



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



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A redução da ingestão sódica e sua influência na queda da
Pressão Arterial Sistêmica dos pacientes hipertensos da UBS
Bonfim de Taubaté-SP**

Larissa Ethel Soriano Freire

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

Orientador(a): Michele Peixoto Quevedo

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	3
2.1 Geral	3
2.2 Específico(s)	3
3 REFERENCIAL TEÓRICO	4
4 MÉTODO	5
4.1 Local	5
4.2 Participantes	5
4.3 Ações	5
4.4 Avaliação e Monitoramento	6
5 RESULTADOS ESPERADOS	7
6. CRONOGRAMA	8
7 REFERÊNCIAS	9

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica extremamente comum nos dias de hoje e é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. (MACMAHON; PETO; CUTLER, 1995). Apesar de ser assintomática na maioria dos casos, ela contribui sendo um dos fatores de risco para diversas outras doenças de grande morbimortalidade como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença Artéria Coronariana (DAC), Hipertrofia Ventricular Esquerda, Doença Renal Proteinúrica, entre outras. (BRASIL, 2002).

Mesmo havendo protocolos bem estabelecidos para sua classificação e terapêutica, muitos pacientes ainda são considerados hipertensos descompensados. A dificuldade no controle da HAS nos pacientes do Pamo Bonfim em Taubaté-SP é o foco desse projeto de intervenção.

Estima-se que um em três adultos nos EUA tem hipertensão arterial, assim como no Brasil. A HAS é o fator de risco modificável mais importante do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e está associado com um aumento de 2 a 3 vezes mais do risco de alguém desenvolvê-lo, além de ser o responsável por quase um terço do risco total dessa doença. (SPENCE; BARNETT, 2003).

Vários estudos populacionais evidenciam a importância do controle da hipertensão para a redução da morbimortalidade cardiovascular. Desta forma, as elevadas taxas de morbimortalidade cardiovascular em países de industrialização recente parecem depender de modo importante da elevada prevalência de hipertensão arterial nesses países. (YUSUF et al., 2001).

Apesar de não se dispor de estudos com boa representatividade em nível nacional sobre a hipertensão arterial no Brasil, pesquisas localizadas mostram prevalências elevadas, situando-se no patamar de 20 a 45% da população adulta. (FREITAS et al., 2001).

Estudos envolvendo pacientes com hipertensão em estágios iniciais mostraram que reduções da pressão arterial de 5 a 6 mmHg reduziu o risco de acidente vascular cerebral (AVC) em 40%, de doença artéria coronariana (DAC) em 16% e morte cardiovascular em 20%. (JUNIOR; FILHO, 2008).

No Pamo Bonfim mais da metade dos pacientes atendidos tem mais de 50 anos e desses, mais de dois terços tem HAS, sendo um pouco menos da metade acometida por alguma patologia que tem relação com essa hipertensão.

Por tais razões é necessário controlá-la. Para isso dispomos de terapêuticas medicamentosas e de mudança de estilo de vida. Dentre essas mudanças destaca-se a redução no consumo de sódio na alimentação, que é uma medida simples, segura e sem restrições para qualquer tipo de paciente.

Durante a evolução, os seres humanos consumiam menos de 0,25 g de sal por dia. Atualmente o consumo de sal permanece elevada devido ao uso excessivo em alimentos processados e temperos. Em 2005 foram determinadas diretrizes para a ingestão de sódio recomendada $<1,5$ g / d para pessoas com hipertensão, adultos de meia-idade e mais velhos, e negros, e $<2,3$ g / d para todos os outros adultos. (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2010).

Sabe-se que 1 grama de sal tem 400 mg de sódio e estima-se que a restrição de 1,5 mg de sódio leve a uma redução de 4-8 mmHg da pressão sistólica. (NELSON; RAGLAND; SYME, 1982). Assim o presente estudo tem por finalidade incentivar essa redução- mudança no estilo de vida passível de ser realizada por qualquer tipo de paciente- e comprovar na prática seu benefício.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Possibilitar a melhoria do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Bonfim, município de Taubaté- SP, através da redução do uso de sódio desses pacientes.

2.2 Específico(s)

Informar os pacientes, nas consultas de rotina, sobre os riscos à saúde que a Hipertensão descompensada pode causar- como a ocorrência de um AVC, IAM, Insuficiência renal, etc- e seus impactos negativos na qualidade de vida.

Orientar os pacientes sobre a possibilidade de tratamento da hipertensão, não apenas medicamentoso, mas também por mudança de estilo de vida, focando na redução do uso de sódio.

Acompanhar os pacientes participantes durante 6 meses de intervenção, aferindo a PA dos mesmos, diariamente, na UBS do Bonfim. Começar essa aferição uma semana antes do início da redução sódica.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Na revisão bibliográfica do artigo americano "Salt and Hypertension: Is salt dietary reduction worth the effort" publicado em 2012 no The American Journal of Medicine foi evidenciado que os jovens hipertensos respondem menos a redução da ingestão de sódio se comparados aos idosos, afrodescendentes e obesos, que respondem com uma redução significativa da pressão arterial (PA). (FRISOLI et al., 2012).

