



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

Vinicius Borges das Neves

Hipertensão Arterial: uma revisão para abordagem terapêutica farmacológica

Florianópolis, Março de 2023

Vinicius Borges das Neves

Hipertensão Arterial: uma revisão para abordagem terapêutica
farmacológica

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: Tatiana Martins Lima
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Vinicius Borges das Neves

Hipertensão Arterial: uma revisão para abordagem terapêutica farmacológica

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

Tatiana Martins Lima
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Esta pesquisa teve como escopo interpor um plano de abordagem na implementação de intervenções não farmacológicas direcionadas a terapêutica de pacientes portadores de Hipertensão Arterial. A Hipertensão Arterial, está entre os principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo considerada como principal fator facilitador de complicações cardiovasculares. Quando diagnosticada e tratada precocemente, é possível prevenir complicações maiores como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial periférica, doença renal crônica, entre outras condições crônicas de saúde. Na Unidade Básica de Saúde em que o projeto foi executado, ao diagnóstico clínico pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, foi identificado um número significativo de quadros de descompensações hipertensivas, constituindo um dos principais motivos de atendimentos de urgência na comunidade da Serra D'água no município de Angra dos Reis no estado do Rio de Janeiro. Somado a esta condição, o projeto objetivou reduzir a incidência de casos na região assistida, através de um plano de ações multidisciplinar para contribuir na redução na prevalência de descompensações pressóricas com a comunidade adulta e idosa na Unidade Básica de escolha. Visando contribuir um aumento sob o conhecimento da população, através da inclusão de pacientes, familiares, lideranças locais, bem como dos profissionais que atuam na Unidade Básica e assim prevenir o aumento de casos devido a desinformação sobre os cuidados com a condição crônica estudada, através da qualificação do diagnóstico, tratamento e prevenção na comunidade por meio de capacitação da equipe; realização de ações e atividades de educação em saúde por meio de palestras para a comunidade apresentando as medidas de prevenção, tratamento e opções terapêuticas disponíveis na rede de saúde; distribuição de materiais contendo orientações e esclarecimentos de medidas para controle pressórico e prevenção de exacerbações hipertensivas. Estas ações se somam a promoção em saúde e assim melhora na qualidade de vida na saúde da população. A pesquisa-ação foi o método utilizado neste plano de intervenção empreendido pela equipe de saúde. Sendo composta pelas etapas de capacitação profissional, agendamento de palestras, busca ativa de pacientes de risco, realização das palestras com esclarecimento de dúvidas e entrega de material impresso com orientações. Espera-se com este trabalho proposto uma contribuição no engajamento de informações e da conscientização da comunidade, canalizando melhores resultados à saúde da população.

Palavras-chave: Conscientização, Educação em Saúde, Estilo de Vida, Hipertensão, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	13
2.2	Objetivo Geral:	13
2.3	Objetivos Específicos:	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	CONCEITO E OS DADOS NACIONAIS	18
3.2	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	19
3.3	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	20
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	27
	REFERÊNCIAS	29

1 Introdução

1.1

A unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Serra D'água, é responsável pela população do bairro Serra D'água, englobando também, regiões menores, conhecidas como Zungu e Cantagalo, na cidade de Angra dos Reis, Rio de Janeiro.

A comunidade, com média de população em torno de 1.851 pessoas, segundo a estimativa levantada pela prefeitura municipal em 2019, é localizada em uma região bem afastada da cidade, antigamente composta por trabalhadores rurais e de uma antiga usina de refinaria da região, desenvolvendo uma comunidade ativa e com uma população diversificada. Segundo os últimos dados levantado pela administração pública em 2019, a distribuição estimada da população por faixa etária, na região da Serra D'água, é de: <1ano: 26, 1-11 anos: 325, 12-49 anos: 1.163, 50-64 anos: 242, >65 anos: 96, com um coeficiente de natalidade estimado de: 1,98 nascimentos / 1.000 habitantes. Outros dados epidemiológicos importantes, abrangendo todo o município, são: o coeficiente de mortalidade geral da população: 5,36 óbitos / 1.000 habitantes, coeficiente de mortalidade por doenças crônicas: 3,16 óbitos / 1.000, coeficiente de mortalidade infantil: 6,83 para 1.000 nascidos vivos e razão de mortalidade materna: 1,13 óbitos maternos / 1.000 nascidos vivos, vindos do último levantamento municipal.

