

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JAÍLSON CAVALCANTE LIMA
JOSÉ RIBAMAR ALVES FILHO

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E FATORES DE RISCO EM PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE DO AREAL
EM COROATÁ – MA

São Luís

2008

JAÍLSON CAVALCANTE LIMA
JOSÉ RIBAMAR ALVES FILHO

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E FATORES DE RISCO EM PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE DO AREAL
EM COROATÁ – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2008

Lima, Jaílson Cavalcante.

Perfil sócio-demográfico e fatores de risco em pacientes hipertensos atendidos no Centro de Saúde do bairro Areal em Coroatá/MA. Jaílson Cavalcante Lima; José Ribamar Alves Filho. - São Luís, 2008.

42f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Hipertensão Arterial. 2. Programa HIPERDIA. 3. Fatores de risco. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

JAÍLSON CAVALCANTE LIMA
JOSÉ RIBAMAR ALVES FILHO

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E FATORES DE RISCO EM PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE SAÚDE DO BAIRRO AREAL
EM COROATÁ – MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

Profa. Árina Santos Ribeiro

Mestre em Saúde e Ambiente

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

À Deus, eterna fonte de luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em nossas vidas.

Aos nossos familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, nossa orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) caracteriza-se pelo aumento da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo o uso de medicamentos anti – hipertensivos (BRASIL, 2001).

No entendimento de Irigoyen et al (2005), a pressão, definida como força/unidade de área, é uma entidade física. A pressão arterial (PA), portanto, depende de fatores físicos, como volume sanguíneo e capacitância da circulação, sendo resultante da combinação instantânea entre o volume minuto cardíaco (ou débito cardíaco = frequência cardíaca x volume sistólico) e da resistência periférica. Cada um desses determinantes primários da PA é, por sua vez, determinado por uma série de fatores.

A frequência cardíaca é comandada pelos receptores beta – 1 adrenérgicos, que estimulados pelo sistema nervoso simpático e pelos receptores colinérgicos, são governados pelo sistema nervoso parassimpático. A regulação neuro-hormonal da pressão arterial funciona como um arco reflexo envolvendo receptores, aferências, centros de integração, aferências e efeitores, além de alças hormonais. Na hipertensão estabelecida, existem alterações em quase todos esses controladores (IRIGOYEN et al., 2005).

Várias conceituações têm definido a hipertensão arterial de forma cada vez mais abrangente e no real sentido evolutivo de sua íntima correlação com a doença metabólica. No entendimento de Passarelli Junior (2003), o papel do endotélio na regulação da hemodinâmica e física da circulação, bem como da pressão arterial, trouxe conceitos essenciais para fisiologia vascular normal e, quando disfuncionante, passa a ser um fator crítico na fisiopatogenia da doença cardiovascular.

Para o referido autor, a Hipertensão Arterial Sistêmica pode ser definida como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na maioria dos casos, assintomática, que compromete fundamentalmente o “equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstrictores que mantêm o tônus vasomotor, levando a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por ele irrigados”.

Segundo Nobre; Pierin; Mion JR (2001) a HA apresenta características específicas do processo de cronicidade, destacando-se por “histórico natural

prolongado, multiplicidade de fatores associados, longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, além da possibilidade de evolução para complicações”. A doença crônica gera transformações na vida do paciente, incluindo os relacionados a outro conceito, justificada pela possibilidade de agravamento em longo prazo acarretando mudanças que requerem energia para aceitação e adaptação à nova condição. Impacto na esfera psicológica pode se fazer presente com recursos emocionais requisitados e com emergência de emoções negativas como depressão e ansiedade. O relacionamento familiar, a esfera social, o trabalho, bem como planejamento financeiro, não estão isentos de alterações, com sérias repercussões (NOBRE; PIERIN; MION JR, 2001).

Desde 1963, as doenças cardiovasculares superam as outras causas de morte, sendo responsáveis atualmente por 27% dos óbitos. Houve aumento do risco de morte por essas doenças de 1980 a 1984, seguida de queda até 1996. Houve redução aproximadamente em 20% na mortalidade por doenças cerebrovasculares. A queda da mortalidade por doença arterial coronariana no mesmo período foi de aproximadamente 13% (MION JR; NOBRE, 2003).

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, atingindo cerca de 15 a 20% da população adulta, podendo chegar a 50% nos idosos. No Brasil embora não exista um estudo nacional, os estudos regionais realizados com diferentes critérios de definição da doença e de medidas da pressão arterial, mostram que, na região do Nordeste as prevalências são de 7 a 40%, no Sudeste, de 5 a 38%, no Sul, de 1 a 27% e, no Centro Oeste, de 6 a 17% (MION JR; NOBRE, 2003).

A HA é uma doença crônica não-transmissível, de alta prevalência em todo mundo, no Brasil representa 35%. Constitui o principal fator de risco para as doenças do aparelho circulatório e entre suas complicações mais freqüentes encontram-se: o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta; 40% das aposentadorias precoce, segundo o Instituto Nacional de Seguridade Social, e por 14% das internações na faixa etária de 30-69 anos (1.150.000/ano) (BRASIL, 2005).

De acordo com Brunner; Suddarths (2002), os principais fatores risco para hipertensão arterial são: a idade, história familiar, peso corporal excessivo, estilo de vida sedentária e hábitos alimentares irregulares. Para Brasil (2002), os níveis de pressão arterial em adultos acima de 18 anos, classifica-se da seguinte forma:

Normal, normal limítrofe, hipertensão leve (estágio 1), hipertensão moderada (estágio 2), hipertensão grave (estágio 3) e hipertensão sistólica.

Os hipertensos podem permanecer assintomáticos por vários anos. Entretanto podem-se observar sinais e sintomas específicos como: alterações patológicas nos rins (níveis aumentados de uréia e creatinina), que podem manifestar-se como nictúria; envolvimento vascular cerebral que pode levar a um acidente vascular cerebral ou a um ataque isquêmico transitório (AIT), resultando em alterações na visão ou fala, tontura, fraqueza, hemiplegia. Ocasionalmente podem ser observadas alterações da retina, como hemorragias, exsudato, estreitamento arteriolar, pequenos infartos e, na hipertensão grave, papiledema (BRUNNER; SUDDARTHS, 2002).

Por sua vez, Smeltzer; Bare (2002) tornam claro que dependendo dos órgãos afetados pela hipertensão arterial, os hipertensos apresentarão manifestações, tais como: “complicações cardíacas (insuficiência coronariana, edema agudo de pulmão ou angina pectoris); complicações cerebrais (AVC, amnésia, afasia ou cefaléia); complicações visuais (cegueira); e complicações renais”.

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, realizado em 1998, os principais objetivos da avaliação clínico-laboratorial do paciente hipertenso são: confirmar a elevação da pressão arterial, avaliar lesões de órgãos alvos ou doenças cardiovasculares (doença cardíaca hipertrófica ventricular esquerda, angina ou infarto, insuficiência cardíaca, episódios isquêmicos, acidente vascular encefálico, nefropatia, doença vascular arterial periférica, retinopatia hipertensiva), identificar fatores de risco e diagnosticar etiologia da HAS (CARVALHO; GUIMARÃES; KOHLMANN JR, 2004).

