



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

Paula Pinho Oliveira

Valorização do tratamento primário na Hipertensão Arterial Sistêmica

Florianópolis, Março de 2023

Paula Pinho Oliveira

Valorização do tratamento primário na Hipertensão Arterial Sistêmica

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: Marisa da Silva Martins
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Paula Pinho Oliveira

Valorização do tratamento primário na Hipertensão Arterial Sistêmica

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

Marisa da Silva Martins
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores. A promoção de adequada atividade física como uma intervenção para a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial apresenta implicações clínicas importantes, uma vez que o exercício físico regular pode reduzir ou mesmo abolir a necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos, evitando, assim, os efeitos adversos do tratamento farmacológico e reduzindo o custo do tratamento para o paciente e para as instituições de saúde. **Objetivo:** construir, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município de Três Rios/RJ, um plano de ações para promoção da saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, assistidos pela unidade básica de saúde Barros Franco. **Metodologia:** primeiramente será formada uma equipe multidisciplinar com os profissionais da unidade. Caberá ao médico a avaliação clínica e orientação terapêutica do paciente; a enfermeira, consultas mensais para verificação da pressão arterial, manutenção dos tratamentos propostos, organização de palestras interdisciplinares mensais e coordenação de atividades facilitadoras da adesão; a técnica de enfermagem, dar suporte, sob supervisão e treinamento pela enfermeira, às atividades operacionais da equipe; os agentes de saúde, visitas semanais com questionamento a respeito da adequação dos tratamentos, o envolvimento familiar e a verificação da pressão arterial; por fim, a nutricionista que realizará consultas bimestrais, quando solicitada, para controle do peso e avaliação dos cuidados alimentares e participará das atividades educativas interdisciplinares mensais. **Resultados Esperados:** com a implementação deste projeto de intervenção, espera-se que os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica alcancem melhorias na sua qualidade de vida e consigam manter os níveis pressóricos dentro dos padrões da normalidade; que seja realizada a instalação de equipamentos de ginástica nos parques urbanos do município, facilitando a prática de atividades físicas pelos idosos, público alvo deste estudo.

Palavras-chave: Educação Alimentar e Nutricional, Pressão Arterial, Terapia por Exercício, Tratamento Primário

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
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

Me encontro trabalhando na cidade Três Rios - RJ com cerca de 81 mil habitantes. Minha unidade de serviço é denominada Clínica da Família, no bairro Vila Isabel, com cerca de 44 mil habitantes. Na clínica encontram-se, atualmente, duas equipes de serviço de UBS com estratégia de saúde da família - atenção primária, divididas por áreas, e atendimento de especialistas em geral em dias variados. Minha área é denominada Barros Franco e tem cerca de 2,5 mil habitantes.

A unidade é muito bem vista pelos habitantes em geral e as equipes são muito bem reconhecidas e elogiadas. Os usuários procuram atendimento regularmente e seguem os tratamentos propostos na maioria das vezes.

Contamos com serviço de atendimentos básicos, acolhimento, farmácia popular, vacinação e presença de profissionais habilitados para cada serviço.

A população assistida pela ESF Barros Franco está distribuída de acordo com a faixa etária, da seguinte maneira: 297 (13,9%) crianças de 0 a 11 anos, 186 (8,7%) adolescentes de 12 a 18 anos, 1.207 (54,7%) adultos de 18 a 59 anos e 453 (22,7%) maiores de 60 anos. Analisando estes dados, percebe-se o predomínio da população adulta e o número de idosos maior que o de crianças e adolescentes.

O que mais observo no território no qual encontra-se a UBS é a precariedade existente nas moradias. A renda familiar baixa das famílias aqui presentes, colaboram com a pouca higienização, má alimentação, sedentarismo, falta de segurança e suporte em geral e propiciam o predomínio de comorbidades como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, tornando o meu maior desafio, a manutenção do tratamento contínuo adequado. Trata-se também de uma área relativamente perigosa, com altos índices de assassinatos relacionados ao tráfico de drogas, mas no geral os pacientes são acolhedores e buscam atendimento médico regularmente.

De acordo com os dados coletados, verifiquei que a maioria da população não possui uma boa alimentação, hábitos de higienização, valorização e conhecimento dos tratamentos preventivos e primários, levando ao alto índice de comorbidades crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e complicações infecciosas relacionadas a falta de higienização. Esses são os principais fatores que os levam a procurar a unidade básica e muitas vezes serem encaminhados para tratamentos mais intensivos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou hospitalar.

