

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

ADRIANA DE SOUSA COELHO LEÃO
GEORGINA GARCÊS BRAGA
NILDE OLIVEIRA DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CLÍNICO E TERAPÊUTICO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÃO ATENDIDA POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ROSÁRIO – MA.**

São Luís
2009

**ADRIANA DE SOUSA COELHO LEÃO
GEORGINA GARCÊS BRAGA
NILDE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CLÍNICO E TERAPÊUTICO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÃO ATENDIDA POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ROSÁRIO – MA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORÓ - 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

2009

Leão, Adriana de Sousa Coelho.

Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em população atendida por uma equipe de saúde da família no município de Rosário-MA. / Adriana de Sousa Coelho Leão; Georgina Garcês Braga; Nilde Oliveira dos Santos. — São Luís, 2009.

30 f.

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, 2009.

1. Hipertensão. 2. Profilaxia. 3. Auto-cuidado. Título.

CDU 616.12-008.331.1

**ADRIANA DE SOUSA COELHO LEÃO
GEORGINA GARCÊS BRAGA
NILDE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CLÍNICO E TERAPÊUTICO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÃO ATENDIDA POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ROSÁRIO – 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.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo - USP

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	MÉTODO	9
3	RESULTADOS	10
4	DISCUSSÃO	16
	REFERÊNCIAS.....	23
	APÊNDICES.....	25
	ANEXO.....	29

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CLÍNICO E TERAPÊUTICO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM POPULAÇÃO ATENDIDA POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ROSÁRIO – MA.

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND THERAPEUTIC FOR PATIENTS WITH HYPERTENSION IN POPULATION SERVED BY A TEAM OF FAMILY HEALTH IN THE MUNICIPALITY OF ROSARIO – MA

Adriana de Sousa Coelho Leão¹, Georgina Garcêz Braga²,
Nilde Oliveira dos Santos³

RESUMO: Estudo quantitativo, descritivo e prospectivo, que mostra o perfil epidemiológico, clínico e terapêutico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica em população atendida por uma Equipe de Saúde da Família no município de Rosário-Ma, com o objetivo de investigar o perfil sócio-demográfico, co-morbidades referidas, sintomas, tratamento, medidas de controle e fatores de risco relatados pelos pacientes. Na avaliação dos 105 hipertensos verificou-se que 64,8% eram do sexo feminino, mais prevalente na cor parda com 59%, a faixa etária mais afetada é a de 66 a 75 anos com 32,4% dos casos, sendo que o medicamento mais utilizado é o captopril, 67,6%, dos pacientes usam 66,7% não sabiam o que é hipertensão arterial, 81% verificam a pressão arterial menos de cinco vezes por mês e a redução de sal é feita por 81,9% dos pacientes como medidas de controle e 89,5% dizem que o programa saúde da família age como facilitador no controle da pressão arterial. A educação sobre a pressão arterial e como trata-la, incluindo medicamentos, alterações de estilo de vida, controle de peso, exercício físico e o apoio da família ajuda o paciente a controlar sua pressão.

Palavras-chave: Hipertensão. Profilaxia. Auto-cuidado.

ABSTRACT: Quantitative study, descriptive and prospective, to show the epidemiological, clinical and therapeutic for patients with hypertension in population served by a team of Family Health in the city of Rosario, Ma. Aiming to investigate the socio-demographic profile, comorbidities said, symptoms, treatment, and measures to control risk factors reported by patients. In the assessment of 105 hypertensive patients found that 64.8% were female, most prevalent in gray with 59%, the most affected age group is 66 to 75 years with 32.4% of cases, and the medicine is the most used captopril, 67.6% of the patients use, 66.7% did not know what is hypertension, 81% check the blood pressure less than five times per month and the reduction of salt is by 81.9 % of patients and measures to control and 89.5% said the family health program acts as a facilitator in blood pressure control. The education on blood pressure and treat it, including medicines, changes in lifestyle, weight loss, exercise and support the family helps the patient to control their pressure.

Keywords: Hypertension. Prophylaxis. Self-care.

¹ Enfermeira. Aluna do curso de Especialização em Saúde da Família - LABORO.

² Enfermeira. Aluna do curso de Especialização em Saúde da Família - LABORO.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa posição de destaque no grupo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) devido sua alta prevalência e incidência, considerada uma doença crônica, não transmissível de natureza multifatorial, caracterizada por elevação dos níveis pressóricos acima dos valores considerados normais para a pressão arterial, aumentando a tensão sanguínea dos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos alvos por eles irrigados¹.

Schraiber L.et al.² delimita HAS como um estado onde a pressão arterial sistólica (PAS) é maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) é maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2006 em pesquisa realizada no Brasil foram detectados cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais; também ficou evidenciado que esse número é crescente, com seu aparecimento cada vez mais precoce, estimando-se ainda que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras³.

A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo³.

Os valores pressóricos variam muito segundo sexo, idade, raça, área geográfica e nível sócio-econômico⁴. O sedentarismo, tabagismo, etilismo, excesso de sal, obesidade e estresse e outras causas como renais, anticoncepcionais orais, gravidez, coarctação da aorta, neurológicas e endócrinas também são responsáveis

pela elevação da pressão arterial^{5, 6}. A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais³.

O diagnóstico é baseado na anamnese (hábito, utilização de drogas, historia familiar); exame físico (verificação de PA, pulsos, IMC) e avaliação laboratorial (exame de urina, creatinina, potássio, glicemia, perfil lipídico e eletrocardiograma) para confirmação da pressão arterial, avaliar lesões em órgãos alvos, identificar fatores de riscos e diagnosticar a etiologia da hipertensão.

A classificação diagnóstica da hipertensão arterial em adultos de acordo com as diretrizes Brasileiras da hipertensão arterial classifica-se como Ótima (PAS \leq 120mmHg e PAD \leq 80mmHg); Normal (PAS \leq 130mmHg e PAD \leq 85mmHg); Limítrofe (PAS 130-139mmHg e PAD 85-89mmHg); Hipertensão: Grau I, leve (PAS 140-159mmHg e PAD 90-99mmHg), Grau II, moderado (PAS 160-179mmHg e PAD 100-109mmHg), Grau III, grave, (PAS \geq 180mmHg e PAS \geq 110mmHg), Sistólica isolada (PAS \geq 140mmHg e PAS \leq 90mmHg)⁷.

