

Murillo Araújo Meira

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DA POPULAÇÃO IDOSA DO PSF PERNAMBUCO – BOCAIÚVA - MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais UFMG, para obtenção do Certificado de Especialização em Saúde da Família.

Orientador: Professor Flávio Chaimowicz

Bocaiúva - MG
2010

Murillo Araújo Meira

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DA POPULAÇÃO IDOSA DO PSF PERNAMBUCO- BOCAIÚVA-MG

Banca Examinadora

Professor Flávio Chaimovicz – Orientador
Professora Juliana Dias Pereira dos Santos - Avaliadora

Bocaiúva - MG
2010

Agradecimentos

A Deus.

“Que nos deu o dom da vida, nos presenteou com a liberdade, nos abençoou com a inteligência, nos deu a graça de lutarmos para a conquista de nossas realizações, cabe o louvor e a glória”.

“A mim só cabe agradecer”.

Rui Barbosa.

Na busca de nossos ideais, indubitável foi que Vós sempre estivestes ao meu lado, sendo fonte inesgotável de inspiração, estímulo e força. Obrigado por tudo que vimos, ouvimos e aprendemos. E por cada pequeno milagre que chamo dia! Murillo.

RESUMO

O presente trabalho teve como proposta apresentar o envelhecimento da população como algo natural e irreversível, que deve ser encarado de forma tranqüila, tendo como foco principal a hipertensão arterial sistêmica (HAS), investigando quais as causas que a provocam e como o médico de Saúde da Família pode orientar seus pacientes para que esta patologia seja controlada, tratada e/ou minimizada, bem como o papel desempenhado pela equipe de Atenção Básica ao idoso no sentido de proporcionar-lhes um envelhecimento saudável; recomendando-lhes uma alimentação adequada, a prática de atividades físicas regulares, associada ao controle de doenças crônicas. Portanto, a atuação da ESF, com acompanhamento e orientação correta mostra-se como o primeiro e mais importante passo para o controle da HAS.

Palavras – chave: envelhecimento – saúde – hipertensão

ABSTRACT

The present work had as its proposal to submit the ageing population as something natural and irreversible, which should be seen smoothly, focusing on primary hypertension, investigating what causes that the cause and how the health of the family physician can guide their patients for which this pathology is controlled, treated and/or minimized, as well as the role played by basic care to the elderly in order to provide them with a healthy aging. Recommending them adequate food, will practice regular physical activities associated with the control of chronic diseases. Therefore, the performance of the ESF, with correct orientation and monitoring shows itself as the first and most important step for the control of the AGO.

Key Words: ageing – health – hypertension

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1-INTRODUÇÃO..... | 06 |
| 2-METODOLOGIA..... | 08 |
| 3- REVISÃO LITERÁRIA..... | 09 |
| 3.1 – ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA..... | 09 |
| 3.2- POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 10 |
| 3.3- HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA..... | 13 |
| 3.3.1- COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA..... | 14 |
| 3. 4- PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS..... | 15 |
| 3. 5- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA..... | 17 |
| 3. 6- AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA..... | 18 |
| 3.6.1- ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO | 19 |
| 3.6.2- OUTROS ASPECTOS QUE ENVOLVEM A AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA | 19 |
| 3.7- SUPORTE FAMILIAR/SOCIAL E VIOLÊNCIA..... | 21 |
| 3.8- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA..... | 23 |
| 3.8.1 – MEDIDA AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL..... | 23 |
| 3.8.2 – SINTOMAS E O AUTOCUIDADO..... | 25 |
| 3.9- AS MODIFICAÇÕES NO ESTILO DE VIDA..... | 27 |
| 3.9.1 - PRINCÍPIOS GERAIS DA DIETA..... | 28 |
| 3.9.2- ATIVIDADE FÍSICA REGULAR..... | 29 |
| 3.9.3 – CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓLICAS..... | 30 |
| 3.9.4 – INTERRUPÇÃO DO TABAGISMO..... | 30 |
| 3.10- TRATAMENTO MEDICAMENTOSO..... | 32 |
| 3.10.1 – OS PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO..... | 32 |
| 3.10.2 – CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DO MEDICAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO..... | 33 |
| 3.10.3 – O ESQUEMA TERAPÊUTICO NA HAS..... | 34 |
| 3.10.4 – AS ASSOCIAÇÕES MEDICAMENTOSAS..... | 34 |
| 3.10.5 – FATORES QUE PODEM INTERFERIR NA RESPOSTA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA..... | 36 |

| | |
|--|----|
| 3.10.6 – A EMERGÊNCIA HIPERTESIVA..... | 38 |
| 3.10.7- SITUAÇÕES ESPECIAIS COM OS IDOSOS..... | 39 |
| 4 - A SITUAÇÃO ATUAL NO PSF PERNAMBUCO..... | 41 |
| 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 43 |
| 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 45 |

1 - INTRODUÇÃO

Sendo o envelhecimento uma realidade mundial, com previsão de que em pouco tempo a maioria da população seja de velhos, torna-se primordial a necessidade de enxergar o envelhecimento como algo natural e proporcionar a população idosa, por meio de políticas públicas a serem implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Atenção Básica/Saúde da Família um atendimento de qualidade, que vise dar aos pacientes, mesmo os de idade avançada, a oportunidade de viverem com maior autonomia, orientando-os quanto aos bons hábitos de vida, a importância de uma alimentação adequada e da prática de atividades físicas. Portanto, as equipes de Saúde da Família, por meio da Atenção Básica, devem conhecer as famílias adscritas em suas áreas territoriais e acompanharem de perto a vida dos pacientes, acolhendo-os de forma a humanizar a assistência.

Como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das patologias que mais afeta a população idosa, será dada a ela uma atenção especial nesta pesquisa. Segundo ROZMAN (1999), a prevalência da HAS é de aproximadamente entre 6% e 8% da população geral. Aumenta com a idade, sobretudo a sistólica e, com isso, aumentando a pressão diferencial. Dados revelam que 95% desses indivíduos, têm pressão arterial chamada de essencial ou primária, isto é, sem causa e 5% tem hipertensão arterial secundária com causa bem definida.

Diante dos fatos, observa-se que a hipertensão arterial é um dos problemas médicos mais comuns da população mundial, afetando particularmente os habitantes dos grandes centros urbanos. E para evitar as moléstias, muitas vezes mortais, decorrentes desse problema, é imprescindível manter a pressão sob permanente controle e, paralelamente, adotar hábitos de vida que visem à manutenção da saúde do organismo.

Afinal, o coração é uma bomba eficiente que bate de 60 a 80 vezes por minuto durante toda a nossa vida e impulsiona 5 a 6 litros de sangue por minuto por todo o corpo. E a pressão arterial exercida nas artérias pela circulação do sangue, relaciona-se com a força do músculo cardíaco e a elasticidade dos vasos. Seus valores normais situam-se em 120mmHg, para a pressão sistólica, e 80mmHg para a diastólica, aplicando aos idosos os mesmos valores.

Em se tratando de pessoas idosas, a questão da pressão arterial se apresenta com maior intensidade sendo uma das principais causas do consumo de medicamento e de busca à consultas médicas nos PSFs e hospitais. No entanto, essa patologia pode se manifestar bem mais cedo na vida das pessoas, o que torna um sério problema, por ser

silencioso e só reconhecido pelas lesões dos órgãos alvos (coração, cérebro, rins e vasos). Lesões estas que podem ser definitivas e, em alguns casos a hipertensão pode ser fatal, devendo, portanto ser tratada e controlada.

Os hábitos de vida, tais como a alimentação, o sedentarismo, uso de álcool e outras drogas, tabaco e estresse são fatores relevantes que favorecem muito o agravamento deste mal.

Em relação ao problema levantado pela pesquisa, à mesma tem por finalidade investigar quais as causas que provocam a hipertensão arterial sistêmica e como o médico de saúde da família procura orientar seus pacientes para que esta patologia seja controlada, tratada e/ou minimizada, bem como o papel desempenhado pela equipe de Atenção Básica ao Idoso no sentido de proporcionar-lhes um envelhecimento saudável.

Diante de toda essa realidade, justifica-se a realização desta pesquisa devido à necessidade de uma política de saúde voltada para a assistência básica ao idoso e do controle e tratamento da hipertensão arterial do mesmo, em que o Programa de Saúde da Família (PSF) constitui uma ferramenta muito importante na prevenção, controle e tratamento do paciente hipertenso.

Assim, os principais objetivos deste trabalho são identificar ações da ESF responsáveis pela atenção adequada à saúde da população idosa, especialmente no controle da hipertensão, para obtenção de envelhecimento saudável; identificar estratégias para a ESF auxiliar o idoso, conscientizando-o sobre a importância da promoção à saúde, de hábitos alimentares, exercícios físicos, manutenção do peso, para favorecer a redução e controle da pressão arterial; estimular os profissionais de saúde da família a promoverem campanhas esclarecedoras de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura complementada por pesquisa descritiva, por entendermos que o objeto em estudo é histórico social.

Essa pesquisa partiu de uma situação concreta vivenciada pelos PSFs, onde foi detectado que o principal motivo de busca a consulta médica pela população idosa estava ligado ao problema da hipertensão arterial sistêmica e que as causas possíveis deste mal deveriam ser pesquisadas. Em seguida as equipes de saúde deveriam fazer um trabalho voltado para o acolhimento aos idosos, o acompanhamento das famílias, seus hábitos de vida (alimentação, sedentarismo, vícios como tabagismo e álcool), orientando-os quanto aos riscos que a HAS traz para a saúde e as reais possibilidades de se obter um envelhecimento saudável.

