



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ÍNDICE DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

CAROLINE COLOMBO

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do Título de Especialista em Saúde
da Família.**

Orientador: Rafael Aiello Bomfim

**São Paulo
2016**

Resumo

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica caracterizada por elevação dos níveis de pressão arterial. Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos níveis pressóricos deve ser encarado como prioridade na atenção básica, partindo de um diagnóstico precoce, de tratamento e controle adequados. O objetivo principal deste projeto de intervenção é intervir no estilo de vida dos pacientes com hipertensão arterial descontrolada e com risco de doenças cardiovasculares, a fim de obter um controle pressórico e reduzir as chances de eventos cardiovasculares.

Palavras-chave: Doença cardiovascular. Hipertensão. Fatores de risco.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. OBJETIVOS	06
2.1 Geral	06
2.2 Específico(s)	06
3. REFERENCIAL TEÓRICO	07
4. METODOLOGIA.....	08
4.1 Local	08
4.2 Participantes	08
4.3 Ações	08
4.4 Avaliação e Monitoramento	08
5. RESULTADOS ESPERADOS	10
6. CRONOGRAMA	11
7. REFERÊNCIAS	12
ANEXOS	13

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônico-degenerativa, de evolução lenta, progressiva e muitas vezes assintomática (FERREIRA FILHO, 2011). É responsável por 13,5% das doenças no mundo, sendo retratada como um importante problema de saúde pública devido à alta prevalência e à baixa taxa de controle (COSTA MACHADO et al., 2016). Possui fatores de risco importantes como obesidade, tabagismo, etilismo e hereditariedade (AMARAL ZAITUNE et al, 2006). É uma doença prevalente em idosos, porém cada vez mais é diagnosticada em populações mais jovens (ROSA; PLAVNIK; TAVARES, 2006).

Pode ser definida por níveis elevados da pressão arterial que permanecem alterados ao longo do tempo. O diagnóstico deve ser realizado através da aferição dos níveis de pressão arterial em três ocasiões diferentes, e por profissionais devidamente capacitados (NAKAMOTO, 2012).

É necessário uma anamnese detalhada do paciente e um exame físico adequado, além de uma série de exames laboratoriais como avaliação inicial (colesterol total e frações, triglicérides, creatinina, ácido úrico, potássio, glicemia de jejum, urina I e eletrocardiograma) para se chegar ao diagnóstico de hipertensão arterial primária (FERREIRA FILHO, 2011). O sintoma mais comum que o paciente refere na maioria das vezes é cefaleia, porém este pode ser uma consequência da hipertensão, e não sua causa (PEDROSA; DRAGER, 2008). Deve ser avaliada de forma cuidadosa, devido aos diagnósticos de hipertensão do jaleco branco e também hipertensão secundária (ROSA; PLAVNIK; TAVARES, 2006).

Vem sendo considerada um dos mais importantes fator de risco cardiovascular (NAKAMOTO, 2012). Sua prevenção baseia-se em um diagnóstico e tratamento precoces. Pode ocasionar lesões de órgãos-alvos como retinopatia hipertensiva, nefropatia hipertensiva, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, aneurisma de aorta e doença vascular periférica, como consequência do aumento da pressão no interior dos vasos sanguíneos (PEDROSA; DRAGER, 2008). Estudos têm demonstrado a redução do risco cardiovascular com o controle rigoroso da pressão arterial (ROSA; PLAVNIK; TAVARES, 2006).

O tratamento da hipertensão implica mudanças na qualidade de vida do paciente (FERREIRA FILHO, 2011). O principal tratamento que vem sendo proposto é primeiramente o não farmacológico, e em alguns casos associado à terapia farmacológica. O tratamento não farmacológico envolve redução de peso corporal, melhora da alimentação (principalmente a redução de sal), abandono do tabagismo, prática de atividade física regular e a restrição do uso do álcool (AMARAL ZAITUNE et al, 2006). O tratamento farmacológico pode ser iniciado em monoterapia ou terapia combinada. O seu tratamento tem por objetivo diminuir o risco cardiovascular (ROSA; PLAVNIK; TAVARES, 2006).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Propor a criação de grupos de saúde com os pacientes que apresentem alteração persistente nos níveis pressóricos, a fim de incentivar as mudanças nos hábitos de vida destes pacientes e a adesão correta à terapia farmacológica.

2.2 Específico(s)

2.2.1 Identificar o benefício dos grupos de saúde na prevenção das doenças cardiovasculares.

2.2.2 Identificar o sucesso dos grupos na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

2.2.3 Redução da morbimortalidade como consequência de eventos cardiovasculares.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial sistêmica é definida por níveis elevados e sustentados da pressão arterial, de etiologia multifatorial. É associada à morbimortalidade cardiovascular devido às suas lesões em órgãos-alvo, quando não controlada adequadamente. Vem sendo considerada um desafio de saúde pública no mundo, devido à estimativa de que 20% da população mundial seja hipertensa. É considerado o principal fator de risco cardiovascular (NAKAMOTO, 2012). A importância da associação de hipertensão e doença cardiovascular foi bem definida nos achados do Estudo Framingham e no Multiple Risk Factor Intervention Trial – MRFIT (GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002).

É uma doença essencialmente assintomática, porém alguns sintomas podem indicar complicações como dor precordial, alteração dos níveis de consciência e déficits motores e sensitivos. Por esse motivo, a busca ativa de lesões de órgãos-alvo se torna muito importante. O diagnóstico é clínico, porém alguns exames laboratoriais devem ser solicitados na avaliação inicial, como urina tipo 1, potássio, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total, LDL, HDL, triglicérides, ácido úrico e eletrocardiograma convencional (PEDROSA; DRAGER, 2008).

