



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Terezinha Queiroz da Cunha

Fortalecendo os vínculos no controle à Hipertensão
Arterial Sistêmica na Unidade de Atenção Primária de
Saúde Emília Suzana Pereira, Vila Velha, ES

Florianópolis, Janeiro de 2023

Terezinha Queiroz da Cunha

Fortalecendo os vínculos no controle à Hipertensão Arterial
Sistêmica na Unidade de Atenção Primária de Saúde Emília
Suzana Pereira, Vila Velha, ES

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

Orientador: Silvia Mônica Bortolini Braga
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Terezinha Queiroz da Cunha

Fortalecendo os vínculos no controle à Hipertensão Arterial
Sistêmica na Unidade de Atenção Primária de Saúde Emília
Suzana Pereira, Vila Velha, ES

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. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Silvia Mônica Bortolini Braga
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Na Atenção Primária à Saúde (APS), o vínculo é uma percepção de “ligação” que surge na relação que se estabelece entre o médico e seu paciente. Essa ligação é importante tanto para o paciente ter a percepção de cuidado quanto para o médico fortalecer a percepção de responsabilidade e compromisso com o cuidado do seu paciente. **Objetivo:** Avaliar a associação entre vínculo com um médico de família e controle da pressão arterial em hipertensos da Unidade de Atenção Primária de Saúde Emília Suzana Pereira, Vila Velha, ES. **Metodologia:** Estudo transversal com uma amostra aleatória de 234 hipertensos de 18 anos ou mais da unidade de saúde, no qual foi aplicado um questionário para avaliar suas características e a presença ou não de vínculo com um médico de família, e aferido pressão arterial, peso e altura, entre outubro e dezembro de 2018. **Resultados:** A população estudada era acompanhada pela unidade em média há 2 anos, era predominantemente idosa, do sexo feminino, branca, com sobrepeso, tabagista, sedentária, aderente ao tratamento, 68,0% possuíam vínculo com um médico e 61,7% estavam com a pressão controlada. A presença de vínculo com o médico foi associada a um controle da pressão arterial 48% maior. Por fim, destaca-se que o vínculo com o médico é uma ferramenta de baixo custo que permite melhorar o controle pressórico em pacientes hipertensos – controle este importante para a redução das complicações cardiovasculares.

Palavras-chave: Adesão à Medicação, Hipertensão, Prevenção Primária, Relações Médico

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Conceito	13
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	29

1 Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Emília Suzana Pereira, localiza-se na Rua Saúde S/N, Bairro Jardim Colorado, Vila Velha-ES. É composta pelos seguintes profissionais de saúde: 03 médicos, 03 enfermeiros, 01 assistente social, 01 farmacêutico, 01 psicóloga, 02 equipes de saúde da família, 02 técnicas de enfermagem, e recepcionistas. Possui apenas 3 consultórios uma sala de enfermagem, farmácia e recepção. Em média é atendido 28 pacientes por dia para consulta médica, mais ou menos 80 pacientes por dia. Jardim Colorado é localizada em uma área onde tem uma boa infraestrutura com saneamento básico, telefone e internet. É composta por quatro pequenos bairros que são eles: Jardim Colorado, Santa Mônica, Brisa Mar e Santos Dumont. O perfil social da comunidade, são na maioria, aposentados e trabalhadores da Vale do Rio Doce, quase todos tinham planos de saúde, com a crise econômica do país e com aumento abusivo dos planos de saúde, a maioria deixou de pagar os planos e migraram todos para o SUS, com isso, aumentou a clientela da classe média na unidade de saúde.

A população cadastrada na unidade de saúde é em torno de 15 mil habitantes, possui três bairros pequenos. Vila Velha- ES possui uma população total estimada em 2017 é de 486.388. A unidade de saúde que fará parte deste projeto possui 74.526 habitantes em 2017. Em relação à faixa etária, há 12.835 crianças e adolescentes (0-14 anos) ; 15-54 anos 61.687 maiores de 55 anos 8.281. O coeficiente de natalidade 6.157 estimado no ano de 2017. Taxa (ou coeficiente) de mortalidade geral da população corresponde a 5,63 no ano de 2017. Taxa (ou coeficiente) de mortalidade por doenças crônicas foi de 1.497 no ano de 2017. Taxa (ou coeficiente) de mortalidade infantil no município foi 12/ 1000 no ano de 2017. Foram identificadas 421 pessoas com HIV no ano de 2017. A incidência de diabetes em idosos foi de 03 casos em de em janeiro (Informações obtidas através da secretária de saúde do município de Vila Velha- ES).

