



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Nicolas Schafer Vicente

Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Quinze de Novembro - RS

Florianópolis, Março de 2023

Nicolas Schafer Vicente

Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Quinze de Novembro - RS

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: Mariana Goveia Melo Ribeiro
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Nicolas Schafer Vicente

Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Quinze de Novembro - RS

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. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Mariana Goveia Melo Ribeiro
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Após alguns meses de levantamento, evidenciou-se que o principal padecimento de nossa comunidade é a Hipertensão Arterial Sistêmica. Somente participando dos grupos de Hipertensos são 1015 usuários. O contingente populacional de idosos da cidade de Quinze de Novembro contribuiu para um perfil de morbidade de países desenvolvidos, sendo representado pelo aumento DCNT, as quais configuram uma das principais causas de morte nestes países. Neste contexto social, em que prevalece um alto número de idosos, aliado à alta taxa de sedentarismo combinada com uma dieta inadequada, fazem que esses diversos fatores contribuam para que haja a prevalência encontrada. O **objetivo** deste trabalho é construir com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município um plano de ações de promoção em saúde, de modo a diminuir a prevalência de portadores de HAS, propondo junto à equipe ações para estimular a perda de peso, abandono de hábitos deletérios e incentivo a uma vida menos sedentária. **Metodologia:** O usuário será tratado individualmente, desde a abordagem realizada pelos agentes de saúde para identificar pessoas em risco; como também do plano nutricional de acordo com peso e sexo do paciente realizado pela nutricionista; até a avaliação médica que inclui investigação de limitações físicas devido a comorbidades, realização de exames e orientações sobre abandono de vícios comportamentais, encaminhando assim ao profissional responsável por cada ação de acordo com a sua área de atuação. Implementaremos exercícios coletivos para o público alvo e demais munícipes, coordenados por educador físico. Serão também realizadas palestras educativas visando prevenir tais agravos. Com isso, o **resultado esperado** é conseguir abranger a toda população, desde aqueles que não padecem de hipertensão arterial, enfatizando a prevenção primária e as medidas higiênico-dietéticas. Assim como os mais idosos, ou aqueles que já possuem a doença estabelecida, objetivando nestes uma melhora na qualidade de vida e a diminuição de intercorrências cardiovasculares.

Palavras-chave: Estilo de Vida Sedentário, Hábitos, Hipertensão, Prevenção de Doenças

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19

1 Introdução

Quinze de Novembro situa-se na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Emancipada em 1987, antes pertencia ao município de Ibirubá. Atualmente, possui 3.789 habitantes. Grande parte dessa população reside na área rural, trabalhando como agropecuaristas, e no turismo, em razão da presença do maior lago artificial do estado, a Barragem do Passo Real, uma de suas belezas. O perfil demográfico da população é bastante característico, composto principalmente por aposentados e agricultores, com uma grande influência da imigração alemã. Alguns dados do IBGE (??), referentes ao município: IDH de 0,756; esgotamento sanitário adequado 15,8%; taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade 100%; Salário médio mensal dos trabalhadores formais 2,3 salários mínimos.

Após alguns meses de trabalho, observando diariamente a comunidade, tornou-se evidente o principal padecimento: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). somente participando dos grupos de Hipertensos são 1015 participantes, sendo aproximadamente 2/3 do sexo feminino (605 do sexo feminino e 410 masculino). A população que mais recorre à ESF é formada por mulheres adultas ou em idade avançada.

Na saúde básica chama atenção a grande incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial o grande número de pacientes com HAS. Pode-se constatar que inúmeros pacientes não compreendem a importância da prevenção de tais agravos. Entende-se que é de fundamental importância promover um processo de educação permanente que mobilize para o desenvolvimento de ações estratégicas que propiciem uma melhor qualidade de vida dessas pessoas.

Nosso problema prioritário, como já se poderia imaginar, é a HAS. O contingente populacional de idosos contribuiu para um perfil de morbidade de primeiro mundo, sendo representado pelo aumento DCNT, as quais configuram uma das principais causas de morte no mundo desenvolvido. Dentre as DCNT, a HAS e a Diabetes Mellitus (DM) representam grave problema de saúde pública, devido a sua elevada prevalência mundial, que atinge contornos epidêmicos, sendo um dos principais fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular.