A partir da sensibilização da equipe buscou-se efetivar as ações de conscientização dos pacientes e familiares para a mudança do estilo de vida.

O programa de saúde da família na sua concepção teórica traz dentro de si as potencialidades para se transformar em uma proposta de intervenção em saúde que busca essa atuação mais emancipadora e transformadora dos sujeitos, e ao optar pela preocupação com os idosos hipertensos e o cuidado com a saúde dos mesmos, como um processo de trabalho nas Unidades da Saúde da Família no PSF Pernambuco, o médico responsável deverá estimular todos os profissionais envolvidos para uma maior atenção para os pacientes idosos, visto serem estes o alvo da pesquisa.

3 – REVISÃO LITERÁRIA

3.1- ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O envelhecimento hoje é uma realidade mundial. A expectativa de vida da população tem aumentado e a estimativa, segundo o CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA (2007) do Ministério da Saúde é que “no ano de 2050 existam cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento”. O envelhecimento da população aparece como resposta de alguns indicadores de saúde como, a queda da fecundidade e da mortalidade. Porém, esse processo não é homogêneo, ele sofre influência dos processos de discriminação e exclusão social associados ao gênero, à etnia, ao racismo, as condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização da moradia.

O envelhecimento é um processo natural, que, em condições normais, não provoca qualquer problema, processo esse chamado de senescência. Entretanto, em decorrência de acidentes, doenças e estresse emocional, esse processo pode levar a patologia que requeira assistência – é o que se reconhece como senilidade. Assim, o estilo de vida pessoal ativo ou não, pode determinar o tipo de velhice do indivíduo.

O que não se pode é considerar as alterações que ocorrem com a pessoa como consequência do envelhecimento, impedindo a detecção e o tratamento precoce de certas doenças e também considerar o envelhecimento como doença.

Conforme descrito no CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA (2007) “o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível”.

A população com velhice avançada (idade igual ou maior que 80 anos) tem aumentado de forma acelerada nos dias atuais, fazendo com que a “avaliação funcional” seja essencial para o estabelecimento de um diagnóstico ou prognóstico adequados, que sirvam de base para decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários aos idosos. Esta avaliação funcional mostra em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma, independente das atividades cotidianas das pessoas idosas, permitindo um planejamento assistencial mais adequado. Assim, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) propõe a capacidade funcional como novo

paradigma de saúde, sendo a independência e autonomia pelo maior tempo possível, as metas a serem alcançadas na atenção a saúde da pessoa idosa.

Em geral, os idosos temem a dependência e, evitá-la ou postergá-la é uma função da equipe de Atenção Básica a Saúde que, em conjunto com a família deve cuidar do idoso.

O contato entre os usuários e os Sistemas de saúde ocorre através da Atenção Básica que, de acordo com o CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA (2007),

“Deve orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização da equidade e da participação social”.

Para organizar a Atenção Básica, em 1994, o Ministério da saúde adotou a saúde da família, que trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais, realizando ações coletivas e atividades de grupo com os usuários.

Na Atenção Básica, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Ela possibilita o planejamento, a organização das ações, e o acompanhamento do estado de saúde dessa população, sendo, para o idoso, um instrumento de cidadania. Assim, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica e Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa representam dois instrumentos de fortalecimento da Atenção Básica.

3.2 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOAS IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da década de 90, passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” que, segundo o WORLD (2007), “pode ser compreendido como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida em que as pessoas ficam mais velhas”. Este conceito requer políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, entre

outros. Medidas estas, que contribuirão para o alcance de um envelhecimento com qualidade de vida e saúde.

Para que tal política seja implementada é necessário que ocorra uma mudança do enfoque que, normalmente colocam as pessoas idosas como alvos passivos, reconhecendo o direito delas à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem.

No ano de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.

O Pacto em Defesa da Vida constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas tem especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a Pessoa Idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

As ações locais para a promoção da saúde da população idosa deverão ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prioridade as seguintes ações específicas:

- a) Divulgação e implementação da Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS);
- b) Alimentação saudável;
- c) Prática corporal/atividade física;
- d) Prevenção e controle do tabagismo;
- e) Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- h) Promoção do Desenvolvimento Sustentável (PNSPI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria GM nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializados de média e alta complexidade.

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº648 de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção a agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Tal política deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho

em equipe, dirigido às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Para melhor organizar a Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, o CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA (2007) recomenda que a estratégia Saúde da Família deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica Tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
- Atuar no território realizando cadastramento domiciliar diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo e mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde – doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- Ser um espaço de construção de cidadania.

Na Atenção Básica espera-se oferecer ao idoso e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição de barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso conforme proposto no Manual de Estrutura Física, do Ministério da Saúde, 2006. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo.

Com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive aquelas que se encontram em instituições públicas ou privadas.

Diante do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas para atender às demandas emergentes. Nesse contexto a Organização Mundial de Saúde propôs, em 2004, um projeto denominado “Towards Age-Friendly Primary Health Care”, cuja proposta é adaptar os serviços da Atenção Básica para atender

adequadamente às pessoas idosas, tendo como objetivo principal a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, de acordo com as necessidades específicas dessa população.

São três as áreas de atuação previstas nesse projeto:

1- Informação, Educação, Comunicação e Treinamento: por meio de treinamento busca-se melhorar a formação e as atitudes dos profissionais de saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas, fornecendo ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável;

2- Sistema de Gestão da Assistência de Saúde: organização da gestão do serviço da Atenção Básica, de acordo com as necessidades das pessoas idosas;

3- Adequação do ambiente físico: tornando-o mais acessível para as pessoas que possuem alguma limitação funcional.

3.3- HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO

BÁSICA

Através da Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde propõe estimular a Humanização na saúde, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde.

De acordo com o CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA (2007), a operacionalização da Política Nacional de Humanização dá-se pela:

Oferta de dispositivos, tecnologias, ferramentas e modos de operar. Dentre esses dispositivos, destaca-se o “Acolhimento”, que tem a característica de um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários.

A proposta da PNH é que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinjam todos aqueles que participam na produção da saúde voltando seu olhar atencioso para os usuários e para os trabalhadores da saúde. Ele é uma ação que pressupõe a mudança da

relação profissional/usuário e sua rede social. Implica um compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias constantemente renovados.

Para que ocorra a efetivação do Acolhimento da pessoa idosa, os profissionais de saúde devem compreender a especificidade dessa população e também a legislação brasileira vigente devendo para tanto:

- Estar preparado para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa;
- Romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipes multiprofissionais;
- Facilitar o acesso do idoso aos diversos níveis de complexibilidade da atenção;
- Investir na qualificação dos trabalhadores para lidar com idosos.

Para praticar o acolhimento com idosos, os profissionais de saúde devem estabelecer uma relação respeitosa, reconhecendo a sabedoria adquirida com a idade, dirigir ao idoso e não ao acompanhante, respeitando assim sua capacidade de compreensão do que lhe é falado; chamar o paciente pelo nome e olhá-lo de frente, considerando um possível declínio visual ou auditivo; utilizar linguagem clara, evitando termos técnicos.

A equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve buscar o máximo da autonomia dos usuários, proporcionando condições para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, através da Atenção Continuada ou Longitudinal, que estreita os vínculos com usuários e da Visita Domiciliar, que estabelece junto aos familiares um suporte mais adequado às necessidades específicas do paciente.

3.3.1- COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA

A comunicação é um fator de extrema importância para o ser humano. E, na área da saúde torna-se essencial, pois, por meio dela são obtidas informações valiosas para a condução da terapêutica.

Assim, em se tratando de idosos ela deve ocorrer por meio de frases curtas e objetivas, sem usar termos infantilizantes, com linguagem clara, aguardando a resposta sem interromper ou demonstrar impaciência em ouvir.

O processo de envelhecimento acarreta a diminuição das capacidades sensório-perceptivas, afetando a comunicação pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação, podendo levar o indivíduo ao isolamento.

Quando a pessoa idosa demonstrar sintomas de declínio auditivo, devem-se tomar algumas medidas como evitar ambientes ruidosos e situações constrangedoras

relativas à surdez, falar de forma clara, pausada e de frente, permitindo a leitura labial.

A alteração vocal também é parte do processo de envelhecimento. No entanto, alguns cuidados podem minimizar os problemas vocais decorrentes do avanço da idade como evitar gritar ou competir com vozes ou ruídos do ambiente; evitar falar durante a caminhada; articular bem as palavras; fazer atividades que estimulam a voz; beber água quando falar muito; evitar o pigarro e a tosse; manter uma alimentação saudável; evitar álcool e cigarro, além de mudanças bruscas de temperatura e diminuir a distância entre os falantes.

A comunicação com a pessoa idosa, assim como as demais pessoas, pode ocorrer de forma verbal ou não-verbal, de acordo com o nível de compreensão de cada um. No entanto, deve-se evitar o contato físico desnecessário, para não constranger o paciente. No caso de exame para identificação de sinais de maus tratos, o paciente idoso pode demonstrar medo e dificuldade em verbalizar o problema da violência sofrida, assim, a observação atenta às atitudes dele pode revelar o que se passa, além, é claro, do exame físico que pode mostrar sinais visíveis.