Segundo Carvalho; Guimarães; Kohlmann Jr (2004) o diagnóstico de hipertensão arterial é estabelecido com a medida da pressão realizada com métodos e condições adequadas. Além disso, de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, realizada em 2002, estabelecidas em conjunto pelas Sociedades Brasileiras de Nefrologia, Cardiologia e Hipertensão, os critérios diagnósticos para HAS transcendem a simples atribuição de valor numérico arbitrário e levam em consideração além dos níveis pressóricos, “a presença de fatores de risco, comorbidades e lesão de órgãos-alvo relacionados”. O paciente será hipertenso “se atingir, por repetidas vezes e no mesmo espaço de tempo, diversos níveis pressóricos iguais ou superiores a 140/90 mmHg”.

A história clínica do paciente, exame físico e investigação laboratorial devem ser criteriosos, dando-se atenção em fazer questionamentos referentes aos hábitos de vida do mesmo e fatores de riscos, de sumária importância na evolução e tratamento destes pacientes.

Na prática clínica nem sempre a medida da pressão arterial é realizada da forma adequada. Os erros, entretanto, podem ser evitados com o adequado preparo do paciente (condições físicas e psicológicas apropriadas), uso de técnica padronizada de medida da pressão arterial, bem como de equipamento calibrado e profissional treinado para a atividade. O método mais utilizado para aferição da medida pressórica é o indireto, com técnica auscultatória, esfigmomanômetro, aneróide ou de coluna de mercúrio e estetoscópio (CARVALHO; GUIMARÃES; KOHLMANN JR, 2004).

Além do método auscultatório, vale ressaltar ainda, outras formas de mediada de pressão arterial que possuem indicações específicas: medida residencial da pressão arterial (MRPA) e medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA). É o caso da hipertensão do avental branco, hipertensão na gravidez, de pacientes idosos, hipertensão noturna, hipertensão resistente ao tratamento, hipotensão e outros, para os quais esses métodos citados, fornecem o diagnóstico de certeza (SBC; SBH; SBN, 2002).

A natureza crônica e assintomática da hipertensão por muitos anos, aliada a alta morbimortalidade exteriorizada apenas 15 a 20 após seu início, tornam a HAS um dos maiores desafios de saúde pública em todo mundo, justificando esforços para sua detecção precoce, seu adequado controle e desejado impacto em suas complicações cardíacas, cerebrovasculares, renais e vasculares periféricos, que elevam o custo médico-social (LIMA; SEKI; SEKI, 2001).

Corroboram Mion Jr; Machado; Gomes (2006) ao esclarecer que “a hipertensão é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% daquelas por doença arterial coronariana”. Por sua vez, Brasil (2002) acrescenta que a Pressão Arterial (PA) elevada pode levar a complicações principalmente à lesão vascular. As artérias apresentam modificações em sua geometria, desde a diminuição da luz e espessamento das paredes até ruptura. As lesões do coração, rins e cérebro são decorrentes das lesões vasculares desses órgãos. Os referidos autores dizem também que no coração, a lesão característica da hipertensão

apresenta-se como hipertrofia do mesmo, ou seja, “com aumento de peso e diminuição da cavidade, podendo levar à isquemia miocárdica, visto que esse aumento na massa ventricular não é acompanhado pelo aumento da circulação coronária”.

A lesão típica no cérebro caracteriza-se pelo microaneurisma de Charcot-Bouchard. Lesões de rarefação da substância branca tornam-se presentes com o progredir dessa condição. O aumento da pressão sanguínea, particularmente sistólica, é um fator de risco maior do Acidente Vascular Cerebral (AVC) inicial e recorrente para ataques de isquemias transitórias causados por aterosclerose extracraniana (BRASIL, 2002).

Vale ressaltar que os rins sofrem bastante com o aumento da pressão arterial. Sendo o glomérulo a unidade morfofuncional do rim e caracterizada como um tufo vascular, qualquer aumento da pressão nesse território (hipertensão intraglomerular) leva à diminuição progressiva de sua função, na maioria das vezes silenciosa. No rim o principal achado é o aumento na excreção de albuminas, diminuindo a função de filtração do mesmo, levando a insuficiência renal franca. Em cerca de 70% dos indivíduos em programa de hemodiálise, a lesão renal básica e primária foi causada por hipertensão arterial não-tratada. Na presença de DM essas lesões são precoces e mais intensas (BRASIL, 2001).

Torna-se oportuno esclarecer que o objetivo do tratamento da hipertensão é evitar a morte e as complicações ao alcançar e manter a pressão arterial em 140/90 mmHg ou até menos. O tratamento anti-hipertensivo, de acordo com vários estudos realizados, é capaz de reduzir a morbi-mortalidade. Esta redução é mais acentuada nos pacientes idosos do que nos pacientes jovens, possivelmente porque nesta faixa etária, os eventos são mais frequentes (BRUNNER; SUDDARTHS, 2002).

O tratamento da HA inclui medidas farmacológicas e não-farmacológicas, frequentemente aplicadas em associação. Atualmente, tem-se dado uma ênfase cada vez maior às medidas não-farmacológicas, vez para o controle de estudo da PA, como também para melhorar a qualidade de vida. Não se pode levar apenas em conta a diminuição dos valores tensionais, mas sim, promoção da saúde do indivíduo como um todo. O tratamento medicamentoso à base de drogas anti-hipertensivas objetiva não só a redução da pressão arterial, mas também dos eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 1997).

Segundo Mion Jr; Machado; Gomes (2006), os pacientes hipertensos podem ser classificados de acordo com três grupos de fatores de risco individual, a saber:

Grupo A (sem fatores de risco e sem lesões de órgãos-alvo); grupo B (presença de fatores de risco não incluindo Diabetes Mellitus e sem lesões em órgãos-alvo); grupo C (presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou Diabetes Mellitus)

De acordo com Brasil (2001), estão disponíveis seis classes de medicamentos, tais como: anti – hipertensivos: os diuréticos, os inibidores adrenérgicos (os de ação central, os alfa – 1 bloqueadores e os betabloqueadores), os vasos dilatadores diretos, os inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA), os antagonistas dos canais de cálcio e os antagonistas do receptor da angiotensina II.

Para Figueira et al (2001) o mecanismo anti-hipertensivo dos diuréticos está relacionado, numa primeira fase, à depleção de volume e, a seguir, à redução da resistência vascular periférica decorrente de mecanismos diversos. Tem sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares. O autor acima citado torna claro que a preferência é dada aos diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida e clotalidona) e que diuréticos de alça (furosemida e bumetamida) são responsáveis para situação de hipertensão associada a insuficiência renal e cardíaca. Os diuréticos poupadores de potássio (amirolida, espironolactona) são utilizados em associação, sendo úteis na prevenção e tratamento da hipopotassemia.

Informações de Mion Jr; Machado; Gomes (2006) revelam que entre os efeitos indesejáveis dos diuréticos, tem-se a “hipopotassemia, por vezes acompanhada de (que pode induzir arritmias ventriculares), hiperuremia, intolerância à glicose, aumento os níveis séricos de triglicerídeos e disfunção renal”.