Atualmente a região serve principalmente como um refúgio para pessoas que vem fugindo da violência das zonas carentes da cidade de Angra dos Reis, oferecendo um custo de vida mais baixo e mais segurança, porém esse aumento recente da migração de pessoas para o bairro vem causando uma notável expansão populacional desorganizada, sem a devida assistência e atenção dos serviços públicos, pela distância considerável do centro da cidade, dificultado o acesso da população a certos serviços básicos, prejudicando principalmente a área da saúde. A economia local não é tão desenvolvida, mas tende a suprir parte das necessidades da população, grupo este que é composto em sua maioria por pessoas de maior idade, aposentados, crianças e trabalhadores que se deslocam até os bairros ou municípios mais próximos para exercer sua atividade laboral. Em relação ao saneamento básico da comunidade, a maior parte da população tem acesso a água encanada e tratada, proveniente de subestações que abastecem a região, rica em rios e nascentes, além da coleta regular de lixo domiciliar, entretanto, não são atendidos em relação a esgotos, algumas pessoas dispõe de fossas na residência ou então descartam o esgoto em rios e córregos próximos, A deficiente atenção dos serviços públicos, sanitários e de saúde, para com a região da Serra D'água, se demonstra como um dos principais fatores responsáveis pela condição de saúde da comunidade.

A unidade de saúde “ESF Serra D’água” é o único centro de atendimento na região, contando assim, com uma grande demanda por parte da população local, servindo como local de referência para admissão e resolução da maior parte dos problemas de saúde dos grupos ali atendidos, além de ser responsável pelo acompanhamento longitudinal dos pacientes, garantindo uma boa atenção a setores de extrema importância, como atendimentos de puericultura, pré-natal, puerpério, atenção a pacientes portadores de doenças crônicas e acamados.

Seguindo a média nacional, existe uma maior prevalência de doenças crônicas na região, lideradas principalmente por quadros hipertensão arterial e diabetes, se associam também as queixas mais frequentes dos pacientes, além das anteriormente citadas, síndromes metabólicas, dislipidemia, obesidade, doenças tireoidianas, doenças reumatológicas e osteomusculares, quadros respiratórios crônicos, parasitoses, problemas relacionados a saúde mental e esporadicamente pequenas emergências com potencial resolutivo local.

Os principais desafios do serviço de saúde no território se relacionam, principalmente, com a distância dos serviços de referência de saúde, pronto atendimento e farmácia popular, afetando diretamente no seguimento clínico dos pacientes, na resolubilidade de quadros emergenciais, no diagnóstico especializado de patologias mais complexas e no tratamento contínuo de alguns casos.

Um dos principais problemas de saúde, que acometem a região atendida pela ESF Serra D’água é a dificuldade do acesso da população a serviços básicos de saúde, dentre eles, as farmácias municipais, responsáveis pela liberação regular de medicações, principalmente remédios de uso contínuo.

A unidade de saúde, não conta com o serviço de dispensa de medicações, prejudicando assim grande parte da população, principalmente pacientes, que por diversos motivos, não tem como se locomover até o longínquo polo central da cidade, onde se encontram as farmácias municipais. Um dos principais grupos prejudicados por este problema, são pacientes portadores de hipertensão arterial, prejudicando de maneira importante, a terapêutica implementada, devido a interrupção da aderência farmacológica.

Uma possível intervenção a ser realizada nestes casos, se adaptando a realidade local, além da relevância e capacidade de atuação da unidade de saúde, é a abordagem e implementação de intervenções não-farmacológicas direcionadas a terapêutica de pacientes portadores de hipertensão arterial, evitando a exclusiva dependência de medicações para controle da doença, progressão da patologia, desenvolvimento de complicações e quadros descompensados, além de garantir uma maior flexibilidade em relação a previsão de início de medidas farmacológicas, ou até garantir um controle da doença sem a necessidade de medicações.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) é uma das enfermidades mais recorrentes no Brasil e no mundo, não sendo diferente em relação a população atendida na unidade de atenção primária da Serra D’água.

Dessa forma, constata-se os problemas que pacientes portadores deste quadro, encontram no dia a dia, em relação a diversos fatores, desde a aceitação e entendimento da doença até o compromisso com a terapêutica indicada nestes casos. Contudo, muitas vezes esse tratamento é prejudicado, devido a fatores externos e operacionais, como a dificuldade de acesso a medicações, e também, a errônea dependência do uso exclusivo de fármacos para o controle da doença, tema de grande importância, muitas vezes não devidamente abordado por profissionais de saúde. Entende-se que é de fundamental importância promover um processo de educação permanente, que mobilize para o desenvolvimento de ações estratégicas que propiciem uma melhor qualidade de vida para esses pacientes, com base na realidade apresentada da comunidade.

2 Objetivos

2.1

2.2 **Objetivo Geral:**

Elaborar um plano de ações multidisciplinar para contribuir na redução da prevalência de quadros de Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada, devido a dificuldade de acesso a tratamentos terapêuticos medicamentosos, com a comunidade adulta e idosa de uma Unidade de saúde localizada no município de Angra dos Reis no Rio de Janeiro