3.4 - PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS

A promoção da saúde com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida da população idosa, deve ser o foco de atenção dos profissionais da área de saúde. Para que isso aconteça, alguns objetivos são essenciais, tais como:

- Alimentação saudável: orientada pelos “Dez passos para uma Alimentação Saudável”, adaptada para idosos, onde são recomendadas as refeições diárias e os tipos de alimentos e porções diárias. Além do Guia Alimentar para a População Brasileira, que traz as diretrizes da alimentação saudável e o Caderno de Atenção Básica de Obesidade, que trabalha a prevenção, tratamento, acompanhamento do sobrepeso e da obesidade na Atenção Básica.

As orientações dadas pelos profissionais da Atenção Básica/Saúde de Família devem levar em conta situações de doenças crônicas como: hipertensão, diabetes, obesidade e hipercolesterolemia, encaminhando o paciente ao nutricionista. E, se o município está organizado de forma a ter um nutricionista apenas na Atenção

Especializada deve, quando necessário, ser garantido ao usuário o atendimento nesse nível de atenção. É importante também estimular a leitura dos rótulos dos alimentos, pois a informação nutricional é um instrumento fundamental de escolha de alimentos mais saudáveis.

- Prática Corporal/Atividade Física: uma vez que a inatividade física, juntamente com o tabagismo, são um dos fatores de risco para a saúde do idoso, o incentivo à prática de atividades físicas deve ser uma constante, tanto por parte de familiares e amigos, quanto pelos profissionais de saúde. Os benefícios dessa prática, já amplamente documentados, são irrefutáveis, promovendo uma melhora geral no quadro clínico do idoso e proporcionando a ele maior autonomia.

De acordo com dados do CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA (2007),

“A pessoa que deixa de ser sedentária, é capaz de reduzir 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida”.

No entanto, antes de iniciar a prática de atividades físicas específicas, deve ser feita uma avaliação por profissional competente para que o mesmo indique o tipo de atividade a ser praticada, de acordo com as condições de saúde da pessoa idosa. O que se verifica é que não há consenso sobre qual seja o melhor tipo e nível de prática corporal/atividade física para o idoso. De forma geral, deve-se procurar desenvolver exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular, com atividades de fácil realização e que não provoquem lesões, sempre com intensidade moderada e curta duração, uma vez que a pessoa idosa geralmente, não apresenta condicionamento físico adequado e pode ter limitações músculo-esqueléticas.

De todas as atividades físicas a caminhada merece maior destaque, por ser acessível a todos e não requerer habilidade especializada ou aprendizagem. Ela deve ser praticada em locais planos, prestando atenção à temperaturas extremas (muito elevadas ou muito baixas) e umidade muito baixa, quando deve ser ingerida maior quantidade de líquidos.

- Trabalho em grupo com Pessoas Idosas: os grupos devem ser constituídos a partir de interesses comuns, onde é possível discutir as situações vivenciadas no dia-a-dia, descobrir potencialidades e vulnerabilidades, permitindo a elevação da auto-estima e a troca de informações.

No cotidiano, as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família organizam grupos de hipertensão e diabetes, puericultura e de gestantes. No caso de idosos, em geral eles estão incluídos nos grupos de hipertensão-diabetes, reforçando a idéia do

envelhecimento natural como doença, o que não é verdade. Neste caso, o grupo pode ser usado apenas como espaço de socialização, representando novas perspectivas para a pessoa idosa, sem criar estereótipos.

3.5 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

São atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde:

- a) Planejar, programar e realizar ações que envolvam a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência, conforme orientação do Caderno de atenção Básica;
- b) Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização.
- c) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa;
- d) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade;
- e) Acolher as pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- f) Prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo;
- g) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico;
- h) Realizar e participar das atividades de educação permanente, relativas à saúde da pessoa idosa;
- i) Desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe;

São atribuições do médico:

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas;

- b) Realizar consulta incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares se necessário, avaliar o quadro clínico e emitir diagnóstico;
- c) Prescrever tratamento medicamentoso quando necessário;
- d) Solicitar exames complementares, quando necessário;
- e) Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- f) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa aos serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento;
- g) Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos;
- h) Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador quanto à identificação de sinais e/ou sintomas que requeiram atendimento de saúde imediato;
- i) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar referentes à Atenção a Pessoa Idosa;

3.6 - AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a ênfase na funcionalidade, permitindo fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para a sua compensação. Essa avaliação é desenvolvida por uma equipe multiprofissional, objetivando quantificar as capacidades e problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários.

Para as pessoas idosas o conceito de “doença única” não se aplica. Em geral, elas costumam apresentar uma somatória de sinais e sintomas, resultantes de várias doenças concomitantes, em que a insuficiência de um sistema pode levar à insuficiência de outro.

Em geral, a pessoa idosa procura a Unidade de Saúde com sintomas mais familiares ou mais facilmente reconhecíveis, o que pode não refletir de forma clara ou direta, o estado geral de saúde do mesmo, pois, nas pessoas idosas as doenças tendem a ter uma apresentação atípica, diferente do que ocorre nos jovens.

É importante que se faça uma investigação dos medicamentos em uso pela pessoa idosa, tanto os prescritos por profissional de saúde, quanto os adquiridos pelo próprio idoso, solicitando que ele traga consigo os medicamentos que costuma usar,

verificando a utilização ou não de posologia incorreta ou de mais de um medicamento para o mesmo objetivo, às vezes prescrito por profissionais diferentes. Para isso, torna-se essencial o registro das medicações mais frequentes na Caderneta do Idoso para evitar iatrogenias associadas à polifarmácia.

3.6.1- ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A antropometria é um método muito usado para o diagnóstico nutricional de idosos, por ser simples, rápido, de baixo custo e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usada como triagem inicial tanto para diagnóstico, quanto para monitoramento de doenças.

Para o acompanhamento do estado nutricional dos idosos, usa-se como critério prioritário a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), levando em consideração os pontos de cortes diferentes daqueles utilizados para adultos, devido às alterações fisiológicas nos idosos, tais como o declínio da altura, a diminuição do peso, que sofre variações segundo o sexo, a osteoporose, mudança na qualidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo e redução da massa muscular.

No que se refere à alimentação da pessoa idosa, o profissional de saúde deve estar atento para alguns aspectos, como: perda da autonomia para comprar os alimentos; inclusive financeira; perda da capacidade e da autonomia para preparar os alimentos e alimentar-se; perda do apetite, diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos; perda ou diminuição da capacidade olfativa; restrição a determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes, hipertensão e hiper-colesterolemia; dificuldades de mastigação.

3.6.2- OUTROS ASPECTOS QUE ENVOLVEM A AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

- **Acuidade visual:** a redução da acuidade visual é decorrente de alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina atingindo cerca de 90% das pessoas idosas CAB (2007).
- **Acuidade auditiva:** o declínio da acuidade auditiva atinge cerca de um terço das pessoas idosas. A presbiacusia, perda progressiva da capacidade de diferenciar sons de alta frequência, é uma das causas mais comuns relacionadas a essa queixa. CAB (2007)

- **Incontinência Urinária:** atinge cerca de 30% das pessoas idosas, porém, elas não se referem a ela na avaliação clínica, ou por vergonha ou por acharem isso ser normal no processo de envelhecimento. Assim, a frequência e importância do evento estão associadas às repercussões emocionais e sociais. Nesse caso, cabe ao profissional de saúde investigar as possíveis causas. CAB (2007)

- **Sexualidade:** estudos mostraram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm a vida sexual ativa após 60 anos. A identificação de disfunção nessa área pode ser indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos. Essas alterações sexuais decorrentes do avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação. CAB (2007)

- **Vacinação:** a situação vacinal da pessoa idosa deve ser avaliada de forma sistemática. Recomenda-se uma dose anual de vacina contra influenza no outono. Idosos com mais de 60 anos devem receber também ao menos uma dose da vacina anti-pneumocócica durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira prescrita.

A vacina dupla adulto (dt – contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez anos, podendo ser reforçada em cinco anos no caso de ferimentos considerados “sujos” CAB (2007). O registro da vacinação do idoso deve constar na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, facilitando o acompanhamento da realização da mesma.

- **Avaliação Cognitiva:** esta deve fazer parte da avaliação clínica, pois auxilia na indicação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas. O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. Perdas da memória e da habilidade de cálculo são indicadores da redução das funções cognitivas. Caso o profissional de saúde perceba esse quadro, deve encaminhar o paciente para uma investigação mais aprofundada CAB (2007).

- **Depressão:** a prevalência de depressão em pessoas idosas no Brasil varia de 4,7% a 36,8%. É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns nos idosos e sua presença necessita ser avaliada. Sua prevalência em mulheres é maior que nos homens, tendo grande impacto negativo na vida do paciente. A gravidade do quadro aliada à não existência de tratamento adequado, piora o prognóstico, uma vez que, os idosos depressivos tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, afetando sua qualidade de vida CAB (2007).

- **Mobilidade:** as alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras, de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. As alterações que afetam o aparelho locomotor levam a uma redução na amplitude dos movimentos, fazendo com que o paciente caminhe com passos mais curtos e lentos, com tendência a arrastar os

pés. Os braços ficam mais próximos ao corpo, à base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio.

- **Quedas:** é um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbi-mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. A ocorrência e frequência de quedas devem ser registradas pelo profissional de saúde na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa CAB (2007). O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados, etc.) no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados.