Os problemas identificados a partir da análise das informações disponíveis foram: falta de especialidades médicas, falta de sistema informatizado, saúde mental, doenças crônicas HAS/ DM, problemas de saúde pública.

Por conhecer bem a realidade desta comunidade, entende-se que o problema escolhido, a HAS, precisa estar relacionado com a rotina das equipes para que possa ter o apoio das equipes para poder realizar o projeto com sucesso.

A falta de sistema informatizado em redes compartilhadas impede a continuidade da informação da unidade e até mesmo do município, trazendo como consequência vazamento de informações, demora para encontrar prontuários, perdas de dados atingindo equipe de saúde e usuários da unidade. Para as pessoas que sofrem com hipertensão arterial, muitos não tem um acompanhamento e controle adequado. É muito importante poder realizar um projeto que venha ajudar a saúde das pessoas, para que venham ter mais qualidade de vida.

Neste momento tem-se a oportunidade de realizar um projeto voltado para a comunidade na qual necessita muita atenção, em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que consiste em uma morbidade silenciosa em sua apresentação mais frequente, definidas pela presença de níveis tencionais elevados e sustentados com repercussões clínicas importantes para o sistema cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de morbidades na população e significativa expressão nos indicadores de saúde da população de Vila Velha- ES. A HAS se manifesta por elevação da pressão arterial para maior ou igual a 140/190 mmHg, ambas com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fetais e não fetais. Entretanto, seu controle, geralmente realizado a partir do acompanhamento em unidade de saúde, pode reduzir suas complicações. Na Atenção Primária em Saúde (APS), o vínculo é uma percepção de ligação que surge na relação que se estabelece entre o médico e seu paciente. Essa ligação é importante tanto para o paciente ter a percepção de cuidado quanto para o médico fortalecer a percepção de responsabilidade e compromisso com o cuidado ao paciente.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o perfil do paciente hipertenso cadastrado na Unidade de Saúde da Família (USF) em Vila Velha- ES

2.2 Objetivos Específicos

Determinar o número de pacientes hipertensos que se consultaram na USF entre outubro 2017 a janeiro de 2018

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes com hipertensão arterial cadastrados na unidade de saúde

Caracterizar os pacientes hipertensos de acordo com a idade

Determinar se os pacientes estavam com sobrepeso

3 Revisão da Literatura

3.1 Conceito

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2006)

A Hipertensão Arterial Sistêmica HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente.(BRASIL, 2009)

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (CESARINO.; CIPULLO., 2008)

A doença renal terminal, outra condição frequente na Hipertensão Arterial Sistêmica HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se, 486 óbitos em 2007(CESARINO.; CIPULLO., 2008)

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica HAS acima de 30%6, Considerando-se valores de PA 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulhere (CESARINO.; CIPULLO., 2008)

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA menor que 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). Estima-se que essas taxas devem estar superestimadas, devido, principalmente, à hetero-

geneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superior no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica HAS (LESSA, 2001).

Existe relação direta e linear da PA com a idade¹, sendo a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Entre metalúrgicos a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição (BRASIL, 2007)

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a Hipertensão Arterial Sistêmica HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de Hipertensão Arterial Sistêmica (LESSA, 2001).

HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica HAS no Brasil (SCHERR; RIBEIRO, 2009)

O excesso de peso se associa com maior prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento (de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (SCHERR; RIBEIRO, 2009)

Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA¹. 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 Hipertensão Arterial Sistêmica HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado. (CARLOS SCHERR, 2009)

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica HAS de forma independente das características demográfica (CESARINO.; CIPULLO., 2008).

Atividade física reduz a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (NEVES; OIGMAN, 2009).

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da Hipertensão Arterial Sistêmica HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a Hipertensão Arterial Sistêmica HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (LESSA, 2001)

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da Hipertensão Arterial Sistêmica HAS está bem estabelecida na população²³. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver Hipertensão Arterial Sistêmica HAS (BRASIL, 2007)

Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (BRASIL, 2007).

Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da Hipertensão Arterial Sistêmica HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular (NEVES; OIGMAN, 2009).

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da Hipertensão Arterial Sistêmica HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (NEVES; OIGMAN, 2009).

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde – SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões (BRASIL, 2006)

Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes (BRASIL, 2006).

O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente (BRASIL, 2006)

Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas, sugere-se o intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior (BRASIL, 2006).

