

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

EDIZIA CARVALHO REIS

ONOFRE SILVA ARAÚJO

WALLASON MONTEIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS - MA**

São Luís

2011

EDIZIA CARVALHO REIS

ONOFRE SILVA ARAÚJO

WALLASON MONTEIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA**

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

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2011

Reis, Edizia Carvalho

Perfil epidemiológico e terapêutico de pacientes hipertensos atendidos em uma unidade básica de saúde no município de São Luís - MA/Edizia Carvalho Reis; Onofre Silva Araújo; Wallason Monteiro. - São Luís, 2011.

28f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família e Saúde Pública) – Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Hipertensão. 2. Saúde pública. 3. Unidade básica de saúde. Título.

CDU 616.12-008.331.4:614

EDIZIA CARVALHO REIS

ONOFRE SILVA ARAÚJO

WALLASON MONTEIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA**

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

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TERAPÊUTICO DE PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA**

**Epidemiological and therapeutically profile of hypertensive patients seen in a basic
health unit in the city of São Luís – MA**

Edizia Carvalho Reis

Pós-Graduanda em Saúde Pública e Saúde da Família. LABORO/Universidade Estácio de Sá.

Onofre Silva Araújo

Pós-Graduando em Saúde Pública e Saúde da Família. LABORO/Universidade Estácio de Sá.

Wallason Monteiro

Pós-Graduando em Saúde Pública e Saúde da Família. LABORO/Universidade Estácio de Sá.

Resumo

Este estudo teve por objetivo investigar o perfil de pacientes hipertensos na Unidade Básica de Saúde em São Luís – MA. A metodologia utilizada foi um estudo documental em prontuários, sendo que o numero de hipertensos encontrado no período do estudo foi de 25 pacientes, destes, 60% era do sexo feminino, 48% estava com mais de 39 anos, 32% cursaram o ensino fundamental completo, 76% era do lar, 56% eram casados, 76% a renda familiar era entre 2 a 3 salários mínimos, 68% tiveram diagnostico de hipertensão a mais de 6 meses, 72% fazia tratamento do tipo medicamentoso, 52% o fármaco mais utilizado foi o Captopril e 60% tomavam os anti-hipertensivos diariamente. Em termos conclusivos, os dados deste estudo poderão possibilitar a tomada de decisões e direcionar as ações em saúde para a promoção, prevenção e tratamento dos usuários hipertensos.

Palavras-chave: hipertensão; saúde pública; unidade básica de saúde.

¹ Contato - 3225-5964. e-mail: ediziacarvalho@hotmail.com

Summary

This study aimed to investigate the profile of hypertensive patients in primary healthcare unit in Sao Luis - MA. The methodology used was a desk study on patient records, and the number of hypertensive patients found during the study period was 25 patients, of whom 60% were female, 48% were over 39 years, 32% had attended primary school complete, the home was 76%, 56% were married, 76% family income was between 2 to 3 minimum wages, 68% had a diagnosed of hypertension over 6 months, 72% had medical treatment type, 52% drug Captopril was the most used and 60% were taking anti-hypertensive medications daily. In terms conclusive, data from this study will enable the decision-making and direct actions on health promotion, prevention and treatment of hypertensive users.

Key words: hypertension; public health; basic health unit.

Introdução

A Pressão Arterial é a força exercida sobre uma superfície, por unidade de área. Neste sentido, pressão arterial nada mais é do que a pressão existente no interior das artérias ou em suas paredes já que, pelo principio de Pascal, qualquer pressão aplicada a um fluido confinado em um vaso, transmite-se integralmente a todos os pontos do fluido e às paredes do vaso que o contém¹.

A Hipertensão Arterial (HA) é caracterizada pela força lateral existente na parede das artérias, através da qual, o sangue é transportado para todo o corpo, depende da força de contração ventricular, onde se determinada a pressão sistólica ou pressão máxima e do relaxamento destes ventrículos, indicando a resistência vascular que representa a pressão diastólica ou pressão mínima². De acordo com Smeltzer; Bare³ a HA é definida como uma doença crônica, e uma pressão sistólica superior a 140 mm Hg e uma pressão diastólica maior que 90 mm Hg, com base na media de duas ou mais

mensurações da pressão arterial obtida em dois ou mais contatos com o profissional de saúde depois de uma triagem inicial.