2.3 **Objetivos Específicos:**

- Contribuir para o aumento do conhecimento da população, por meio da inclusão de pacientes, familiares, membros da comunidade e profissionais de saúde, podendo assim prevenir o aumento de quadros de hipertensão arterial descompensada, devido à falta de informação;
- Qualificar o diagnóstico, tratamento e prevenção na comunidade por meio de capacitação da equipe da Estratégia de Saúde da Família;
- Realizar atividades de educação em saúde, por meio de palestras para a comunidade, apresentando intervenções não-farmacológicas passíveis de aplicação para a realidade da comunidade e expor a população os serviços disponibilizados pela saúde pública e toda equipe da Estratégia de Saúde da Família, que podem auxiliar neste processo;
- Distribuir materiais informativos, contendo orientações e esclarecimentos sobre formas de tratamento e de prevenção.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) é uma condição multifatorial, que é definida e classificada, através da constatação de índices pressóricos que sejam maiores ou iguais a 140 mmHg de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 90mmHg de Pressão Arterial Diastólica (PAD), caracterizada como uma comorbidade crônica, sendo que uma vertente para o tratamento desta é a adoção de medidas de mudança de hábitos que colaborem para seu controle, sem que necessariamente, haja uma intervenção medicamentosa ([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010](#)).

O diagnóstico de HA é definido pelos valores pressóricos correspondentes a PAS 140 mmHg e PAD 90 mmHg, que devem ser confirmados em pelo menos três ocasiões, em condições técnicas apropriadas. Pela evolução da doença ser predominantemente assintomática e idiopática, o paciente hipertenso pode sofrer demora no diagnóstico e até mesmo não aderir de modo contínuo ao tratamento da HA. A avaliação dos níveis tensionais deve ser uma prática obrigatória e rotineira no atendimento do usuário e há evidências que a técnica de medidas sucessivas da pressão arterial em consultório, pode melhorar o controle dela. As possíveis causas da HA primária estão relacionadas às alterações no sistema nervoso autônomo, no metabolismo renina-angiotensina-aldosterona, na reabsorção de sódio renal e das variações genéticas. Ela também pode ter influência da resistência insulínica cujo padrão ouro de detecção é o método de Homeostasis Model Assessment-HOMA ([D; U; S, 2015](#)). Por sua vez, as causas secundárias da HA estão relacionadas à feocromocitoma, Síndrome de Cushing, hipertireoidismo e hipotireoidismo, doença renal crônica, distúrbios renovasculares, uso de anticoncepcionais orais, coartação da aorta, aldosteronismo primário, entre outros ([NOGUEIRA et al., 2010](#)) e ([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010](#)).

Dentro de um contexto das condições crônicas de saúde, a HA normalmente é consequente ou precursora de outros distúrbios metabólicos e sistêmicos, como obesidade, aumento da resistência insulínica, Diabetes Mellitus (DM), dislipidemia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), condições cardiovasculares. A presença de fatores de risco cardiovascular e lesões em órgãos-alvo, são importantes e devem ser consideradas na estratificação de risco individual, visando o prognóstico e decisão terapêutica ([OLIVEIRA, 2011](#)) ao inferir-se os fatores de risco relacionados a HA, destacam-se: , destacam-se classifica que: alimentação rica em sódio e gorduras; ausência de exercício físico regular; tabagismo; etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial. O aumento da pressão arterial com a idade não representa um comportamento biológico normal devido as dificuldades e o elevado custo social do tratamento e de suas complicações. Através das orientações e assistência pela atenção primária, a prevenção pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que

incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, combate ao tabagismo, e da importância de orientações e estratégias para a prática a atividade física. A HA primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. Antes de prescrever tratamento medicamentoso, é fundamental que os profissionais da equipe multidisciplinar do cuidado primário, atentem-se ao conjuntos de ações e medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis (OLIVEIRA, 2011).

Com relação as complicações da HA, são diversos os fatores que se apresentam como fatores de complicações secundárias e agravamento da HA, a serem: o estresse mental ou psicológico é um fator importante e a capacidade de reagir motora e fisiologicamente é uma resposta natural e necessária. Entretanto, a reatividade exacerbada ao estresse mental identifica indivíduos sob maior risco de desenvolver HA e pode provocar eventos cardiovasculares e morte súbita. Além disso, a experiência de situações trágicas tem impacto a longo prazo, aumentando o risco de HA, bem como condições sociais e de trabalho com grande demanda psicológica e baixo poder de decisão, principalmente entre homens com baixo nível socioeconômico. A magnitude dos efeitos fisiológicos ao estresse depende da interação entre o estímulo e o indivíduo, situações semelhantes podem produzir respostas bastante diversas em pessoas diferentes e no mesmo indivíduo em condições diferentes. Portanto, não basta a percepção subjetiva sobre o estresse para conhecer a reatividade do organismo. Os chamados “testes de estresse mental” têm por objetivo simular situações de estresse mental ou psicológico de forma padronizada e em ambiente controlado sob monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica. A principal utilidade clínica destes testes está ligada ao fato de que respostas exacerbadas de pressão arterial indicam risco aumentado de desenvolvimento de HA. A maior ativação do sistema nervoso simpático decorrente do estresse mental leva a aumento dos valores de pressão arterial, redução da perfusão miocárdica, aumento do consumo miocárdico de oxigênio e da instabilidade elétrica cardíaca, precipitando arritmias cardíacas e infarto agudo do miocárdio em indivíduos suscetíveis (SILVEIRA M; NAGEM M; MENDES R, 2007).