Na hipertensão arterial são definidas quatro categorias de riscos cardiovasculares: grupos de risco baixo com hipertensão de grau I e sem fatores de risco; grupo de risco médio com portadores de HA grau I ou II, com um ou dois fatores risco cardiovasculares; grupo de risco alto inclui portadores de HA grau I ou II que possuem três ou mais fatores de riscos ou HA grau III sem fatores de risco e grupo de risco muito alto HA grau III, que possuem um ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular e renal manifesta¹.

Segundo Schraiber et al.² pode ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito,

sendo estes os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física³.

O tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), assim como o de todas as doenças, visa à melhora dos sintomas e à diminuição dos eventos clínicos. Como a hipertensão cursa de forma assintomática na grande parte das vezes, fica evidente, nessa situação, a importância negativa dos efeitos adversos e dos custos das medicações para os pacientes. Assim, o benefício do tratamento só pode ser aferido por redução da incidência de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e outros eventos cardiovasculares⁸.

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial⁹.

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS³.

O controle, tratamento e reabilitação dos agravos da HA estão entre as prioridades de atenção no sistema de saúde, sendo atribuída à atenção primária a

responsabilidade do diagnóstico precoce, monitoramento da adesão, disponibilização de medicamentos, educação para redução dos riscos de lesões e para a promoção da saúde¹.

A iniciativa de se coletar dados a esse respeito veio da necessidade de observar a quantidade e a qualidade de informações que o paciente detém sobre a hipertensão arterial, desse modo, tentando esclarecer fatores intervenientes relacionados ao próprio paciente em seu cuidado.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e prospectivo, com o objetivo de investigar o perfil epidemiológico, clínico e terapêutico dos pacientes com hipertensão arterial atendidos no Posto de Saúde Sapucaia, localizado na zona urbana no município de Rosário-MA. Compreendeu os meses de agosto a dezembro de 2008.

O universo do estudo foi composto por 105 pacientes cadastrados no Programa de Controle de HAS, atendidos em uma área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Rosário-MA.

O Posto de Saúde da Família, em questão, conta com uma demanda geral de 1041 pacientes em uma faixa etária acima de 18 anos, sendo que 105 hipertensos e 27 diabéticos, com atendimento realizado 03 vezes na semana, composto por consultas, visitas domiciliares, palestras e outras medidas de educação em saúde, realizado pela equipe de profissionais.

A pesquisa foi dividida em períodos referentes a elaboração do projeto de pesquisa, revisão de literatura, coleta de dados, interpretação dos resultados.

A coleta de dados foi efetivada através da aplicação de um questionário com inserções acerca da HAS, elaborado pelas autoras da pesquisa e foi aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde durante a visita domiciliar e pela Enfermeira do Posto de Saúde durante as consultas de enfermagem e pelas autoras da pesquisa.

De posse dos dados de interesse para o estudo, foi feita a análise e estatística utilizando o programa Epi Info. Os resultados estão apresentados em forma de gráficos.

3 RESULTADOS

Dos 1041 pacientes acima de 18 anos atendidos pela equipe do PSF em questão, 105 são portadores de hipertensão arterial, onde 64,8% (68) são do sexo feminino e 35,2% (37) masculino.

Em relação às idades apresentadas pelo grupo controle de hipertensos a faixa etária mais acometida foi a de 66 a 75 anos com 32,4% (34) de casos, seguida por 56 a 65 anos com 22,8% (24), como demonstrado no gráfico abaixo:

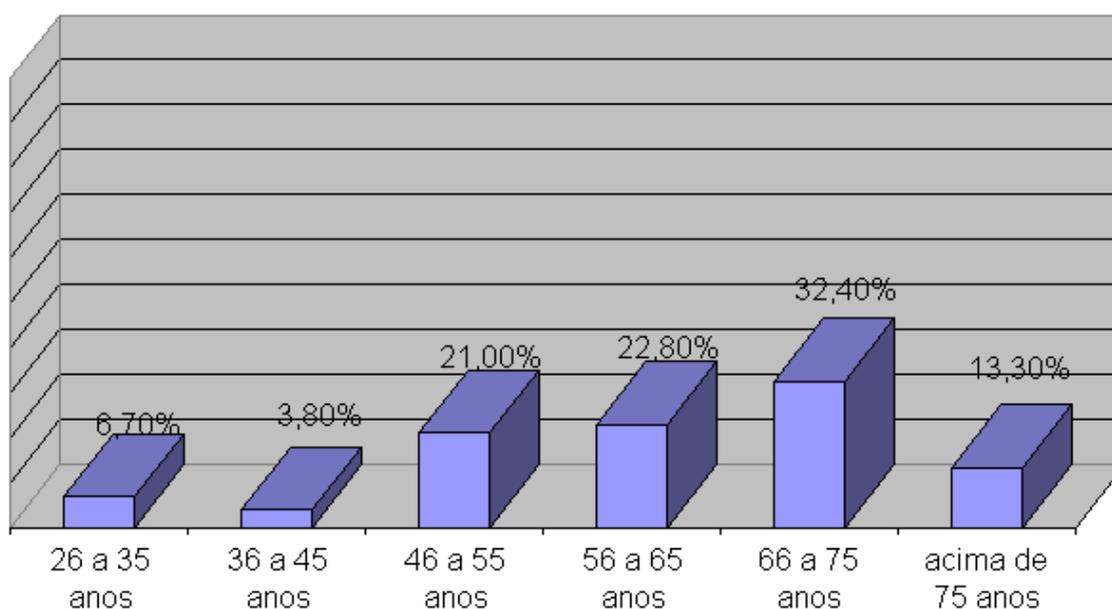


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 105 pacientes, por faixa etária. UBSF Sapucaia, Rosário/MA, 2009.

Dos pacientes estudados 59% (62) eram pardos, seguidos por 20,9% (22) brancos e 20% (21) negros. Na zona urbana foram estudados 62,8% (66) dos pacientes e os outros 37,1% (39) da zona rural.

