

Medidas não farmacológicas em hipertensão arterial

Non-pharmacological measures in arterial hypertension

Rainne de Oliveira Almeida¹✉, Sandna Larissa Freitas dos Santos¹✉,
Carlos Eduardo Quirino Paiva¹✉, Karla Bruna Nogueira Torres Barros¹✉,
Maria Luísa Bezerra de Macedo Arraes¹✉

RESUMO

A hipertensão arterial é responsável por altos índices de morbimortalidade, sobretudo entre os idosos. Este estudo teve como objetivo relatar a promoção de medidas não farmacológicas para o controle da hipertensão e como as intervenções realizadas contribuíram para uma melhor qualidade de vida de um idoso. É importante ressaltar que, para a conscientização e adesão dessas práticas, faz-se necessária uma educação permanente em saúde de toda a equipe multidisciplinar que faz o acompanhamento do paciente.

Palavras-chave: hipertensão; exercício; dieta saudável; educação em saúde; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; tratamento farmacológico.

ABSTRACT

Hypertension is responsible for high morbidity and mortality rates, especially among the elderly. This study aimed to report the promotion of non-pharmacological measures for hypertension control and how the interventions performed contributed to a better quality of life of an elderly. It is important to emphasize that for the awareness and adherence of these practices, it is necessary to provide permanent health education for all multidisciplinary teams that follow up with the patient.

Keywords: hypertension; exercise; healthy diet; health education; health knowledge, attitudes, practice; drug therapy.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como pressão arterial (PA) sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de HAS; 35% da população de 40 anos ou mais.¹

Nos países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares são responsáveis pela metade das mortes, além disso, são as principais causadoras de óbito na população brasileira há mais de 30 anos. Entre essas doenças, a HAS é a mais comum em todo o mundo, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade, sobretudo entre os idosos.²

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com

o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.¹ Assim, Lessa³ diz que as prevalências da HAS são, na maioria, acima dos 25%, predominando no sexo masculino; e os principais fatores de risco não diferem dos de outros países.

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual, devendo essa avaliação ser realizada e acompanhada por médicos de qualquer especialidade ou demais profissionais da saúde.⁴ Estabelecer mudanças no estilo de vida contribui diretamente para a prevenção e o controle da pressão alta, porém isso inclui uma série de medidas a serem adotadas, desde a determinação do paciente até a equipe multidisciplinar de saúde que faz seu acompanhamento. Diante dessa nova realidade, os papéis dos profissionais de saúde ganham mais relevância científica e social, principalmente em uma faixa etária em que há maior probabilidade de ocorrência de doenças crônico-degenerativas, perdas afetivas e funcionais.²

Zanin *et al.*⁵ evidenciaram que, quanto à percepção de saúde em idosos, 42,9% consideram sua saúde regu-

¹Centro Universitário Católica de Quixadá – Quixadá (CE), Brasil.

Autor correspondente: Sandna Larissa Freitas dos Santos – Centro Universitário Católica de Quixadá – Rua Juvêncio Alves, 660 – Centro – CEP: 63900-257 – Quixadá (CE), Brasil – E-mail: sandy.lary@hotmail.com

Recebido em 23/07/2017 – Aceito para publicação em 04/05/2018.

lar; seguidos por um grande número que refere sua saúde como ruim (42,4%). Os autores ainda verificaram que, para os idosos, a avaliação da qualidade de vida tem influência sobre a autopercepção de saúde, o que determina a condição de bem-estar, mesmo sob a presença de incapacidades ou agravos que impeçam a realização de algumas atividades, entre elas, exercícios físicos e a manutenção de uma alimentação saudável, por necessitar de um cuidador diariamente.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo relatar um caso de um idoso portador de HAS, frequentador de uma casa de apoio a idosos no município de Quixadá, Ceará, promovendo o conhecimento sobre a terapia não medicamentosa e incentivando o idoso a aderir-la, evidenciando seus benefícios, além de classificar os tipos de terapia e como ela pode contribuir para uma melhor qualidade de vida.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 75 anos, casado, nível de escolaridade ensino fundamental I incompleto, portador de HAS há oito anos, em uso de losartana potássica e hidroclorotiazida para o controle dos níveis pressóricos.

O acompanhamento do caso foi desenvolvido em 24 encontros durante 1 ano, distribuídos em 2 encontros mensais.

Na entrevista inicial, o paciente afirmou ter uma alimentação saudável, não ingerir bebida alcoólica e fumar de três a cinco cigarros por dia. Não praticava exercícios físicos e sentia-se cansado após esforços físicos intensos. Afirmou ter conhecimento do motivo do uso dos medicamentos, porém, sobre as medidas não farmacológicas, expôs que não tinha conhecimento.

Realizada a verificação de PA: 140 × 100 mmHg; teste de glicemia em jejum: 99 mg/dL; peso: 89 kg; circunferência abdominal: 157 cm; e altura de 1,70 cm. Índice de massa corpórea (IMC) de 30,79 kg/m², com parâmetro em obesidade grau I, de acordo com a Organização Mundial da Saúde.⁶

A importância das medidas não farmacológicas foi apresentada por meio de um folder educativo e foi realizado o acompanhamento semanal da execução das atividades.