- **Avaliação funcional:** preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é fundamental e determinará, não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando, utilizando diferentes habilidades, ou se esta é capaz de desempenhar atividades necessárias para cuidar de si mesma.

3.7 - SUPORTE FAMILIAR/ SOCIAL E VIOLÊNCIA

As famílias estão em constante processo de transformação e mudança. Várias teorias buscam conceituá-las e explicá-las. Dentre estas teorias, destaca-se a Teoria Sistêmica em que as famílias são compreendidas como sistemas baseados nas relações, com base em ganhos e perdas, distribuição do poder de cada um dos seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações.

Dentre as funções desempenhadas pelos membros familiares estão o prover e o cuidar, sendo o prover um papel do gênero masculino e o cuidar um papel do gênero feminino, estando ligado ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, e da atenção e vigilância constante.

Nos Sistemas Familiares funcionais, os indivíduos são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes. Esses sistemas constituem, para os profissionais, recursos estratégicos e terapêuticos, fundamentais e integrados na assistência ao idoso.

Já nos Sistemas Familiares disfuncionais, as crises são constantes, não há definição de papéis entre seus membros e, nas situações conflitantes, a solução encontrada é a separação do idoso que é considerado o causador do conflito.

A função das equipes de Saúde da Família é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um Sistema Familiar mais harmônico e funcional.

Entrevistas com as famílias são fontes ricas em informações e propiciam uma maior interação entre os envolvidos. Daí a necessidade da instrumentalização sistematizada que auxilie os profissionais de saúde na Atenção Básica, a direcionarem o olhar para além dos indivíduos, buscando compreender a funcionalidade familiar, fator essencial para o planejamento assistencial e o alcance do sucesso terapêutico.

No que se refere ao suporte familiar deve-se levar em conta o estresse do cuidador, que é um fator que pode acarretar problemas que levam a situações de violência contra os idosos. Portanto, o cuidado deve ser dividido entre os familiares por meio da criação de grupos de cuidadores, evitando-se assim a sobrecarga e o estresse sobre uma só pessoa.

Na sociedade atual a violência contra os idosos se manifesta nas formas: estrutural, que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas expressões da pobreza, da miséria e da discriminação, interpessoal, que se refere nas relações cotidianas; e institucional que se reflete na aplicação ou omissão da gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência.

A violência intrafamiliar pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade. Essas formas não se reproduzem isoladamente, mas, fazem parte de uma seqüência crescente de episódios no qual o homicídio é a manifestação mais extrema.

A identificação de sinais de violência contra as pessoas idosas é frequentemente negligenciada no atendimento a saúde, quer pela dificuldade em identificá-los, quer pela ausência de suporte formal para auxiliar tanto as vítimas quanto os profissionais.

A lei n º10.741/2003 art.19 prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória ao conselho municipal ou estadual dos Direitos do Idoso, Delegacia de Polícia e Ministério Público.

Os idosos podem sofrer diferentes tipos de violência, tais como a violência física, violência sexual, violência psicológica, violência econômica ou financeira ou patrimonial; violência institucional, abandono/negligência, auto-negligência.

3.8 - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Existe hipertensão arterial sistêmica quando as cifras de pressão sanguínea dentro das artérias ultrapassam aquelas tidas como normais, na rotina de exame médico.

Para Timby (2001), a pressão arterial é a força que o sangue exerce no interior das artérias. Em pessoas saudáveis as paredes arteriais são elásticas, com o objetivo de facilitar a movimentação do volume sanguíneo, que sempre está em variação. A medição da pressão arterial deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados.

Brasil (2001, p.19) ressalta que:

O método mais utilizado é o indireto, com técnica auscultatória com esfigmomanômetro e estetoscópio. O esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ainda é o equipamento mais adequado. O aparelho aneróide deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada seis meses.

O uso de aparelhos eletrônicos afasta erros relacionados ao observador, porém, somente são indicados quando validados de acordo com recomendações específicas e testados periodicamente.

3.8.1-MEDIDA AMBULATORIAL DA PRESSAO ARTERIAL (MAPA).

A medida de pressão arterial considerada anormal no MAPA encontra-se com valores acima de 135/85mmHg para vigília e 120/70mmHg no sono.

A hipertensão arterial sistêmica é um importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, entretanto, ainda se discute sobre os níveis de normalidade da pressão arterial.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que níveis pressóricos de 140/90mmHg ou mais, devem ser considerados elevados. A classificação do comportamento de pressão arterial pela OMS está expressa na tabela 01.

| Tabela 01-CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM SEU NÍVEL | | |
|---|-------------------|------------|
| Classificação | PAS (mmHg) | PAD |
| Ótima | <120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Normal alta | 130-139 | 86-89 |
| Hipertensão | | |
| Grau I (leve) | 140-159 | 90-99 |
| Subgrupo: limítrofe | 140-49 | 90-94 |
| Grau II (moderada) | 160-179 | 100-109 |
| Grau III (grave) | ≥180 | ≥110 |

Na tabela 02 estão expressas as variações dos níveis de pressão arterial (sistólica e diastólica) recomendando reavaliações periódicas conforme o seguimento.

| Tabela 02-RECOMENDAÇÕES PARA SEGMENTO (PRAZOS MÁXIMOS PARA REAVALIAÇÃO)* | | |
|---|------------|---|
| PRESSÃO ARTERIAL INICIAL (MMHG)** | | SEGUIMENTO |
| Sistólica | Diastólica | |
| <130 | <85 | Reavaliar em 1 ano. Estimular mudanças no estilo de vida. |
| 130-139 | 85-89 | Reavaliar em 6 meses *** Insistir em mudanças no estilo de vida. |
| 140-159 | 90-99 | Confirmar em 2 meses *** Considerar MAPA/MRPA |
| 160-179 | 100-109 | Confirmar em 1 mês *** Considerar MAPA/MRPA |
| ≥180 | ≥110 | Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana *** |
| <p>*Modificar o esquema de segmento de acordo com a condição clínica do paciente. ** Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de estágios diferentes, o segmento recomendado deve ser definido pelo maior nível pressórico. *** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, co-morbidades e danos em órgãos-alvo).</p> | | |

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – SBH/SBN 2006

Quanto às situações especiais para medida da pressão arterial para crianças, é indicada a medição da pressão arterial em toda a avaliação clínica e deve ser identificada a pressão diastólica na fase V de Korotkoff com manguito de tamanho adequado à circunferência do braço;. Em gestantes, a medida da pressão arterial recomendada é na posição sentada e deve indicar a pressão diastólica na fase V de Korotkoff e nos idosos pode ocorrer maior frequência do hiato auscultatório, que consiste do desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugere enrijecimento e o paciente é considerado Osler positivo.

Conforme Brasil (2001) há uma estratificação dos portadores de hipertensão arterial sistêmica, sendo definido quatro categorias de risco cardiovascular absoluto:

- **Grupo de baixo risco:** incluem homens com idade inferior a 55 anos e mulheres com menos de 65 anos de idade, com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de grau 1 (pressão Arterial Sistólica - PAS = 140 a 159mmHg e Pressão Arterial Diastólica - PAD = 90 a 99mmHg). Neste grupo, a probabilidade de um evento cardiovascular grave é menor que 15%.

- **Grupo de risco médio:** portadores de HAS grau 1 ou 2, com 1 ou 2 fatores de risco cardiovascular. Pode variar com baixos níveis de pressão arterial e múltiplos fatores de risco, enquanto outros possuem altos níveis de pressão arterial e nenhum ou poucos fatores de risco. Neste grupo, a probabilidade de um evento cardiovascular grave é de 15 a 20%.

- **Grupo de risco alto:** portadores de HAS grau 2 que possuem 3 ou mais fatores de risco e são também portadores de hipertensão grau 3 sem fatores de risco. A probabilidade de evento cardiovascular é de 20 a 30%.

- **Grupo de risco muito alto:** portadores de HAS grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifesta. A probabilidade de um evento cardiovascular é de 30%.

A tabela 3 apresenta o risco estratificado com relação à quantificação da pressão arterial sistêmica e sua classificação.

| Fatores de risco ou doenças associadas | Grau I Hipertensão leve PAS140-159 ou PAD 90-99 | Grau II Hipertensão moderada PAS160-179 ou PAD 100-109 | Grau III Hipertensão grave PAS ≥180 ou PAD ≥110 |
|--|--|---|--|
| I - Sem outros fatores de risco (FR) | Risco baixo | Risco médio | Risco alto |
| II - 1 a 2 fatores de risco | Risco médio | Risco médio | Risco muito alto |
| III- 3 ou + FR ou lesões nos órgãos alvo ou diabetes | Risco alto | Risco alto | Risco muito alto |
| IV CCC* | Risco muito alto | Risco muito alto | Risco muito alto |

* CCA: Condições Clínicas Associadas incluindo doenças cardiovascular ou renal

Fonte: Ministério da Saúde, 2001.

3.8.2 – SINTOMAS E O AUTOCUIDADO

A hipertensão arterial sistêmica pode não produzir sintomas durante anos. Quando se manifesta, eles podem ser atribuídos à elevação própria da pressão arterial, à lesão vascular secundária da hipertensão arterial no sistema nervoso central, coração e/ou rins e os sintomas e sinais próprios da etiologia da hipertensão, no caso dela ser secundária. Os sintomas mais comuns são: cefaléia, dispnéia, enjões e transtornos da visão (ROZMAN, 2002).