A Hipertensão ideal está representada por uma pressão sistólica inferior a 120 mmHg e a pressão diastólica inferior a 80 mmHg, mais precisamente 110 mmHg (sistólica) e 70 mmHg (diastólica), mas pode-se considerar também como pressão normal, uma pressão sistólica menor que 130 mmHg e uma pressão diastólica menor que 85 mmHg em um indivíduo adulto, sem uso de anti-hipertensivos e sem comorbidades associadas⁴.

A HA constitui em um parâmetro fisiológico que acomete qualquer grupo populacional e faixa etária, além da predisposição genética, um fator importante para o desencadeamento da doença, o estilo de vida da população quando não é saudável, também contribui bastante para sua ocorrência, podendo ser adequadamente ajustado ao longo da vida⁵.

No mundo contemporâneo, a HA é um dos principais problemas de saúde pública pela sua magnitude, pelo risco e pelas dificuldades no seu controle, pois trata de uma doença crônica não-transmissível, de forma que sua gravidade se pode associar devido aos atributos biológicos e demográficos das populações, do estilo de vida, do ambiente físico, psicossocial e das características da organização dos serviços de saúde e respectivas interações entre estes vários elementos⁶.

Para o diagnóstico da hipertensão arterial é feito quando indivíduos que não utilizam medicação anti-hipertensiva e sem comorbidade, apresentarem persistência de pressão arterial sistólica igual ou maior de 140mmHg e/ou pressão diastólica igual ou maior de 90mmHg, sendo esse diagnóstico confirmado pelo menos duas ou mais leituras, feitas em três ou mais avaliações de saúde, com intervalos regulares⁷.

É, na maioria das vezes, chamada de “assassino silencioso”, pois essa patologia em que os portadores são assintomáticos e que desconhecem a causa exata para o surgimento da Hipertensão Arterial, mas é sabido que a hipertensão é uma condição multifatorial. O tabagismo não causa Hipertensão Arterial, contudo, se uma pessoa hipertensa fuma seu risco de mortalidade por cardiopatia aumenta de maneira significativa⁸.

Segundo Wille⁹, o desenvolvimento de hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não seja completamente conhecido como estas interações ocorrem. Sabe-se, no entanto, que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Assim a hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular.

A modificação no perfil da população brasileira em relação aos hábitos alimentares e de vida indicam uma exposição cada vez mais intensa aos riscos cardiovasculares, também a quantidade de alimentos ingeridos, a composição dessa dieta provoca alterações relevantes no peso corporal e na distribuição de gordura. Assim, determina um aumento progressivo da prevalência da obesidade que em associação com a baixa frequência de atividade física, contribui para o aumento da incidência da hipertensão arterial¹⁰.

Péres; Magna; Viana¹¹ relatam que o tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamento, a modificação de hábito de vida. O reconhecimento da mudança desses hábitos leva à prevenção do aparecimento dos

fatores de risco, modificando a historia evolutiva dos agravos associados à HA, tornando ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalencia¹².

Quanto ao tratamento da HA, sua efetivamente pode reduzir suas complicações, colocando o grupo de hipertensos praticamente no mesmo risco da população geral, e, com isso apresentando impacto positivo quanto à morbimortalidade destes pacientes¹³. O descontrole da pressão arterial alta, hoje tem constituindo a principal causa de morte no Brasil. Segundo especialistas, a tendência das taxas de mortalidade devido a esta causa é aumentar não apenas pelo aumento da expectativa de vida, mas principalmente pelo estilo de vida que os brasileiros da sociedade moderna estão aderindo, cada vez menos saudável. O maior desafio para o Ministério da Saúde no Brasil é fazer com que a população modifique seus hábitos e alcancem um estilo de vida mais saudável e produtivo¹⁴.

No Brasil, segundo dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabete Melitus de 2001, apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade, cerca de 36% e 10%, respectivamente. Estima-se que mais de 15 milhões de brasileiros têm hipertensão arterial, sendo aproximadamente 12.410.753 usuários do SUS. Mais de 1/3 desconhecem a doença e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnostico apresentam níveis adequados de pressão arterial com tratamento proposto¹⁵.

Essa patologia afeta de 11% a 20% da população adulta com idade superior a 20 anos. Cerca de 85% dos clientes que sofrem acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vitimas do infarto agudo do miocárdio apresentam hipertensão arterial associada. No Maranhão, de acordo com os dados do Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), existem 267.522 hipertensos cadastrados e em sua capital São Luís, 22.401¹⁶.

A HA e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta frequência de internações hospitalares, sendo a insuficiência cardíaca a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares e duas vezes mais frequentes que as internações por acidente vascular cerebral. Em 2005, ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de 1.323.775.008,28¹⁷. Sendo assim, a finalidade dos cuidados de enfermagem nos pacientes hipertensos visa à diminuição e ao controle da pressão arterial, sem efeitos adversos e sem custo impróprio.