Foi encaminhado às atividades de natação e ao acompanhamento com um estudante de fisioterapia, com encontros semanais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Católica de Quixadá, parecer número 1.478.716, por estar em conformidade com a Resolução nº 466/12⁶ do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

De acordo com a 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial,⁴ intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e eficácia na diminuição da PA. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física.⁷ Desse modo, a intervenção não

farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da HAS.⁸

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 PA. Existem medidas de modificação do estilo de vida que, efetivamente, têm valor comprovado na redução da PA. Há eficácia comprovada dos hábitos saudáveis na queda de valores pressóricos e na diminuição do risco para eventos cardiovasculares.⁴

A alimentação balanceada com restrição salina, frutas e verduras atua como um ponto positivo na eficácia terapêutica do indivíduo. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio, baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a PA em indivíduos hipertensos.¹

O álcool é identificado como um fator de risco que contribui para o agravamento da HAS, visto que o aumento das taxas de álcool no sangue eleva a PA lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 mL de álcool etílico ingeridos diariamente.⁹

A prática de atividade física regularmente é importante e capaz de reduzir a PA, mesmo em indivíduos com baixa resposta a fármacos, sendo que essa intervenção deve ser incluída no esquema terapêutico da HAS.¹⁰

Sabendo-se que a PA e a frequência cardíaca se elevam durante o ato de fumar, indivíduos que fumam têm risco muito aumentado para doença coronariana e acidente vascular cerebral. Sem contar que o cigarro também aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas.¹ Assim sendo, conforme as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,¹¹ o tabagismo deve ser agressivamente combatido e eliminado.

A terapia farmacológica foi exposta com losartana potássica 50 mg, um inibidor de receptores de angiotensina II, que normalmente estreita os vasos sanguíneos. O uso do medicamento faz com que eles relaxem, com a posologia de duas vezes ao dia, sendo uma tomada pela manhã e outra à noite. E também um diurético tiazídico, a hidroclorotiazida 25 mg, que aumenta a eliminação de líquidos através da urina, com posologia de uma vez ao dia, sendo tomada pela manhã. Foi observado que o paciente não apresentava dificuldade na adesão e na administração dos medicamentos, tampouco a ocorrência de efeitos adversos.¹²

Foram efetuadas ações de educação em saúde com o paciente em questão, sobre a importância da prática de exercícios físicos diários, manter uma alimentação saudável, adesão e administração da farmacoterapia anti-hipertensiva, bem como medidas diárias que possam manter os níveis equilibrados de PA, como controle do estresse, entre outros. Com isso, foi visto que o acesso às informações sobre os medicamentos utilizados e a intervenção de ações educativas minimizam a ocorrência de reações adversas aos medicamentos usados e favorecem a qualidade de vida do paciente, tornando a farmacoterapia eficaz, além de conscientizá-lo quanto ao risco do fumo no organismo e fazê-lo

eliminar essa prática. O paciente deixou de fumar e, no final do período do estudo, os dados coletados mostraram redução do peso e dos valores da PA.

A intervenção realizada com apenas um paciente teve o propósito de qualificar as ações desenvolvidas, orientações e encaminhamentos, visto o longo período de acompanhamento e a maior efetivação na qualidade de vida do paciente.

Fatores relacionados às medidas não farmacológicas podem atuar como predispostos à redução de agravos cardíacos. É importante ressaltar que, para a conscientização e adesão dessas práticas, faz-se necessária uma educação permanente em saúde de toda a equipe multidisciplinar que acompanha o paciente. O farmacêutico pode ser considerado um dos principais responsáveis na adesão das duas terapias, já que é o elo entre a prescrição da melhor farmacoterapia e o paciente.

Com isso, demonstra-se a importância da atenção farmacêutica aos pacientes idosos hipertensos, para que seja feita a orientação quanto ao uso adequado, bem como sejam adotadas medidas que possam minimizar o agravo das condições, em organismos já debilitados, minimizando a mortalidade nessa população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(3):435-41.
3. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2001;8(4):383-92.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 supl. 3):1-83.
5. Zanin C, Jorge MGS, Klein SR, Knob B, Lusa AC, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Interdisc Ciênc Méd*. 2017;1(1):28-36.
6. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4ª ed. São Paulo: ABESO; 2016.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasil: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [acesso em 20 jan. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
8. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):285-94. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200006>
9. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(1):62-70.
10. Dimeo F, Pagonas N, Seibert F, Arndt R, Zidek W, Westhoff TH. Aerobic exercise reduces blood pressure in resistant hypertension. *Hypertension*. 2012;60(3):653-8. <http://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.112.197780>
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2007;89(3):e24-e79. <http://doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>
12. Massa KHC, Antunes JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Fatores associados ao uso de anti-hipertensivos em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:75. <http://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006458>

Como citar este artigo:

Almeida RO, Santos SLE, Paiva CEQ, Barros KBNT, Arraes MLBM. Medidas não farmacológicas em hipertensão arterial: relato de caso. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2019;21(2):95-7. <http://doi.org/10.23925/1984-4840.2019v21i2a11>