Por sua vez, os inibidores adrenérgicos de ação central como a alfametildopa e a clonidina atuam estimulando os receptores alfa 2 – adrenérgicos pré-sinápticos e/ou receptores imidazolínicos no sistema nervoso central, reduzindo a descarga simpática. Entre os efeitos indesejáveis, destacam-se: sedação, sonolência, boca seca, fadiga, hipotensão postural e impotência. Especificamente com a alfametildopa, pode ocorrer galactorréia, anemia hemolítica e lesão hepática. No caso da clonidina, destaca-se hipertensão rebote, quando da suspensão brusca da medicação (GILMAN, 1996). No Manual de Hipertensão e Diabetes Mellitus consta que:

Os alfa 1 – bloqueadores (doxazosina, prazosina) apresentam baixa eficácia como monoterapia, devido serem utilizados em associação com outros anti-hipertensivos. O mecanismo anti-hipertensivo dos beta-bloqueadores envolve diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas, diminuição do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas. São eficazes como monoterapia, tendo sido comprovado sua eficácia na redução da morbi-mortalidade cardiovascular. Os betabloqueadores mais utilizados são propranolol, atenolol e metoprolol. Constituem a primeira opção na hipertensão associada à doença coronariana ou arritmias cardíacas. Entre as reações indesejáveis destacam-se: broncoespasmo, bradicardia, distúrbio da condução atrioventricular, depressão miocárdica, constrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica e disfunção sexual (BRASIL, 2004).

Os vasodilatadores diretos, como a hidralazina e monoxidil, atuam diretamente sobre a parede cardiovascular, promovendo relaxamento com conseqüente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. Em conseqüência da vasodilatação arterial direta, promovendo retenção hídrica e taquicardia reflexa, o que contra-indica seu uso como monoterapia, devendo ser utilizados associados a diuréticos e/ou betabloqueadores (MION JR; MACHADO; GOMES, 2006).

Os antagonistas dos canais de cálcio (entre eles nfedipina, amlodipina, diltiazem), reduzem a resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. São eficazes como monoterapia, tendo como efeitos adversos: cefaléia, tontura, rubor facial, edema periférico (GILMAN, 1996).

Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (captopril, enalapril, maipril), bloqueiam a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos. São eficazes como monoterapia e também reduzem a morbimortalidade de pacientes hipertensos com insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, especialmente aqueles com baixa fração de ejeção. Quando administrados a longo prazo, retardam o declínio da função renal em pacientes com nefropatia diabética e de outras etiologias. Têm como efeitos adversos: tosse seca, alteração do paladar, reações de hipersensibilidade, hiperpotassemia em indivíduos com insuficiência renal crônica. É contra-indicado na gravidez (MION JR; MACHADO; GOMES, 2006).

Os antagonistas do receptor da angiotensina II (como losartan) antagonizam a ação da ergotamina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT1. São eficazes como monoterapia e na redução da morbimortalidade de pacientes idosos

com insuficiência cardíaca. Apresentam bom perfil de tolerabilidade e os efeitos colaterais relatados são tonturas e raramente, reação de hipersensibilidade cutânea “rash” (GILMAN, 1996).

De acordo com o Manual de Hipertensão e Diabetes Mellitus, o tratamento não-medicamentoso tem como principal objetivo diminuir a morbidade e a mortalidade por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da PA. Está indicado a todos os hipertensos, são elas: redução do peso corporal, da ingestão de sal e do consumo de bebidas alcólicas, maior ingestão de alimentos ricos em potássio, prática de exercícios físicos com regularidade. Além dessas medidas, outras devem estar associadas com o abandono do tabagismo, controle das dislipidemias e do Diabetes Mellitus, evitar drogas que potencialmente elevem a PA, como anticoncepcionais hormonais orais (AOH), antiinflamatórios não-esteróides, antihistamínicos, descongestionantes, dentre outros (BRASIL, 2005).

Os esclarecimentos de Nobre et al (2001) revelam que mudanças de hábitos de vida e culturais requerem determinação por parte do paciente e da equipe. Oportunamente, ressalta que:

A cronicidade da doença e a ausência de sintomas específicos, bem como, complicações a longo prazo, exercem influência no processo de adesão. A relação com os membros de saúde, que assiste a pessoa hipertensa também merece atenção. Mais especificamente, a relação médico-paciente é um fator altamente interveniente na adesão do hipertenso ao tratamento. Outro ponto que merece destaque é a participação ativa do paciente no processo, inclusive opinando quanto ao tratamento proposto.

Na abordagem do paciente hipertenso, devem ser focalizadas outras importantes co-morbidades e fatores de risco e, não somente, a redução da PA, como a presença de tabagismo, obesidade, tabagismo, álcool, dislipidemia, sedentarismo, dentre outros. A freqüente coincidência da PA e outros fatores de risco cardiovasculares é o grande estímulo à mudança de hábitos que pode tanto controlar a pressão por si só, como ser coadjuvante e sinérgico ao tratamento farmacológico (NOBRE; PIERIN; MION JR, 2001).

Para Brasil (1997), os hipertensos com excesso de peso devem ser orientados para redução até atingir índice de massa corporal inferior a 25Kg/m² e relação cintura/quadril inferior a 0,8 para mulheres e 0,9 para homens. Esclarece também que:

A redução de peso pode ser obtida com dieta hipocalórica balanceada e atividade física programada. A redução de sal = 6g de sal (1 colher de chá). Evitar alimentos industrializados, enlatados, embutidos, carnes/peixes secos, defumados charque, conservas, aditivos a base de glutamato de sódio, queijos, adição de sal aos alimentos prontos e abolir saleiros da mesa. O uso de substitutos do sal com cloreto de potássio deve ser evitado em pacientes com comprometimento renal. Não consumir mais do que 30 ml de etanol/dia e praticar exercícios físicos regulares, além de reduzir a pressão arterial, auxilia na redução de peso, tratamento das dislipidemias, resistência à insulina, controle do estresse e abandono do tabagismo. Atividades como caminhada, natação, ciclismo, 30 a 45 min/semana são indicadas para hipertensos. Exercícios isométricos são contra-indicados.

O que despertou o interesse dos pesquisadores em abordar este assunto foi o fato de se observar durante as consultas médica e de enfermagem, o não cumprimento das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde por parte dos hipertensos, tornando-se pacientes com dificuldades para adesão à terapêutica indicada pelos profissionais de saúde.

Levando-se em consideração o não cumprimento das orientações dos profissionais de saúde pelos hipertensos, resolveu-se através desta pesquisa verificar o perfil sócio-econômico e fatores de risco, com vistas a contribuir não somente para alertar a população quanto às complicações causadas principalmente pela elevação da pressão arterial, mas também como meio de fornecer conhecimentos e dados que possam maximizar ações educativas e preventivas por parte dos profissionais da área de saúde em prol da sociedade em geral.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Caracterizar os pacientes hipertensos cadastrados no HIPERDIA do bairro Areal, Coroatá – MA, a partir de variáveis demográficas e fatores de risco para hipertensão.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sócio-demográfico dos pacientes hipertensos;
- Identificar os fatores de risco para hipertensão nesses;
- Verificar a terapêutica específica utilizada;
- Verificar os níveis pressóricos desses pacientes.

3 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, com variáveis quantitativas, onde se analisou o perfil sócio-demográfico e os fatores de risco dos pacientes hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal, Bairro Cajueiro, no município de Coroatá-MA.

- **Local de estudo**

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde do Bairro Areal, que se situa na Rua do Cajueiro S/N. O Centro de Saúde foi fundado no ano de 1996, atende conforme os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS, onde o Programa predominante é o Programa Saúde da Família-PSF, que realiza atendimento a todos os grupos específicos, a saber: Saúde da Criança, HIPERDIA, Hanseníase/Tuberculose, Saúde Bucal e Saúde da Mulher. A pesquisa foi desenvolvida no período de abril a junho de 2007.