O estresse mental ou psicológico é um fator importante e a capacidade de reagir motora e fisiologicamente é uma resposta natural e necessária. Entretanto, a reatividade exacerbada ao estresse mental identifica indivíduos sob maior risco de desenvolver HA e pode provocar eventos cardiovasculares e até levar a morte súbita. Além disso, a experiência de situações trágicas tem impacto a longo prazo, aumentando o risco de HA, bem como condições sociais e de trabalho com grande demanda psicológica e de baixo poder de decisão, principalmente entre homens com baixo nível socioeconômico. A magnitude dos efeitos fisiológicos ao estresse depende da interação entre o estímulo e o indivíduo, em que situações semelhantes podem produzir respostas bastante diversas em pessoas diferentes e no mesmo indivíduo em condições diferentes. Portanto, não basta a percepção subjetiva sobre o estresse para conhecer a reatividade do organismo. Os chamados “testes de estresse mental” têm por objetivo simular situações de estresse mental ou psicoló-

gico de forma padronizada e em ambiente controlado sob monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica. A principal utilidade clínica destes testes está ligada ao fato de que respostas exacerbadas de pressão arterial indicam risco aumentado de desenvolvimento de HA. A maior ativação do sistema nervoso simpático decorrente do estresse mental leva a aumento dos valores de pressão arterial, redução da perfusão miocárdica, aumento do consumo miocárdico de oxigênio e da instabilidade elétrica cardíaca, precipitando arritmias cardíacas e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em indivíduos suscetíveis (SILVEIRA M; NAGEM M; MENDES R, 2007)

Torna-se de extrema relevância, o estímulo a mudança de hábitos por parte do paciente, além do tratamento farmacológico, contribuindo em grande parte para redução dos índices pressóricos. O tratamento não-medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, através dos hábitos de redução da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial (JR et al., 2002).

Modificação no do estilo de vida do paciente, são efetivas para com o controle da patologia, sendo estas, valor comprovado na queda dos valores da pressão arterial, contribuindo para redução do risco de evolução para eventos cardiovasculares. Torna-se, portanto, relevante priorizar a importância da adesão voluntária a terapia não farmacológica, proposta através da conscientização dos pacientes acometidos (S; K; J., 2000).

A adesão terapêutica significa relação colaborativa entre o paciente e os profissionais de saúde, podendo ser caracterizada pelo grau de coincidência entre prescrição médica e o comportamento do paciente. Enquanto que a não adesão ao tratamento é um problema multifatorial, influenciado por aspectos relacionados à idade (jovens ou idosos), sexo (homens ou mulheres), doença (crônica ou aguda), ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas econômicos), problemas relacionados aos medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos ou, ainda, horário de uso) ou equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado) (S; K; J., 2000).

Neste contexto, a promoção a adesão voluntária deve ser fomentada, a partir de toda equipe de atenção primária a saúde, garantindo as devidas orientações, além da promoção de ações e atividades educativas abordando a importância da terapêutica não-farmacológica junto ao paciente, buscando a melhoria na qualidade de vida destes indivíduos (JR et al., 2002).

Sabe-se que a HA primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. Antes de prescrever a administração de medicamentos, a mudança do estilo de vida é uma atitude que deve ser estimulada em todos os pacientes hipertensos, durante toda

a vida, independente dos níveis de pressão arterial. Existem medidas de modificação do estilo de vida que efetivamente, têm valor comprovado na redução da pressão arterial do que a própria terapêutica farmacológica. Estudos comprovam a eficácia comprovada dos hábitos saudáveis na queda de valores pressóricos e na diminuição do risco para eventos cardiovasculares (JR et al., 2002).

Portanto a reeducação a melhores práticas de saúde e de vida e o acompanhamento contínuo dos pacientes, pode atuar proporcionando uma melhor conscientização quanto ao real estado de saúde, tornando assim o tratamento mais efetivo e seguro.

3.1 CONCEITO E OS DADOS NACIONAIS

A HA configura-se como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. Diante do panorama da doença em âmbito nacional, identifica-se que no Brasil, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos já há algumas décadas. Quanto à HA, estudos de base populacional apontam prevalência nas cidades brasileiras variando entre 22% e 44% (adotando-se como critério pressão 140/90 mmHg). Dessa maneira, a HA configura-se como importante problema de saúde pública no Brasil. Com o intuito de minimizá-la, no ano 2000 foi lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica, pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispensação de medicamentos de uso contínuo, além da promoção de atividades educativas. Também foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia). Por meio desse sistema informatizado, tornou-se possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados (OLIVEIRA, 2011).

Portanto vê-se como necessária a implementação de diferentes frentes de abordagem da HA, ressaltando a importância do cuidado contínuo e a adoção de medidas que colaborem para o controle da doença, ressaltando a relevância da equipe multiprofissional neste papel informativo. Além disso, mostra-se de suma importância a compilação de informações referentes a implementação e adoção de estratégias e ações, como uma ferramenta para gestores e planejadores de saúde na formulação e avaliação de políticas públicas (NOBREGA et al., 2007).