As doenças de agravo que mais se destacam são as crônicas degenerativas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM). Observo na prática, uma alta demanda de pacientes com osteoporose e transtorno do humor - depressão, ansiedade - sendo que cerca de 6,3% da população da área faz uso de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anticonvulsivantes, anti-depressivos e estabilizadores de humor.

A falta de controle pressórico em pacientes portadores de HAS devido ausência de tratamento primário – dieta e atividade física é o marco que desejo enfatizar neste estudo. Este dado foi coletado através da percepção social e dados epidemiológicos. Envolve o paciente, podendo acarretar agravos e a gestão de saúde devido ao aumento da necessidade de uso de fármacos. Caracteriza-se como problema atual, terminal, de controle total e estruturado.

Minha trajetória profissional possibilitou o despertar sobre o número de pessoas que são diagnosticadas com HAS e não possuem o controle dos níveis adequados. Desta forma, pude constatar que, apesar de muitos dos fármacos serem disponibilizados pelo SUS, o que falta é a conscientização a respeito dos tratamentos primários. A valorização de dieta adequada e balanceada e a prática de alguma atividade física são muito importantes para o sucesso dos tratamentos, sendo de fundamental importância um bom investimento nessa área, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para essa população.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Construir, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município de Três Rios/RJ, um plano de ações para promoção da saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, assistidos pela unidade básica de saúde Barros Franco.

2.2 Objetivos específicos

- Propor a criação de um grupo de prática comunitária de atividades físicas, em parceria com o educador físico do NASF.
- Redigir e encaminhar à prefeitura de Três Rios, solicitação de aquisição e instalação de academias ao ar livre nas praças públicas do bairro.
- Realizar atividades educativas com a população em geral, com foco na conscientização da necessidade de adesão de hábitos saudáveis.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também conhecida como pressão alta, é uma doença crônica caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos no interior das artérias, sendo a Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 milímetros de mercúrio (mmHg) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. Alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, aumentam os níveis pressóricos desencadeando alterações sistêmicas (MALACHIAS *et al.*, 2016).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a estimativa de prevalência de HAS nos últimos 20 anos, está acima de 30% na população brasileira com mais de 50 anos, entre 60 a 69 anos é de 50%, e acima de 70 anos é de 75%. Entre os gêneros a prevalência é maior nos homens - 38%, do que nas mulheres - 32%. O aumento na prevalência da HAS se deve a fatores como idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve à não adesão ao tratamento. Ainda hoje, muitos médicos desconhecem ou não aplicam as novas metas preconizadas para o controle da PA, ou são tolerantes com resultados insatisfatórios (JÚNIOR *et al.*, 2007). O conhecimento de diretrizes atualizadas e a incorporação de melhores condutas é uma ferramenta para melhor prática médica em benefício dos pacientes. Estudos mostram baixos níveis de adesão à terapia anti-hipertensiva, além de os maiores índices estarem associados a serviços de saúde especializados. A adesão, segundo Leite e Vasconcelos, corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HAS englobam, principalmente, as políticas públicas de saúde. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da Pressão Arterial (PA) e de Frequência Respiratória (FR) associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV), que podem refletir no retardo do aparecimento da HAS em pessoas com pressão limítrofe, assim como, tem impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da HAS. O tratamento não medicamentoso (TNM) da HAS envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros (VANECKOVA *et al.*, 2014). Deve-se investigar continuamente se o paciente está

utilizando medicamentos que possam interferir com o tratamento, como antiinflamatórios não-esteroidais e anticoncepcionais orais, que são de uso disseminado. Deve -se também verificar e quantificar o uso de álcool, de sal, o aumento de peso, o tabagismo e os distúrbios do sono. Caso essas situações estejam presentes, o paciente deve ser encaminhado para receber tratamento específico.

As pessoas com HAS que fumam devem ser apoiadas no abandono desse hábito. O tabagismo aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em pessoas com HAS e aumenta a progressão da insuficiência renal. O tabagismo é a maior causa isolada e evitável de doença e morte, sendo responsável por 25% das mortes por doenças coronarianas, 25% das mortes por doenças cerebrovasculares. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40%. Uma boa resposta terapêutica depende do apoio da família, da comunidade e da equipe de saúde, por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (PEREIRA; ROSA, 2018)(BRASIL, 2013).

