco associados, não realiza medidas preventivas, dieta pobre em sal e gorduras, práticas de exercício físico, restrição de álcool e cigarros, entre outros fatores. Muitos não são orientados por profissionais da saúde, realizando apenas troca de receitas, a maioria com poli medicação.

Também outro fator importante é a falta de acompanhamento em consultas médicas pra avaliação com adequada periodicidade.

De modo que a implementação de medidas de prevenção contra a hipertensão arterial sistêmica é um grande desafio para os profissionais da área de saúde.

A prevenção primaria e a detecção precoce são as formas mais afetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias da estratégia saúde da família. Sua abordagem pode ser feita por meio de mudanças no estilo de vida, por isso é importante este projeto de intervenção.

2. OBJETIVOS

a. Geral

Avaliar o controle de os pacientes hipertensos com o tratamento não farmacológico.

b. Específicos

1-Identificar os fatores de risco mais comuns associados a hipertensão arterial.

2-Diminuir o consumo de medicamentos no paciente com hipertensão.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial apresenta elevado índice de prevalência e de mortalidade, tanto no contexto nacional quanto no mundial. é uma doença cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais da área da saúde, visto que seu tratamento exige a participação ativa do hipertenso, no sentido de modificar alguns hábitos de vida prejudiciais e assimilar outros que beneficiem sua condição de saúde.

Segundo a sociedade brasileira de hipertensão, a hipertensão arterial sistêmica(há s) é uma patologia crônica não transmissível, de etiologia multifatorial que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos de controle da pressão sanguínea. a pressão arterial é um sinal fisiológico visto com extrema importância para a avaliação clínica do estado de saúde dos pacientes,

principalmente daqueles que já tem predisposição a doença. A aferição da pressão deve ser feita por profissionais de saúde treinados e regularmente. (Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2006)

Estudos epidemiológicos apontam a hipertensão arterial como causa para o aumento do risco de doença vascular encefálicas, doenças arteriais coronárias, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica e doença vascular periféricas. (Barbosa, J.B; Silva 208)

Muitos são os fatores de riscos para a doença que hoje é um sério problema de saúde pública, sendo a idade, obesidade, gênero, etnia, hábitos alimentares, sedentarismo e genética os principais deles, (Brandão, Andréa A 2010, Amodeo. Celso 2010) também associação de hipertensão com baixa escolaridade. (Cipullo J.P; Martin J 2010)

É necessário iniciar o tratamento com medidas não farmacológicas ou melhor com mudanças de estilo de vida, independentemente da etiologia ou dos valores da pressão arterial. Deve-se dizer ao pacientes e familiares os fundamentos e a importância destas medidas corretamente, elas são tão ou mais importante, em alguns casos o tratamento farmacológico. (The seventh report of the Joint National Committee on Prevention 2003, Pickering T.G 2003)

Apesar de consolidada a relação entre hipertensão e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação deste sobre a elevação da pressão arterial, são conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobres em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos. (15 Sacks, F.M; Suckey, L.P 2001). Dentre os fatores nutricionais estudados e que se associam a alta prevalência de hipertensão arterial estão o elevado consumo de álcool e sódio e excesso de peso. (Intersalt cooperative Research Group. An international 1998). Recentemente vem sendo, também, associados o consumo de potássio, cálcio, e magnésio, os quais atenuariam o progressivo aumento dos níveis pressóricos com a idade. (Kotchen TA, Kotchen IM 1997)

A recomendação universal e apoiada pelos canadenses é feito em 30 a 45 minutos de exercícios aeróbicos em uma base regular, ou seja, a manutenção de um plano de trabalho de quatro a cinco vezes por semana. Um único exercício na forma recomendada é capaz de produzir uma redução de cerca de 3 e 2,0 mmHg para a pressão sistólica e diastólica, respectivamente. (Touyz R; Campbell N; Longan A 2004, Bacon S. L; Sherwood A; Hinderliter A)

As características do tratamento que englobam intervenções medicamentosas e não medicamentosas e por tanto, mudanças de comportamento disponibilidade financeira, e tolerância a eventuais efeitos colaterais também devem ser consideradas no processo de controle, em igual importância, encontra-se as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde, e a qualidade do trabalho desenvolvido nestes serviços. (Mansano Sarquis, L.M; Queiroz Deelacqua 1998)

Este trabalho tem como objetivo expor informações gerais a cerca da hipertensão arterial sistêmica, descrevendo os principais fatores de riscos e a prevalência da doença no Brasil a abordagem desta revisão de literatura está direcionada sobre sua formas de prevenção e controle da hipertensão arterial, já que esta é uma doença que atinge mais de 30 milhões de brasileiro sendo que cerca de 50 % destes não sabem que são hipertensos. (Spniato, Itana; Monteiro 2010)

4. METODOLOGIA

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.

A intervenção envolve os pacientes portadores de hipertensão arterial cadastrados na equipe de na Unidade Básica de Saúde Ribeirão da Várzea e uma equipe da estratégia de saúde da família.

O grupo estudo constitui-se por 185hipertenso, a equipe por1 médico, 1 enfermeira, 2 técnica enfermagem, 5 agentes comunitários, 1 psicólogo, 1 farmacêutico.

4.2Contexto da intervenção

Durante as consultas na Unidade Básica de Saúde Ribeirão da Varzea, município de Itapirapuã Paulista , estado de São Paulo, chamou atenção o número de pacientes hipertensos solicitando receitas de medicamentos controlados, um elevado número deles com poli terapias hipotensoras.

Os pacientes não realizavam acompanhamento adequado de consultas médicas, alguns levam vários anos só trocando receitas sem avaliação clínicas e laboratoriais.

Quando os pacientes foram questionados sobre os fatores de risco e sua prevenção muitos desconheciame outros não aceitam que as mudanças no estilo de vida forma parte do tratamento.