As manifestações clínicas da HAS dependem até certo ponto da gravidade e do tipo evolutivo da doença, porém, deve ser ressaltado, que a maioria dos hipertensos são assintomáticos. Dessa maneira, o único modo de diagnosticar a hipertensão é pela medida da pressão arterial sistêmica. Pode-se suspeitar de hipertensão arterial quando o paciente relata cefaléia freqüentemente de localização occipital, podendo predominar pela madrugada ou manhã, zumbido no ouvido, fadigabilidade, palpitações, tonturas e sensações de peso ou pressão na cabeça (PORTO, 2001).

Ocasionalmente, podem ser observadas alterações da retina, com hemorragias, exsudato (acúmulo de líquidos), estreitamento arteriolar, manchas algodoadas (pequenos infartos) e, na hipertensão grave, papiledema (edema de disco óptico). As pessoas com hipertensão podem estar assintomáticas e permanecerem assim por longos anos. Entretanto, quando sinais e sintomas específicos aparecem, eles geralmente revelam lesões vasculares, com manifestações relacionadas aos órgãos irrigados pelos vasos afetados (SMELTEZER e BARE , 2002).

De acordo com o Minas Gerais (2006) é de suma importância o autocuidado, por se tratar de uma patologia crônica, o tratamento da hipertensão é permanente, durando por toda a vida do indivíduo; a adesão ao plano terapêutico ocorrerá à medida que o cidadão conhecer a patologia e suas conseqüências em longo prazo e os benefícios advindos do alcance e da manutenção das metas instituídas. Outras orientações importantes são o reconhecimento de sintomas de descontrole da HAS e de lesões em órgãos-alvo, assim como efeitos colaterais e secundários de eventuais medicamentos em uso. As orientações deverão ser feitas tanto verbalmente quanto por escrito, de forma clara, a fim de que sejam compreendidas pelo paciente e seus familiares.

O tratamento da HAS baseia-se em metas de valores de pressão arterial a serem obtidas com o tratamento, conforme mostra a tabela 04 a seguir:

Tabela 04- Metas e valores de pressão arterial a serem obtidos com o tratamento

| Categorias | Meta (no mínimo) |
|---|-------------------------|
| Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio | <140/90 |
| Hipertensos e limítrofes com risco cardiovascular alto | <130/85 |
| Hipertensos com risco cardiovascular muito alto | <130/80 |
| Hipertensos nefropatas com, proteinúria >1,0g/1 | <120/75 |

* Se o paciente tolerar recomenda-se atingir com tratamento valores de pressão arterial menor que o indicado como metas mínimas, alcançando, se possível os níveis de pressão arterial considerada ótima ($\leq 120/80$ mmhg)

Fonte: V Diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial –
SBH/SBC/SBN- 2006

3.9 - AS MODIFICAÇÕES NO ESTILO DE VIDA

Tudo na vida tem um ponto de equilíbrio e a pessoa portadora de hipertensão, seguindo as orientações da Sociedade Brasileira de Hipertensão, pode viver sem culpa e com saúde equilibrada, seguindo medidas eficazes, tais como:

- Redução do peso corporal;
- Redução da ingestão de sódio;
- Maior ingestão de alimentos ricos em potássio (feijão, ervilha, vegetais de cor verde escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja);
- Redução do consumo de bebidas alcoólicas;
- Exercícios físicos aeróbicos regulares (30 minutos de caminhadas diárias).

Outras medidas também estão associadas a melhor qualidade de vida da pessoa com hipertensão como parar de fumar, controlar o colesterol, promover suplementação de cálcio, controlar os diabetes, promover uma dieta rica em fibras, adotar medidas antiestresse (meditação, massagem, ioga, tai chi chuan, pesca, trabalhos manuais, trabalhos voluntários, etc.), evitar drogas que elevem a pressão arterial (antiinflamatórios, anticoncepcionais, antidepressivos, antihistamínicos, cocaína, moderadores de apetite, etc.);

Diante do exposto acima, torna-se evidente que todas as medidas não-medicamentosas dependem totalmente de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Por isso, o tratamento da pessoa hipertensa é bastante rico e eficaz quando

vários profissionais da saúde além do médico, se empenham para auxiliá-lo como o nutricionista, o terapeuta, o enfermeiro e o professor de Educação Física, dentre outros.

Outro fator que precisa ser ressaltado é a importância do envolvimento da família em todo esse processo de controle e cuidados alimentares pelo risco que todos correm de desenvolver a doença.

Para os organizadores da Coleção Saúde em Casa (2006), a pessoa com maior risco cardiovascular deve ser constantemente orientada sobre a importância e os benefícios das mudanças no estilo de vida, em cada encontro sobre saúde ou atendimento na unidade de saúde. Modificações no estilo de vida favorecem a redução dos valores de pressão arterial, prevenindo os riscos hipertensivos – principalmente acidente vascular e encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e insuficiência renal – e os riscos ateroscleróticos; favorecem também, a diminuição significativa de risco cardiovascular associado e outros fatores presentes que podem ser combatidos. Essas medidas, além do baixo custo e do risco mínimo, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso. Grande parte dos hipertensos com valores baixos de pressão arterial podem ser controlados apenas com as mudanças no estilo de vida, sendo fundamental avaliar, para cada caso, a viabilidade na instituição de mudanças, priorizando aquelas com maior evidência de eficácia na melhoria da saúde para cada indivíduo. O caráter permanente da incorporação das boas práticas de estilo de vida deve ser sempre enfatizado e a equipe de saúde deve trabalhar para auxiliar o indivíduo a incorporar estas práticas e atingir os objetivos e as metas propostas no tratamento.

3.9.1- PRINCÍPIOS GERAIS DA DIETA

Adotar uma dieta de baixas calorias, balanceada, evitando o jejum e as dietas “milagrosas”; consumir menos de 300 mg de colesterol por dia; ingerir pouca ou nenhuma gordura saturada; reduzir o consumo de sal a menos de 5g/dia (uma colher das de chá); evitar açúcar e doces; preferir ervas, especiarias e limão para temperar os alimentos; ingerir alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados; utilizar alimentos ricos em fibras (grãos, frutas, cereais integrais, hortaliças e legumes preferencialmente crus); evitar alimentos industrializados (ketchup, mostarda, shoyo, caldos concentrados); embutidos (salsichas, mortadela, lingüiça, presunto, salame, paio); conservas (picles, azeitona, aspargo, palmito); enlatados (extrato de tomate, milho e ervilha); bacalhau, charque, carne seca e defumados; aditivos (glutamato monossódico) utilizados em alguns condimentos e sopas empacotadas; queijos em geral; evitar alimentos ricos em colesterol

e/ou gorduras saturadas: porco (banha, carne, bacon, torresmo); leite integral, creme de leite, nata, manteiga, frituras com qualquer tipo de gordura; frutos do mar (camarão, mexilhão, ostras); miúdos (coração, moela, fígado, miolos, rins); pele de frango e couro de peixe; dobradinha, caldo de mocotó; gema de ovo e suas preparações; carne de gado com gordura visível, óleo, leite e polpa de coco; azeite de dendê; castanhas, amendoim; chocolates e derivados, sorvete.

3.9.2 – ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

As atividades físicas devem ser iniciadas em pacientes com hipertensão arterial após avaliação clínica médica. Os exercícios físicos diminuem a pressão arterial e reduzem de maneira considerável os riscos de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral. Com base no grande número de benefícios para a saúde relacionados aos exercícios e no baixo risco de morbidez e/ou de mortalidade, torna-se recomendável o exercício como parte da estratégia terapêutica inicial para indivíduos com hipertensão essencial no estagio 1 ou no estagio 2.

O treinamento de resistência não é recomendado segundo o American College of Sport Medicine (ACSM) como forma primária de treinamento com exercícios para os indivíduos hipertensos, com exceção do treinamento com pesos em circuito. O treinamento de resistência nem sempre se revelou capaz de baixar a PAS. Desta forma, o treinamento de resistência deve ser recomendado como componente de um programa de aptidão bem elaborado, mas não quando executado independentemente.

Para a prevenção primária e/ou secundária de doenças cardiovasculares, os exercícios devem ser constituídos por atividades aeróbicas; além de avaliação cardiovascular prévia com teste ergométrico para indivíduos com mais de 35 anos ou com historia de cardiopatia , atentando-se para eventual comprometimento osteoarticular de membros inferiores Em pacientes mais velhos, a caminhada poderá ser substituída por atividades em água. Em pacientes em uso de betabloqueador, é fundamental o teste ergométrico ou ergoespirométrico na vigência do medicamento (MINAS GERAIS 2006).

Os tipos de atividades recomendadas são: exercícios dinâmicos, caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação, com freqüência de 3 a 5 vezes por semana e duração de 30 a 60 minutos, intensidade moderada, estabelecida de forma simples: conseguir falar durante o exercício. É necessário controlar freqüência cardíaca (FC) durante o exercício, sendo a porcentagem recomendada da FC de reserva = 50 a 70% para os

sedentários e 60 a 80% para os condicionados. Exercícios de resistência podem ser realizados mas em associação aos aeróbios, pois seus efeitos sobre a prevenção da hipertensão não são conclusivos.