A HAS em idosos está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares com conseqüente diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida. Diversos estudos demonstraram os benefícios do tratamento da HAS na população desta faixa etária, com redução significativa de eventos cardiovasculares e melhora na qualidade de vida. Tanto o tratamento farmacológico, como o não-farmacológico, devem ser empregados. Deve-se sempre considerar o paciente como um todo, tendo em vista, suas comorbidades e expectativas. Como o objetivo principal da atenção básica foca em evitar agravos e doenças, as modificações no estilo de vida podem ter ótima aderência, desde que bem

orientadas, especialmente através de equipe multidisciplinar.

Em um contexto social, onde prevalece um alto número de idosos, aliada à alta taxa de sedentarismo combinada com uma dieta rica em gordura e sódio e elevado componente calórico fazem que esses diversos fatores contribuam para que haja a prevalência encontrada.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Construir juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município de Quinze de Novembro - RS, um plano de ações de promoção em saúde a fim de diminuir a prevalência de portadores de HAS em nosso ESF.

2.2 Objetivos específicos

Propor junto a equipe de saúde, ações para estimular a perda de peso e seus benefícios.

Realizar grupos de apoio ao abandono do tabagismo e palestras educativas para prevenção ao vício.

Projetar junto com a Secretaria Municipal de Saúde um programa de grupos de caminhadas. .

3 Revisão da Literatura

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM).

Os valores considerados normais para a pressão arterial são estipulados ou determinados por um grupo de especialistas e suas respectivas sociedades representadas, assim sendo, se trata de uma convenção (mutável ao longo do tempo). Neste trabalho utilizaremos como base os critérios utilizados pela AHA (American Heart Association) que ao final de 2017, apoiado pela American College of Cardiology (ACC) publicaram nova diretriz sobre hipertensão arterial, em que passou a considerar como hipertensão estágio 1 valores de pressão arterial sistólica (PAS) entre 130-139 mmHg ou pressão arterial diastólica (PAD) entre 80-89 mmHg. Além da nova definição de hipertensão estágio 1, a diretriz americana estabelece que hipertensão estágio 2 inclui sujeitos com valores de PAS igual ou superior a 140 mmHg ou PAD igual ou maior que 90 mmHg. A categoria de pressão arterial (PA) normal foi definida como PAS menor que 120 mmHg e PAD menor que 80 mmHg, e PA elevada foi classificada como PAS entre 120-129 mmHg e PAD menor que 80 mmHg. (??)

Desde os nossos primórdios a curiosidade pela circulação do sangue era uma realidade. No continente europeu, no século 16, a curiosidade aflorou, começando pela Itália, onde físicos e matemáticos, sob a tutela de Galileu, entre eles Giovanni Borelli, interessavam-se pelo estudo da circulação. Borelli defendia as propriedades hidráulicas da circulação tendo o coração a função de bomba. Contudo ainda não existia um método de medida que pudesse validar os seus resultados. Somente em 1733, o Rev. Stephen Hales, Reitor de Farringdon em Hampshire, publicou o primeiro método de medida da pressão arterial. A primeira medida experimental da pressão arterial foi feita, em 1711, por Stephen Halles, na Inglaterra; a pressão foi medida em um cavalo, imobilizado por um grande número de estudantes; Halles colocou uma cânula na arterial crural do animal, conectando-a um tubo de vidro de três metros de altura. A coluna de sangue se elevou a dois e meio metros de altura acima do animal, tendo sido este o primeiro registro de uma pressão arterial. Porém a tentativa de quantificação da pressão sanguínea só começou após Jean Louis Marie Poiseuille ter inventado o manómetro de mercúrio. (??)

