UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

ADRIANO COSTA ALVES GAMA

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOLEDADE I – NATAL, RIO GRANDE DO NORTE

Natal
2016

ADRIANO COSTA ALVES GAMA

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SÁUDE SOLEDADE I – NATAL, RIO GRANDE DO NORTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientador (a): Andiara Garcez de Souza Silva

Natal
2016

Gama, Adriano Costa Alves

Estratégias para redução das complicações da hipertensão arterial dos pacientes da unidade básica de saúde Soledade I – Natal, Rio Grande do Norte /Adriano Costa Alves Gama. – São Luís, 2016.

14 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hipertensão. 3. Prevenção de doenças. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

ADRIANO COSTA ALVES GAMA

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOLEDADE I - NATAL, RIO GRANDE DO NORTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Msc Andiara Garcez de Souza Silva

Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

_____

Membro da banca
Maior titulação
Nome da Instituição

_____

Membro da banca
Maior titulação
Nome da Instituição

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica faz parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs. É uma patologia de alta prevalência em nosso meio e pelo seu caráter crônico assintomático costuma gerar consequências graves como acidente vascular encefálico, nefropatias e infarto agudo do miocárdio, acarretando grande número de hospitalizações e até mesmo incapacitando pessoas a continuidade na realização de suas atividades diárias e laborais, onerando tanto o sistema de saúde público quanto o previdenciário, além do desgaste familiar. Estabelecer metas e um cronograma de atividades é fator determinante para objetivar-se uma redução na incidência de hipertensos e seus agravos na área adscrita pela unidade básica de saúde Soledade I. Faz-se necessário um planejamento por parte da equipe de saúde desta unidade em elaborar atividades sócio-educativas capacitar os agentes de saúde comunitários para aferição de determinados parâmetros dos pacientes e realizar avaliações agendadas com médico e enfermeira (o). Tudo com a finalidade de minimizar os agravos ocasionados pelos valores pressóricos descompensados, detecção de casos novos de hipertensão em sua fase inicial e diminuição da incidência na área, proporcionando uma melhora da qualidade de vida dessa população e por conseguinte redução dos gastos púbicos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Prevenção de doenças.

ABSTRACT

Hypertension is part of the group of chronic noncommunicable diseases - NCDs. It is a disease of high prevalence in our country and its asymptomatic chronic nature often lead to serious consequences such as stroke, kidney diseases and acute myocardial infarction, causing large numbers of hospitalizations and even disabling people continuity in carrying out their daily activities and labor, burdening both the public health system and the pension in addition to the family wear. Set goals and a schedule of activities is a key factor to target a reduction in the incidence of hypertension and grievances in the area ascribed by the health basic unit Soledad I. It is necessary planning on the part of the healthcare team this unit in draft socio-educational activities to train community health workers to measure certain parameters of patients and conduct evaluations scheduled in doctor and nurse (o). All in order to minimize the complications caused by blood pressure values decompensated, detection of new cases of hypertension in its early stages and decreased incidence in the area, providing an improved quality of life of this population and therefore reduction in pubic spending

Keywords: Primary Health Care Hypertension. Prevention of disease.

SUMÁRIO

		p.
1	**IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**	06
1.1	**TÍTULO**	06
1.2	**EQUIPE EXECUTORA**	06
2	**INTRODUÇÃO**	06
3	**JUSTIFICATIVA**	07
4	**OBJETIVOS**	09
4.1	**Geral**	09
4.2	**Específicos**	09
5	**METAS**	10
6	**METODOLOGIA**	10
7	**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**	12
8	**IMPACTOS ESPERADOS**	12
9	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	12
	REFERÊNCIAS	13

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 TÍTULO

Estratégias para redução das complicações da hipertensão arterial dos pacientes da unidade básica de saúde Soledade I – Natal, Rio Grande do Norte.

1.2 EQUIPE EXECUTORA

- Adriano Costa Alves Gama.
- Profª. Msc. Andiara Garcez de Souza Silva.

2 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos- alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (HIPERTENSÃO, 2010).

Essa multiplicidade de alterações a caracteriza como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BARRETO, 2013).

A hipertensão é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A prevalência estimada da hipertensão arterial sistêmica no Brasil é, na população adulta, em torno de 35%, segundo inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos. Esse valor é proporcional a idade, chegando a cerca de 75% na população acima de 70 anos. Considerando-se valores de pressão arterial ≥ 140x90mmHg, 22 estudos encontraram prevalência entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos (HIPERTENSÃO, 2010).