Dentre as co-morbidades apresentadas, as que mais se destacaram foi acidente vascular cerebral (AVC) com 16,1% (17) e o Diabetes 13,3% (14) dos casos.

Os sintomas mais relatados pelos pacientes, antes destes começarem a utilizar medicação para controle de HAS foram: cefaléia com 40% (42) dos pacientes, tontura com 45,7% (48), dispnéia com 16,1% (17) e ainda sudorese com 2,85% (3) e dormência em extremidades, calafrio e taquicardia com 0,95% (1).

Quanto ao uso da medicação 67,6% (71) pacientes utilizavam captopril, 40% (42) hidroclorotiazida como auxiliar no controle da hipertensão e (19) 18,1%, propranolol.

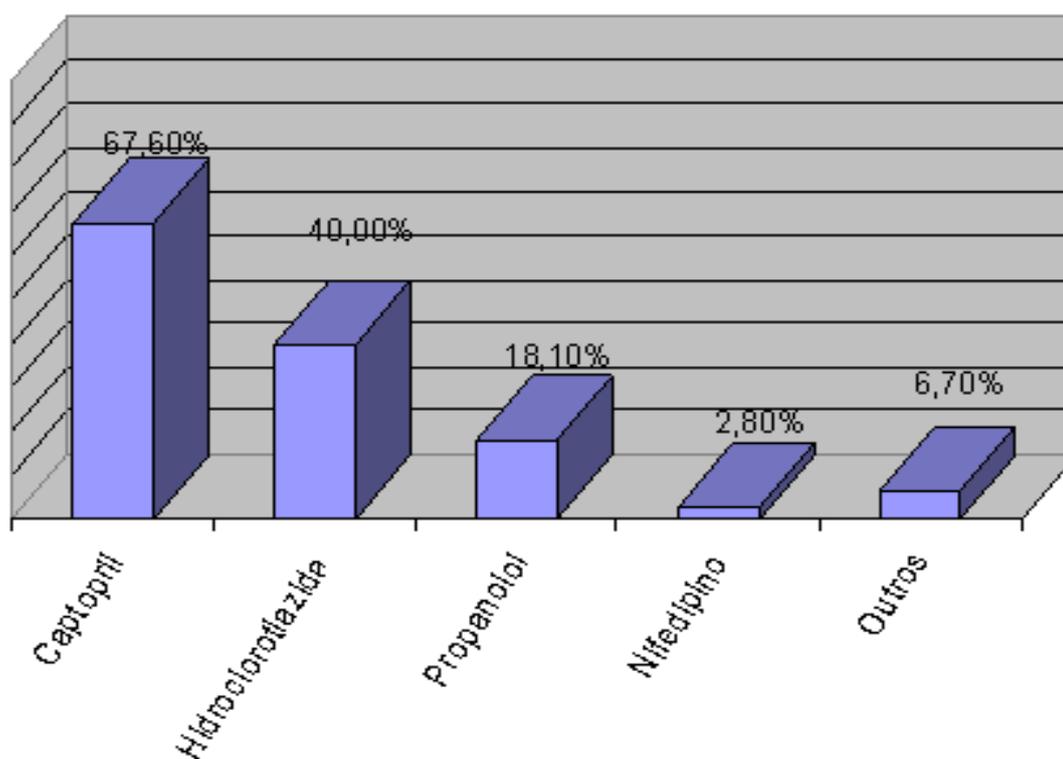


Gráfico 2 - Distribuição dos 105 pacientes, quanto ao uso da medicação. UBSF Sapucaia, Rosário/MA, 2009.

Analisando o conhecimento acerca do conceito de hipertensão arterial 33,3% (35) pacientes relataram saber o conceito da doença, enquanto 66,7% (70) desconheciam como mostra o gráfico a seguir.

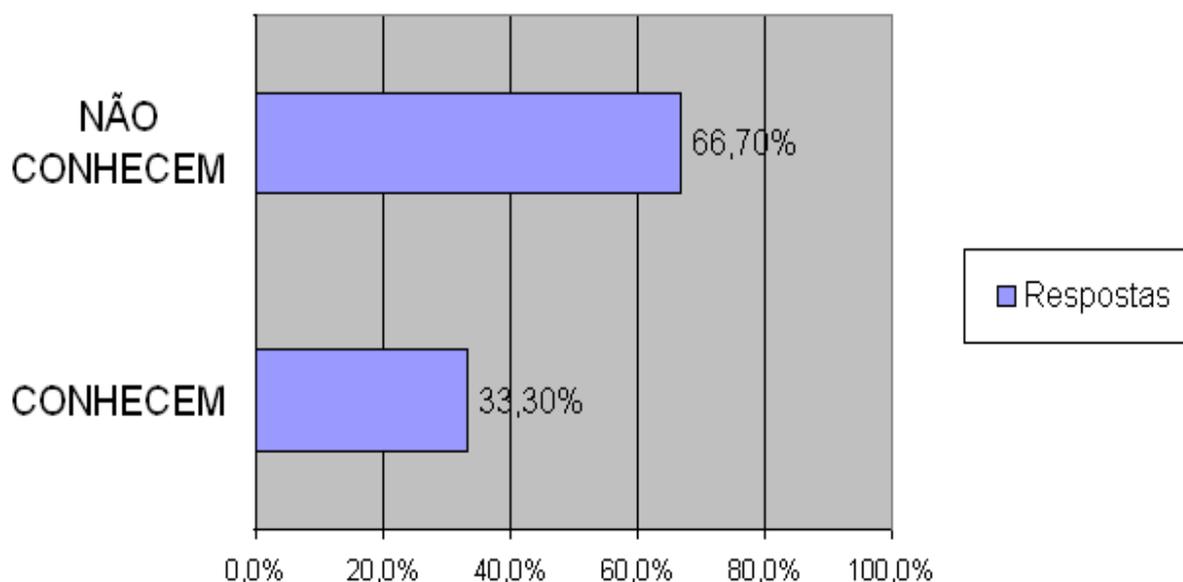


Gráfico 3 - Distribuição dos 105 pacientes quanto ao conhecimento acerca do conceito de hipertensão arterial. UBSF Sapucaia, Rosário/MA, 2009.