A hipertensão arterial foi clinicamente valorizada com o aparecimento dos primeiros aparelhos de medida, no início do século, inventados pelo italiano Riva Rocci, em 1896. Em 1905 o russo Korotkoff desenvolveu o método auscultatório de medida indireta da pressão arterial, através do esfigmomanômetro. A princípio o critério para o diagnós-

tico de hipertensão arterial foi muito variável e até o início da década de 50 não havia um tratamento medicamentoso efetivo para a hipertensão arterial. Assim sendo mais da metade dos hipertensos graves morria de insuficiência cardíaca congestiva, 15% de coronariopatia, 15% de insuficiência renal e 15% de hemorragia cerebral. Dentre as poucas alternativas terapêuticas, encontravam-se as alternativas cirúrgicas como a simpatectomia bilateral ampla, indicada a pacientes com hipertensão maligna ou em fraca insuficiência cardíaca. Contudo, nesses casos a hipertensão retornava em poucos anos após a operação. Havia também a recomendação da Dieta de Kempner, que consistia de 400g diárias de arroz, acompanhada de frutas e açucarados, sendo hipocalórica, hipossódica, hipoproteica, insípida e de difícil tolerância, porém, a única medida terapêutica real àquela época.

Em 1954 apareceram os produtos à base dos alcalóides da *Rauwolfia Serpentina* e, logo depois, a hidrazina, que tinha muitos efeitos colaterais. Neste mesmo ano apareceu a clorotiazida, grupo que revolucionou o tratamento da hipertensão arterial, e que permanece até hoje como a chave da terapia antihipertensiva, pois são, quase sempre, bem toleradas, baratas e adequadas ao tratamento. A partir de este ponto, iniciou-se uma nova era no tratamento da HAS.

Em 1990 a SBC publicou o 1º Consenso Brasileiro para o Tratamento de Hipertensão Arterial. Em 1998o consenso já estava em sua terceira edição e foram introduzidos alguns conceitos importantes, como o de que deve-se levar em conta, na estratificação dos grupos hipertensivos, a presença de fatores de risco e o comprometimento dos órgãos alvos e, na decisão terapêutica, os níveis de pressão e a estratificação do risco. Outro ponto importante que o III Consenso que chamou a atenção foi a abordagem multidisciplinar. Assim sendo, se definiu que a hipertensão arterial é uma doença multidisciplinar. Partindo deste ponto de vista, na década de 90 foi fundada a Sociedade Brasileira de Hipertensão que abriga clínicos, nefrologistas, epidemiologistas, fisiologistas, farmacologistas e, evidentemente cardiologistas. (??)

Recentes estudos tem mostrado que a hipertensão arterial tornou-se um problema de saúde pública de dimensões incauculáveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 1,130 bilhões de pessoas tenham Hipertensão Arterial (HA), com crescimento global de 60% dos casos até 2025, além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais. No Brasil atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV), assim sendo, junto com a diabetes melitus, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar.

A HAS acarreta aumento dos custos dos sistemas de saúde, com importante impacto socioeconômico, representando o principal fator de risco para a Doença Cardiovascular (DCV), sendo responsável por significativa contribuição na carga global das doenças e nos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Níveis elevados de Pressão Arterial aumentam a chance de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular

Medida	Redução aproximada da PAS/PAD
Controle do peso	20-30% de diminuição da PA para cada 5% de perda ponderal ¹⁷
Padrão alimentar	Redução de 6,7/3,5 mmHg ¹⁸
Restrição do consumo de sódio	Redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 2,4 a 1,5 g sódio/dia, respectivamente ¹⁹
Moderação no consumo de álcool	Redução de 3,31/2,04 mmHg com a redução de 3-6 para 1-2 doses*/dia ⁴⁰
Atividade física diária	3,6/5,4 mmHg ⁴¹
Exercício aeróbico	2,1/1,7 em pré-hipertensos 8,3/5,2 mmHg em hipertensos ⁴²
Exercício resistido dinâmico	4,0/3,8 mmHg em pré-hipertensos Não reduz em hipertensos ⁴²

BMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *Uma dose contém cerca de 14g de etanol e equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de bebida destilada.⁴³

Figura 1 –

encefálica, insuficiência renal crônica e óbito. (??)

Como medidas iniciais, e não menos importantes, estão as mudanças no estilo de vida do paciente, as quais podemos observar na tabela logo abaixo.