A raça também parece ser fator determinante: a HAS é mais comum e mais grave em negros do que em brancos (UFMA, 2006).

Algumas vezes é possível detectar uma causa para a elevação crônica da pressão arterial, como, por exemplo, uma nefropatia parenquimatosa ou um tumor

adrenal, casos conhecidos como hipertensão arterial secundária. Na ausência dessas anormalidades, costuma-se rotular a hipertensão como primária ou essencial, um conceito que denota desconhecimento da causa (DUNCAN et al, 2004)

Observando uma incidência de aproximadamente 25% da população adscrita na área de atuação da unidade básica Soledade I, sendo portadora de hipertensão arterial sistêmica e que dentro deste percentual, grande parte, não retorna no tempo programado para reavaliação, afim de verificar suas queixas, a adesão ao uso dos medicamentos e realizar novos exames laboratoriais e de imagem, limitando-se a somente enviar a receita através do agente comunitário de saúde para renovar, quando prestes a perder a validade. Realizamos reuniões com a equipe no intuito de programar medidas educativas para trazer esses pacientes à unidade de saúde.

Alguns modelos de intervenção sugeridos foram: capacitação de agentes comunitários de saúde para aferição de pressão, para que durante a visita domiciliar o agente possa detectar casos de pacientes com pressão arterial fora da meta, palestras educativas mensais, grupos de discussão mensais com participação de nutricionista e atividades físicas semanais orientadas por um educador físico. Temos como objetivo através do uso desse modelo alcançar as metas pressóricas dos pacientes hipertensos em seu maior número reduzindo assim as complicações decorrentes desses valores pressóricos alterados, gerando uma melhor qualidade de vida aos usuários da UBS Soledade I e diminuição do número de internações hospitalares.

3 JUSTIFICATIVA

A pressão arterial sistêmica é uma medida que deve ser avaliada continuamente, mesmo diante de resultados normais. Apesar deste conhecimento e do fato de que o tratamento da hipertensão pode impedir muitas das suas complicações que modificam a vida do paciente, a hipertensão ainda é subtratada ou deixada de ser tratada, pela natureza assintomática da doença (UFMA, 2006).

De acordo com a V Diretriz Brasileira de HAS, a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram

atribuídas a elevação da pressão arterial (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração) em indivíduos entre 49 e 69 anos. No Brasil, em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Esses são responsáveis ainda por alta frequência de internações ocasionado custos médicos e socioeconômicos elevados, como por exemplo, em 2007, quando foram registradas 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por doenças cardiovasculares, resultando em um custo de R$ 165.461.644,33 (DATASUS) (HIPERTENSÃO, 2010).

Diante desses números, observamos o quão grave e o quão oneroso é para o SUS as complicações ocasionadas pela hipertensão arterial não controlada. Através de medidas não farmacológicas associado as medidas farmacológicas de baixo custo podemos diminuir o número de casos complicados e consecutivamente o gasto financeiro para tratamento de suas complicações. As principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS incluem:

A adoção de hábitos alimentares saudáveis, esta intrinsicamente ligado ao controle do peso, o qual ambos desempenham um papel importante no controle da hipertensão arterial (OLIVEIRA et al., 2012).

Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença da obesidade. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, gorduras trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir o peso e a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2006).

Utilizando-se, apenas uma balança portátil, é possível que a equipe multidisciplinar avalie rotineiramente o peso dos pacientes tanto nas visitas domiciliares, quanto nas reuniões ou nas atividades físicas agendadas.

Redução do consumo de bebidas alcoólicas, pois a relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30ml/dia de etanol para homens e metade dessa quantidade para mulheres. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720ml de cerveja; 240ml de vinho ou 60 ml de destilado (BRASIL, 2006).

A prática de atividade física regular, provoca uma redução que varia de 3,8 a 11mmHg na pressão arterial sistólica e de 2,6 a 8mmHg na pressão arterial diastólica, logo, o exercício pode diminuir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando o controle do peso (RONDON et al., 2003).

Organizando-se grupos de caminhadas, aulas de alongamento ao ar livre em praças. No exemplo de Soledade I, há um terreno anexo que poderá ser utilizado para tal finalidade.

Através dessas práticas criativas e pouco onerosas, espera-se abordar de maneira bastante eficaz vários usuários hipertensos, reduzindo suas complicações orgânicas, seu sofrimento psicossocial, problemas familiares e redução do número de internações por consequências de valores pressóricos elevados e consequentemente gastos financeiros ao SUS. Essas práticas ainda podem intensificar o vínculo com a unidade básica de saúde e sua equipe.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Implementar atividades educativas e avaliações rotineiras, para a redução dos coeficientes de letalidade da hipertensão e diminuição das sequelas das suas complicações, promovendo uma melhora da qualidade de vida da população adscrita pela unidade básica de saúde Soledade I.