A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada. As medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

Novas orientações consideram a utilização da MAPA e da MRPA ferramenta impor-

tante na investigação de pacientes com suspeita de hipertensão. Recomenda-se, sempre que possível, a medida da PA fora do consultório para esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco (HAB) e da hipertensão mascarada (BRASIL, 2006)

A Automedida da Pressão Arterial (AMPA) foi definida pela World Hypertension League (1988) como a realizada por pacientes ou familiares, não profissionais de saúde, fora do consultório, geralmente no domicílio, representando uma importante fonte de informação adicional. A principal vantagem da AMPA é a possibilidade de obter uma estimativa mais real dessa variável, tendo em vista que os valores são obtidos no ambiente onde os pacientes passam a maior parte do dia. Na suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), sugerida pelas medidas da AMPA, recomenda-se a realização de Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) ou Medição residencial da pressão arterial (MRPA), para confirmar ou excluir o diagnóstico (BRASIL, 2006).

Os aparelhos semiautomáticos de braço, validados, com capacidade de armazenar dados em sua memória, são os dispositivos mais recomendados para a AMPA pela sua facilidade de manejo e confiabilidade. Aparelhos de coluna de mercúrio e aneróide apresentam inconvenientes, dificultando o seu manejo por pessoas usualmente não-capacitadas, no domicílio.

A padronização de um procedimento para AMPA é fundamental para que pacientes e familiares possam ser orientados durante a consulta no ambulatório. As recomendações para medida domiciliar devem ser as mesmas adotadas. Valores superiores a 130/85 mmHg, pela AMPA, devem ser considerados alterados (BRASIL, 2006)

A MRPA é o registro da PA, que pode ser realizado obtendo-se três medidas pela manhã, antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão, durante sete dias, realizada pelo paciente ou outra pessoa capacitada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho, com equipamentos validados. Não há, nesse momento, protocolos universalmente aceitos para a MRPA (BRASIL, 2006).

Sua maior utilização pode superar muitas limitações da tradicional medida da PA no consultório, sendo mais barata e de mais fácil execução que a MAPA, embora com limitações, como, por exemplo, a não avaliação da PA durante o período de sono (BRASIL, 2006).

É desejável que a MRPA torne-se um componente de rotina da medida da PA para a maioria dos pacientes com hipertensão conhecida ou suspeita, contribuindo para o diagnóstico e o seguimento da Hipertensão Arterial Sistêmica HAS (BRASIL, 2006).

A MRPA não deve ser confundida com a AMPA. Há vantagens e desvantagens com o seu uso, do mesmo modo que com na AMPA. Apesar de não haver um consenso na

literatura em relação a critérios de normalidade, são consideradas anormais medidas de PA $>130/85$ mmHg (BRASIL, 2006).

A MAPA é o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e sono. Uma das suas características mais específicas é a possibilidade de identificar as alterações do ciclo circadiano da PA, sobretudo as alterações durante o sono

Tem-se demonstrado que este método é superior à medida de consultório em prever eventos clínicos, tais como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal e retinopatia. São consideradas anormais as medidas de PA de 24 horas $> 125 \times 75$ mmHg, vigília $> 130 \times 85$ mmHg e sono $> 110/70$ mmHg (BRASIL, 2006)

Os valores que definem HAS e os valores de PA obtidos por métodos distintos têm níveis de anormalidade diferentes, há que se considerar os valores de anormalidade definidos para cada um deles para o estabelecimento do diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica HAS. Quando utilizadas as medidas de consultório, o diagnóstico deverá ser sempre validado por medições repetidas, em condições ideais, em duas ou mais ocasiões, e confirmado por medições fora do consultório (MAPA ou MRPA), excetuando-se aqueles pacientes que já apresentem Lesão de Órgão-Alvo (LOA) detectada. A Hipertensão Arterial Sistêmica HAS não controlada é definida quando, mesmo sob tratamento anti-hipertensivo, o paciente permanece com a PA elevada tanto no consultório como fora dele por algum dos dois métodos (MAPA ou MRPA) (BRASIL, 2006).

Considera-se normotensão quando as medidas de consultório são $120/80$ mmHg e as medidas fora dele (MAPA ou MRPA) confirmam os valores considerados normais. Define-se Hipertensão Arterial Sistêmica HAS controlada quando, sob tratamento anti-hipertensivo, o paciente permanece com a PA controlada tanto no consultório como fora dele (BRASIL, 2006).