Para avaliar esses objetivos, a enfermagem deve apoiar e ensinar o paciente a aderir ao esquema terapêutico por meio da implementação das alterações necessárias ao estilo de vida, da ingestão dos medicamentos de acordo com a prescrição e agendando consultas periódicas de acompanhamento com profissional de saúde para monitorar o desenvolvimento ou identificar e tratar quaisquer complicações da doença ou terapia¹⁸.

Diante de tais pressupostos, este trabalho teve por objetivo investigar o perfil de pacientes hipertensos na Unidade Básica de Saúde no município de São Luís – MA, para tanto, foi necessário traçar o perfil socioeconômico dos pacientes e verificar o padrão de tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos hipertensos.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo quantitativo realizado com 25 (vinte e cinco) pacientes hipertensos que deram entrada na Unidade Básica de Saúde do município de São Luís – MA, no período dezembro/2010 a junho/2011. Como instrumento de coleta de dados foi elaborado um formulário, cujas variáveis contemplam informações relacionadas aos objetivos propostos.

Fez-se um levantamento dos prontuários dos pacientes, cujas informações foram catalogadas e transcritas para o formulário. Em seguida, os dados foram analisados pelo Programa Excel 2007, mensurados, tabulados e representados em forma de tabelas. Foi

garantido sigilo quanto à identidade dos pacientes, assim como a pesquisa foi realizada de forma ética cumprindo as normas e diretrizes preconizadas na Resolução Nº 196/96.

Ressalta-se que para o desenvolvimento dos procedimentos de coleta dos dados foi formalizada a solicitação através de ofício através do qual os pesquisadores comprometeram-se em executar a pesquisa sob a supervisão do orientador em cumprimento ao descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 25 pacientes hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Cohab no município de São Luís – MA, no período de dez./2010 a jun./2011, foi observado que, 60% dos participantes eram do sexo feminino, 48% estavam com mais de 39 anos e 32% cursaram o ensino fundamental completo, 76% referiram atividade do lar, 56% eram casados e em 76% foi detectado que a renda familiar era de 2 a 3 salários mínimos. (Tabela 1). Quanto ao diagnóstico dos hipertensos, foi possível detectar que 68% tiveram diagnóstico de hipertensão a mais de 6 meses. (Tabela 2)

Quanto ao tipo de tratamento, 72% faziam tratamento do tipo medicamentoso, sendo que na maioria (52%) o fármaco mais utilizado foi o Captropil. No que se refere à frequência do uso dos medicamentos, observou-se que 60% tomavam os anti-hipertensivos diariamente. (Tabela 3). Ao ser analisado a associação entre os fatores de risco e doenças concomitantes foi possível verificar que o sedentarismo (42%), o tabagismo (33%), aos antecedentes familiares (11%), Diabetes Mellitus Tipo I e o sobrepeso/obesidade, mostraram associação significativa com a HA (7%). (Tabela 4)

Tabela 1 – Distribuição dos 25 pacientes hipertensos segundo o perfil socioeconômico. UBSF Cohab. São Luís – MA, 2011

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	10	40
Feminino	15	60
TOTAL	25	100
Faixa etária		
De 15 a 20 anos	1	4
De 21 a 26 anos	1	4
De 27 a 32 anos	4	16
De 33 a 38 anos	7	28
Mais de 39 anos	12	48
TOTAL	25	100
Grau de instrução		
Ensino Fundamental Completo	8	32
Ensino Fundamental Incompleto	6	24
Ensino Médio Completo	5	20
Ensino Médio Incompleto	4	16
Ensino Superior	2	8
TOTAL	25	100
Profissão		
Do lar	19	76
Trabalha fora	6	24
TOTAL	25	100
Estado civil		
Solteiro (a)	5	20
Casado (a)	14	56
Viúvo (a)	4	16
União estável	2	8
TOTAL	25	100
Renda Familiar		
01 Salário mínimo	6	24
De 02 a 03 salários mínimos	19	76
TOTAL	25	100

Tabela 2 – Distribuição dos 25 pacientes hipertensos segundo o tempo de diagnóstico. UBSF Cohab.