Programas de avaliação da atenção básica quanto ao cuidado com os pacientes hipertensos e também entre aqueles sem o agravo, garantindo-se uma assistência farmacêutica de qualidade aos que necessitarem de medicamentos, o acesso regular ao serviço de saúde e às informações, além de ações intersetoriais, permitindo às pessoas exercitarem as opções saudáveis de vida, são fundamentais. A redução do tabagismo, da obesidade e o estímulo à prática regular de exercícios físicos são metas básicas e essenciais que devem pautar ações

para o controle da HA. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus no Brasil foi um importante passo, porém necessita de constante avaliação para medir os impactos gerados na população e conforme o avanço e progresso do programa e sua eficácia frente a cada realidade organizacional (NOBREGA et al., 2007). Fica, portanto, evidente a importância da conceitualização da HA hipertensão arterial sistêmica, além da compilação de dados epidemiológicos acerca deste quadro na atenção primária a saúde.

3.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

As condições crônicas são consideradas um problema de saúde pública em âmbito nacional. Dentre o grupo de patologias, conhecido como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), se encontra a HA é considerada um quadro de impacto significativo aos índices de morbidade e mortalidade de doenças cardiovasculares, já que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “das DCNTs, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes/ano em todo o mundo. Destas, 55,3% corresponderam a complicações decorrentes da HA” (BÁSICA SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013).

Sendo assim, ao avaliar a prevalência da doença, nota-se que esta não se distribui de maneira igualitária. A prevalência de Hipertensão Arterial Resistente (HAR) no mundo é estimada entre 10 e 20% dos hipertensos, o que significa aproximadamente 200 milhões de hipertensos resistentes. A variabilidade deve-se, principalmente, à diferença de critérios para HAR e às características das populações estudadas. O Nacional Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demonstrou uma prevalência de cerca de 9% dos hipertensos tendo HAR, correspondendo a 12,8% daqueles que utilizam anti-hipertensivos nos EUA. No entanto, a real prevalência de HAR não é conhecida. Uma reanálise avaliando populações de hipertensos tratados encontrou uma prevalência de 13,72% (IC 95%; 11,19 a 16,24%) de acordo com 20 estudos observacionais e 16,32% (IC 95%; 10,68 a 21,95%) para quatro ensaios clínicos randomizados. No Brasil, um estudo multicêntrico e utilizando o monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA) (ReHOT study) mostrou uma prevalência de HAR de 11,7% (PIERIN et al., 2010).

Desta forma, observa-se que a HA também se apresenta com diferenças em relação a idade e nível social do indivíduo, sua prevalência, tende a aumentar de acordo com a idade, e pode-se notar que “mulheres e indivíduos com idade superior a 64 anos buscam mais os serviços preventivos de saúde e têm maior percepção de sinais e sintomas indicativos de doenças” e nos subgrupos da população com menos condições socioeconômicas (VMA; TD; SM, 2006) e (JR et al., 2002).

A prevalência da HA em adultos mediante levantamentos de base populacional realizados em diferentes locais do Brasil no período de 1990 a 2004, foi de aproximadamente

20%, apresentando tendência de aumento com a idade e assim, corroborando os achados do presente estudo. A HA revelou-se como o principal fator de risco envolvido na mortalidade entre os anos de 1980 a 2002, correspondendo a 13% dos óbitos em todo o mundo. Estimativas globais demonstraram que a prevalência de HA em adultos foi de 26,4% no ano 2000, sendo de 26,6% para homens e de 26,1% para mulheres. Estima-se, para o ano de 2025, que a prevalência mundial de HA em adultos alcance uma proporção geral de 29,2%, sendo de 29,0% para homens e de 29,5% para mulheres (FERREIRA, 2020).

Verifica-se desta forma que a prevalência da patologia, atinge em sua grande maioria indivíduos de maior idade e ao serem levantados dados acerca da doença nas diversas regiões do Brasil, pode-se evidenciar as regiões sudeste e sul como as mais acometidas. Ao evidenciar a prevalência de casos regionais, uma das hipóteses para a maior prevalência de HA autor referida no Sudeste pode ser o maior acesso da população residente na região aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à maior disponibilidade do diagnóstico médico de HA. Estudo sobre desigualdades no acesso à saúde no Brasil, a partir de dados da PNAD/IBGE, indicou que a população residente no Sudeste e no Sul possuíam maiores chances de utilizar os serviços de saúde quando comparados aos residentes nas demais regiões. O envelhecimento populacional, mais acentuado no Sul do país, é outra explicação possível para a maior prevalência de HA referida nessa região (VMA; TD; SM, 2006).