A prática regular de atividade física pode ser benéfica tanto na prevenção quanto no tratamento da HAS, é fundamental para promoção e manutenção da saúde física e mental e reduz a morbimortalidade cardiovascular pois, além de diminuir a pressão arterial, melhorara o controle lipídico e glicêmico. Indivíduos ativos apresentam risco 30% menor de desenvolver HAS que os sedentários e o aumento da atividade física diária reduz a PA (MALACHIAS et al., 2016). A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, envolvendo pelo menos 150 minutos/semana, equivalente a pelo menos 30 minutos/dia, podendo ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos ou três sessões de 10 minutos/dia.

Brasil (2014) publicou um guia alimentar para a população brasileira , no qual relata os cuidados e caminhos para alcançar uma alimentação saudável, saborosa e balanceada. E para complementar o Guia, em 2015, foi lançada a publicação intitulada alimentos regionais brasileiros, que divulga a variedade de alimentos do país e orienta as práticas culinárias. Sobre o assunto, foi lançado também o Plano Nacional de Redução de Sódio em alimentos processados que tem a meta de tirar 28.562 toneladas de sódio dos alimentos processados até 2020. Dietas restritivas, com perdas rápidas de peso não devem ser adotadas, pois levam a grande perda de massa magra e redução do gasto energético total, prejudicando o metabolismo. Elas são de difícil incorporação no cotidiano e facilmente abandonadas, além de não fornecer os nutrientes de forma balanceada (BRASIL, 2013)(MALACHIAS et al., 2016)(PEREIRA; ROSA, 2018).

A atenção numa abordagem multiprofissional tem como objetivo principal o controle da HAS, que não é satisfatório em nosso meio. A atuação da equipe multiprofissional promove melhor esse controle, o que está diretamente relacionado à adesão ao tratamento

medicamentoso e não medicamentoso. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (GLYNN *et al.*, 2010). As monitorizações ambulatorial e residencial de PA são ferramentas úteis para se verificar a real refratariedade e controle do tratamento. Seu uso e sua interpretação devem seguir critérios validados e podem ser úteis também para educação, pois oferecem uma oportunidade de o paciente se envolver mais com seu tratamento.

A adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos, particularmente quando há síndrome metabólica. Os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores. Hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de emagrecimento com restrição de ingestão calórica e aumento de atividade física. A promoção de adequada atividade física como uma intervenção para a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial apresenta implicações clínicas importantes, uma vez que o exercício físico regular pode reduzir ou mesmo abolir a necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos, evitando, assim, os efeitos adversos do tratamento farmacológico e reduzindo o custo do tratamento para o paciente e para as instituições de saúde.

Em um estudo experimental de Moraes *et al.* (2012), foi investigado os efeitos de um programa multicomponente (aeróbio, força, flexibilidade e equilíbrio) aplicado em 36 idosos hipertensos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O protocolo era composto de duas sessões de exercícios semanais por 12 semanas com duração de 60 min cada. Os autores concluíram que o treino repercutiu na melhora dos indicadores metabólicos, da aptidão física e da capacidade funcional e atuou como auxiliar no controle da PA (redução de 3,6 % da Pressão Arterial Sistólica - PAS e de 1,2% da Pressão Arterial Diastólica - PAD).

4 Metodologia

Este projeto de intervenção foi desenvolvido visando a promoção da saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes que pertencem à população adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na cidade de Três Rios, RJ.

Os participantes do programa de controle de hipertensão arterial foram selecionados de dezembro de 2018 a janeiro de 2020, por meio da investigação realizada nos cadastros da população residente do bairro Barros Franco.

Nesta área de abrangência existem 2,5 mil habitantes cadastrados, sendo 1.660 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos. Destas, 437 possuíam o diagnóstico de hipertensão arterial para fins de cadastramento.

A amostra final, por equipe, foi selecionada a partir dos pacientes que satisfizeram os critérios de inclusão, que consistiram em: pacientes que apresentaram níveis pressóricos iguais ou maiores que 140/90 mmHg, em duas ocasiões antes de iniciar o tratamento na USF e que possuíam os registros das variáveis de interesse para o estudo devidamente documentadas.

Os critérios de exclusão foram: pacientes acompanhados, concomitantemente, em outros centros de saúde para tratamento de hipertensão arterial e aqueles que apresentavam co-morbidades que demandavam atenção domiciliar, tais como pacientes com sequela de acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca congestiva classes III a IV da classificação na *New York Heart Association*, dificuldade de locomoção por patologia reumática ou ortopédica.