Para o cálculo da FC, utilizar a fórmula:

FC treinamentos = (FC máxima – FC repouso) % recomendada da FC de reserva + FC repouso);

FC máxima = medida no teste ergométrico ou calculada por $220 - \text{idade}$;

FC repouso = medida após 5 minutos de repouso deitado.

Precauções para a prescrição de exercícios a hipertensos segundo ACSM:

- Não exercitar-se se a PA sistólica > 220mmHg ou PA diastólica > 115mmHg.
- Os beta-bloqueadores atenuam a frequência cardíaca.
- Os bloqueadores alfa 1, os bloqueadores alfa 2, os bloqueadores de canais do cálcio e os vasodilatadores podem causar hipotensão pós-esforço: enfatizar a volta à calma adequada.
- Os diuréticos podem causar uma redução do potássio, resultando em arritmias.
- Evitar manobras de Valsalva durante o treinamento de resistência.

3.9.3 – CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓLICAS (MINAS GERAIS, 2006)

A ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30g de etanol por dia, contidas em 600ml de cerveja (5% de álcool) ou 250ml de vinho (12% de álcool) ou 60ml de destilados (Whisky, Vodka, aguardente – 50% de álcool).

Este limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepesos e/ou triglicérides elevados.

3.9.4 – INTERRUPÇÃO DO TABAGISMO

Quando o tabagismo está presente, a equipe deve lançar mão de recursos disponíveis para o auxílio do indivíduo, apoiando-o nesta meta, fazendo a abordagem necessária como perguntar e registrar no prontuário os seguintes questionamentos: - Você fuma? Ou você continua fumando? Há quanto tempo? Ou com que idade começou? Quantos cigarros você fuma em média por dia? Quanto tempo após acordar

você fuma o seu primeiro cigarro? Você já tentou parar de fumar? Você está interessado em parar de fumar?

Algumas recomendações devem ser feitas a pessoas em processo de supressão do tabagismo como:

- Marcar uma data para o abandono; o ideal é que seja dentro de duas semanas.
- Avisar os amigos, familiares e colegas de trabalho e pedir apoio.
- Retirar os cigarros de casa, carro e local de trabalho e evitar fumar nesses locais.
- Refletir sobre o que deu errado em outras tentativas de abandono.
- Prever as dificuldades, em especial a síndrome de abstinência.
- A abstinência total é essencial.
- A bebida alcoólica está fortemente associada com recaídas.
- A presença de outros fumantes em casa dificulta o abandono (MINAS GERAIS, 2006)

A tabela 05 resume as principais modificações no estilo de vida para o controle da hipertensão arterial sistêmica.

| Tabela 05 - MODIFICAÇÕES NO ESTILO DE VIDA NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (ADAPTADO DO JNC)* | | |
|--|--|---|
| Modificação | Recomendação | Redução aproximada na PAS |
| Controle de peso | Manter o peso corporal na faixa anormal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m) ² | 5 a 20mmHg para cada 10 kg de peso reduzido |
| Padrão alimentar | Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH | 8 a 14 mmHg |
| Redução do consumo de sal | Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100mmol/dia=2,4g de sódio (6g de sal/dia=4 colheres de café rasas de sal=4g+ 2g de sal próprio dos alimentos) | 2 a 8mmHg |
| Moderação no consumo de álcool | Limitar o consumo a 30g/dia de Etanol para os homens e 15g /dia para mulheres | 2 a 4 mmHg |
| Exercício Físico | Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia 3 a 5 vezes por semana. | 4 a 9 mmHg |

*Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.

** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - SBH/SBC/SBN- 2006

3.10 - TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Para Smeltzer e Bare (1998), o objetivo de qualquer programa de tratamento para os pacientes hipertensos é prevenir a morbidade associada e mortalidade através da manutenção de uma pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg quando possível. A eficácia de qualquer programa é determinada pelo grau de hipertensão, complicações, custo da assistência e qualidade de vida percebida e associada com o tratamento.

De acordo com ROZMAN (1999), como medicamentos de primeira escolha, podem ser utilizados os diuréticos, os bloqueadores beta-adrenérgicos, os antagonistas do cálcio e os inibidores de ECA (Enzima Conversora de Angiotensina). É aconselhável iniciar o tratamento com o medicamento quando a pressão diastólica for superior a 115mmHg. Caso contrário, se não obtiver o efeito desejado, pode-se utilizar a combinação de um diurético com um betabloqueador, diurético e inibidor da ECA, betabloqueador e antagonista do cálcio, tipo nifedipina, e um inibidor da ECA. Como alternativa, pode-se aumentar a dose do primeiro ou substituí-lo. O tratamento deve ser individualizado de acordo com as características do paciente. Se ele for jovem, o betabloqueador é a medicação de eleição, ainda que os inibidores da ECA sejam uma alternativa válida. Em pacientes de idade avançada, o mais indicado é a utilização de um antagonista de cálcio.

Brasil (2001) preconiza que o tratamento da pressão inclui o uso de medicamentos anti-hipertensivos e medidas não medicamentosas.

Existem duas classes disponíveis de medicamentos que constituem a primeira linha: diuréticos e beta-bloqueadores. Quando o paciente portador de hipertensão leve, tem a pressão arterial controlada por um ano, o tratamento pode ser reduzido. Para incentivar a aderência ao regime terapêutico recomendado, devem ser evitados programas complicados de tratamentos medicamentosos (Brasil, 2001).

3.10.1- OS PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

- Ser eficaz por via oral e ser bem tolerado;
- Permitir a administração em menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária;
- Iniciar-se com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente;
- Deve-se levar em conta que quanto maior a dose, maior é a probabilidade de efeitos adversos;

- Pode-se considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágios II e III;
- Respeitar o período mínimo de 4 semanas salvas em situações especiais, para aumento da dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos;
- Instruir o hipertenso sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos;
- Considerar as condições socioeconômicas;
- Não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou interação química dos compostos.

3.10.2 – CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DO MEDICAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO

O indivíduo

- Percepção sobre o tratamento: o que deseja melhorar, como se sente em relação à medicação, preconceitos, dificuldades no uso, etc.;
- Rotina de vida: dar preferência a medicamentos que possam ser administrados vinculados à rotina do indivíduo;
 - Preservação da qualidade de vida;
 - Nível educacional e condição socioeconômica;
 - Resultados de tratamentos anteriores;
 - Atuação benéfica ou não prejudicial do medicamento em situações associadas como: doenças concomitantes, fatores de risco cardiovascular; lesão em órgãos e doença cardiovascular clínica.

O Agente Farmacológico

Ação farmacológica: diminuição dos níveis de pressão arterial e da taxa de eventos mórbidos cardiovasculares, eficácia por via oral, tolerabilidade pelo indivíduo, efeitos adversos.

Número de tomadas diárias: controle persistente e suave dos níveis de pressão arterial, maior aderência ao tratamento, menor custo, interação com outros medicamentos utilizados: avaliar, pois pode ser benéfica ou deletéria.

3.10.3 – O ESQUEMA TERAPÊUTICO NA HAS

A monoterapia

- É o esquema preconizado preferencialmente, dada a facilidade de uso e de maior possibilidade de adesão ao tratamento.
- Iniciar com menores doses eficazes de acordo com a situação clínica, e evitar atingir as doses máximas para evitar os efeitos colaterais.
- Ajustar progressivamente as doses dos medicamentos até a estabilização dos níveis tencionais em índices satisfatórios para cada quadro.
- Aguardar em média 04 a 06 semanas para modificar o esquema, pois os determinados fármacos alcançam seu efeito máximo neste período.

3.10.4 – AS ASSOCIAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- Escolher medicamentos de classes farmacológicas diferentes, com exceção de diuréticos de alça e tiazídicos associados a poupadores de potássio.
- As doses baixas de agentes de classes farmacológicas diferentes fornecem eficácia adicional e menor risco de efeitos adversos doses-dependentes.
- As associações podem potencializar determinados efeitos em relação ao uso isolado de um dos agentes.
- Os diuréticos são recomendados como adjuvantes em todos os tratamentos, a não ser que exista contra-indicação.
- Quando não houver resposta terapêutica adequada, pode-se associar até quatro medicamentos, incluindo sempre um diurético.
- É importante ressaltar que indivíduos com situação clínica de alto e muito alto risco devem ter o início precoce de tratamento medicamentoso, com reavaliações e modificações do esquema terapêutico, quando ineficaz, em intervalos menores. Muitas vezes é necessário iniciar com dois agentes farmacológicos e indicar doses máximas maiores.
- O paciente deve ser orientado sobre os efeitos colaterais do(s) medicamento(s) e sobre a importância do uso contínuo do(s) mesmo(s) deixando a critério exclusivo do médico qualquer alteração no plano terapêutico.