- **População**

A população foi constituída de todos os hipertensos cadastrados no Centro de Saúde do Areal, perfazendo um total de 296 hipertensos. Foram incluídos todos os hipertensos que comparecem por demanda espontânea ao Ambulatório do Centro de Saúde do Areal, no período de abril a junho de 2007, totalizando 162 hipertensos acompanhados.

- **Instrumento de coleta de dados**

Utilizou-se como técnica de coleta de dados uma Ficha Protocolo, previamente elaborada pelos pesquisadores para esse fim (Apêndice A), que será preenchida a partir de dados obtidos em Prontuários, Ficha de Cadastro do HIPERDIA (Anexo A) e Cartão de Acompanhamento (Anexo B). Foram coletados dados referentes às variáveis: idade, sexo, ocupação e escolaridade, fatores de risco: obesidade, tabagismo, sedentarismo e Diabetes, além da classificação da

pressão arterial de acordo com os níveis pressóricos, que segundo Brasil (2002) classifica - se da seguinte forma:

Normal (PAS <130 mmHg e PAD <85 mmHg).
Normal Limítrofe (PAS 130 – 139 mmHg e PAD 85 – 89 mmHg).
Hipertensão Leve estágio I (PAS 140 – 159 e PAD 90 –99 mmHg).
Hipertensão Moderada estágio II (PAS 160 – 179 mmHg e PAD 100-109 mmHg).
Hipertensão Grave estágio III (PAS > ou = 180 mmHg e PAD > ou = 110 mmHg).
Hipertensão Sistólica isolada (PAS > ou = 140 mmHg e PAD < 90 mmHg).

A classificação dos grupos de risco foi realizada considerando-se o especificado na Ficha de HIPERDIA, bem como as variáveis relativas ao perfil sócio-demográfico e fatores de risco (Anexo A). Quanto à terapêutica e os níveis pressóricos considerou-se o último registro especificado no Cartão de Controle da Pressão Arterial (Anexo B).

▪ **Coleta e análise dos dados**

Para realização da coleta de dados fez-se um levantamento do número de todos os pacientes hipertensos cadastrados no Programa HIPERDIA, que compareceram por demanda espontânea. Posteriormente, foram coletados dados através do Cadastro do HIPERDIA (Anexo A) e Cartão de Acompanhamento do Hipertenso (Anexo B), sendo registrados na Ficha Protocolo, elaborada pelos pesquisadores, com as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, cor, escolaridade, classificação da HAS, índice de massa corpóreo, fatores de risco, medicamentos utilizados, tratamento não – medicamentoso e classificação do grupo de risco.

Todos os dados registrados na referida ficha foram digitados no EPI-INFO versão 3.3.2, programa estatístico específico para análise de dados em saúde e representados sob a forma de gráficos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos dados obtidos, os resultados foram estudados de acordo com as características sócio-demográficas, fatores de risco, tipo de tratamento, classificação, estratificação de risco e controle dos níveis pressóricos.

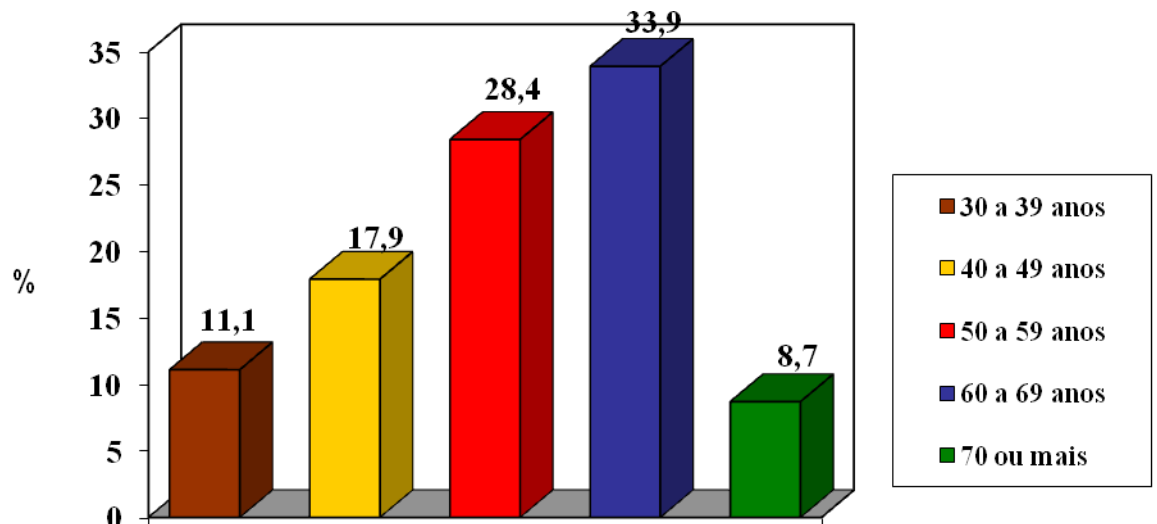


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal – Coroatá/MA, segundo a faixa etária.

Os dados do Gráfico 1 evidenciam que a maioria dos hipertensos pesquisados encontra-se na faixa etária de 60 a 69 anos com 33,9% (n=55), seguida da faixa etária de 50 a 59 anos com 28,4% (n=46) e uma quantidade pouco expressiva de 70 anos ou mais, com 8,7% (n=14), relevando uma amostra permanente de idosos hipertensos.

O processo demográfico de envelhecimento de nossa população implica em um incremento futuro na incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas, entre elas as doenças cardiovasculares (ISEU, 2000). Segundo Mion Jr; Mahado; Gomes (2006), aproximadamente 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da Pressão Arterial Sistólica (PAS), aumentando a PA de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares.

Em 1990, mais da metade dos óbitos ocorridos em idosos no Brasil, foram causadas por este grupo de doenças. Neste contexto, a Hipertensão Arterial Sistêmica, devido a seu grande papel como fator de risco cardiovascular modificável revela-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública de nosso país, com prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos), dependendo da região, subgrupo populacional ou critério diagnóstico utilizado (IRIGOYEN, 2002)

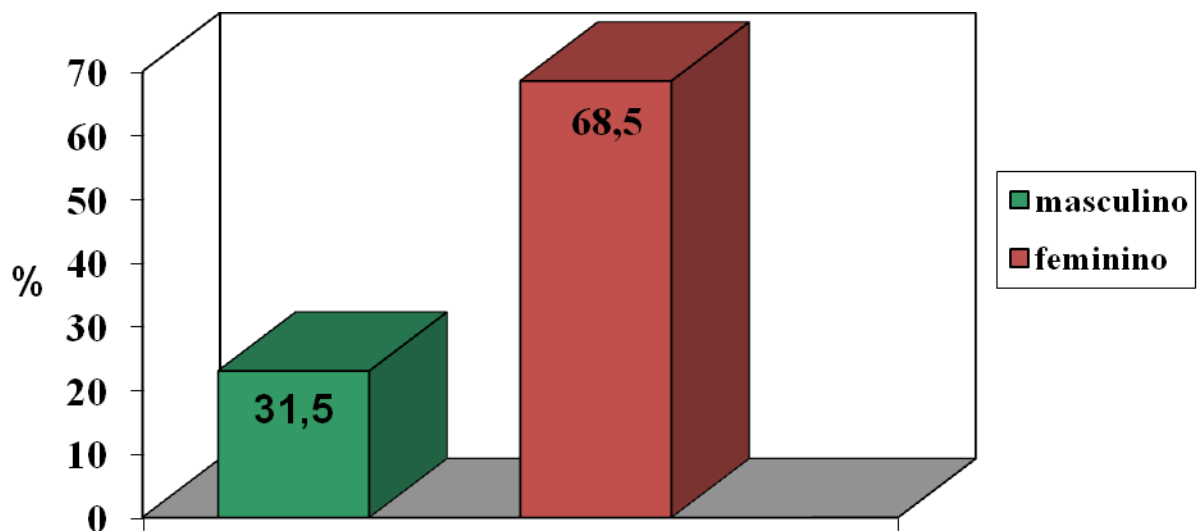


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal – Coroatá/MA, segundo a faixa etária.