4.2 Específicos

- Reforçar a necessidade da ingesta de alimentos saudáveis e da prática de atividades físicas diárias para prevenção e promoção da saúde
- Intensificar a importância do diagnóstico precoce realizando aferições pressóricas mesmo assintomáticos
- Aumentar a adesão ao tratamento farmacológico evitando assim a desregulação do controle da pressão arterial.

- Tornar os hipertensos e seus familiares difusores do conhecimento dos fatores de risco e das medidas de tratamento não farmacológicas.
- Capacitar agentes comunitários de saúde na habilidade da aferição da pressão arterial e verificação do IMC dos usuários em suas residências, permitindo assim que a equipe de saúde atue de forma mais intensa em determinadas famílias.

5 METAS

- Reduzir o número de internações hospitalares por complicações da hipertensão na área em até 50%.
- Diminuir em 50% a incidência da hipertensão arterial na comunidade atendida pela UBS Soledade I.
- Aumentar em 80% da população o conhecimento sobre hipertensão e suas complicações.
- Melhorar a qualidade de vida de 50% dos usuários hipertensos.

6 METODOLOGIA

6.1 Cenário da Intervenção

Ocorrerá na comunidade da área de atuação da UBS Soledade I, localizada no bairro Potengi, Natal, Rio Grande do Norte.

6.2 Sujeitos da Intervenção

A população alvo da intervenção serão os pacientes hipertensos com valores pressóricos descontrolados.

6.3 Atividades Propostas

A metodologia usada terá como alicerce os agentes comunitários de saúde, os quais em suas visitas domiciliares, utilizando uma balança portátil e um esfigmomanômetro podem rastrear os indivíduos acima do peso e com valor pressórico elevado/alterado, além daqueles que necessitam de reavaliação. Com

esse diagnóstico reforçam a necessidade do retorno a consulta médica e o convite/incentivo para participar das medidas educativas elaboradas pela equipe.

Serão elaboradas palestras educativas bimensais, no Conselho Comunitário do bairro Potengi, tendo como público alvo os usuários hipertensos, mas sendo de livre acesso a qualquer cidadão. Na primeira palestra teremos a participação do médico da UBS Soledade I e de um (a) nutricionista, afim de esclarecer dúvidas sobre medicamentos, possíveis complicações de uma hipertensão arterial descontrolada e alimentação adequada focando na quantidade de sal dos alimentos, importância da atividade física e de uma noite de sono reparadora. Na segunda palestra, haverá a participação de um cardiologista e de um educador físico. Na terceira palestra a nutricionista e o médico da UBS de Soledade I enfatizarão novamente o que já foi explicado para reforçar as medidas de promoção e prevenção. Na quarta e última palestra o educador físico e um(a) neurologista(a) encerrarão o ciclo de palestras educativas a respeito da hipertensão arterial e suas complicações.

As atividades físicas ocorrerão em um terreno ao lado da UBS Soledade I. Serão realizadas 01x/mês, com duração de 45 minutos e supervisionadas por um educador(a) físico(a), no intuito de promover a prática de exercício físico e socialização entre a população. Ao final da atividade será ofertado um lanche elaborado pelo(a) nutricionista.

O grupo de discussão ocorrerá bimensalmente, na estrutura da UBS Soledade I e terá como foco uma roda de conversa entre a enfermagem e os usuários com a finalidade de sanar dúvidas, depoimentos de familiares sobre algum fato relacionado à hipertensão arterial, questionamentos sobre as mudanças de hábitos dietéticos e troca de experiências. Caso a demanda seja maior que a capacidade da estrutura, deslocaremos os grupos para o Conselho Comunitário do bairro Potengi.