As ações dirigidas ao pacientes hipertensos serão realizadas na própria unidade de saúde , consultório e salas de reuniões, nas visitas domiciliares e grupos de hiperdia.

4.3 Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação dos pacientes hipertensos cadastrados por os agentes comunitários, para assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será através das visitas domiciliares.

Etapa 2

Os selecionados serão convocados pra uma reunião na unidade de saúde para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para orientar a importância da consulta periódica, monitoramento de cifras de pressão arterial, do peso, avaliação de exames de colesterol e triglicérides e da resposta terapêutica.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões semanais na unidade de saúde ou no grupo de hiperdia, com o grupo estudo e os profissionais da saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado a medicação e fatores de risco de acordo com o profissional selecionado para a data.

DIA	Tema	Palestrante
1º Dia	Acolhimento e explanação do projeto .	Equipe de Saúde
2º Dia	Indicação adequado do medicamento e Orientações médicas.	Médico
3º Dia	Interações reação adversa medicamentosa .	Farmacêutico
4º Dia	Propostas de medidas alternativas não farmacológicas.	Enfermeira
5º Dia	Orientações psicológicas sob a dependência do cigarro e Consumo de álcool.	Psicólogo
6º Dia	Discussão do projeto ,aplicação do questionário	Equipe de saúde

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões semanais que são realizadas com toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessários.

A aplicação de questionário possibilitará avaliar os pontos positivos e negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa e persistente de toda a equipe, os pacientes hipertensos alcançarão a percepção de que as mudanças no estilo de vida traz grande benefícios para eles e assim diminuirão o consumo de medicamentos.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Mês
Escolher o problema da pesquisa.	Setembro
Identificação da população.	Setembro e Outubro
Revisão bibliográfica.	Setembro, outubro e Novembro
Orientação da versão parcial TCC.	Dezembro
Finalizar e entrega versão final TCC.	Janeiro
Apresentação do TCC .	Fevereiro

7. REFERÊNCIAS

1. Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. Argbrascardiol 1997; 69(4)
2. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial-CBHA. Campo de Jordão, SP, 12 a 15 de Fev, 1998-SBC
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, for the prospective studies collaboration. Age- Specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002; 360: 1903-13
4. Rain forth MV, Schneider RH, Nidich SI, Gay lord-King C, Salerno IW, Anderson IW. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: A Systematic review and meta-analysis. Currhypertens Rep., 2007; 9 : 520-8
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Revbrascardiol 1998
6. Ferreira KVS, Melo AMCA, Sobral Filho DC, Ariuda IKG, Diniz AS, Toscano CHH, Arg.Brascardiol 1999; 73 (supl IV):110
7. Shoji VM, Forjaz CLM. Treinamento físico da hipertensão. Ver. Soc. Cardiol. Estado São Paulo 2000; 10:7-14
8. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 4º Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2006
9. Barbosa, J.B; Silva, A .A.M; Santos, A.M; Monteiro Júnior, F.C; Marcio, M; Barbosa, mARCELO.M; Figueiredo Neto, J.A; Soares, N.JS; Nina, V.J.S; Barbosa, J .N. Prevalencia de hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luiz-MA. Arquivos brasileiro de cardiologia, Rio de Janeiro, V91, n4, p 260-266, 2008

10. Brandão, Andréa A; Jornal Brasileira de nefrologia. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. São Paulo; set 2010
11. Amodeo. Celso; VI Diretrizes de hipertensão, publicadas como suplemento da edição de julho dos arquivos brasileiro de cardiologia. São Paulo/ 2010
12. Cipullo J.P; Martin J, .F.V; Ciorlia, L. A.S; Godoy, M. R.P; Cação, J.C; Laureiro, A.A.C; Cesário, C.B; Carvalho, A.C; Cordeiro, J.A; Burdmann, E.A. Prevalencia e fatores de riscos para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arquivos Brasileiro de Cardiologia; Rio de Janeiro, V 94, n4, p 519-526 abr 2010
13. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention. Evaluation and treatment of high blood pressure. NIH Publication n° 3- 5233 may 2003
14. Pickering T.G. Lifestyle modification and blood pressure control. Is the glass half full or half empty. JAMA 2003, 289, 2131-2
15. Sacks, F.M; Suckey, L.P; Vollmer, W.M; Appel, Bray, G.A; Hasha, D et al. Effects on blood pressure of reduced dietary. Sodium and the dietary approaches to stop Hypertention(DASH) diet. N Engl J Med 2001; 344: 3-10
16. Intersalt cooperative Research Group. An international. Study of electrolyte excretion and blood pressure: results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. BMJ 1998, 297 : 319-28
17. Kotchen TA, Kotchen IM. Dietary sodium and blood pressure: interaction with other nutrients. Am J Clin Nutr 1997; 65 (suppl): 708 s-11s
18. Touyz R; Campbell N; Longan A; Gledhill N; Pertella R; Padwal R. The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: part III- Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. Can J Cardiol 2004, 20, 55-
19. Bacon S. L; Sherwood A; Hinderliter A; Blumenthal. J.A. Effects of exercise, diet and weight loss on high blood pressure. Sport med 2004, 34, 307-16
20. Mansano Sarquis, L.M; Queiroz Deelacqua, M.C; Bueno, M.C; Gallani Jaime; Moreira, R.M; Mangini Bocehi, S.E; Hideco Tase, T; Geraldo Pierin, A.M. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial. Rev.esc.enferm.USP. Vol 32 n4. São Paulo; Dec1998
21. Spniato, Itana; Monteiro, Lusiana; Santo, zelia M.S. Adesão da pessoa hipertensa ao exercicio físico-Uma proposta educativa em saúde. Abr/ 2010