São Luís – MA, 2011

Variáveis	N	%
Tempo de diagnóstico		
2 a 4 meses	3	12
4 a 6 meses	5	20
Mais de 6 meses	17	68
TOTAL	25	100

Tabela 3 – Distribuição dos 25 pacientes hipertensos segundo o tipo de tratamento, medicamentos utilizados e frequência. UBSF Cohab. São Luís – MA, 2011

Variáveis	N	%
Tipo de tratamento		
Medicamentoso	18	72
Não medicamentoso	1	4
Misto (medicamentoso + não medicamentoso)	6	24
TOTAL	25	100
Medicamento utilizado		
Captopril 25mg	13	52
Propranolol	1	4
Hidroclorotiazida	2	8
Enalapril	3	12
Outros	6	24
TOTAL	25	100
Frequência de uso		
Diariamente	15	60
Quando lembra	3	12
Somente quando a pressão aumenta	7	28
TOTAL	25	100

Tabela 4 – Distribuição dos 25 pacientes hipertensos segundo os fatores de risco e doenças concomitantes. São Luís – MA, 2011

Variáveis	N	%
Fatores de risco e doenças concomitantes		
Antecedentes familiares	12	48
Sobrepeso/Obesidade	1	4
Sedentarismo	8	32
Tabagismo	3	12
Diabetes Mellitus Tipo 1	1	4
TOTAL	25	100

Discussão

Pesquisa desenvolvida por Nunes; Oliveira¹⁹, ao estudarem os fatores sociodemográficos que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão, identificaram que 72% da população estudada eram no sexo feminino, dados que se assemelham aos escores encontrados. Entretanto, fazendo paralelo entre as outras variáveis com escores de Lima; Gazetta²⁰ detectou-se algumas divergências, pois os pesquisadores diagnosticaram que a maior parte da população estudada encontrava-se na faixa etária de 56 a 65 anos e um impacto de 90% com ensino fundamental incompleto.

Pessuto; Carvalho²¹ revelam que a predominância da hipertensão em mulheres, principalmente após os 40 anos, é pelo fato das mesmas perderem a proteção dos hormônios femininos e, por isso, passam a desencadear a pressão arterial e, isso se dá também, pelas mudanças dos hábitos de vida das mulheres que passam a fazer com mais frequência, o uso de anticoncepcional e do tabagismo.

Uma maior prevalência de mulheres identificadas nesse estudo pode ser justificada devido às mulheres procurarem mais a rede pública para tratamento de doenças, pois segundo Araújo; Garcia²², as mulheres procuram mais os serviços do HIPERDIA e pedem medicação para si e para o esposo, alegando que esteja trabalhando.

Paiva; Bersusa; Escuder²³ asseveram que a educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento, portando a participação ativa do individuo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações. Nesse sentido, Simonetti; Batista; Carvalho²⁴ reforçam que havendo maior nível de escolaridade, há uma interferência direta na assimilação das orientações necessárias ao tratamento.

Pierin et al.²⁵ apontam que o estado civil também deve ser destacado, pois consideram o suporte familiar oferecido não só pelo cônjuge, mais demais membros da família tenderia a apoiar o hipertenso, facilitando a sua inserção no contexto da doença e tratamento. A condição socioeconômica é um fator que pode influenciar na gênese e tratamento da hipertensão arterial, pois a falta de recursos financeiros está aliada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e para o cumprimento do tratamento, por exemplo, na aquisição dos medicamentos, indicador que contribui para a realidade verificada neste estudo²⁶.

Sanchez; Pierin; Mion Jr.²⁷, ao realizarem pesquisa sobre a comparação dos perfis dos pacientes hipertensos identificaram que a maioria (39,5%) verificaram que o diagnóstico inicial foi há mais de 10 anos, dados contrários aos dessa pesquisa. O diagnóstico precoce, segundo Lessa²⁸, é importante para que os portadores de hipertensão possam adotar ações para o controle da hipertensão através de um tratamento adequado, pois, segundo o autor, a hipertensão arterial é considerada uma doença na maioria das vezes assintomática.

Carvalho²⁹ reforça ainda que o conhecimento do diagnostico, para muitos indivíduos, serve para mudar alguns hábitos a fim de conviver bem com a hipertensão, portanto, se não houver mudanças associadas ao uso inadequado de drogas, os pacientes

podem ficar expostos a agressões crônicas, tornando-se mais vulneráveis às doenças das artérias coronárias como infarto do miocárdio e morte súbita. Guimarães; Ribas³⁰, ao avaliarem a compreensão dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão arterial e seu tratamento versus controle pressórico, onde foram apontados que 61% dos sujeitos pesquisados faziam tratamento medicamentoso, cujos escores encontrados assemelham-se com os achados neste estudo.