Quanto à distribuição da medicação do programa de controle de hipertensão pelo governo, 61,9% (65) dos pacientes afirmam sempre receber, 27,6% (29) receber de vez em quando e 10,4% (11) nunca receberam o medicamento.

Outro aspecto importante foi a frequência com que se faz os exames laboratoriais de rotina para controle e avaliação da hipertensão 49,5% (52) dos pacientes afirmam realizar exames uma vez ao ano, 17,1% (18) duas vezes ao ano, 17,1% (18) mais de duas vezes ao ano e 16,1% (17) não sabem.

Outra frequência importante foi a de se verificar os níveis pressóricos com auxílio do esfignomanômetro e estetoscópio, onde: 9,50% (10) dos pacientes não lembram quantas vezes verificaram a PA por mês, 81% (85) verificaram menos de 05 vezes, 8,60% (9) entre 05 e 15 vezes e 0,90% (1) acima de 15 vezes por mês, como demonstrado no gráfico 4.

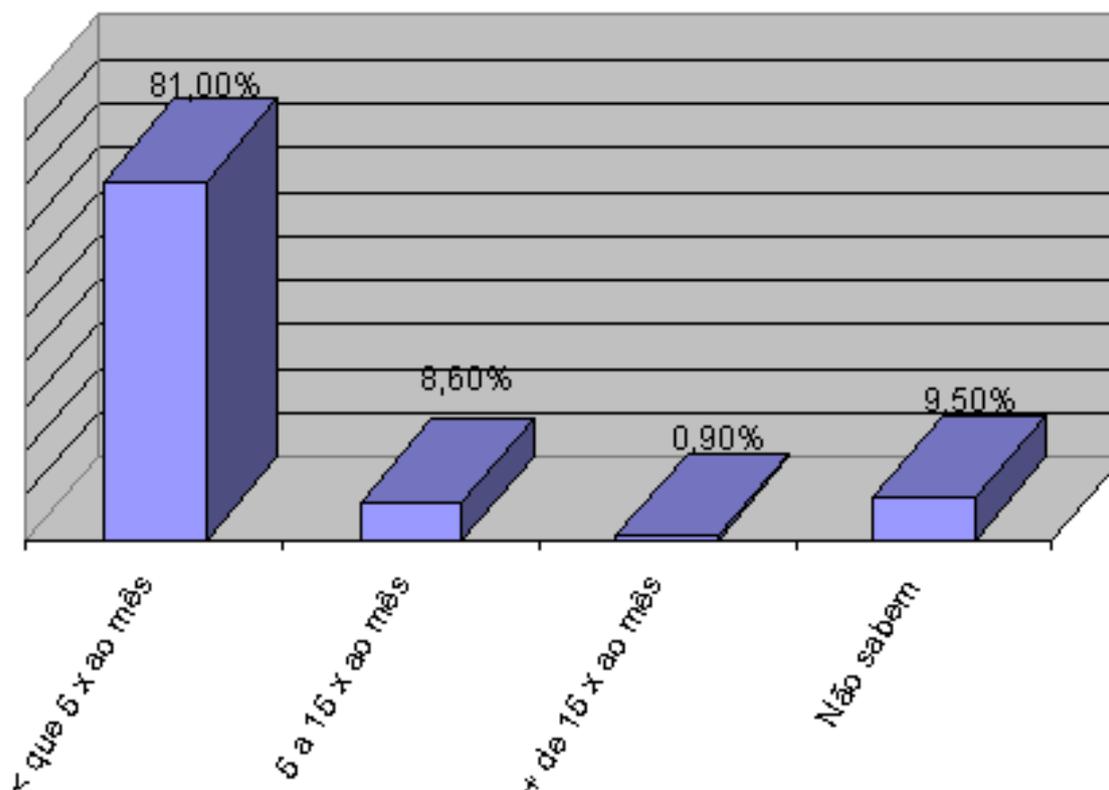


Gráfico 4 - Resposta dos 105 pacientes à frequência mensal média de verificação de PA. UBSF Sapucaia, Rosário/MA 2009.

Em relação à realização de palestras acerca do assunto, 59% (62) dos pacientes afirmam gostar de comparecer às mesmas, enquanto 41% (43) acham que são dispensáveis.

Dentre as medidas profiláticas mais relatadas pelos pacientes, observou-se a redução de sal com (86) 81,9%; em seguida vem redução de açúcar (78) 74,3% e redução de gorduras (41) 39%. (Gráfico 5).