O Gráfico 2 mostra que a maioria dos hipertensos atendidos no referido centro de saúde são do sexo feminino com 68,5% (n=111).

Segundo o III Consenso de Hipertensão Arterial realizado em 2004, as mulheres são relativamente protegidas de eventos cardiovasculares antes da menopausa. Entretanto, estudos clínicos de longo prazo têm demonstrado que as mulheres não diferem dos homens quanto à resposta pressórica anti-hipertensiva e ao prognóstico (CARVALHO; GUIMARÃES; KOHLMANN JR, 2004).

Para os autores acima citados o achado de uma maioria feminina hipertensa pode decorrer de um viés, pois as mulheres, devido a fatores culturais, são menos resistentes à procura por estabelecimentos de saúde, persistindo o tabu de que o homem só procura o serviço quando tem queixas. Outra questão especulada é a possível subnotificação de pacientes hipertensos. Faz-se necessário, portanto, uma

melhor averiguação da equipe de saúde em relação à comprovação dos dados encontrados e busca de possíveis pacientes resistentes ao tratamento.

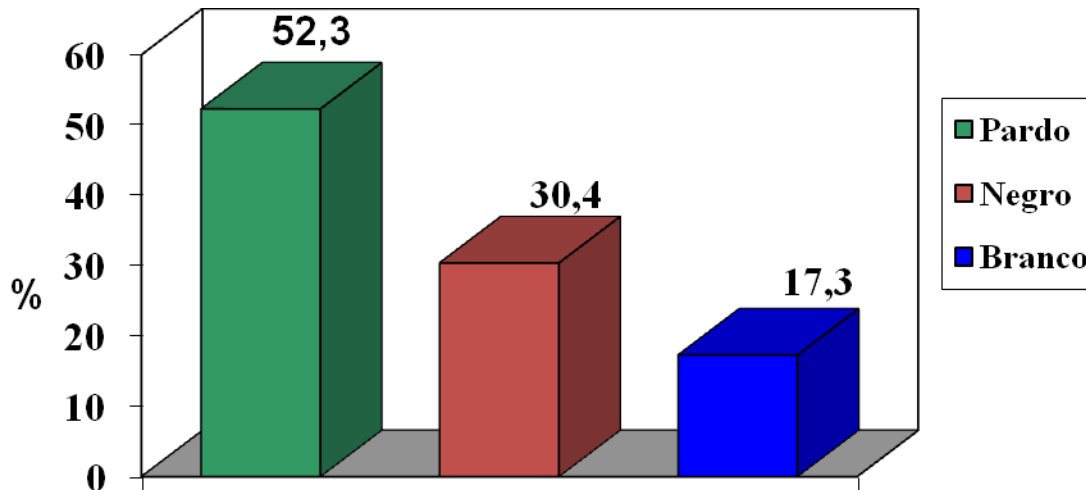


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal - Coroatá/MA, segundo a cor.

Em relação à cor, o Gráfico 3 mostra que os pacientes, em sua maioria são representados pelos pardos, com 52,3% (n=85), seguido dos negros, com 30,4% (n=49) e brancos 17,3% (n=28).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002-2003), predominam no Brasil os miscigenados, levando em consideração esse fator, é também proporcional que a maioria dos hipertensos atendidos neste centro de saúde seja mestiça. A população negra hipertensa também apresentou um percentual significativo nesta pesquisa em detrimento da população branca.

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial realizado em 2004, a literatura médica relaciona que a hipertensão arterial é prevalente na população negra, bem como maior é sua gravidade, particularmente quanto à incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálica e renal crônica; pessoas negras parecem apresentar um defeito hereditário na capacitação celular de sódio e cálcio, assim como seu transporte renal, o que pode ser atribuído à presença de um gene economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio (CARVALHO; GUIMARÃES; KOHLMANN JR, 2004).

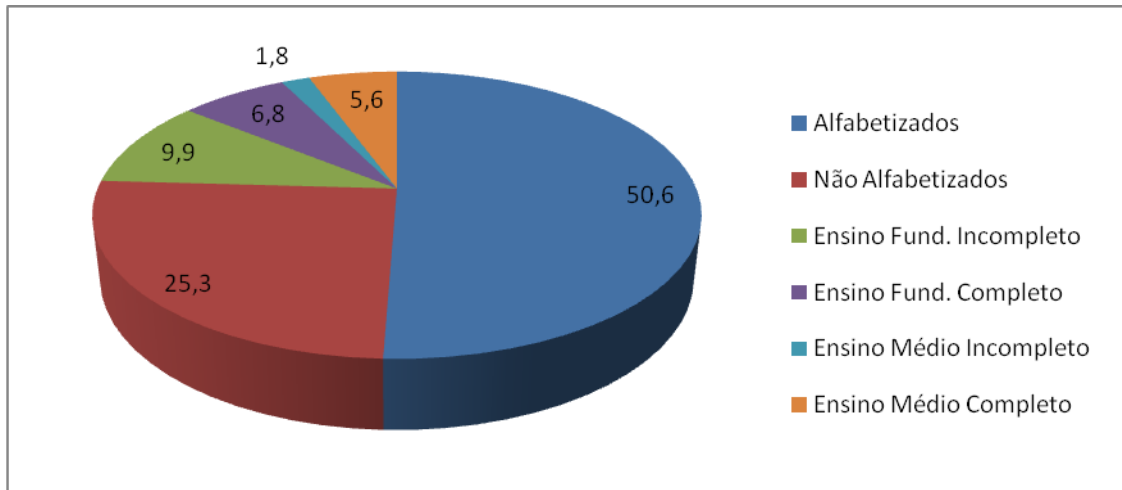


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal – Coroatá/MA, segundo a escolaridade.

O Gráfico 4 demonstra um grande percentual de alfabetizados, com 50,6% (n=82), seguido de não alfabetizados 25,3% (n=41), fundamental incompleto, com 9,9% (n=16), fundamental completo, com 6,8% (n=11), ensino médio incompleto, com 1,8% (n=3) e ensino médio completo, com 5,6% (n=9).

Comparando-se os resultados demográficos da população estudada, com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002-2003), observa-se que os mesmos refletem a realidade brasileira, pois segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD, a taxa de analfabetismo do Nordeste ainda chega ao dobro do país, devendo-se considerar esse fato no acompanhamento dos hipertensos, uma vez que o seguimento destes envolve uma abordagem multiprofissional, utilizando-se, fundamentalmente, ensinamentos para introduzir mudanças de hábitos de vida. Essas medidas podem ser prejudicadas se não for mantida uma ação para atender as necessidades específicas de cada paciente.