- É necessário informar sobre o horário mais conveniente e a interação do medicamento com os alimentos assim como sobre as interferências no sono e na diurese.
- Quando os resultados terapêuticos não forem os esperados, antes de se proceder as modificações no esquema atual, é importante verificar a presença de fatores de interferência, passíveis de adequação. Muitas vezes, da mesma forma, o aparecimento de efeitos adversos deve ser analisado com cautela, evitando mudanças precoces em esquemas terapêuticos bem indicados quando algumas situações podem ser minimizadas.
- A causa mais freqüente de Hipertensão Arterial Resistente é o insucesso terapêutico pela não adesão e conseqüente descontinuidade do plano terapêutico.
- O monitoramento da pressão arterial pode ser realizado pelo próprio paciente, no domicílio, em aparelhos devidamente calibrados, ou no serviço de saúde. É importante aferir a pressão arterial em horários diferentes, como após acordar do sono noturno, pela manhã, sem ter tomado o medicamento, para avaliar elevações dos níveis neste período e à tarde ou à noite, para avaliar o controle da pressão arterial durante o dia.
- O quadro é considerado estabilizado quando os valores pressóricos alcançam à meta estabelecida. – PAS < 140mmHg e PAD< 90mmHg – e permanecem assim por pelo menos três meses.
- Após um ano de controle efetivo da pressão arterial indica-se a lenta e progressiva diminuição das doses medicamentosas diárias e do número de agentes farmacológicos utilizados. Nesta etapa do tratamento, é importante orientar reavaliações em intervalos de tempos menores, pois frequentemente ocorre elevação da pressão arterial, após alguns meses, principalmente nas pessoas que não tenham modificado seu estilo de vida.

Terapêutica Anti-hipertensiva combinada

Diante da necessidade de atingir um controle rigoroso da pressão arterial, a terapêutica combinada de anti-hipertensivos pode ser utilizada principalmente para pacientes com Hipertensão em estagios 2 e 3.

O novo esquema anti-hipertensivo deve manter a qualidade de vida do paciente estimulando à adesão às recomendações prescritas.

Há evidências da associação de ácido acetilsalisílico em baixas doses na diminuição da ocorrência de complicações cardiovasculares.

Associações medicamentosas eficazes: diuréticos de diferentes mecanismos de ação: medicamentos de ação central e diurético; betabloqueadores e diuréticos; bloqueadores do receptor AT 1 e diuréticos; inibidores de ECA e diuréticos. Bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores; bloqueadores dos canais de cálcio e inibidores da ECA; bloqueadores de canais de cálcio e bloqueadores do receptor AT 1.

Na hipertensão resistente à terapia dupla, podem ser prescritos três ou mais medicamentos. O uso de diuréticos é fundamental nesta situação. Para casos ainda mais resistentes o minoxidil pode ser adicionado ao esquema.

3.10.5 – FATORES QUE PODEM INTERFERIR NA RESPOSTA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Alguns fatores podem interferir na resposta terapêutica medicamentosa, tais como:

- Não adesão ao tratamento;
- Utilização equivocada de medicação;
- Aferição inadequada da pressão arterial;
- Pseudo – hipertensão em idosos;
- Estilo de vida: tabagismo, ingestão excessivo de sal, consumo diário superior a 30 g/dia de etanol pelos homens e 15 g/dia etanol pelas mulheres e por pessoas magras aumento de peso crescente;
- Fatores relacionados a medicamentos: doses baixas, combinações inadequadas, diurético errado, inativação rápida (hidralazina), interação com outras drogas, retenção de líquidos pela redução da pressão arterial;
- Condições associadas: apnéia do sono, hiperinsulinemia, transtornos de ansiedade, síndrome cerebral orgânica, dor crônica, vasoconstricção intensa como na arterite;
- Causas identificáveis de hipertensão secundária;
- Lesão em órgãos alvo-dano progressivo renal;
- As complicações hipertensivas agudas ocorrem em casos de pressão muito alta acompanhada de sintomas, caracterizando uma complicação hipertensiva aguda e requer avaliação clínica adequada (Brasil, 2001);

- A urgência hipertensiva caracterizada pela elevação da pressão arterial, em geral, de diastólica para valores acima de 120mmHg com condição clínica estável sem comprometimento de órgãos – alvo;
- A pressão arterial deverá ser reduzida em 24 horas por medicamentos via oral, e para permanência dos valores altos, preconiza-se a administração via oral de bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da ECA ou clonidina. A tabela 06 apresenta os medicamentos de uso oral indicados em urgência hipertensiva.

| Tabela 06- MEDICAMENTOS INDICADOS PARA USO ORAL NAS URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS | | | | |
|--|--|-----------|---------|---|
| Medicamentos | Dose | Ação | | Efeitos adversos |
| | | Início | Duração | |
| Nifedipina | 10-20mg VO | 5-15 min | 3-5h | Redução abrupta da pressão, hipotensão, cuidados especiais em idosos. |
| Captopril | 6,25-25mg VO (repetir em 1 hora se necessário) | 15-30 min | 6-8h | Hipotensão, hiperpotassemia, insuficiência renal, estenose bilateral de artéria renal ou rim único com estenose de artéria renal. |
| Clonidina | 0,1-0,2mg VO/h | 30-60min | 6-85h | Hipotensão postural, sonolência, boca seca. |

Fonte: V Diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial – SBH/SBC/SBN- 2006

- Embora a administração sublingual de nifedipina de ação rápida tenha sido amplamente utilizada, foram descritos efeitos adversos graves com esse uso. A dificuldade de controlar o ritmo e o grau de redução da pressão arterial (quando intensa, pode ocasionar acidentes vasculares), o risco de importante estimulação simpática secundária e as existências de alternativas eficazes e mais bem toleradas tornam o uso da nifedipina de curta duração e ação não recomendável nessa indicação.

3.10.6 - A EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

É caracterizada por condição crítica de pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte necessitando de rápida redução da pressão arterial com medicamentos por via parenteral. Ocorre elevação abrupta da pressão arterial, com perda da auto-regulação do fluxo cerebral e evidência de lesão vascular, com quadro clínico de encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos vasos da retina e papiledema. Pacientes com pressão arterial muito elevada, hipertensão crônica ou menos elevada em pacientes com doença aguda, como eclâmpsia; glomerulonefrite aguda, e em uso de drogas ilícitas, como cocaína são mais susceptíveis.

Emergências hipertensivas também com pressão arterial muito elevada podem estar acompanhadas de sinais que indicam lesões em órgãos-alvo em progressão, assim como acidente vascular cerebral, edema pulmonar agudo, síndromes isquêmicas miocárdicas agudas (infarto agudo do miocárdio, repetidas crises de angina) e dissecção aguda da aorta, caracterizando risco iminente à vida ou lesão orgânica grave. Quando for obtida redução da pressão arterial, inicia-se a terapia anti-hipertensiva de manutenção, interrompendo a medicação parenteral.

Está contra-indicada a hidralazina nas síndromes isquêmicas miocárdicas agudas e de dissecção aguda de aorta, pois induz a ativação simpática, com sintomas de taquicardia e aumento da pressão de pulso. É indicado, em tais casos o uso de betabloqueadores e de nitroglicerina.

A redução da pressão na fase aguda de acidente vascular cerebral deve ser gradativa e cuidadosa, não havendo consenso entre os valores de pressão arterial que devem ser diminuídos.

Ocorrem situações que não caracterizam complicações hipertensivas agudas que são de estresse psicológico e síndrome do pânico.

A tabela 07 apresenta os principais medicamentos usados por via parenteral indicados no tratamento de emergências hipertensivas.

| Tabela 07- MEDICAMENTOS USADOS POR VIA PARENTERAL PARA O TRATAMENTO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS | | | | | |
|---|---|----------|----------|--|---|
| Medicamentos | Dose | Ação | | Efeitos, adversas e precauções | Indicadores |
| | | Início | Duração | | |
| Nitropussiato de sódio | 0,25-10mg/kg Mim EV | Imediato | 1-2 min | Náuseas, vômitos, intoxicação por cianeto. Cuidado na insuficiência renal e hepática e na pressão intracraniana alta. Hipotensão grave | Maioria das emergências hipertensivas |
| Nitroglicerina | 5-100mg/kg Min EV | 2-5 min | 3-5 min | Cefaléia, taquicardia, taquifilaxia, flushing, meta-hemoglobinemia | Insuficiência coronária |
| Hidralazina | 10-20mg EV ou 10-40mg 1m 6/6 | 10-30min | 2-12 h | Taquicardia, cefaléia, vômitos. Piora da angina e do infarto. Cuidado com pressão intracranina elevada | Eclâmpsia |
| Matoprolol | 5 mg EV (repetir 10/10min, se necessário) ate 20mg. | 5-10 min | 3-4 h | Bradycardia, bloqueio atrioventricular avançado. Insuficiência cardíaca broncoespasmo | Insuficiência Coronariana. Aneurisma dissecante de aorta |
| Furosemida | 20-60 mg (repetir após 30 min) | 2-5 min | 30-60min | Hipopotassemia | Insuficiência ventricular esquerda. Situações de hipervolemia |

Fonte: V Diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial – SBH/SBC/SBN- 2006

3.10.7. SITUAÇÕES ESPECIAIS COM OS IDOSOS

- A hipertensão estimada em idosos brasileiros encontra-se em 60%. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão do pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares.
- Para o tratamento do idoso hipertenso além da estratificação de risco, é fundamental a avaliação de co-morbidades e do uso de medicamentos.
- O objetivo do tratamento é a redução gradual da pressão arterial para valores abaixo de 140/90mmHg. Em pacientes com valores muito elevados de pressão sistólica, podem ser mantidos valores, inicialmente, até 160mmHg.
- As intervenções não-farmacológicas têm grande importância em idosos. Quando a terapia farmacológica for necessária, a dose inicial deve ser a mais baixa e

eficaz possível e o incremento de doses ou a associação de novas drogas devem ser feitas com mais cuidado.