A relação entre os aumentos de peso e da pressão arterial é quase linear, sendo observada em adultos¹ e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas⁶⁰. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m^2 e a circunferência abdominal < 102 cm para os homens e < 88 para as mulheres (NEVES; OIGMAN, 2009)

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável. Mesmo uma modesta perda do peso corporal está associada a reduções na PA em pessoas com sobrepeso, mas o alcance das metas deve ser perseguido. A utilização de dietas radicais, como as dietas ricas em carboidratos ou em gorduras, deve ser desencorajada, pois não são sustentáveis a longo prazo e resultam invariavelmente em abandono de tratamento⁶⁴. O acompanhamento dos indivíduos após o emagrecimento deve ser estimulado com o objetivo de evitar o reganho de peso. Foi

demonstrado que manter o IMC abaixo de 25 kg/m² preveniu em 40% o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica HAS em mulheres, em um estudo com seguimento médio de 14 anos (NEVES; OIGMAN, 2009)

A cirurgia bariátrica é considerada o tratamento efetivo para obesidade moderada a grave. Em pacientes com obesidade grave, a cirurgia bariátrica reduz a mortalidade e tem potencial para controlar condições clínicas como Hipertensão Arterial Sistêmica HAS e diabetes mellitus tipo. Assim como no tratamento convencional, é necessário seguimento dos indivíduos a longo prazo no sentido de evitar o reganho de peso (BRASIL, 2006)

O padrão dietético rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA. Um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão¹⁰. Os benefícios sobre a PA têm sido associados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional (NEVES; OIGMAN, 2009)

A dieta equilibrada associa-se também à redução da PA. O alto consumo de frutas e hortaliças revelou ser inversamente proporcional aos níveis de PA, mesmo com um mais alto percentual de gordura. A substituição do excesso de carboidratos nesta dieta por gordura insaturada induz à mais significativa redução da PA (NEVES; OIGMAN, 2009)

A relação entre PA e a quantidade de sódio ingerido é heterogênea. Este fenômeno é conhecido como sensibilidade ao sal. Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência cinco vezes maior de Hipertensão Arterial Sistêmica HAS, em 15 anos, do que aqueles com baixa sensibilidade. Alguns trabalhos demonstraram que o peso do indivíduo ao nascer tem relação inversa com a sensibilidade ao sal e está diretamente relacionado com o ritmo de filtração glomerular e Hipertensão Arterial Sistêmica HAS na idade adulta. Uma dieta com baixo teor de sódio promoveu rápida e importante redução de PA em hipertensos resistentes. Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA. Tais evidências reforçam a necessidade de orientação a hipertensos e “limítrofes” quanto aos benefícios da redução de sódio na dieta. A necessidade diária de sódio para os seres humanos é a contida em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha. O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado (NEVES; OIGMAN, 2009)

Observa-se uma discreta redução da PA com a suplementação de óleo de peixe (ômega 3) em altas doses diárias e predominantemente nos idosos. As principais fontes dietéticas de ácidos graxos monoinsaturados (oleico) são óleo de oliva, óleo de canola, azeitona, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas). Tem-se demonstrado que a ingestão de óleo de oliva pode reduzir a PA, principalmente devido ao elevado teor de ácido oleico (NEVES; OIGMAN, 2009).

A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças. Não há,

entretanto, evidências de que, para o controle de PA, haja benefícios (BRASIL, 2005)

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a Hipertensão Arterial Sistêmica HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilizem, no final, associação de anti-hipertensivos. Este benefício é observado com a redução da pressão arterial per se, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados. Metanálises recentes indicam que este benefício é de menor monta com betabloqueadores, em especial com atenolol, quando em comparação com os demais anti-hipertensivos (CESARINO.; CIPULLO., 2008)

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos comercialmente disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial (CESARINO.; CIPULLO., 2008).

Com base nestes critérios, as classes de anti-hipertensivos atualmente consideradas preferenciais para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial são: diuréticos; betabloqueadores; bloqueadores dos canais de cálcio; inibidores da ECA; bloqueadores do receptor AT1 (BRASIL, 2006).

Alisquireno pode ser considerado uma opção para o tratamento inicial em monoterapia dos pacientes com hipertensão estágio 1, com risco cardiovascular baixo a moderado, ressalvando-se que até o presente momento não estão disponíveis estudos que demonstrem redução de mortalidade cardiovascular com o seu uso. A posologia deve ser ajustada até que se consiga redução da pressão arterial pelo menos a um nível inferior a 140/90 mmHg (BRASIL, 2006).