Modificações dos fatores de risco e seus efeitos sobre a PA (COL., 2020)

Como apontado, a simples modificação no estilo de vida, podem trazer grandes benefícios na patologia do paciente. Sabe-se que a patogenia da hipertensão arterial primária é multifatorial e altamente complexa, envolvendo a interação de numerosos mecanismos. Fatores genéticos, ativação de sistemas neuro-hormonais, obesidade e aumento da ingestão de sal na dieta, dentre outros, são implicados no desenvolvimento desta patologia. O conhecimento mais aprofundado dos possíveis contribuintes para sua gênese e perpetuação é fundamental, servindo de guia para o desenvolvimento e instituição de terapias, tanto de cunho farmacológico como não farmacológico. (??)

4 Metodologia

Apesar de estarem previstas atividades físicas, grupos de caminhadas e palestras educativas dirigidas a todas as idades. O público-alvo prioritário será formado por todos os pacientes que se enquadrem no diagnóstico prévio de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), delimitado à UBS Central de Quinze de Novembro - RS. A necessidade de delimitar o público está na individualização do tratamento, desde da abordagem realizada pelos agentes de saúde para identificar pessoas em risco, como também do plano nutricional de acordo com peso e sexo do paciente realizado pela nutricionista até a avaliação médica que inclui limitações físicas devido a comorbidades, realização de exames e orientações sobre abandono de vícios comportamentais, encaminhando assim ao profissional responsável por cada ação de acordo com a sua área de atuação.

A equipe de saúde implementará exercícios na praça central da cidade. Serão propostas idas de membros da equipe às rádios explicando a importância de manter o corpo em movimento para prevenir os males do sedentarismo, assim como a importância do abandono dos hábitos tóxicos e a promoção da saúde como um bem comum. Para o público-alvo, o município conta com um local amplo, onde serão realizados exercícios como dança e alongamentos. Para o público geral, como mencionado anteriormente, serão realizados grupos de caminhada na praça central do município. Para os pacientes hipertensos de ambos os sexos serão realizadas também palestras e grupos de conversa sobre prevenção, importância de práticas saudáveis e mudanças de hábitos.

Os custos com o projeto são baixos, resumindo-se em divulgação em rádios, folhetos e pequenos eventos promocionais. As metas iniciais serão estabelecidas para o período de um ano, tendo em vista que a adesão da população e a atenção individualizada com triagem e exames apresenta resultados a médio prazo e que de acordo com os resultados obtidos, pode-se traçar novas metas e corrigir algumas falhas que possam haver na execução do projeto. Futuramente, após avaliação de resultados e potenciais do projeto, poderá ser realizado investimento em áreas de esporte e lazer, de maneira integrada com o interesse da política municipal, sempre e quando o projeto mostre-se eficaz e benéfico.

5 Resultados Esperados

Uma intervenção em uma questão epidemiológica sanitária deve visar o maior número possível de beneficiados. Dito isso, correlacionado ao apresentado durante o projeto, o maior resultado esperado seria abranger a população na totalidade. Abranger desde os mais jovens ou aqueles que não padecem de hipertensão arterial, enfatizando a prevenção primária e as medidas higiênicas e dietéticas protetoras. Assim como os mais idosos, ou aqueles que já possuem a doença estabelecida, objetivando sua melhora na qualidade de vida e a diminuição de intercorrências cardiovasculares.

No sentido da equipe de saúde da família, o resultado esperado é a interação multidisciplinar nas atividades,. A cooperação coletiva para garantir a integralidade da atenção da saúde, um dos pontos cruciais do SUS, logrando que a comunidade tenha acessibilidade desde o momento em que se aproxima da sala de primeiro nível de atenção, até o último nível de complexidade, se necessário, para o tratamento de casos complexos, descentralizando o atendimento e gerando equidade frente aos mais diversos casos.

Como alvos mais pontuais, almeja-se lograr uma comunidade mais ativa, abandonando o sedentarismo que tem sido causador das mais diversas comorbilidades. Conscientizar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável e o abandono de hábitos tóxicos e enfim, prevenir, além da HAS, incontáveis patologias multi causais intervindo em inúmeros detalhes no cotidiano da saúde da comunidade assistida.