Menos de 10% dos casos de hipertensão são de origem secundária. Assim sendo, 90% dos pacientes são hipertensos primários, ou seja, de causa desconhecida e multifatorial (FERREIRA FILHO, 2011).

O principal tratamento considerado na hipertensão é o não farmacológico que propõe medidas como mudança na alimentação (redução da ingestão de sal), redução de peso corporal, abandono do tabagismo, prática de exercícios físicos regulares, e redução no consumo de álcool. A prevenção e o tratamento de hipertensão através destas estratégias vêm sendo utilizados com mais frequência devido aos seus benefícios a médio e longo prazo (MIO JR, 2002). A terapia anti-hipertensiva farmacológica é indicada quando as medidas não farmacológicas não são eficientes ou quando o paciente apresenta um risco cardiovascular elevado. Nesse caso a requisição de exames específicos é necessária (ROSA; PLAVNIK; TAVARES, 2006).

4. METODOLOGIA

4.1 Local

A intervenção será desenvolvida na ESF Maria Luíza, localizada na cidade de Araraquara, estado de São Paulo. A unidade de saúde é responsável no momento pela cobertura de 4104 pessoas, distribuídas em 09 microáreas, com 524 hipertensos cadastrados.

4.2 Participantes (público-alvo)

As pessoas envolvidas no benefício da intervenção são pacientes da ESF Maria Luíza que apresentem alteração nos níveis pressóricos e com risco de desenvolverem alguma doença cardiovascular.

4.3 Ações

O grupo de hipertensão a ser desenvolvido na unidade de saúde tem por objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando um manejo adequado da doença.

4.4 Avaliação e Monitoramento

O projeto proposto será dividido em etapas. Primeiramente serão selecionados os pacientes hipertensos de difícil controle apresentando alterações laboratoriais e risco cardiovascular. Esses pacientes vão ser identificados em consulta médica e convidados para participar dos grupos pelo próprio médico. Para seleção, devem ser adotados como critérios de inclusão: serem pacientes de ambos os sexos, apresentarem diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais

de um ano, estarem cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade e estarem conscientes e orientados.

Em um segundo momento será levantado o número de pacientes interessados nos grupos e após, os mesmos pacientes serão convidados para uma reunião onde vão ser explicados os objetivos dos grupos de hipertensão. Após as etapas iniciais os grupos serão criados de acordo com o número de pacientes interessados, compondo no máximo um total de 15 pessoas por grupo. As reuniões serão quinzenais ou mensais, dependendo do número de pessoas interessadas no projeto. Serão realizados pela enfermeira e pelo médico, com auxílio dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

As reuniões serão realizadas quinzenalmente ou mensalmente com os seguintes temas: 1)Hipertensão: conceito, ocorrência e consequências; 2)Dieta hipossódica: palestra sobre a dieta, entrega de folders explicando os alimentos que devem ser evitados e reduzidos; 3) Influência da obesidade; 4)Álcool e tabagismo; 5)Atividade física; 6)Fatores de risco cardiovasculares; 7)Prevenção e tratamento medicamentoso e não medicamentoso: o uso correto da medicação prescrita. O objetivo do projeto é criar um vínculo dos pacientes com a equipe, e estreitar a relação médico-paciente, com o intuito de se obter melhores resultados.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final do projeto de intervenção, espera-se alcançar uma melhora dos níveis pressóricos nos pacientes de difícil controle, a adesão ao tratamento farmacológico e principalmente ao não farmacológico (mudanças no estilo de vida), exames laboratoriais menos alterados, além de uma redução das taxas de complicações e morbimortalidade cardiovasculares.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação no Comitê de Ética	X	X					
Treinamento da equipe	X	X					
Implantação das Ações		X	X	X			
Monitoramento e ajustes				X			
Análise dos dados				X	X		
Apresentação dos resultados					X		
Acompanhamento do Projeto					X	X	X

7. REFERÊNCIAS

EDUARDO CANTONI ROSA, F. L. P. A. T. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63, p. 56-69, 2006.

FILHO, C. F. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 68, 2011. ISSN 7/8.

ISEU GUS, A. F. C. M. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq bras cardiol**, v. 78, p. 478-483, 2002.

JULIANA COSTA MACHADO, E. A. Adherence to non-pharmacological treatment: Analysis of the impact of three health educational and nutritional strategies in hypertensive patients. **Revista de Nutrição**, v. 29, p. 11-22, 2016.

MANCIA, G. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. **European heart journal** , v. 28, p. 1462-1536, 2007.

MARIA PAULA DO AMARAL ZAITUNE, E. A. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, p. 285-294, 2006.

MIO JR, D. Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia e Nefrologia**. 2002.

NAKAMOTO, A. Y. K. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 69, 2012.

RENATA FONTENELLE CABRAL, R. J. D. C. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Universitário/UFMA**, p. 30.

RODRIGO PINTO PEDROSA, L. F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 65, p. 74-84, 2008.

ANEXOS

Escore de Risco de Framingham

Passo 1		
Idade	Homens	Mulheres
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

Passo 2		
Colesterol Total	Homens	Mulheres
<160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
>280	3	3

Passo 3		
HDL-C	Homens	Mulheres
<35	2	2
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
≥60	-1	-3

Passo 4			
PAS	PAD	Homens	Mulheres
<120	<80	0	-3
120-129	80-84	0	0
130-139	85-89	1	0
140-159	90-99	2	2
≥160	≥110	3	3

Quando os valores da PAS e PAD discordarem usar o mais alto

Passo 5		
Diabetes	Homens	Mulheres
Sim	2	4
Não	0	0

Passo 6		
Fumo	Homens	Mulheres
Sim	2	4
Não	0	0

Soma dos pontos	
Idade	+ CT + HDL
PA	+ DM + Fumo
TOTAL = 	