Se o objetivo terapêutico não for conseguido com a monoterapia inicial, três condutas são possíveis: se o resultado for parcial ou nulo, mas sem reação adversa, recomenda-se aumentar a dose do medicamento em uso ou associar anti-hipertensivo de outro grupo terapêutico; quando não se obtiver efeito terapêutico na dose máxima preconizada, ou se surgirem eventos adversos não toleráveis, recomenda-se a substituição do anti-hipertensivo

inicialmente utilizado; se, ainda assim, a resposta for inadequada, deve-se associar dois ou mais medicamentos. Recentemente um estudo de desfechos relevantes avaliou de forma comparativa, em pacientes de alto risco cardiovascular, o impacto do tratamento com a combinação fixa de um IECA com um diurético e com um bloqueador dos canais de cálcio (BCC), tendo sido demonstrado que para o mesmo grau de redução de controle da pressão arterial a combinação do IECA e BCC foi mais eficaz em reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares e a progressão da doença renal (BRASIL, 2006).

O emprego da combinação de betabloqueadores e diuréticos deve ser cauteloso em pacientes com, ou altamente predispostos a apresentar, distúrbios metabólicos, especialmente glicídicos. O uso da combinação de inibidor da ECA e bloqueador do receptor AT1 da angiotensina II em pacientes hipertensos, além de não adicionar benefício cardiovascular em comparação com os medicamentos usados em separado, aumentou o risco de eventos adversos²⁰, não estando, portanto indicado o seu uso. Exceção se faz em relação àqueles com insuficiência cardíaca classes 3 e 4 da NYHA ou com proteinúria e, mesmo assim, devem ser usados com cautela. Algumas associações destacadas na tabela 4 também estão disponíveis no mercado em doses fixas. Seu emprego, desde que criterioso, pode ser útil por simplificar o esquema posológico, reduzindo o número de comprimidos administrados e, assim, estimulando a adesão ao tratamento (BRASIL, 2006).

Com relação ao tratamento anti-hipertensivo deve-se também considerar: o esquema anti-hipertensivo deve manter a qualidade de vida do paciente, de modo a estimular a adesão às recomendações prescritas; existem evidências de que para hipertensos com a pressão arterial controlada a prescrição de ácido acetilsalicílico em baixas doses (75 mg) diminui a ocorrência de complicações cardiovasculares, desde que não haja contraindicação para o seu uso e que os benefícios superem os eventuais riscos da sua administração; dada a necessidade de tratamento crônico da hipertensão arterial, o Sistema Único de Saúde deve garantir o fornecimento contínuo de, pelo menos, um representante de cada uma das cinco principais classes de anti-hipertensivos comumente usados (BRASIL, 2005).

A adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Vários são os determinantes para a não-adesão ao tratamento.

Os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular, devido à baixa adesão ao tratamento. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40%. A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (BRASIL, 2005).

A relação médico/paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e conseqüentemente aumentar o controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2005).

Embora a administração sublingual de nifedipino de ação rápida seja amplamente utilizada para esse fim, foram descritos efeitos adversos graves com essa conduta. A dificuldade de controlar o ritmo e o grau de redução da pressão arterial, sobretudo quando intensa, pode ocasionar acidentes vasculares encefálicos e coronarianos. O risco de importante estimulação simpática secundária e a existência de alternativas eficazes e mais bem toleradas tornam o uso de nifedipino de curta duração (cápsulas) não recomendável nessa situação. O uso desse medicamento, sobretudo de forma abusiva, foi analisado em parecer técnico do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (<http://www.cremesp.org.br>) – clicar em pareceres (parecer CREMESP (45922 de 2003) (BRASIL, 2005).

É condição em que há elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte, exigindo imediata redução da pressão arterial com agentes aplicados por via parenteral (BRASIL, 2005).

Há elevação abrupta da pressão arterial ocasionando, em território cerebral, perda da autorregulação do fluxo sanguíneo e evidências de lesão vascular, com quadro clínico de encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papiledema. Habitualmente, apresentam-se com pressão arterial muito elevada em pacientes com hipertensão crônica ou menos elevada em pacientes com doença aguda, como em eclâmpsia, glomerulonefrite aguda, e em uso de drogas ilícitas, como cocaína. Podem estar associadas a acidente vascular encefálico, edema agudo dos pulmões, síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e dissecação aguda da aorta. Nesses casos, há risco iminente à vida ou de lesão orgânica grave (BRASIL, 2006).