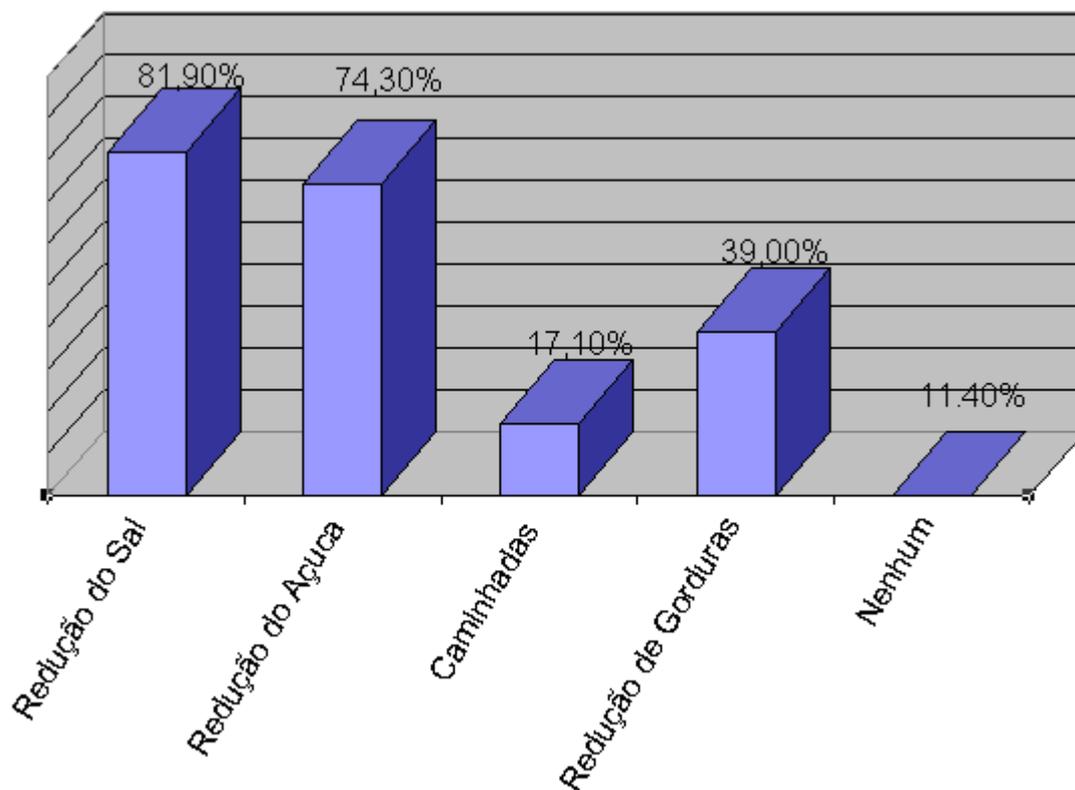


Gráfico 5 - Resposta dos 105 pacientes às medidas profiláticas adotadas pelos pacientes. UBSF Sapucaia, Rosário/MA 2009.

O consumo de álcool foi relatado por 23,8% (25) e o tabagismo 19% (20) dos pacientes.

O fator hereditário foi observado em 69,5% (73) dos pacientes, que afirmaram possuir algum ente familiar também portador de HAS.

E por fim, 89,5% (94) dos pacientes acreditam que de alguma forma o PSF tem se mostrado um agente facilitador no controle da hipertensão, podendo ser visualizado a seguir.

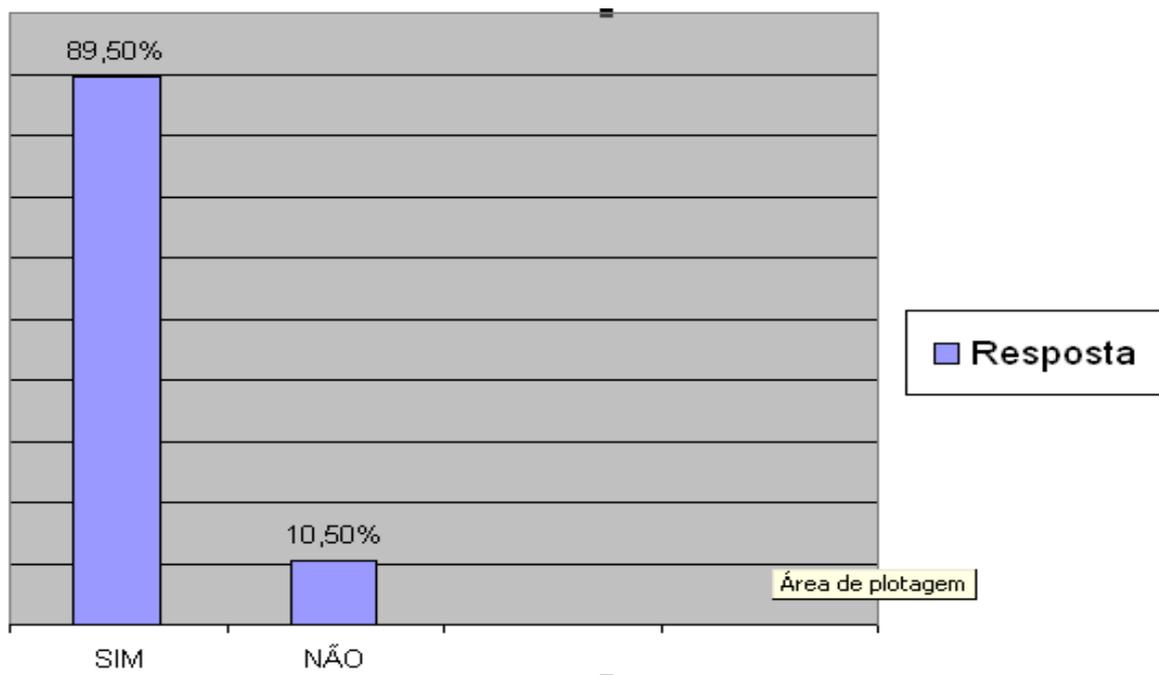


Gráfico 6 - Respostas dos 105 pacientes, à pergunta: O PSF age como um facilitador em seu controle de hipertensão. UBSF Sapucaia, Rosário/MA, 2009.

4 DISCUSSÃO

A hipertensão arterial representa atualmente elevada incidência e sérias conseqüências que a determinam como um dos mais importantes fatores de incapacidade e de morte prematura nas populações adultas do mundo.

Carvalho Filho e Papaléo Netto¹⁰ em sua definição acerca do conceito de hipertensão arterial sistêmica, afirma que a HAS não pode mais ser vista apenas como uma condição clínica em que cifras tensionais estão acima de um determinado valor, na verdade, existe todo um contexto sindrômico, com alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas, entre as quais a própria elevação dos níveis tensionais as dislipidemias, a resistência insulínica, a obesidade centrípeta, a microalbuminúrica, a atividade aumentada dos fatores de coagulação, a redução da complacência arterial e a hipertrofia com alteração da função diastólica.

A faixa etária que se mostrou mais acometida entre os 105 hipertensos da pesquisa, foi a de 56 a 65 anos, 32,3% (34) dos pacientes.

Uma publicação do Ministério da Saúde em 1988 estimou que 15% dos indivíduos com mais de 20 anos e 35% com idade superior a 50 anos apresentavam pressões arterial elevadas, o que corresponde a pelo menos 10 milhões de portadores de HA. Este número tende a aumentar com o passar do tempo e com a elevação da média de vida da população brasileira.

Nieman¹¹ acrescenta que a prevalência da hipertensão arterial aumenta progressivamente com o avanço da idade, chegando a comprometer mais de 60% dos indivíduos com mais de 55 anos, a pressão sanguínea aumenta com o avançar da idade. A PAS cresce linearmente até aproximadamente 80 anos de idade, enquanto a PAD aumenta até atingir um plateau próximo dos 55 anos, acarretando

elevação apenas discreta da prevalência da hipertensão arterial diastólica (HAD), após esta idade.