Em crianças entre 8-16 anos a diminuição da ingestão de sódio de 42% resultou em uma redução da PA de 1,17-1,19 mmHg e numa diminuição da ingestão de 54% resultou numa redução de 2,47 mmHg na PA. Nessa faixa etária tal redução ocorre de forma relativamente rápida e é de longa duração, refletindo em uma melhora na saúde dessas crianças em sua vida adulta. (KURTZ; AL-BANDER; MORRIS, 1987).

Já a redução de sódio a um nível de 1,500 mg / d reduz mais a pressão arterial em adultos mais velhos do que em adultos mais jovens. A pressão arterial sistólica diminuiu 8,1 mm Hg no grupo etário de 55 a 76 anos, em comparação com 4,8 mm Hg no grupo com idade entre 23 a 41 anos. Em pessoas sem hipertensão, a pressão arterial diminuiu 7,0 mm Hg naqueles com idade superior a 45 anos, em comparação com 3,7 mm Hg em pessoas com idade inferior a 45 anos. Nos indivíduos com idades entre 60 a 80 anos, a redução da ingestão de sal correspondeu a uma redução da pressão arterial de 04-10 mm Hg e de 100 mmol / d na excreção urinária de sódio. (FENG; MACGREGOR, 2004).

Sabe-se que uma alta ingestão de sal pode aumentar diretamente, ou seja, sem necessariamente aumentar a PA, o risco de acidente vascular cerebral, hipertrofia ventricular esquerda e doença renal, além de estar relacionada com formação de cálculos renais, osteoporose piora da asma; e de provavelmente ser uma das principais causas de câncer no estômago. (Tabela) (MESSERLI; SCHMEIDER; WEIR, 1997).

Table Type of Evidence of the Recognized Effects of Lower Dietary Salt Intake

	RCTs	Cohort Studies	Ecological Studies	Experimental Studies
Lower rate of increase in BP with age			x	x
BP reduction in HTN and normotension	x			x
Decreased risk of cardiovascular events		x		x
Decreased risk of stroke		x	x	x
Reduction in left ventricular hypertrophy	x			x
Reduced rate of albuminuria	x			x
Improved arterial elasticity	x			
Lower risk of calcium nephrolithiasis	x	x		
Lower risk of gastric cancer		x	x	

BP = blood pressure; HTN = hypertension; RCT = randomized controlled trial.

4. MÉTODO

4.1 Local

O projeto será desenvolvido na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Bonfim, município de Taubaté- SP, no período de junho a novembro de 2016.

A área de abrangência desta UBS envolve cerca de 30.000 habitantes. Ela deverá funcionar como Estratégia de Saúde da Família no futuro, mas infelizmente ainda atua no modelo de atenção básica tradicional conhecido em Taubaté como PAMO (Posto de Atendimento Médico e Odontológico). Além de atendimento médico e odontológico, a mesma oferta os serviços de ginecologia, pediatria, psicologia, vacinação e curativo.

A prefeitura de Taubaté não detém informações a respeito do número de hipertensos da região, e não faz uso do programa Hiperdia. Não está implantado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e nem se utiliza dos serviços do NASF. Uma das ações esperadas é que este projeto de intervenção possa identificar e registrar os hipertensos da área de abrangência da UBS Bonfim.

4.2 Participantes (público-alvo)

Este projeto tem como público alvo os pacientes adultos de ambos os sexos, que apresentam quadro de Hipertensão Arterial descompensada, cadastrados na área de abrangência da UBS Bonfim. Serão excluídos aqueles pacientes com transtornos mentais ou que se recusarem a participar livremente das atividades.

A equipe que desenvolverá a ação será composta por médico de saúde da família, enfermeira e auxiliares de enfermagem.

4.3 Ações

Inicialmente será realizada uma etapa de busca ativa, através da análise dos prontuários, convocando os pacientes já diagnosticados com HAS descompensada para uma consulta médica e os convidando para participarem desse projeto de intervenção. Através das demais consultas de rotina e da aferição da PA realizada em todas elas, os demais hipertensos serão identificados e também convidados a participarem desse projeto. Nesta etapa inicial serão fornecidas, na primeira consulta médica, informações gerais sobre a patologia, suas consequências e necessidade imediata de prevenção secundária, além do esclarecimento das dúvidas dos pacientes sobre esse tema.

Posteriormente esses pacientes serão orientados quanto a redução sódica em suas dietas e a possibilidade da troca do sal por alternativas de temperos como orégano, pimenta, limão, alho, etc. Receitas de preparo de alimentos hipossódicos poderão ser ensinados ao grupo dos pacientes participantes e seus familiares como forma de incentivá-los nessa mudança de estilo de vida sem perder o prazer em comer. Toda família deve se comprometer e se envolver nessa mudança, afim de que não haja dificuldade, por parte do hipertenso, em seguir a dieta estipulada. É importante ressaltar que não haverá intervenção nos possíveis fatores de confusão do estudo como mudança de esquema de anti-hipertensivo, introdução ou aumento de atividade física, dieta e emagrecimento, entre outros.