Além disso, os índices de prevalência de HA, apresentam-se ligados diretamente ao estilo de vida do paciente, implicando outros fatores de risco relevantes além da idade. A HA foi definida para valores $>140/90$ mmHg e $>160/95$ mmHg, sendo aferida por equipe treinada e com aparelho certificado, pela tomada de duas medidas com intervalo de três minutos, em uma única visita. A prevalência global segundo o critério de 140/90mmHg, foi de 31,6%, variando de 3,3% na faixa etária de 20 a 29 anos para 28,4% naqueles com 60 anos e mais. Também foi descrita a alta prevalência de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares como sedentarismo (71,3%; IC95%=68,6- 74,0); sobrepeso e obesidade (54,7%; IC95%=51,7- 57,7); tabagismo (33,0%, IC95%=31,0-36,8); níveis séricos de glicemia >126 mg/dl (7%; IC=5,4-8,6%) e colesterol >240 mg/dl (5,6%; IC95%=4,2-7,0) (JR et al., 2002). Ao ser mensurada desta forma quanto a prevalência da patologia, tem-se a importância da informação e acesso a saúde para efeitos de mapeamento da incidência e relevância epidemiológica da doença.

3.3 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

A vertente não farmacológica de combate e controle da HA tem-se como uma medida de eficácia comprovada. Desta forma, esta intervenção além de contar com a adoção voluntária do paciente, deve contar com uma equipe de atenção primária a saúde devidamente qualificada, garantindo a adequada instrução dos pacientes, afim de que as medidas de intervenção para com a doença, sejam efetivas. Como já mencionado a HA primária

não tem cura, mas o tratamento medicamentoso também previne as complicações. A prevenção e o tratamento através de intervenções não medicamentosas vêm conquistando vários adeptos, médicos e pacientes, estão utilizando esta estratégia terapêutica com mais frequência, desfrutando dos seus benefícios a médio e longo prazo somado a terapia farmacológica (OLIVEIRA, 2011).

São diversas as frentes de intervenção, tendo como base principal a conscientização dos pacientes, com medidas diretas e simples, tornando-se efetivas, a fim de melhorar e elevar a qualidade de vida do acometido. Ao inferir quanto a intervenção acerca da perda de peso de 10kg do paciente, por exemplo, pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta com baixa caloria e um aumento do gasto energético com atividades físicas, são fundamentais para a perda de peso. As estratégias para o médico no controle e diminuição do peso do paciente são: a identificação desse índice e da dieta real do hipertenso, com intuito de se tomar conhecimento do que exatamente ele come e do que modificar, traçando com ele objetivos de peso a curto, médio e longo prazo, além de orientá-lo a seguir as medidas associadas e buscar apoio psicológico (PIERIN et al., 2010).

Outra perspectiva de atuação adotada, com eficácia comprovada é a modificação do padrão alimentar do paciente. Intervir na orientação quanto aos hábitos alimentares deste é de extrema importância para o controle e manutenção dos índices pressóricos, sendo que “são considerados padrões alimentares adequados: ter uma dieta rica em vegetais, frutas, verduras, grãos, fibras, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas” (RONDON M; BRUM P, 2003).

Portanto o equilíbrio alimentar torna-se uma frente eficaz no controle da HA. A atenção em relação ao consumo de alimentos ricos em sódio, deve ser enfatizada já que o consumo não pode ultrapassar 6g de sal por dia, o que equivale a 100mL de sódio (4 colheres de chá), além da redução do consumo de enlatados, conservas, embutidos e defumados (SILVEIRA M; NAGEM M; MENDES R, 2007). O consumo de vinagre, limão, azeite de oliva, pimenta e ervas está permitido, pois estes alimentos não influenciam na pressão arterial. Uma dieta hipossódica pode reduzir a pressão arterial sistólica em 2 a 8 mmHg. Uma dieta rica em potássio e magnésio poderá ser obtida através de uma ingesta rica de feijões, ervilhas, vegetais verdes escuros, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomates, batata inglesa e laranja. O cálcio da dieta poderá ser obtido através de derivados do leite com baixo teor de gorduras, como o leite e o iogurte desnatados e os queijos brancos. Uma dieta, chamada de DASH, composta de frutas, verduras, fibras, alimentos integrais, leite desnatado, pobre em colesterol e gorduras saturadas, demonstrou ser capaz de reduzir a pressão arterial sistólica em 8 a 14 mmHg. São considerados padrões alimentares adequados: ter uma dieta rica em vegetais, frutas, verduras, grãos, fibras, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas (alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados, com temperos naturais). Limitar a ingestão de

sal, álcool, gema de ovo, crustáceos e margarinas e evitar doces, frituras e derivados do leite integral são algumas estratégias a serem implementadas no plano e cardápio alimentar (RONDON M; BRUM P, 2003).