Praxedes et al.³¹ relatam que o Captopril é considerado a droga de uso não parenteral mais segura nas situações em que a elevação da PA não está associada à lesão aguda de órgão-alvo, tendo o início de ação mais rápido entre os inibidores da enzima conversora da angiotensina, o que poderá justificar que a maioria dos indivíduos que participaram deste estudo usarem esse tipo de medicação.

Quanto à frequência do uso dos medicamentos, tal achado demonstra um aspecto positivo da amostra estudada, contrariando a literatura, pois conforme Saavedra³², um dos principais entraves do controle eficaz da hipertensão é a própria terapêutica. Isto porque muitos hipertensos não tomam os medicamentos, por esquecimento, por não encontrar motivos para fazer uma terapêutica vitalícia, ainda mais quando alguns fármacos provocam efeitos secundários muito desagradáveis. Alencar; Dantas³³ explicam que há uma redução de morbidade e mortalidade, por doenças do sistema cardiovascular, em indivíduos treinados fisicamente no subgrupo de hipertensos.

O sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais, ou seja, para deixar de fazer parte deste grupo o indivíduo necessita gastar no mínimo 2200 calorias por semana em atividade física³⁴. O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à

insulina, abandono do tabagismo e controle do estresse. Contribui, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão³⁵.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o maior fator de risco evitável de morbidade e mortalidade. O hábito do tabagismo eleva a pressão arterial e a frequência cardíaca, porém o uso prolongado de nicotina não se associa a maior prevalência de hipertensão mais aumenta o risco de doença coronariana, AVC e morte súbita³⁶.

Considerando essa tendência crescente do sobrepeso e obesidade na população brasileira e sua associação com fatores de risco cardiovasculares, esse estudo reforça a necessidade de intervenções visando reduzir o peso corporal, em especial a gordura central, ação de extrema importância para prevenção e controle das doenças cardiovasculares na população³⁷.

Diante do exposto concluiu-se que dos 25 pacientes hipertensos que deram entrada na referida Unidade de Saúde Básica durante o período anteriormente mencionado, houve predominância do sexo feminino e grande parte estava na faixa etária acima de 39 anos. Em relação ao grau de instrução, verificou-se predomínio do ensino médio completo e quanto à profissão, a maioria era do lar. Em relação ao estado civil, boa parte dos pacientes era casada, com renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos. Quanto ao diagnóstico da doença, foi possível detectar que a maioria obteve diagnóstico a mais de 6 meses. No tocante ao tipo de tratamento, a maioria fez referência ao tratamento medicamentoso com indicação do Captopril como o fármaco mais utilizado diariamente. Ficou evidente que o sedentarismo representou um dos fatores de risco mais significativos, associado à hipertensão, para boa parte dos pacientes, assim como Diabetes Mellitus Tipo I e o sobrepeso/obesidade, mostraram associação significativa com a HA.

Considera-se, portanto, que a HA é uma doença crônica e que perdura durante toda a vida, que apenas pode ser controlada e não curada, é necessário que os pacientes com hipertensão arterial sejam norteados e esclarecidos com finalidade de adquirirem uma visão mais precisa quanto à patologia, fazendo com que venham a refletir sobre a mudança dos seus hábitos, adquirindo assim, qualidade de vida. Considera-se necessário a realização de outros trabalhos semelhantes, a fim de caracterizarem e adequarem suas ações em saúde, bem como outras dimensões da assistência aos pacientes hipertensos.

Referências

1. Drager LF et al. Síndrome da apnéia obstrutiva do sono e sua relação com a hipertensão arterial sistêmica: evidências atuais. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 78 (5): 531-6.
2. Costa Filho G, Barbieri RL. *Enfermagem básica: teoria e pratica.* 2a ed. São Paulo: Ridell; 2003.
3. Smeltzer SC, Bare, BG. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.* 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
4. Ministério da Saúde. *Hipertensão arterial sistêmica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo.* Brasília: MS; 2002.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico.* 2a ed. Rio de Janeiro: ANS; 2007.
6. Garcia SMS et al. Aspectos socioepidemiológico e clínicos de portadores de hipertensão arterial. *Rev. Enferm. UFPE On Line.* 2007; 1 (2): 149-56.
7. Cavalcanti AM. et al. *Hipertensão: protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica.* Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2004.
8. Nobre F, Lima NKC. *Hipertensão Arterial: conceito, classificação e critérios diagnósticos* In: *Manual de Cardiologia SOCESP.* São Paulo: Atheneu; 2000. p.303.
9. Wille, O. O papel do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona no desenvolvimento da Hipertensão Arterial associada à obesidade. *Revista Brasileira de Hipertensão.* 2000; 7(2).
10. Peixoto MRG et al. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(6): 1065-72.
11. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e praticas. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(5): 635-42.