Depois de obtida a redução imediata da pressão arterial, deve-se iniciar a terapia anti-hipertensiva de manutenção e interromper a medicação parenteral. A hidralazina é contraindicada nos casos de síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e de dissecação aguda de aorta por induzir ativação simpática, com taquicardia e aumento da pressão de pulso. Em tais situações, indica-se o uso de betabloqueadores e de nitroglicerina ou nitroprussiato de sódio (BRASIL, 2006).

Na fase aguda de acidente vascular encefálico, a redução da pressão arterial deve ser gradativa e cuidadosa, evitando-se reduções bruscas e excessivas, não havendo consenso para se estabelecer a pressão arterial ideal a ser atingida (BRASIL, 2006).

A análise de custo-efetividade do tratamento anti-hipertensivo é útil para orientar a alocação de recursos dos financiadores do sistema de saúde, tanto públicos como privados, porém não é capaz de responder as questões específicas sobre o impacto orçamentário (BRASIL, 2009).

Existem modelos econômicos específicos para análise de impacto no orçamento, em que o financiador estima, a partir do número de pessoas beneficiadas e da prevalência da doença em questão, qual será o comprometimento no seu orçamento. Esta análise permite complementar a tomada de decisão sobre o financiamento da terapêutica para Hipertensão Arterial Sistêmica HAS (BRASIL, 2009).

O custo total com o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica HAS representou 0,08% do produto interno bruto (PIB) Brasileiro em 2005. Para subsidiar políticas de saúde em hipertensão, estudo brasileiro que avaliou taxas de conhecimento e controle da hipertensão arterial e a relação custo-efetividade do tratamento anti-hipertensivo em uma cidade de grande porte do Estado de São Paulo mostrou que o uso de betabloqueador em monoterapia proporcionou a melhor taxa de controle da pressão arterial, mas que o uso de diurético foi o mais custo-efetivo (BRASIL, 2009).

4 Metodologia

Foi realizado um estudo transversal com a população adscrita da Unidade de Atenção Primária de Saúde Suzana Pereira, Vila Velha ES, que compreende um total 7000 pessoas. Os usuários da Unidade são predominantemente de classe média baixa, com significativa proporção de idosos.

Os critérios de inclusão foram morar na área de abrangência e estar cadastrado na unidade de saúde, ter idade de 18 anos ou mais, estar cadastrado na ação programática do HiperDia com diagnóstico de HAS, pelo menos um ano e fazer acompanhamento para HAS na unidade. Para ser cadastrado no HiperDia, o paciente deveria ter a média das pressões arteriais adequadamente aferidas acima de 140/90 mmHg, confirmada em pelo menos mais um encontro, ou ter vindo de outro serviço com diagnóstico de HAS e em uso de anti-hipertensivos. Preencheram os critérios de inclusão 800 pessoas.

Foi aplicado aos pacientes um questionário estruturado avaliando as variáveis sexo, idade, raça (autorreferida), ingestão de bebida alcoólica (tipo de bebida e quantidade semanal), tabagismo (número de cigarros consumidos por dia atualmente), prática de atividade física (tempo de atividade física semanal) e um questionário específico sobre adesão ao tratamento para hipertensão.

O peso foi aferido em balanças mecânicas, e a altura, em antropômetro vertical. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado como a razão entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros). O valor da variável PA considerada foi a média entre três aferições: as duas últimas registradas no prontuário e a verificada pelos examinadores. A PA foi aferida pelos examinadores conforme preconizado pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

Os dados coletados foram codificados, digitados em planilhas Excel versão 2013, no qual foram analisados. Foi realizada inicialmente análise univariada, depois bivariada entre as variáveis independentes e a dependente (controle da PA, dicotomizada como controlada, se <140/90 mmHg, ou não controlada).

Foi necessário apenas um pesquisador para o presente estudo, com a utilização de fichas clínicas para a coleção dos dados, questionários feito com os pacientes que se consultaram na Unidade de Atenção Primária de Saúde.

Os recursos materiais utilizados foram papéis, caneta, impressora, notebook, internet e programas como o Word e Excel para digitalização dos dados.