Analisando o fator sexo, observo-se que a pesquisa foi composta por um contingente maior do sexo feminino 64,7% (69).

Estudos efetuados na Europa revelaram prevalência da hipertensão arterial no sexo feminino. Na Inglaterra 37% das mulheres entre 65 a 74 anos tinham PAS acima de 140 mmHg, enquanto que apenas 30% dos homens apresentavam essa mesma condição¹².

Em relação à raça, encontrou-se valores elevados de PAS e PAD na população parda 59% (62), mas esses valores não podem ser tomados como decisivos, já que o município de Rosário-MA é originalmente composto por grande contingente de população parda.

Ohara e Saito¹ relatam que nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão.

As co-morbidades também são uns fatores importantes a ser ressaltado, já que diminuem consideravelmente a expectativa de vida. Na pesquisa foi observado que 16,1% (17) dos pacientes já haviam sido acometidos por AVC. Amato¹³ relata que nível elevado de PA pode levar ao colapso dos vasos sanguíneos que irrigam cérebro, levando ao acidente vascular cerebral.

No Brasil, em 2003 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares. Dados do Ministério da Saúde evidenciam que a HA afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com

acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresenta hipertensão associada¹.

Um fator que vem sendo discutido nesta pesquisa é o fato de muitas vezes o próprio indivíduo não saber o que realmente vem a ser a hipertensão arterial, isso de certa forma pode prejudicar no próprio auto-cuidado.

Mais da metade do grupo estudado, 66,6% (70) afirmou não saber o que vem a ser a hipertensão arterial. Esse é mais um desafio a ser observado, além de diagnosticar e tratar a hipertensão é necessária explicar ao paciente o mal que o aflige para que o mesmo possa de maneira verdadeira entender a gravidade que ações não planejadas podem causar ao organismo.

O primeiro passo é fazer que o paciente se tranquilize e reconheça que sua elevada pressão sanguínea será uma companheira para toda a vida. A segunda providencia é a compreensão de que haverá necessidade de certas restrições¹⁴.

Na população estudada a medicação mais utilizada foi o captopril, contando com 71 (67,6%) usuários. O propranolol é o segundo mais utilizado com 18% (19) dos usuários. Um grande contingente da população, 61,9% (65) relata sempre receber essa medicação do governo, enquanto que 27,6% (29) afirmam receber ocasionalmente e 10,4% (11) nunca o receberam.

Chopra D et al.¹⁴ ressalta que o tratamento medicamentoso tem como objetivo primordial a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares. São os anti-hipertensivos juntamente como os diuréticos. O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da pressão arterial respeitando-se as características peculiares e a qualidade de vida dos pacientes o que favorece também a diminuição dos efeitos colaterais dos fármacos.

Outro fator tão importante quanto fazer uso de medicação é a realização de exames laboratoriais para manutenção do tratamento, 49,5% (52) pacientes afirmam realizar exames uma vez ao ano, 17,1% (18) duas vezes e 17,1% (18) mais de duas vezes ao ano, 17 pacientes (16,1%) não souberam responder com precisão.

Os exames complementares são realizados com a finalidade de avaliar o estado dos órgãos alvos e procurar causas removíveis de hipertensão arterial. A seleção desses exames se apóia nos elementos obtidos pelo exame clínico¹².

Foi perguntado aos pacientes qual a frequência média de vezes que estes verificavam a medida da pressão arterial. Como resposta obteve-se um percentual acima de 80 (80,9%) de pacientes que verificaram a PA menos de cinco vezes por mês, Segundo oliveira, 2008 as pessoas que não têm pressão alta devem fazer a verificação pelo menos uma vez ao ano. Os que já diagnosticaram a doença devem verificar a pressão de acordo com indicações médicas.

Também é importante ressaltar que certos hábitos que agregam o estilo de vida do paciente podem ser prejudiciais à manutenção da PA. Dentre eles podemos citar o etilismo e o tabagismo. Na pesquisa, o consumo de álcool foi observado em 23,8% dos pacientes e a prática do tabagismo em 19% (20).

Nieman¹¹ relata que o consumo de álcool em excesso causa aumento da pressão arterial é que ainda a hipertensão é quatro vezes mais comum em pessoas que tem o hábito de ingerir álcool em grandes quantidades do que entre as que evitam. O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não – fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo.

Outro fator a ser considerado como predisponente à hipertensão arterial é o da hereditariedade, 69,5% (73) dos pacientes analisados, referiram ter algum grau de parentesco próximo com outros hipertensos. Brunner e Suddarth¹⁵ afirmam que filhos de pais hipertensos tem uma probabilidade maior que a população em geral de virem a apresentar a hipertensão arterial sistêmica.

Dentre as principais medidas de profilaxia observadas no estudo que a redução do sal e a medida de controle mais utilizada pelo paciente. Silva CA et al.¹⁵ dizem que o papel do sódio no controle da pressão arterial há muito tempo tem sido considerado importante fator de desenvolvimento e na intensidade da HAS. A correlação entre o aumento da prevalência de hipertensão e a ingestão de sal é bastante citada na literatura. O excesso de sódio de início eleva a pressão arterial por aumento da volemia e conseqüentemente aumento do débito cardíaco. Existem evidências que a simples redução de sódio na dieta induz à queda significativa da pressão arterial sistólica de indivíduos hipertensos além de diminuir o risco de eventos cardiovasculares.

As equipes de saúde da família promove medidas de educação em saúde para estimular a promoção do auto-cuidado, mas algumas vezes o paciente não é atraído pela idéia de assistir palestras sobre seu auto-cuidado, como foi observado no estudo em que quase a metade dos pacientes analisados 40,9% (43) afirmou que as palestras são dispensáveis.

A educação é uma parte essencial do tratamento, constitui um direito e dever do paciente e também um dever dos responsáveis da saúde. As ações educativas devem abranger a importância do conhecimento pelo paciente da sua doença incentivando-o a se tornar mais alto-suficiente em seu controle⁷.

Mais da metade da população-alvo 89,5% (94) acredita que de alguma forma o PSF tem se mostrado um agente facilitador no controle dos níveis de pressão.