As aferições da pressão arterial poderão ocorrer a qualquer momento a desejo do paciente, no entanto, para a metodologia proposta, serão computadas apenas as aferições da pressão arterial e verificação do IMC, 01x/mês, na última semana do mês. Esta verificação será feita na residência do usuário, pelo agente comunitário de saúde, tentando com esta medida minimizar a síndrome do jaleco branco.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Mês 01/2015	Mês 02/2015	Mês 03/2015	Mês 04/2015	Mês 05/2015	Mês 06/2015	Mês 07/2015	Mês 08/2015
Atividades Físicas Aeróbicas/Anaeróbicas	X	X	X	X	X	X	X	X
Palestras Educativas	X		X		X		X	
Grupos de discussão		X		X		X		X
Verificação do IMC	X		X		X		X	
Aferição da Pressão Arterial	X	X	X	X	X	X	X	X
Questionamento sobre mudanças dietéticas		X		X		X		X

8 IMPACTOS GERADOS

Com a utilização dessas medidas e com a adesão da população, poderemos notar uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes e numa redução de queixas e complicações decorrentes dos valores pressóricos elevados, por conseguinte, ocasionando redução do número de idas a unidade básica de saúde, gerando menos congestionamento de pessoas solicitando fichas para atendimento médico e por último, permitindo maior acessibilidade aos profissionais de saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que houve uma boa adesão da população as atividades elaboradas, sendo grande parte formada por pacientes idosos. Viu-se dificuldade de participação dos adultos jovens hipertensos, pois em sua maioria referiam que não podiam participar devido as suas atividades laborais diárias. No grupo dos idosos hipertensos, atentamos para o fato de serem bastante resistentes as mudanças dietéticas, mesmo enfatizando a importância desse. Talvez pelo fato de estar enraizado o tipo de alimentação em suas crenças e não apresentarem sintomas da hipertensão. O fator religioso/espiritual é bastante forte nesse grupo etário, tendo por

vezes mais força que a medicina preventiva, através do uso de águas abençoadas, chás de diversas plantas e rezas.

Ao término do processo, notou-se um maior entendimento da população sobre a hipertensão, seus fatores de risco e suas complicações e através das verificações de peso e IMC, houve uma redução do excesso de peso em grande parte dos pacientes, auxiliando assim no controle da hipertensão.

Inferiu-se que as crenças, vícios e/ou hábitos das pessoas são tão inerentes a sua rotina que apesar de terem todo o conhecimento necessário sobre as causas e complicações de determinada patologia, elas possuem uma resistência as mudanças. Portanto, somente uma educação a longo prazo focando no paciente, em seus familiares e principalmente nas crianças, poderá gerar um benefício a saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

ALVES, Jordâna Maria Freitas et al. Hipertensão arterial: manual educativo. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, Maranhão, v.7, n.1, p.20-23, janeiro-junho, 2006.
MOCHEL, Elba Gomid et al. Hipertensão arterial sistêmica. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, Maranhão, v.7, n.1, p.30-37, janeiro-junho, 2006.

AMER, Nadia Mohamed et al. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro Oeste do Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Maringá, v.96, n.1, p.47-53, 2011.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial dos idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Goiânia, v.54, n.4, p.328-333, 01 abr. 2008.

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA N° 15**: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CLÁUDIO BAPTISTA (Brasil). Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (Org.) Hipertensão arterial sistêmica e atividade física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.3, n.4, p.117-121, dez 1997. Bimensal.

CLÁUDIA LÚCIA DE MORAES FORJAZ (Brasil). Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo (Org.). Atividade física: Impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.103 - 106, 2010. Trimestral.

DARIZY FLÁVIA SILVA AMORIM DE VASCONCELOS (Bahia). Universidade Federal da Bahia. Hospitalizações por hipertensão arterial essencial em caráter de

urgência no Brasil, 2008-2012. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas,** Salvador, v. 12, n. 1, p.465-471, 05 dez. 2013.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
GOLDMAN, Lee et al. **Cecil: Tratado de Medicina Interna.** 22° São Paulo: Elsevier, 2005.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito**. Ciência e Saúde Coletiva**, Botucatu, vol.15, n.5, p. 2603-2610, 2010.

EDMARLON GIROTTO (Brasil). Universidade Estadual de Londrina. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva,** Londrina, v18, n.6, p.1763-1772, 28 nov.2013.

FERNANDO NOBRE. Sociedade Brasileira de Hipertensão (Org.). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Revista Hipertensão, São Paulo, v 13, n1, p 1-68, 18 de maio 2010. Trimestral.

MARIA URBANA P. BRANDÃO RONDON (Brasil). Instituto do Coração (Org.). Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v. 10, n. 2, p.134-139, maio 2003. Trimestral.

MAYCKEL DA SILVA BARRETO (Paraná). Universidade Estadual de Maringá. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção básica. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 26, n. 04, p.313-317, 06 jun. 2013.

OLIVEIRA, Thatiane Lopes et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Acta Paulista de Enfermagem**, vol.26, n.2, pp. 179-184, 2013.

OLIVEIRA, Erick Prado de et al. A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, vol.98, n.4, pp. 338-3431 Mar 15, 2012.