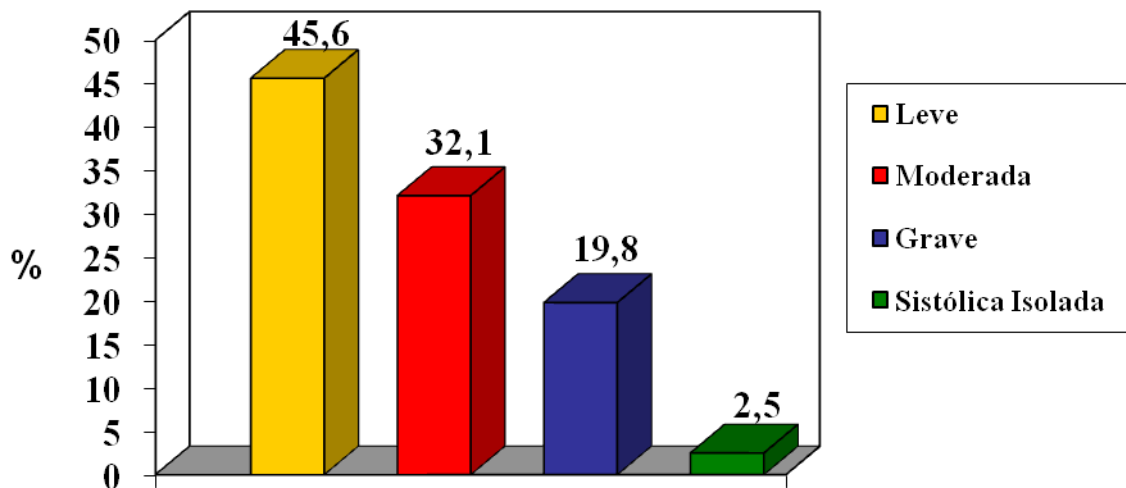


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal – Coroatá/MA, segundo a classificação da HAS.

Em se tratando da classificação da HAS, observa-se um grande percentual de pacientes hipertensos apresentando hipertensão arterial leve, com 45,6% (n=74), seguido de hipertensão arterial moderada, com 32,1% (n=52), hipertensão arterial grave, com 19,8% (n=32) e hipertensão sistólica isolada, com 2,5% (n=4). (Gráfico 5)

Sabe-se que quanto maior o nível tensional, menor é o risco de eventos cardiovasculares. Portanto, a HAS leve está associada à menor incidência de complicações cardiovasculares do que a HAS moderada e grave. Por sua vez, a HAS sistólica isolada é freqüentemente observada na população idosa e está associada a um maior número de complicações cardíacas, se não tratadas adequadamente (MION JR; MAHADO; GOMES, 2006).

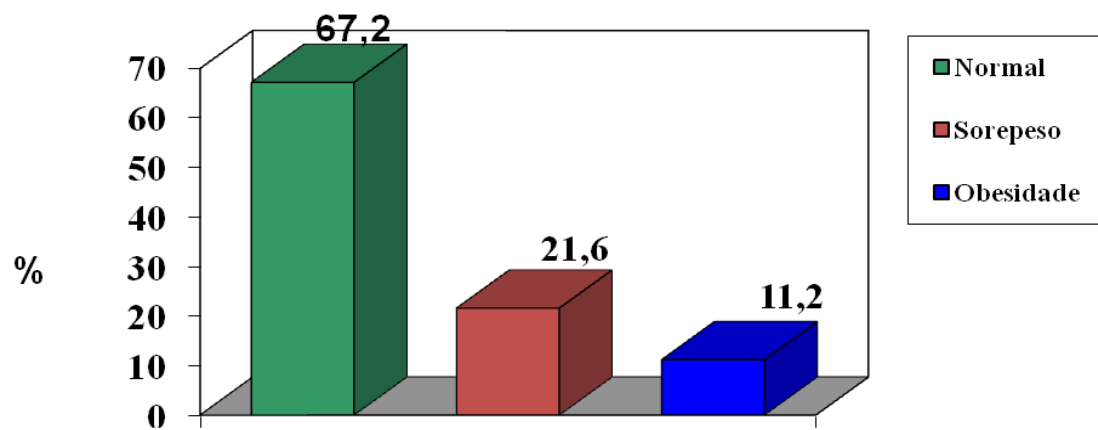


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal – Coroatá/MA, segundo o IMC.

Com relação ao Índice de Massa Corpórea, evidencia-se através do Gráfico 6 que a maioria dos hipertensos tinham o peso ideal, com 67,2% (n=109), seguido de sobrepeso, com 21,6% (n=35) e obesos, com 11,2% (n=18). Recomenda-se a manutenção do peso ideal com Índice de Massa Corpórea entre 18,5 a 24,9Kg/m², empregando aumento da atividade física (MION JR; MACHADO; GOMES, 2006).

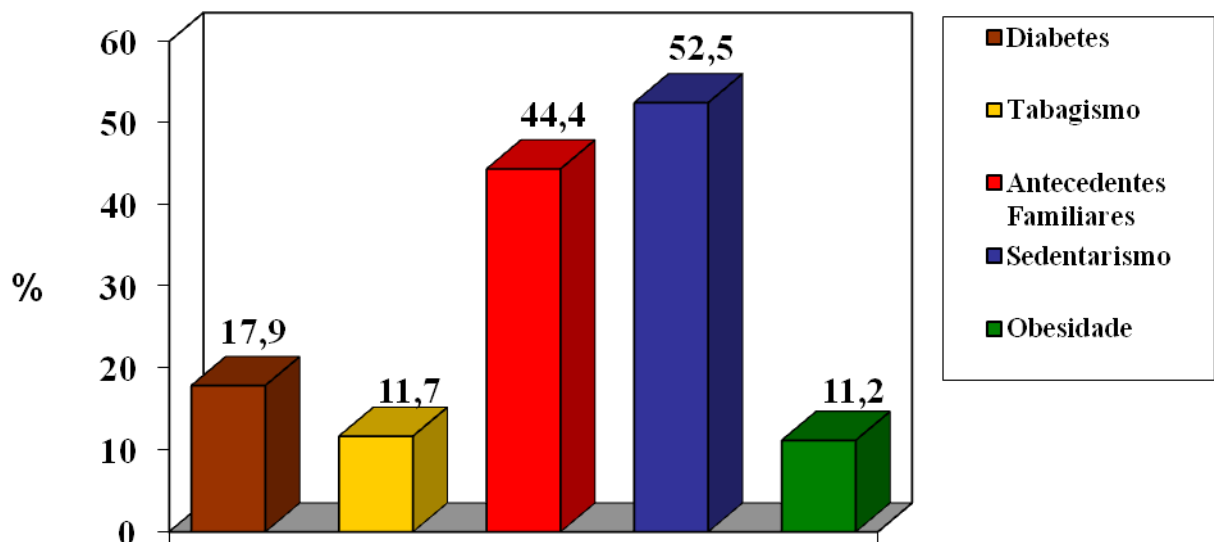


Gráfico 7 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal – Coroatá/MA, segundo fatores de risco.

Fazendo-se referência aos fatores de risco associados à HAS, foram encontrados os seguintes dados: 52,5% (n=85) apresentaram sedentarismo, 44,4% (n=72) história familiar de doença cardiovascular, 17,9% (n=29) possuíam diabetes, 11,7% (n=19) eram tabagistas e 11,2% (n=18) de hipertensos obesos. (Gráfico 7)

Segundo Brasil (2002) a inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). A estratégia do Ministério da Saúde para a promoção da saúde e prevenção das DCNT's consiste em atuar fortemente para mudança de estilo de vida, sensibilizando os profissionais da saúde e Equipes de Saúde da Família para importância da promoção das atividades físicas, alimentação saudável e da redução do fumo e álcool como fatores de proteção à saúde.