12. Teodósio MR. et al. Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco – Brasil. Rev. Assoc Méd Brás. 2004; 50(2): 158-62.
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2007; 89(3).
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: MS; 2001.
15. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº 15: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: MS; 2006.
16. Ministério da Saúde. Atenção básica: hiperdia. 2008. Disponível em <http://www.hiperdiadatasus.gov.br>.
17. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardio1. 2007; 89(3): 24-78.
18. Amaral CFS, Carneiro JG. Crise hipertensiva. In: MTB Erazo GC. Urgências em pronto socorro. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.544.
19. Nunes TS, Oliveira JS. Fatores sócio-demográficos que interferem na adesão do tratamento dos portadores de hipertensão arterial. In: 10º Encontro de Extensão; 2008.
20. Lima LPM, Gazetta CE. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. Arq Ciênc Saúde. 2007; 14(2): 88-94.
21. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev. Latinoam Enfermagem. 2001; 11(3): 415-22.
22. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev. Eletrônica Enfermagem. 2006; 8(2): 259-72.
23. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família no município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(2): 377-85.
24. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev. Latinoam Enfermagem. 2002; 10(3): 415-22.
25. Perin GMA et al. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p.11-25.

26. Sadala ML, Mendes IM. Vivenciando a hipertensão. Rev. Soc. Cardiol. 2001; (3): 1-6.
27. Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Júnior D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em pronto-socorro e em tratamento ambulatorial. Rev. Esc. Enferm. USP. 2004; 38(1): 90-8.
28. Lessa I. Não adesão ao tratamento da hipertensão: consequências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: Nobre F, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001. p.96.
29. Carvalho MHC. Hipertensão arterial: o endotélio e suas múltiplas funções. Revista Brasileira de Hipertensão. 2001; 8(1): 76-88.
30. Guimarães MV, Ribas LFO. Avaliação da compreensão dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão arterial e seu tratamento versus controle pressórico. Rev. Bras Méd Fam e Com. 2006; 1(4).
31. Praxedes JN et al. Encontro multicêntrico sobre crises hipertensivas: relatório e recomendações. J Bras Nefrol. 2001; (78): 156-8.
32. Saavedra J. Hipertensos não tomam medicamentos. 2009. Disponível em: <http://www.saudinha.com>.
33. Alencar NA, Dantas E. Avaliação da percepção dos hipertensos sobre a importância da atividade física no controle da pressão arterial. In: Livro de Memórias do 3º Congresso Científico Norte-Nordeste – CONAFF; 2007.
34. Bini I C. Elaboração de programa de prevenção e verificação dos fatores de risco para as coronariopatias. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
35. Zaitune MPA et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(2): 285-294.
36. Stamm ANF et al. Perfil clínico-epidemiológico de uma população de hipertensos idosos. Revista Brasileira de Medicina. 2005; 62(6).
37. Rezende FAC et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2006; 87(6): 728-734.

ANEXO

ANEXO A - Normas de publicação.

Introdução

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde*: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil é uma publicação trimestral de caráter técnico-científico destinada aos profissionais dos serviços de saúde e editada pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDEP/SVS), do Ministério da Saúde. Sua principal missão é difundir o conhecimento epidemiológico visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, o SUS. Nela, também são divulgadas portarias, regimentos e resoluções do Ministério da Saúde, bem como normas técnicas relativas aos programas de prevenção e assistência, controle de doenças e vetores.

Modelos de trabalhos

O Corpo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades: (1) **Artigos originais** nas diversas linhas temáticas – avaliação de situação de saúde; estudos etiológicos; avaliação epidemiológica de serviços; programas e tecnologias; e avaliação da vigilância epidemiológica (limite máximo; 20 laudas) –; (2) **Artigos de revisão** crítica – sobre tema relevante para a Saúde Pública – ou de atualização em um tema controverso ou emergente (limite máximo: 30 laudas); (3) **Ensaio** – interpretações formais, sistematizadas, bem desenvolvidas e concludentes de dados e conceitos sobre assuntos de domínio público pouco explorados (limite máximo: 15 laudas) –; (4) **Relatórios** de reuniões ou oficinas de trabalho realizadas para discutir temas relevantes à Saúde Pública, suas conclusões e recomendações (número máximo de 25 laudas); (5) **Artigos de opinião** – comentários curtos, abordando temas específicos –; (6) **Notas prévias**; e (7) **Republicação** de textos considerados relevantes

para os serviços de saúde, originalmente editados por outras fontes de divulgação técnico-científica.