Na primeira semana, anterior ao início da redução sódica, todos os pacientes participantes terão suas PAs aferidas pelos profissionais de saúde da UBS Bonfim e anotadas em cartões individuais de controle pressórico. Nas demais semanas cada paciente terá sua PA aferida e anotada na UBS 1 vez por semana durante 6 meses consecutivos. Caso o mesmo tenha dificuldade ou até mesmo pare com a dieta hipossódica em algum momento, deverá avisar o médico da UBS. Este o ajudará em sua dificuldade específica e analisará a possibilidade de desconsiderar ou não, no estudo, o valor pressórico aferido na semana em que o participante não seguiu a dieta.

4.4 Avaliação e Monitoramento

O acompanhamento de perto desses pacientes, ouvindo suas dúvidas e dificuldades em seguir com as metas do projeto é fundamental para verificar se esse está sendo passível de cumprimento, ou se precisa ser modificado. Já a observação frequente das PAS dos participantes nos mostra se as intervenções estão sendo efetivas. Atingindo o controle pressórico desejado nos 6 meses do projeto, espera-se que a dieta hipersódica seja incorporada nos hábitos de vida das famílias participantes, passando então para um estágio de manutenção da mudança de estilo de vida dessas pessoas.

Para a avaliação dos resultados serão comparadas as PAs anteriores a restrição sódica às posteriores à restrição, analisando a queda pressórica de cada paciente pela análise de um gráfico composto com todos os valores aferidos dessa PAs. A PAM (pressão arterial média), dos participantes, calculada na primeira consulta será comparada à da última consulta, para termos mais uma forma de quantificar a intervenção.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se, com este projeto de intervenção, produzir mudanças simples e sem contraindicação alguma nos hábitos de vida dos hipertensos, da UBS Bonfim, e suas famílias, afim de prevenir a hipertensão nos geneticamente predispostos a desenvolver essa patologia (familiares), reduzir a necessidade da terapêutica medicamentosa nos hipertensos e controlar melhor a PA dos hipertensos descompensados. Com isso, acredita-se que a longo-médio prazo, também haja queda nos índices de AVC, IAM e doenças renais nessa população.

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				
Monitoramento e ajustes			X	X	X		
Análise dos dados					X	X	
Apresentação dos resultados							X
Acompanhamento do Projeto			X	X	X	X	

7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus: programa de educação permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus para os municípios com população acima 100 mil habitantes*. 2. ed. Brasília, 2002.
2. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Atlanta, 2010. 59 p.
3. FENG, F.J.; MACGREGOR, G.A. Effect of long-term modest salt reduction on blood pressure. *Cochrane Hypertension Group*, Oxford, v.1, p.245-248, jan.2004.
4. FREITAS, O.C.; CARVALHO, F.R.; NEVES, J.M.; VELUDO, P.K.; PARREIRA, R.S.; GOLÇALVES, R.M.; et al. Prevalence of Hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.77, p.16-21, dez. 2001. Suplemento.
5. FRISOLI, Tiberio M; SCHIMIEDER, Roland E; MESSERLI, Franz H; et al. Salt and Hypertension: Is Salt Dietary Reduction Worth the Effort?. *The American Journal of Medicine*, New York, v. 125, n.5, maio 2012.
6. SPENCE, David J; BARNETT, Henry M. *Acidente Vascular Cerebral: Prevenção, tratamento e reabilitação*. Porto Alegre: McGraw-Hill, p.30, 2013.
7. KURTZ, T.W.; AI-BANDER, H.A.; MORRIS R.C. "Salt-sensitive" essential hypertension in men. Is the sodium ion alone important? *The New England Journal of Medicine*, Londres, v.317, p.1043-1048, 22 out.1987.
8. MACMAHON, S.; PETO, R.; CUTLER, J. Blood pressure, stroke and coronary heart disease: effects of prolonged differences in blood pressure-evidence from nine prospective observational studies corrected for dilution bias. *The Lancet*, New York, p.765-774, 31 mar.1995.
9. MESSERLI, F.H.; SCHIMEIDER, R.E.; WEIR, M.R. *Salt: a perpetrator of hypertensive target organ disease?* *Arch Intern Med*: Oxford, v.157, p.2449-2452, 1997.
10. NELSON, M.J; RAGLAND, D.R; SYME, S.L. Longitudinal prediction of adult blood pressure from juvenile blood pressure levels. *American Journal of Epidemiology*, Oxford, V.136, p.633-645, nov.1982.

11. JUNIOR, Carlos V. Serrano; FILHO, Dário C. Sobral. *Como Tratar a Hipertensão Arterial*. São Paulo: Manole, v.3, p. 3, 2008.
12. YUSUF, S.; REDDY, S; OUNPPU, S.; ANAND, S. *Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiological transition, risk factors, and impact of urbanization*. *Circulation. Clinical Cardiology: New Frontiers*, Ottawa, v.27, p.2746-53, 2001.