Lottemberg (2006) esclarece que estudos epidemiológicos e experimentais evidenciam uma relação positiva entre atividade física e diminuição da mortalidade, sugerindo também um efeito positivo nos riscos de enfermidades cardiovasculares, manutenção da densidade óssea, controle de enfermidades respiratórias, efeitos positivos no tratamento primário ou complementar da arteriosclerose, resposta imunológica, além da diminuição da ansiedade e melhora do humor e auto-estima.

O referido autor torna claro que em termos de saúde pública, trabalhos recentes demonstram que o impacto mais benéfico da atividade física acontece quando é realizada em intensidade moderada: trinta minutos diários, podendo-se realizar em uma única sessão ou em duas sessões de quinze minutos, ou ainda em três sessões de dez minutos. Dessa maneira, atenua-se ou elimina-se a principal barreira à aquisição do hábito da realização da atividade física, que é a falta de tempo.

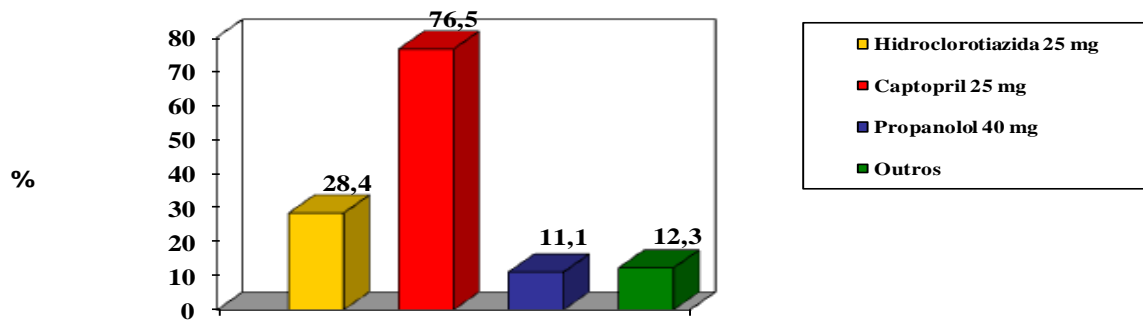


Gráfico 8 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal – Coroatá/MA, segundo os medicamentos utilizados.

O Gráfico 8 mostra que a maioria dos hipertensos utiliza como tratamento medicamentoso o Captopril, com 76,5% (n=124), acompanhado com uso da Hidroclorotiazida, com 28,4% (n=46), e Propanolol, com 11,1% (n=18).

Para Mano (2005), o objetivo primordial do tratamento medicamentoso da HA “é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, aumentada em decorrências dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes”.

Em conformidade com o Manual de Hipertensão e Diabetes Mellitus, a escolha do medicamento anti-hipertensivo segue os seguintes princípios:

Deve-se iniciar com os diuréticos na dose de 12,5 mg ao dia: caso não alcance controle efetivo sugere-se aumentar a dose para 25mg/dia. Não havendo controle só com os diuréticos, propõe-se introduzir Propanolol 40 mg duas vezes ao dia, podendo-se dobrar a dose para duas vezes ao dia. Como terceira escolha, Captopril 25 mg duas ou três vezes ao dia (BRASIL, 2002).

Porém, segundo as IV Diretrizes de Hipertensão Arterial, qualquer grupo de medicamentos, com exceção dos vasodilatadores de ação direta, pode ser apropriado para o controle da PA em monoterapia inicial, especialmente para pacientes com HAS leve (grau I) que não responderam às medidas não-medicamentosas. Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40 a 50% dos pacientes. Em estágio II e III, pode-se considerar o uso de associações de fármacos anti-hipertensivos como terapia inicial (MION JR; MACHADO; GOMES, 2006).

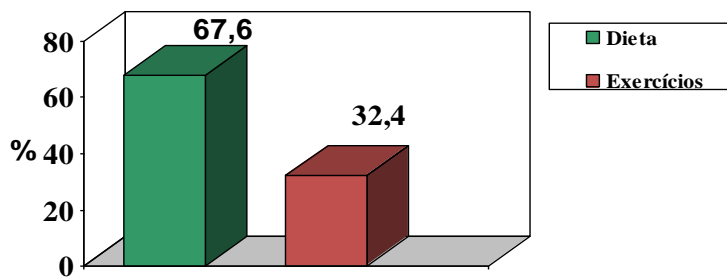


Gráfico 9 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal – Coroatá/MA, segundo o tratamento não-medicamentoso.

O Gráfico 9 demonstra que a maioria dos hipertensos realizavam dieta, com 67,9% (n=110) e apenas 32,4% (n=52) realizavam exercícios físicos.

De acordo com Brasil (2002), a inatividade física é mais prevalente entre mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível sócio-econômico e, incapacitados. A atividade física também diminui com a idade, cujo declínio começa durante a adolescência e persiste na idade adulta.

No entendimento de Mion Jr; Machado; Gomes (2006) há relação inversa entre o grau de incapacidade física e a incidência de HÁ. O exercício físico regular “reduz a pressão sistólica/diastólica em 3/2 mmHg em normotensos, sendo a queda proporcional à pressão arterial inicial, o que representa sua prática com complementação do tratamento não-medicamentoso”.

Por sua vez, Lottemberg (2006) acrescenta que várias barreiras podem estar relacionadas com a inatividade, como: “a ausência de sintomatologia específica, sexo, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, além de aspectos culturais e o contexto sócio-econômico”.

Por outro lado, os mesmos pacientes afirmaram forte adesão à prática de dieta alimentar: 67,9% (n=110). De acordo com Smeltzer; Bare (2002), “a dieta ideal deve conter baixo teor de gorduras principalmente saturadas, baixo teor de colesterol, de sódio e elevado teor de potássio e fibras”. Os autores acima citados concordam ao dizer que:

O valor calórico pode ser ajustado para a obtenção e manutenção do peso ideal, pois esta medida influencia significativamente na redução da PA, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso simpático. Entretanto o ideal é aliar a atividade física à dieta alimentar, para obtenção eficaz da diminuição da PA.

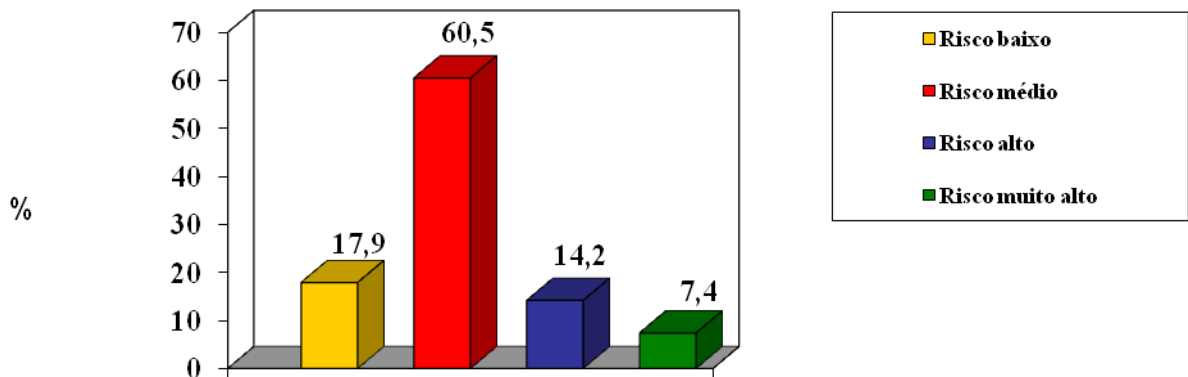


Gráfico 10 - Distribuição percentual dos hipertensos atendidos no Centro de Saúde Areal – Coroatá – MA, segundo a classificação do grupo de risco.