Os recursos científicos usados foram coletados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial e Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

5 Resultados Esperados

Existem várias maneiras de organizar a APS na rede pública de um país. No Brasil, desde 1994, com o início do Programa de Saúde da Família, optou-se pela adscrição dos pacientes a uma unidade de saúde, conforme a região de moradia, criando, assim, um vínculo do indivíduo com esta Unidade. Entretanto, as unidades de saúde podem comportar mais de uma equipe, com mais de um médico. Em algumas delas, o paciente pode acabar consultando cada vez com um médico diferente.

O vínculo é uma tecnologia leve e barata. Se estiver efetivamente associado ao controle pressórico, seria valioso investir nele como uma ferramenta para o controle da pressão arterial (PA) em hipertensos de unidades de saúde com mais de um médico. Diante o exposto, é possível avaliar a percepção de vinculação com um médico de família e comunidade associada a um melhor controle da PA em hipertensos das unidades de saúde de Vila Velha ES, assim como identificar outros fatores que possam estar associados ao controle desta doença.

O vínculo é o resultado de um processo de interação entre o profissional de saúde e o usuário, que vai se consolidando e compartilhando a responsabilidade de ambos no processo saúde-doença. Neste processo, o vínculo é uma ferramenta que fortalece as trocas de saberes, o conhecimento científico com o popular, que, somados, integram a relação médico-paciente e comprometem ambas partes a assumirem os cuidados de saúde.

Os resultados deste estudo reafirmam a importância da relação interpessoal e seu impacto positivo em várias doenças, sendo o vínculo importante para a qualificação da prática profissional numa perspectiva mais ampliada e no controle de doenças crônicas, como a HAS.

Pelo fato de o vínculo ser uma tecnologia leve bastante barata, seu uso deve ser estimulado para melhorar o controle pressórico em pacientes hipertensos. A melhora do controle pressórico está associada a uma redução das complicações cardiovasculares, efeito muito relevante tanto em nível individual quanto coletivo, inclusive em custos ao sistema de saúde.

Os 234 pacientes selecionados foram entrevistados e examinados no período de Outubro a Dezembro de 2018. A população estudada tinha idade mais avançada, era predominantemente do sexo feminino, branca e a maioria apresentava sobrepeso. Poucos eram tabagistas, pouco mais de um terço costumava beber ao menos semanalmente e a maioria era sedentária e aderente ao tratamento: nenhum indivíduo foi classificado em “não adesão total” em nenhum grupo; apenas 3 com PA não controlada e nenhum com PA controlada tinham “risco para não adesão” e os demais foram considerados “aderentes”. A maior parte fazia acompanhamento na mesma unidade havia mais de 10 anos, apresentava vínculo com um dos médicos da unidade, e estavam com a pressão controlada na

média das três últimas aferições.

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA.

Dentre todas as variáveis incluídas na análise, apenas uma apresentou associação estatisticamente significativa com o controle da PA. A presença de vínculo com um médico na unidade foi associada a uma proporção 48% maior de controle da PA em relação aos pacientes sem vínculo, controlada para os possíveis fatores de confusão.

A percepção de existência de vínculo com um médico específico, na unidade de saúde, foi o único fator associado a maior controle da PA neste estudo. Não foram encontrados outros trabalhos avaliando o efeito do vínculo com um médico no controle pressórico de pacientes hipertensos.

Apesar de estudos sobre esse assunto terem sido buscados com diferentes termos na revisão da literatura, não há um descritor indexado para “vínculo” no sentido que utilizamos, o que pode ter impedido a localização de eventuais trabalhos sobre isso. Entretanto, outros estudos avaliaram os efeitos positivos do vínculo. Um estudo em Rio Grande, no Sul do Brasil, concluiu que a existência de um médico de referência está associada a maior probabilidade de realização de exames preventivos em homens e mulheres. Outro estudo, que avaliou relação entre confiança no médico e adoção de estilos de vida e adesão a medicamentos para tratamento da HAS, encontrou associação positiva para redução de peso, mas não para redução na ingestão de sal, aumento na atividade física ou adesão ao tratamento medicamentoso.

Vários fatores podem explicar o potencial do vínculo em aumentar o controle da PA em pacientes hipertensos. O vínculo presume uma relação de compreensão, apoio, escuta e estímulo à narração. Sendo assim, estimula uma relação horizontal, de confiança, com liberdade para o paciente tirar suas dúvidas. O vínculo também permite ao médico conhecer seu paciente integralmente, inclusive em seu contexto familiar e social, possibilitando-lhe identificar dificuldades deste e, com isso, estimulá-lo a ser protagonista de seu tratamento. A relação de confiança surge quando “qualificamos a natureza” dos afetos de duas pessoas que “descobrem que mutuamente se convêm”. São estes os “afetos que dão consistência ao vínculo” e aos laços sociais.