Apresentação dos trabalhos

Cada trabalho proposto para publicação deverá ser elaborado tendo por referência os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(1): 7-34, disponíveis nas páginas eletrônicas da Secretaria de Vigilância em Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1133) e do Instituto Evandro Chagas (IEC) de Belém, Estado do Pará, vinculado à SVS/MS (www.iec.pa.gov.br, coluna Periódicos, *link* Pesquisa de títulos)]. O trabalho apresentado deverá ser acompanhado de uma carta de apresentação dirigida ao Corpo Editorial da revista. Os autores de artigos originais, artigos de revisão e comentários responsabilizar-se-ão pela veracidade e ineditismo do trabalho apresentado na carta de encaminhamento, na qual constará que: a) o manuscrito ou trabalho semelhante não foi publicado, parcial ou integralmente, tampouco submetido a publicação em outros periódicos; b) nenhum autor tem associação comercial que possa configurar conflito de interesses com o manuscrito; e c) todos os autores participaram na elaboração do seu conteúdo intelectual – desenho e execução do projeto, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica e aprovação da versão final. A carta deverá ser assinada por todos os autores.

Formato de um trabalho para publicação

O trabalho deverá ser digitado em português do Brasil, em espaço duplo, fonte Times New Roman tamanho 12, no formato RTF (Rich Text Format); impresso em folha-padrão A4 com margens de 3cm; e remetido em uma cópia impressa e gravação magnética (CD-ROM; disquete), exclusivamente por correio. Tabelas, quadros, organogramas e fluxogramas apenas serão aceitos quando elaborados em programas do

Microsoft Office (Word ou Excel); e figuras (gráficos, mapas, fotografias), se laboradas nos formatos EPS (Encapsulated PostScript), BMP (Bitmap/Windows) ou TIFF (Tag Image File Format), no modo de cor CMYK. Todas as páginas deverão ser numeradas, inclusive as das tabelas e figuras. Não serão aceitas notas de texto de pé de página. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá contar com uma página de rosto em que parecerão o título completo e resumido do estudo, em português e inglês, nome do autor ou autores e instituições por extenso, resumo e *summary* (versão em inglês do resumo) e rodapé –; e, nas páginas seguintes, o relatório completo – Introdução; Metodologia, Resultados,

Discussão, Agradecimentos, Referências bibliográficas e tabelas e figuras que o ilustrem, nesta ordem. Cada um desses itens será obrigatório para os artigos originais; as demais modalidades de artigos poderão dispor desse ou de outro formato, à escolha do autor, sempre pautado na racionalidade, objetividade, clareza e inteligibilidade.

A seguir, apresenta-se o conteúdo a ser contemplado por cada um desses itens:

Página de rosto

A página de rosto é composta do título do artigo – em português e inglês, em letras maiúsculas – seguido do nome completo do(s) autor(es) e da(s) instituição(ões) a que pertence(m), em letras minúsculas. É fundamental a indicação do título resumido, para referência no cabeçalho das páginas da publicação. O **Resumo** do estudo, com número máximo de 150 palavras, descreverá, sucinta e claramente, seu objetivo, metodologia, resultados e conclusão, em um único parágrafo, em texto contínuo. Imediatamente após o Resumo, serão listadas três ou quatro palavras-chave de acesso, contempladas na lista de Descritores de Saúde definida pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde Bireme/OPAS). O *Summary* corresponde à versão em inglês do Resumo; como ele, será acompanhado pelas palavras-chave (*key words*), igualmente em inglês. Ainda

na Página de rosto, em seu rodapé, deverá constar o endereço completo, telefone, fax e *e-mail* do autor principal, para contato, bem como do órgão financiador da pesquisa.

A estrutura de um artigo original deverá respeitar a seguinte seqüência, além dos tópicos da Página de rosto aqui descritos:

Introdução

Apresentação do problema, justificativa e objetivo(s) do estudo.

Metodologia

Descrição precisa da metodologia adotada e, quando necessário, dos procedimentos analíticos utilizados.

Considerações éticas do estudo deverão ser destacadas e apresentadas como último parágrafo do item Metodologia, com menção às comissões éticas que aprovaram o projeto original, desde que a questão seja pertinente ao artigo.

Resultados

Exposição dos resultados alcançados, podendo considerar tabelas e figuras, sempre auto-explicativas, se necessárias (ver o item Tabelas e figuras).