A equipe interdisciplinar foi constituída pelos profissionais de saúde da UBS, que trabalhavam sem a adequada interação e definição de objetivos. Ficou composta pelo médico (o autor), enfermeira, nutricionista, técnica de enfermagem e agentes comunitários. Em seguida, foram definidas as respectivas competências e, como objetivo comum da equipe, as metas terapêuticas de controle da pressão arterial e de outros fatores de risco cardiovascular.

Ao médico coube a avaliação clínica e orientação terapêutica do paciente, com destaque para o alcance das metas de controle da pressão arterial através de tratamentos primários, farmacológicos e não farmacológicos, a programação de atividades de educação permanente junto à equipe, visando esclarecimentos sobre a doença e sobre a importância e os benefícios das mudanças no estilo de vida e da adesão e comprometimento com tratamento.

A enfermeira passou a realizar consultas mensais, para verificação da pressão arterial, manutenção da medicação para pacientes sob controle, instrução e aconselhamento sobre tratamento farmacológico e não-farmacológico, solicitação de exames definidos pelo médico, encaminhamento para consulta médica mensal dos pacientes de difícil controle ou

portadores de lesões de órgãos-alvo e para consulta trimestral os demais, organização de palestras interdisciplinares mensais e coordenação de atividades facilitadoras da adesão. Nesse particular, os pacientes eram estimulados a não faltarem às consultas e às palestras, por meio de lembretes e conscientização da importância da sua participação. Problemas impeditivos de caráter pessoal contavam com a ajuda da assistente social para solução adequada. À técnica de enfermagem coube dar suporte, sob supervisão e treinamento pela enfermeira, às atividades operacionais da equipe. Aos agentes de saúde, cabiam visitas semanais, com questionamento a respeito da adequação dos tratamentos propostos, o envolvimento familiar e a verificação da pressão arterial.

A nutricionista passou a realizar consultas bimestrais, quando solicitada, para controle do peso e avaliação dos cuidados alimentares e participar das atividades educativas interdisciplinares mensais.

Todo o trabalho multidisciplinar envolvido foi relatado e enviado aos órgãos municipais responsáveis, com projetos de valorização que comprovam a eficácia de investimentos públicos para o tratamento primário de doenças crônicas prevalentes na região.

5 Resultados Esperados

Espera-se com a implementação deste projeto de intervenção que os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, assistidos pela ESF do município de Três Rios/ RJ, alcancem melhorias na sua qualidade de vida e consigam manter os níveis pressóricos dentro dos padrões da normalidade.

Espera-se ainda que com a instalação de equipamentos de ginástica nos parques urbanos do município, facilite-se a prática de atividades físicas pelos idosos, público alvo deste estudo.

Entende-se que apesar de existir uma associação significativa entre nível educacional, que geralmente tem íntima relação com a renda, e uso destes locais, uma das maiores dificuldades encontradas para se manter essa prática ao ar livre é também a variação climática. Contudo, espera-se que ela não interfira a ponto de inviabilizar a prática de tal esporte.

A meta, com a implementação do projeto, é que os pacientes alcancem índice de massa corporal inferior a 25 kg/m^2 e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja suficiente para reduzir a pressão arterial.

Referências

- BRASIL. *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doenças Crônicas – Hipertensão Arterial Crônica*. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 12 Set. 2020. Citado na página 14.
- BRASIL. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 12 Set. 2020. Citado na página 14.
- GLYNN, L. G. et al. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*, p. 1–96, 2010. Citado na página 15.
- JÚNIOR, D. M. et al. Do brazilian physicians follow the brazilian guidelines on hypertension? *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 88, n. 2, p. 212–217, 2007. Citado na página 13.
- LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 8, n. 3, p. 775–782, 2003. Citado na página 13.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial: Capítulo 2 - diagnóstico e classificação. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 107, n. 3, p. 7–13, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- MORAES, W. M. de et al. Programa de exercícios físicos baseado em frequência semanal mínima: efeitos na pressão arterial e aptidão física em idosos hipertensos. *Rev. bras. fisioter.*, v. 16, n. 2, p. 114–121, 2012. Citado na página 15.
- PEREIRA, A. M. V. B.; ROSA, A. C. D. S. *Linha guia da saúde do idoso / SAS-SESA*. 2018. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf>. Acesso em: 12 Set. 2020. Citado na página 14.
- VANECKOVA, I. et al. Obesity-related hypertension: possible pathophysiological mechanisms. *J Endocrinol*, v. 223, n. 3, p. 63–782, 2014. Citado na página 13.