O PSF tem a função de desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade, individuais ou em grupo de pacientes hipertensos. Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão do grupo de hipertensos³.

5 CONCLUSÃO

Diante de todos os dados coletados, analisados e utilizados para a confecção deste estudo, observamos o quanto a Hipertensão Arterial continua se mostrando prevalente em nossa realidade.

O nível de conhecimento acerca desta patologia continua baixo, já que apenas um terço da população sabia o que significava ser hipertenso.

O controle, o tratamento e reabilitação dos agravos da HAS esta entre as prioridades de atenção no sistema de saúde, sendo atribuída a Atenção Primária a responsabilidade do diagnóstico precoce, monitoramento da adesão, disponibilizando de medicamentos, educação para redução de riscos de lesões e para a promoção da saúde.

É importante que haja a aproximação do profissional de saúde com o paciente, e que o atendimento deixe de ser apenas “curativo” e vise a questão preventiva para isso é necessário que o paciente também ajude sendo vigilante com seu auto-cuidado, aderindo ao tratamento, implementando as alterações necessárias no estilo de vida, tomando os medicamentos conforme prescrição e fazendo consultas regularmente.

A comunicação ativa entre paciente e profissional de saúde, é a maneira mais direta e eficaz de conscientizá-lo do que realmente está acontecendo com seu organismo assim fazendo com que o mesmo entenda a importância de seguir o tratamento e a necessidade de mudanças no estilo de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Ohara EC, Saito RXS orgs. *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari; 2008.
- 2 Schraiber L. et al. *Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília; 2006.
- 4 Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças não - transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Saúde Coletiva*, 2004.
- 5 Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2006.
- 6 Monteiro Júnior F. *Doenças prevalentes*. São Luís, MA: LABORO – Excelência em Pós-Graduação; 2005.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 8 Mochel EG, Andrade CF. *Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luis (MA)*. São Luis; 2007. [capturado em 2009 jan. 17]. Disponível em: www.saude.ba.gov.br.
- 9 Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. *Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional*. Brasília; 2006. [capturado em 2009 jan. 12]. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.
- 10 Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
- 11 Nieman DC. *Exercício e Saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício sem medicamento*. 1999.
- 12 Lopes M, Medeiros J L. *Semiologia Médica: as bases do diagnóstico clínico*. 05. São Paulo: Revinter; 2004.
- 13 Amato MCM. *Manual para o médico generalista*. São Paulo: Roca; 2001.

- 14 Chopra D et al. *O que você deve saber sobre Hipertensão*. São Paulo: Martin Claret; 1999.
- 15 Silva CA et al. Educação à saúde direcionada ao auto-cuidado em pacientes hipertensão. *Revista Recre@*, Salvador, 2005; 5. [capturado em 2009 jan. 26]. Disponível em: www.micat.net.
- 16 Brunner; Suddarth. *Tratado de Enfermagem Médica e Cirúrgica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

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

QUESTIONÁRIO

01. SEXO: Masculino Feminino
02. IDADE:
- menor de 25 26 aos 35; 36 aos 45;
 46 aos 55; 56 aos 65; 66 aos 75;
 mais de 75.
03. RAÇA: branco pardo negro índio
 mulato
04. TERRITÓRIO: rural urbano
05. CO-MORBIDADES PRESENTES
- diabetes Doença cardiovascular
 Acidente vascular cerebral HAS na gestação
 Problemas renais outros: _____
06. SINTOMAS APRESENTADOS ANTES DE UTILIZAR A MEDICAÇÃO.
- cefaléia tontura dispnéia
 outros: _____
07. MEDICAÇÃO UTILIZADA.
- captopril propranolol
 hidroclorotiazida nifedipino
 furosemida outros: _____
08. SINTOMAS APRESENTADOS AO SE FAZER USO DA MEDICAÇÃO.
- nenhum tosse tontura
 dispnéia outros: _____
09. ALFABETIZADO? sim não
10. SABE O QUE É HIPERTENSÃO ARTERIAL? sim não

11. RECEBE MEDICAÇÃO DO GOVERNO COM QUE FREQUÊNCIA?

sempre recebe recebe de vez em quando

nunca recebe

12. FAZ EXAMES LABORATORIAS (SANGUE E URINA), QUANTAS VEZES POR ANO?

01 x ao ano 02 x ao ano

não sabe mais de 2x ao ano

13. VERIFICA OS NÍVEIS DE PA QUANTAS VEZES POR MÊS?

não sabe menos de 05 vezes

entre 05 e 15 vezes mais de 15 vezes

14. GOSTA DE ASSISTIR PALESTRAS? sim não

15. MEDIDAS PROFILÁTICAS DE CONTROLE DE PA.

Caminhada redução de sal

redução de açúcar redução de gorduras

outros: _____ nenhum

16. CONSOME BEBIDA ALCOÓLICA? sim não

17. SE SIM, COM QUAL FREQUÊNCIA? _____

18. É FUMANTE? sim não

19. SE SIM, CONSOME QUANTOS CIGARROS AO DIA? _____

20. ALGUÉM NA FAMÍLIA É HIPERTENSO? sim não

21. O PSF AGE COMO FACILITADOR EM SEU CONTROLE DE HIPERTENSÃO?

sim não

Pesquisadora:

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

End.: Rua das Acácias Quadra 38 Casa 07 Renascença CEP: 65.075-010 São Luís-MA Fone: (98) 3235-1557 e-mail: mgama@elo.com

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel.: 2109-8708.

Pesquisadoras: Adriana de Sousa Coelho Leão, Georgina Garcês Braga e Nilde Oliveira dos Santos.

**CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
POPULAÇÃO ATENDIDA POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE ROSÁRIO – MA**

Prezado (a) Senhor (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito do conhecimento dos pacientes sobre Hipertensão Arterial Sistêmica em uma equipe de saúde da família. Para isso, precisaremos fazer algumas perguntas para os pacientes que ajudarão a conhecer a percepção dos pacientes sobre o referido assunto em Rosário/MA. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o paciente quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O paciente poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, co-morbidade, medicação utilizada, sintomatologia prévia, medidas de controle e fatores de riscos. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Unidade de Saúde da Família Sapucaia
Avenida Sapucaia Rua Olho D'água S/N. CEP: 65.150-000.
Rosário-MA.