Um estudo sobre vínculo e tratamento da tuberculose concluiu que o vínculo entre paciente e profissionais da saúde favorece a adesão ao tratamento desta doença. Outro trabalho concluiu que a aliança terapêutica (dimensões cognitiva e emocional da relação médico-paciente) está fortemente associada à adesão e ao nível de satisfação do paciente com o tratamento.

Nesse sentido, o melhor controle pressórico em pacientes com vínculo com um médico poderia ser explicado não apenas pelo vínculo em si, mas por uma maior adesão ao trata-

mento nestes pacientes. Entretanto, ao contrário dos estudos que obtiveram essa relação, mas em conformidade com outro, não encontramos associação entre vínculo e adesão. Isso pode ter ocorrido porque quase todos os pacientes encontravam-se na categoria de “ade-rentes” ao tratamento. Contudo, como sua pontuação variava, dentro desta categoria, pode também indicar que o vínculo pode melhorar o controle pressórico independentemente de sua influência na adesão ao tratamento – o que precisaria ser melhor avaliado em outro estudo.

Cabe ressaltar a importância da comunicação no tratamento de doenças crônicas como a HAS, para manter uma relação efetiva com os pacientes. Um estudo que avaliou a opinião de hipertensos encontrou alto grau de ignorância destes quanto à doença e concluiu que, se os médicos tivessem mais tempo para os pacientes, poderiam receitar menos medicamentos. Outro estudo concluiu que a restrição da comunicação a aspectos biomédicos contribui para uma relação impessoal, sem diálogos, escutas, responsabilização e subjetividades, dificultando assim o estabelecimento do vínculo.

Os pontos fortes deste estudo foram sua realização em uma unidade de saúde com longa trajetória e experiência, médicos trabalhando nelas há muitos e poucos anos, a seleção aleatória de participantes e perdas de apenas 4,7%, reduzindo assim a probabilidade de vieses de seleção. O fato de o estudo ter sido realizado em apenas uma unidade de saúde de uma cidade pode fazer com que os resultados não possam ser extrapolados para toda a população brasileira. A utilização de medidas de PA do prontuário para calcular a PA média dos indivíduos também pode constituir uma limitação.

Apesar de ter sido utilizado um instrumento validado para a aferição da adesão, sempre há a possibilidade de um viés de informação. A contribuição deste estudo consiste em iniciar na literatura a avaliação e documentação da importância do vínculo com um mesmo médico no controle da pressão arterial em hipertensos. Esta associação passa a ser mais relevante com o fortalecimento da UAPS, na medida em que mais hipertensos são acompanhados neste nível do sistema e mais unidades de saúde com mais de um médico de família são estabelecidas. Entretanto, mais estudos são necessários para avaliar se essa associação ocorre também em outros locais do País.

Referências

BRASIL, M. da S. Banco mundial enfrentamento o desafio das doenças não- transmissíveis no brasil. *Relatório Brasil, 15 DE Novembro*, p. 1–67, 2005. Citado 3 vezes nas páginas 18, 20 e 21.

BRASIL, M. da S. Sociedade brasileira de cardiologia. *5 DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO*, p. 1–48, 2006. Citado 7 vezes nas páginas 13, 15, 16, 17, 19, 20 e 21.

BRASIL, M. da S. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco. *Em uma capital Brasileira Arq Bras Card*, p. 452–457, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.

BRASIL, M. da S. Doenças crônicas não- transmissíveis. *mortalidade e fatores de risco no brasil, 1990 a 2006*, p. 1–337, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 21.

CESARINO., C. B.; CIPULLO., J. P. Prevalência e fatores sociodemográficos. *Em hipertensos de São José do Rio Preto arg Bras Card*, p. 31–35, 2008. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 19.

LESSA, I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca. *DA Hipertensão Arterial Sistêmica*, p. 383–392, 2001. Citado na página 14.

NEVES, M. F.; OIGMAN, W. Pre- hipertensão uma visão contra o tratamento medicamentoso. *Rev. Bras Hipertensão*, p. 112–115, 2009. Citado 4 vezes nas páginas 14, 15, 17 e 18.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Genero, idade nivel social,e fatores de risco cardiovascular. *A realidade Brasileira Arq Bras Card*, p. 54–56, 2009. Citado na página 14.