Desta forma, intervenções não farmacológicas atuam como mecanismos de caráter informativo e terapêutico que provam sua eficácia para com o controle dos níveis de pressão arterial, evitando possíveis complicações cardiovasculares. A promoção de hábitos, adequados a pacientes hipertensos, torna-se de extrema importância, vista a variada gama de implicações clínicas, sendo que com a adoção destas medidas logra-se reduzir necessidade da introdução terapêutica de medicações ou a dosagem das mesmas, diminuindo possibilidade de complicações, reações adversas e possíveis custos com o tratamento do paciente, além da efetiva melhora na qualidade de vida do indivíduo. Ademais ressalta-se que o conjunto da terapia medicamentosa e terapêutica clínica é o casamento ideal para prevenção das complicações da HA e busca de uma melhor qualidade de vida a longo prazo, sendo que assim o indivíduo poderá viver ativamente e de forma saudável com uma condição crônica.

4 Metodologia

Trata-se de um plano de intervenção norteado pela pesquisa-ação, metodologia muito utilizada em projetos de pesquisa educacional.

Com a orientação metodológica da pesquisa-ação, os pesquisadores em educação estariam em condição de produzir informações e conhecimentos de uso mais efetivo, inclusive ao nível pedagógico (THIOLLENT, 2002).

Conceitualmente a pesquisa-ação é uma forma de investigação baseada em uma autorreflexão coletiva empreendida pelos participantes de um grupo social de maneira a melhorar a racionalidade e a justiça de suas próprias práticas sociais e educacionais, como também o entendimento destas práticas e de situações em que elas acontecem. A abordagem é de uma pesquisa-ação apenas quando ela é colaborativa (MALLMANN, 2015).

A pesquisa é constituída por 7 etapas: I) Exploratória; II) Interesse do tema; III) Definição do problema; IV) Base teórica; V) Elaboração da proposta; VI) Implantação; e VII) Avaliação do impacto. A primeira etapa, envolve a fase exploratória no qual inclui o diagnóstico situacional em que foi realizado e está descrito na introdução. A segunda etapa, envolve o interesse pelo estudo sobre medidas não farmacológicas relacionadas ao tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), devido ao aumento do número de casos de pacientes descompensados que chegam frequentemente à ESF da Serra D'água, despertando preocupação com a situação atual de conhecimento da população local. Na terceira etapa, busca-se a definição do problema, diante da situação, este plano de intervenção procurou responder à seguinte questão: a falta de orientações e esclarecimento ou o desinteresse permitiu o aumento do número de casos de hipertensos descompensados na região da Serra D'água? Enquanto quarta etapa, aparece a base teórica, sendo a revisão de literatura construída após este processo. Integrando a quinta etapa, tem-se a elaboração da proposta, as quais serão disponibilizados materiais impressos, a fim de dispor o conhecimento ali abordado, no qual o planejamento da estratégia de intervenção se constituirá através de reuniões entre a equipe de saúde da família e representações atuantes no município. Nas reuniões devem ser discutidas associações de medidas educativas e o empenho das políticas públicas de saúde, na tentativa de levar a população, diferentes opções de tratamentos para quadros hipertensivos, além do uso regular de medicações, promovendo assim uma melhor qualidade de vida na população em geral. A estratégia será baseada na capacitação de profissionais de saúde, para o fornecimento das informações básicas e necessárias a comunidade atendida pela unidade de saúde mediante visitas, consultas e panfletos entregues contendo informações e palestras para população.

O projeto tem como público alvo a população adulta e idosa, portadores do quadro de hipertensão arterial, adscrita no território da ESF Serra D'água, envolvendo também,

familiares, membros da comunidade e profissionais de saúde. A intervenção tem foco em ações multidisciplinares, contribuindo com o aumento de conhecimento da população, objetivando assim, a redução da prevalência de casos de descompensações hipertensivas. A proposta tem como principais ações: 1) a capacitação da equipe de saúde família, em relação a abordagem e orientações aos pacientes; 2) busca ativa de pacientes de risco; 3) realização de atividades educativas direcionadas a população; e 4) divulgação de materiais informativos. As ações em sua maioria vão ocorrer nas dependências da unidade de saúde e devem ser realizadas entre o período de agosto e outubro de 2020, coordenadas pelo médico da unidade em conjunto com toda equipe que compõe a estratégia de saúde da família.

Em geral o contingente populacional brasileiro é desfavorecido de informações sobre como se prevenir contra doenças, por isso é importante focar em atividades educativas. Com isso, foi proposto um projeto de intervenção para organizar o processo de trabalho da Equipe de Saúde no sentido de realizarem mudanças na abordagem de pacientes hipertensos, garantindo maior atenção para medidas não farmacológicas, visando assim diminuir a incidência de pacientes clinicamente descompensados, conforme objetivo deste projeto de intervenção.