Quanto aos fatores de risco, o Gráfico 10 mostra que 60,5% (n=98) dos pacientes foram classificados como risco médio, 17,9% (n=29) em risco baixo, 14,2% (n=23) em risco alto e apenas 7,4% (n=12) apresentava risco muito alto.

Em conformidade com os esclarecimentos do Ministério da Saúde, os fatores de risco são definidos 4 categorias, a saber:

Risco baixo, médio, alto e muito alto. Dessa forma, mostra-se que mesmo os hipertensos classificados nos estágios 1, 2 ou 3 podem pertencer às categorias de maior ou menor risco, na dependência de co-morbidades ou fatores de risco associados. É o caso de um hipertenso, classificado com nível leve e que é portador de Diabetes (fator de risco), será considerado, na categoria de risco muito alto, cuja probabilidade de manifestar um evento cardiovascular em 10 anos é de mais de 30% (BRASIL, 2002).

O sobre peso e o tabagismo são outras fatores de risco importantes que merecem destaque no que tange a HA; sobrepeso, porque demonstra um risco moderado de co-morbidade, embora nossos resultados tenham sido de pouco expressivos em relação à quantidade total de hipertensos atendidos (BRASIL, 2002).

5 CONCLUSÃO

Ao final da pesquisa, através da análise dos dados obtidos, pode-se concluir que:

a) Trata-se de uma população carente, composta predominantemente por pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos, seguida da faixa etária de 50 a 59 anos e uma quantidade pouco expressiva de 70 anos ou mais, relevando uma amostra permanente de idosos hipertensos, sendo a maioria do sexo feminino a atendidos no referido centro de saúde;

b) Em relação à cor, os pacientes, em sua maioria, são representados pelos pardos, seguido dos negros e brancos;

c) Quanto à escolaridade, observou-se um grande percentual de alfabetizados, seguido de não alfabetizados, fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino médio completo;

d) De acordo com a classificação da HAS, evidenciou-se um grande percentual de pacientes hipertensos apresentando hipertensão arterial leve, seguido de hipertensão arterial moderada, hipertensão arterial grave e hipertensão sistólica isolada;

e) Segundo o Índice de Massa Corpórea dos hipertensos, a maioria tinha o peso ideal, seguido de sobrepeso e obesos;

f) Quanto aos fatores de risco associados à HAS, evidenciou-se que a maioria dos hipertensos é sedentária, seguido dos que possuem história familiar de doença cardiovascular, Diabetes, tabagistas e hipertensos obesos;

g) Em relação ao tratamento medicamentoso, a maioria dos hipertensos utiliza o Captopril, acompanhado do uso da Hidroclorotiazida e Propanolol;

h) De acordo com o tratamento não-medicamentoso, a maioria dos hipertensos realiza dieta, seguido dos que não realizam exercícios físicos;

i) Quanto à estratificação do grupo de risco, os hipertensos foram classificados, em sua maioria, como paciente de risco médio, seguido de paciente de risco baixo, risco alto e risco muito alto.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. _____. _____. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. _____. _____. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. _____. **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. _____. **Manual de condutas médicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRUNNER; SUDDARTHS. **Tratado de enfermagem médico - cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 2.
- CARVALHO, Maria Helena C.; GUIMARÃES, Armênio Costa; KOHLMANN JR, Osvaldo. **Tratamento em grupos especiais**. In: CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., São Paulo, p. 3. 2004.
- FIGUEIRA, Norma et al. **Condutas em clínica médica**. 2. ed. São Paulo: Médica e Científica, 2001.
- GILMAN, Alfred Goodman. **As bases da farmacologia**. 9. ed. México: Mcgraw, 1996.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Programa Nacional de Amostragem por Domicílio**. São Paulo, 2002-2003. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>. Acesso em: 23 set. 2008.
- IRIGOYEN, Maria Cláudia et al. Controle fisiológico da pressão arterial do sistema nervoso. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 1, 2005.
- _____. **Investigação clínico-laboratorial e decisão terapêutica**. In: DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4., 2002, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 136-137.

LIMA, Adriano Damasceno; SEKI, Marisa Okabe; SEKI, Mário. Avaliação do controle da Hipertensão Arterial em programa de larga escala. **Jornal Brasileiro de Medicina**, São Paulo, v. 81, n. 3. p. 24-28. set. 2001.

LOTTEMBERG, Ana Maria et al. **Guia prático de prevenção cardiovascular para médicos**. 6. ed. São Paulo, 2006. , p. 58-60.

MANO, Reinaldo. **Manuais de cardiologia**: introdução à Hipertensão Arterial Sistêmica. São Paulo. 9 ed. p. 92-96, 2003. (Livro virtual ano 7).

MION JR, Décio; MACHADO, Carlos Alberto; GOMES, Marco Antonio Mota. **Hipertensão**. In: DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5., 2006, São Paulo, v. 9, n. 4.

_____.; NOBRE, F. **Medida da pressão arterial da teoria à prática**. São Paulo: Lemos, 2003.

NOBRE, Fernando; PIERIN, Ângela M.G.; MION JR., Décio. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001.

PASSARELLI JUNIOR, Oswaldo. **Investigação clínico-laboratorial da Hipertensão Arterial**. São Paulo: Programa de Educação Médica Continuada em Hipertensão Arterial do IDPC, 2003. v. 3. p. 3-13.

SBC; SBH; SBN. **Hipertensão Arterial**: a importância do problema. In: DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4., 2002, São Paulo, v.5, n. 4, p. 129-130.

SMELTZER, Suzane; BARE, G. Brenda. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FICHA PROTOCOLO

1. Idade

30 – 39 anos 40 – 49 anos 50 – 59 anos 60 – 69 anos 70 ou mais

2. Sexo

Masculino Feminino

3. Cor

Branco Negro Pardo

4. Escolaridade

Não alfabetizado Alfabetizados Fundamental Incompleto Fundamental Completo

Médio Incompleto Médio Completo Superior Incompleto Superior Completo

5. Classificação da HAS

Normal Leve Moderada Grave Sistólica isolada

6. IMC

Normal Sobrepeso Obesidade

7. Fatores de Risco:

Diabetes Tabagismo Alcoolismo Sedentarismo Obesidade

8. Medicamentos utilizados

Hidroclorotiazida 25 mg Captopril 25 mg

Proranolol 40 mg Outros

9. Tratamento não - medicamentoso

Dieta

Exercício
Físico**10. Classificação do grupo de risco.**

Risco baixo

Risco médio

Risco alto

Risco muito alto

ANEXOS

VERSO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico
Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 – ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 2 – aparece geralmente após os 40 anos de idade, freqüentemente em pessoas que têm excesso de peso.

Tabagismo - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

Sedentarismo – quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Ex: faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimenta britadeira etc.

Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	\geq 40,0	Muito grave

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Estado/Civilidade	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) e/ou filho(s) e/ou filha(s)
3	Convive c/ companheira(o), filho(s) e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

TABELAS DE REFERÊNCIAS

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social

63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Música do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Reg. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