- Estudos controlados demonstraram que a diminuição da pressão sistólica e/ou da pressão diastólica reduz a mortalidade com diferentes agentes: diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio de longa ação, inibidores da enzima conversora da angiotensina II em hipertensos com insuficiência cardíaca.
- Demonstrou-se ainda que o tratamento da hipertensão do idoso reduz a incidência de déficit cognitivo. Idosos hipertensos com mais de 80 anos, sem comorbidades cardiovasculares, estão sob investigação.

4 - A SITUAÇÃO ATUAL NO PSF PERNAMBUCO

As queixas mais freqüentes dos idosos adscritos no PSF Pernambuco são: fadiga, mal estar inespecífico, transtornos do sono, alterações da pressão arterial ou intestinal, presença de incontinência, dores, dentre outros. É dado ao paciente idoso e ao seu acompanhante orientações sobre o cuidado com a saúde, tanto com a alimentação, quanto com a necessidade de realizar uma atividade física qualquer, como por exemplo, 20 a 30 minutos de caminhada diária, conforme a condição física dele.

Toda reclamação feita pelo idoso ou seu acompanhante é investigada pelo médico e perguntas pertinentes são feitas diretamente à pessoa idosa, porque muitas vezes eles deixam de comentar determinados assuntos pela vergonha ou por acharem ser normal devido ao processo de envelhecimento.

Com relação aos procedimentos realizados na abordagem ao paciente hipertenso, no PSF, existe um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde que fazem as visitas domiciliares e atendimentos individuais. Quando a necessidade do acompanhamento médico é observada, os pacientes são encaminhados à Unidade de Saúde da Família.

Nas visitas domiciliares o agente de saúde investiga a questão da medicação, faz uma avaliação física geral do paciente hipertenso como, por exemplo, se faz dieta restritiva de sal e gorduras e se pratica alguma atividade física. Para Souza et al. (2004), a visita domiciliar é uma das estratégias mais indicadas à prestação de assistência de saúde do cliente, seja ele, um indivíduo, uma família ou uma comunidade, e deve ser realizada através de um processo racional com objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência. Apesar de antiga, a visita domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que, possibilita conhecer a possibilidade do cliente de forma contextualizada, favorece a redução de gastos terciários em saúde, além de fortalecer a relação dos envolvidos.

Com relação às medidas terapêuticas, a literatura indica que questões como medicação, alimentação e exercícios físicos devem realmente merecer toda a atenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que, são questões extremamente impactantes para a saúde da pessoa hipertensa. Dessa forma, o não uso da medicação, uma alimentação inadequada e a falta de exercício físico podem atuar de forma negativa para a manutenção de uma pressão arterial em níveis normais, agravando o quadro clínico do paciente.

As medidas terapêuticas são baseadas nas modificações do estilo de vida, incluindo perda de peso (se estiver 10% acima do peso ideal); limitar o consumo de

álcool (até 30ml por dia); fazer exercícios aeróbicos regulares; diminuir a ingestão de sódio; incluir potássio, cálcio e magnésio, conforme recomendação médica; parar de fumar; reduzir gordura saturada e colesterol; iniciar terapia medicamentosa, se a pressão arterial permanecer igual ou superior a 140/90mmHg durante três a seis meses, mesmo com as alterações no estilo de vida (NETTINA, 1999).

Antes de o paciente entrar no consultório ele passa por todo um preparo. É pesado, a pressão arterial é aferida, priorizando o atendimento de acordo com o estado de saúde de cada um. Essa avaliação é fundamental por determinar a necessidade do auxílio à pessoa idosa, uma vez que, de acordo com a legislação vigente, os idosos, independente do estado de saúde que apresentam, podem e devem ser atendidos primeiro que os demais.

O médico de saúde da família pode ainda contribuir para que o paciente idoso tenha um envelhecimento saudável de diversas formas: fazendo um acompanhamento constante, com consultas periódicas, observando as patologias que cada paciente apresenta como hipertensão, diabetes, obesidade, e outras e orientando-os a respeito de um dieta saudável e da prática de atividades físicas para o controle e tratamento adequado dessas moléstias, o que permitirá ao idoso uma otimização do seu estilo de vida com maior autonomia e saúde.

As atividades físicas têm grande importância para uma velhice saudável e para o controle da hipertensão. No caso de pessoas idosas, a inatividade física torna-se um fator de risco para doenças crônicas. Assim, a prática regular de tais atividades resulta num melhor funcionamento corporal, reduzindo o risco de morte por doenças cardiovasculares, melhorando o controle da pressão arterial, do colesterol e consequentemente diminuindo a ansiedade, o estresse, melhorando o humor e a auto-estima.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa de Conclusão de Curso teve como objetivo o estudo do envelhecimento, processo natural, mas que requer uma atenção especial à saúde, bem como controle da hipertensão arterial sistêmica para que os idosos possam ter uma velhice saudável.

O envelhecimento da população é uma realidade, uma preocupação crescente em todo o mundo. No Brasil, o número de pessoas com mais de 60 anos de idade aumentou 9 vezes nas últimas seis décadas, estimando-se para 2020 uma população de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. Diante dessa premissa, observa-se a necessidade de um cuidado especial com os idosos, conforme vem ocorrendo no PSF Pernambuco de Bocaiúva-Minas Gerais, onde bem orientados, os pacientes poderão ter uma vida tranqüila e longa.

A hipertensão arterial sistêmica é um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular e está relacionada, direta ou indiretamente, à ocorrência de acidente vascular cerebral, hipertrofia ventricular esquerda, doença coronariana, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (LIBERMAN, 2005). Possui natureza multicausal e seus principais fatores de risco são classificados como não modificáveis (hereditariedade, idade e raça) e modificáveis (sedentarismo, tabagismo, excesso de sal, peso, estresse e bebida alcoólica) (BORGES, 2008).

Segundo Chaimowicz (2006, p.21), observou-se, no estudo de NOGALES (2002), no Distrito Federal, em óbitos de idosos (60anos e mais) que:

A hipertensão estava associada à doença cerebrovascular, insuficiência renal e insuficiência cardíaca, guardando grande plausibilidade fisiopatológica, o que é verdadeiro também para a associação observada entre um infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração e diabetes.

Portanto, os idosos em uso de medicação anti-hipertensiva devem ser acompanhados de perto pelo médico assistente, para que se possa minimizar as dificuldades e complicações referentes ao tratamento. Independente dos níveis de pressão arterial, as mudanças no estilo de vida devem ser estimuladas e realizadas pela população idosa, pois elas podem prevenir ou retardar a instalação de hipertensão em indivíduos pré-hipertensos e reduzir níveis pressóricos elevados em indivíduos hipertensos.

Com a implantação do programa de Saúde da Família no Brasil tornou-se possível a detecção precoce da doença, o acompanhamento dos pacientes e o acesso

aos medicamentos a grande parte da população em geral. Porém, essas estratégias devem ser melhor elaboradas e incentivadas para se atingir os objetivos propostos: vinculação dos portadores de hipertensão arterial às Unidades de Saúde, garantindo-lhes tratamento sistemático, acompanhamento, educação em saúde e conscientização sobre a doença, alimentação adequada e a prática de atividades físicas para o controle da mesma.

O presente estudo pretendeu estudar as ações preconizadas para a ESF/ABS na atenção aos idosos, especialmente idosos hipertensos, conscientizando-os sobre a gravidade do problema e os cuidados que todos devem ter para manter o tratamento, o controle e a prevenção, uma vez que a hipertensão arterial sistêmica é uma patologia de caráter hereditário que pode ocasionar sérias complicações.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, H.P.** et. al, **Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos**, Belém, Pará, 2005. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, V.91, n2: agosto 2008.
- BRASIL**, Ministério da Saúde. **Programa de detecção, avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial: Manual de atribuições, rotinas e normas (MARN)**. Brasília: MS, 1998.
- BRASIL**, Ministério da Saúde. **Atualização para atenção básica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: casos Clínicos**. Brasília: MS, 2001.
- CHAMOWICZ, F.** Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Cançado Fax, Gorzoni MI, Doll J. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2006.
- CRABTREE BL**, Miller WL. **Doing Qualitative research**. Second edition, 1999. Sage Publication, Inc. California.
- LIBERMAN, A.** et. al, eads. **Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2005.
- MILLER FH**, Kline, Vanagunas AD. **Detection of bleeding to small bowel cholesterol emboli using helical CT examination in gastrointestinal bleeding of obscure origin**. Am J Gastroenterol. 1999 dec, 94.
- MINAS GERAIS**, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
- NETTINA. S.M.** **Prática de enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- NOGALES AMV.** **Causas de morte em idosos no Brasil In: Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. Saúde e longevidade Caxambu, 2004.**
- PORTO, C.C.** **Semiologia Médica**, 4ª ed.; editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2001.
- REVISTA, Interativa Órgãos Oficial de Divulgação da Sociedade Mineira de Cardiologia**. Ano 2 numerado 06.
- ROZMAN, C.** **Medicina Interna**. São Paulo: Editora Manole, 1999.
- SMELTZER, SC; Bare, BG.** Diálise. In. SC, Baré, BG. **Tratado de Enfermagem médico – cirúrgico**. Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1991.
- SMELTZER, SC; Bare, BG.** **Tratado de Enfermagem médico – cirúrgico V2 8ª edição**. Rio de Janeiro.
- SOUZA, Solange Lourdes de.** **Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente**, Revista Eletrônica de Enfermagem, v.06, n.03.

WORLDHEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: Uma política de Saúde.
Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan - Americana de Saúde, 2005.