TABELA 1 – PLANO DE AÇÕES

TABELA 2 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ações	Indicadores	Parâmetros (Bom, regular, ruim, satisfatório, ótimo, insa- tisfatório...)	Finali- dade (Conhe- cimento, de Gerência ou de Decisão)	Mo- mento da Realiza- ção (Ação é ex-ante ou ex-post)	Natureza (Ação é norma- tiva ou de pesquisa avalia- tiva)
1ª - Capacitação da equipe.	- Realizar reunião de capacitação com a equipe da unidade de saúde.	Sim – Satisfatório Não – Insatisfatório	Gerência	Ex-ante	Normativa
2ª - Busca ativa pelos pacientes, acompanhado de orientações e aconselha- mento.	- Realizar semanal- mente de acordo com visitas dos ACS.	Sim – Satisfatório Não – Insatisfatório	Decisão	Ex-ante	Normativa
3ª - Orientações em palestras na unidade.	- Agendar palestra em Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família.	Sim – Satisfatório Não – Insatisfatório	Gerência	Ex-post	Normativa
4ª - Divulgação de panfletos com informações.	- Entrega em pales- tras/orientações domiciliares.	Sim – Satisfatório Não – Insatisfatório	Decisão	Ex-post	Normativa

Data	Objetivo	Participantes	Recursos
31/08/2020	Capacitação da equipe referente a abordagem não farmacológica de pacientes hipertensos.	Médico, Enfermeira, Técnica de Enfermagem e Agentes comunitárias de saúde.	Apresentação de slides e material educativo do ministério da saúde.
10/09/2020, 17/09/2020 e 24/09/2020	Realizar visitas domiciliares a pacientes de risco, com orientações, aconselhamentos e entrega de material informativo.	Médico e Agentes comunitárias de saúde.	Material informativo.
07/10/2020	Realizar palestra na unidade de saúde, com orientações, aconselhamentos e entrega de material informativo.	Médico, Enfermeira e Técnica de Enfermagem.	Apresentação de slides e material informativo.

5 Resultados Esperados

Episódios de descompensações hipertensivas, tem sido motivos frequentes de atendimentos de urgência na ESF Serra D'água, sendo que grande parte desses quadros estão relacionados a dificuldade de acesso a medicações para o controle da doença e a ampla falta de conhecimento da população sobre o tratamento adequado e a importância da sua continuidade.

Espera-se com o resultado da implementação deste projeto de intervenção local, uma diminuição considerável da porcentagem de pacientes na condição de hipertensão que evidenciam a evoluir para quadros de descompensações pressóricas, visando um aumento do conhecimento e do esclarecimento da população portadora desta doença, buscando assim, melhor adesão terapêutica e conseqüentemente, redução de complicações cardiovasculares secundárias, bem como outras comorbidades. Associado a estes fatores tem-se ainda como expectativa a ampliação da gama de conhecimentos e melhor integração da equipe de saúde, resultando em diagnósticos precoces, além de orientações qualificadas e padronizadas.

Além do mais, espera-se também rastrear e reconhecer as mais importantes causas de abandono e má adesão terapêutica, dando maior relevância à prevenção primária e detecção precoce dos agravos, podendo oferecer à população o benefício de uma melhor qualidade e expectativa de vida.

Referências

- BÁSICA SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, M. d. S. BRASIL. Departamento de A. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: ., 2013. Citado na página 19.
- CARDIOLOGIA, S. B. D.; HIPERTENSÃO, S. B. D.; NEFROLOGIA, S. B. D. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, p. 1–51, 2010. Citado na página 15.
- D, A.; U, W.; S, F. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of resistant hypertension in treated hypertensive populations. *Am J Hypertens*, p. 355–361, 2015. Citado na página 15.
- FERREIRA, C. *Hipertensão Arterial*. 2020. Disponível em: <<http://www.emedix.com.br/doe/index.php>>. Acesso em: 21 Jun. 2020. Citado na página 20.
- JR, D. M. et al. Hipertensão arterial. *Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia*, p. 1–8, 2002. Citado 4 vezes nas páginas 17, 18, 19 e 20.
- MALLMANN, E. M. Pesquisa-ação educacional: preocupação temática, análise e interpretação crítico-reflexiva. *Cadernos de Pesquisa*, v. 43, p. 76–98, 2015. Citado na página 23.
- NOBREGA, A. C. et al. Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Bras. Hipertensão. vol.14*, p. 94–97, 2007. Citado na página 18.
- NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo pró-saúde. *Rev Panam Saúde Publica*, p. 103–109, 2010. Citado na página 15.
- OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Revista Bioquímica da Hipertensão*, p. 1–8, 2011. Citado 4 vezes nas páginas 15, 16, 18 e 20.
- PIERIN, A. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. *Rev. Esc. Enferm USP*, p. 11–18, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 21.
- RONDON M, U. P.; BRUM P, C. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão Arterial.*, p. 134–137, 2003. Citado na página 21.
- S, B.; K, V.-B.; J., R. Time to patient discontinuation of antihypertensive drugs in different classes. *Am J Health-Syst Pharm*, p. 51–54, 2000. Citado na página 17.
- SILVEIRA M, G.; NAGEM M, P.; MENDES R, R. Exercício físico como fator de prevenção e tratamento da hipertensão arterial. *Revista Digital de Esportes*, p. 1–1, 2007. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 21.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo:: Cortez, 2002. Citado na página 23.

VMA, P.; TD, A.; SM, B. . hipertensão arterial no brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saude.*, p. 35–45, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.