ANEXO A – Normas da Revista do Hospital Universitário – UFMA

REVISTA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ÓRGÃO OFICIAL DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

NORMAS REDATORIAIS

INSTRUÇÕES AOS COLABORADORES

A Revista do Hospital Universitário órgão oficial do Hospital Universitário é publicada quadrimensalmente, e se propõe à divulgação de artigos concernentes à área da saúde que contribuam para o seu ensino e desenvolvimento.

A Revista do Hospital Universitário passa a seguir o "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Bio Medical Periodical Journals" elaborado pelo "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE), conhecido como "Convenção de Vancouver". É utilizada a 5ª Edição de 1997 publicada no New Engl J Med, 1997, 336(4): 309-315. Os originais dos artigos deverão ser entregues no NUPEC - 5º andar HUUPD - Rua Bárão de Itapary, 227 - Centro. CEP. 65.020-070, São Luís-MA. Brasil / Tel.: (0**98)219.1084 / e-mail: npc@huufma.br

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos apresentados para publicação devem ser inéditos, impressos em computador, espaço duplo, papel branco nos formatos de 210 mm x 297 mm ou A4, em páginas separadas, devidamente numeradas e com margens de 2,5 cm acompanhadas de disquete contendo o respectivo material, digitados no programa Word for Windows 6.0 ou o mais recente, letra arial, tamanho 12. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar duas cópias do trabalho (inclusive das ilustrações) ao editor chefe da revista acompanhadas de carta assinada pelo autor e todos os co-autores autorizando a publicação. Se houver dúvida, o autor deverá consultar diretamente o editor chefe.

FORMA E ESTILO

Os artigos devem ser concisos e redigidos em português no máximo em 15 páginas. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: 1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Texto; 4) Abstract e Key Words; 5) Referências; 6) Endereço completo do autor e e-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

CATEGORIA DOS ARTIGOS

Artigo Original: Deve ser constituído de Resumo, Introdução, Método, Resultados, Discussão, Abstract e Referências. Recomenda-se cuidadosa seleção das referências, limitando-se em cerca de vinte permitindo-se um máximo de seis autores.

Artigo de Atualização e Revisão: O Conselho Editorial incentiva à publicação de matéria de grande interesse

da comunidade científica. O formato é livre, devendo ser preciso, completo e atual. Número de autor: dois.

Relato de Caso: Deve ser restrito a casos relevantes que necessitem de divulgação científica.

Nota Prévia: Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a quinhentas palavras, cinco referências e duas ilustrações.

ORGANIZAÇÃO DOS ARTIGOS

A) Página de Título: O título deve ser redigido em português e em inglês. Deve conter o máximo de informação e o mínimo de palavras. Não deve conter fórmulas, abreviações e interrogações. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do autor(es) seguido de seus títulos profissionais e do nome da Instituição onde o trabalho foi realizado. Para Artigos Originais admite-se até cinco autores e, nos Relatos de Casos e Notas Prévias, apenas três.

B) Resumo: Deve conter no máximo duzentos e cinquenta palavras, em caso de Artigo Original e de Atualização e, cem para Relato de Caso e Nota Prévia. Deve ser informativo, contendo o objetivo, os procedimentos, os resultados com sua significância estatística e as conclusões.

Deve ser compreensível, evitando-se informações vagas e que não estejam no texto, para poderem ser utilizadas amplamente deve conter:

1. Objetivo: com o propósito do trabalho
2. Método: descrição do material dos pacientes e do método.
3. Resultados: descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível com significado.
4. Conclusões.

C) Descritores: De acordo com a lista do Index Medicus. Podendo ser citados até 3 (Três).

D) Introdução: Deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

E) Ética: Toda matéria relacionada à investigação humana e a pesquisa animal deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

F) Método: (inclui o item antes denominado pacientes ou material e método): O texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições

de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores.

G) Resultados: Devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Não fazer comentários nesta sessão reservando-os para o capítulo Discussão.

H) Discussão: Deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluídas as conclusões do trabalho.

I) Abstract: Deverá ser estruturado da seguinte maneira:

1. Background: O propósito do trabalho ou investigação.
2. Methods: Descrição do material e método.
3. Results: Descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível seu significado.
4. Conclusions:

J) Key Words: De acordo com o index Medicus.

K) Referências: Devem ser no máximo de 20 e predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, restringindo-se aos trabalhos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as Normas do Index Medicus. As citações devem ser referidas no texto pelos respectivos números, acima da palavra correspondente sem vírgula e sem parêntese. Observações não publicadas ou referências a "Summaries" de Congressos e comunicações pessoais devem ser citadas no texto, entre parênteses. Ex.: (Attie AD, et al: Hepatology, 1981, 1:492, Summary). Mencionar todos os autores, quando até três, citando apenas os três primeiros, seguidas de et al., quando existirem mais de três autores. Exemplos de formas de referências:

1. em Revista: Jordan PH, Thonby J – Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994, 220(3): 283-296.

2. em Livro: Bogossian L – Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. Rio de Janeiro – Atheneu, 1992.

3. em Capítulo de Livro: Barroso FL, Souza JAG – "Perfurações pépticas gástricas e duodenais". In Barroso FL, Vieira OM (eds) – Abdome agudo não

traumático – Novas propostas. 1ª Edição. Rio de Janeiro. Robe Editora, 1995, pp. 201-220.

4. em Tese e Monografia: Chinelli A. Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Gastroenterológica). Niterói. Universidade Federal Fluminense, 1992, 71 p.

5. em Material eletrônico: a) Artigo: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on line] 1995, jan/mar [cited 1996 jun 5]; 1 (1): [24 telas]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. b) Arquivo de Computador: Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereizid Educational Systems; 1993. c) Monografia em formato eletrônico: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego: CMEA; 1965.

Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas.

TABELAS

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963). As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word.

ILUSTRAÇÕES

São fotografias, gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127 mmx178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a seis (6) para artigos originais e três (3) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto. Deve ser identificada no verso, através de uma etiqueta, com o nome do autor, número e orientação da mesma. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.