Discussão

Comentários sobre os resultados observados, suas implicações e limitações, e comparação do estudo com outros de relevância para o tema e objetivos considerados.

Agradecimentos

Em havendo, devem-se limitar ao mínimo indispensável, localizando-se após a Discussão.

Referências bibliográficas

Cada uma das referências bibliográficas, listadas após a Discussão ou Agradecimentos, será numerada por algarismo arábico, de acordo com sua ordem de citação no texto. Esse número corresponderá ao número sobrescrito (sem parênteses)

imediatamente após a passagem ou passagens do texto nas quais é feita a referência. Títulos de periódicos, livros e editoras deverão ser colocados por extenso. A quantidade de citações bibliográficas dever-se-á limitar a 30, preferencialmente. Para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações.

As referências também deverão obedecer aos “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos”. Exemplos:

Anais de congresso

1. Wunsch Filho V, Setimi MM, Carmo JC. Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: Anais do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1992; Porto Alegre, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.

Artigos de periódicos

2. Monteiro GTR, Koifman RJ, Koifman S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. II. Validação do câncer de estômago como causa básica dos atestados de óbito no Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 1997;13:53-65.

Autoria institucional

3. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Livros

2. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical Epidemiology. 2a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.

Livros, capítulos de

3. Opromolla DV. Hanseníase. In: Meira DA, Clínica de doenças tropicais e infecciosas. 1a ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1991. p. 227-250.

Material não publicado

4. Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. New England Journal of Medicine. No prelo 1996.

Portarias e Leis

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 212, de 11 de maio de 1999. Altera a AIH e inclui o campo IH. Diário Oficial da União, Brasília, p.61, 12 maio. 1999. Seção 1.
8. Brasil. Lei n. 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da União, Brasília, p.165, 7 jan. 1997. Seção 1.

Referências eletrônicas

9. Ministério da Saúde. Informações de saúde [acessado durante o ano de 2002, para informações de 1995 a 2001] [Monografia na internet] Disponível em <http://www.datasus.gov.br>
10. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerging Infectious Diseases [Serial on the internet]; 1(1): 24 telas [acessado em 5 Jun.1996, para informações de Jan.- Mar.1995]. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Teses

11. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

Tabelas e figuras

As tabelas e figuras (gráficos, quadros, fotografias, desenhos, fluxogramas, organogramas etc.), cada uma delas disposta em folha separada e numerada em algarismos arábicos, deverão ser agrupadas ao final da apresentação do artigo, segundo

sua ordem de citação no texto. Seu título, além da concisão, deverá evitar o uso de abreviaturas ou siglas; quando estas forem indispensáveis, serão traduzidas em legendas ao pé da própria tabela ou figura.

Uso de siglas

Siglas ou acrônimos com até três letras deverão ser escritos com todas as letras maiúsculas (Ex: DOU; USP; OMS). Em sua primeira aparição no texto, acrônimos desconhecidos deverão ser escritos por extenso e acompanhados da respectiva sigla entre parênteses. As siglas e abreviaturas compostas por consoantes, exclusivamente, serão escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais serão escritas com todas as letras maiúsculas, se cada uma de suas letras for pronunciada separadamente (Ex: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais que formarem uma palavra, ou seja, que incluam vogais e consoantes, serão escritas apenas com a inicial maiúscula (Ex: Sebrae; Camex; Funasa, Vigisus, Datasus, Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente, como forma de diferenciação, serão escritas como foram criadas (Ex: MTb; CNPq; UnB). Para siglas estrangeiras, recomenda-se a designação correspondente em português, se a forma traduzida for largamente aceita; ou sua utilização na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso em português não corresponda à sigla. (Ex: OIT = Organização Internacional do Trabalho; UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; MRPII = Manufacturing Resource Planning). Entretanto, algumas siglas, por força da sua divulgação nos meios de comunicação, acabaram por assumir um sentido além da representação da sigla; é o caso, por exemplo, de AIDS = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sobre a qual o Conselho Nacional de Aids, do Ministério da Saúde, decidiu recomendar, dada a vulgarização da sigla original, que os documentos do Ministério reproduzissem-na

como se tratasse do nome da doença, aids, em letras minúsculas, portanto. (Brasil).
Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação
Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.

Análise e aceitação dos trabalhos

Os trabalhos serão submetidos à revisão de pelo menos dois pareceristas externos (revisão por pares) e serão aceitos para publicação desde que aprovados, finalmente, pelo Comitê Editorial da *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Endereço para correspondência: Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* SEPN, Av. W3 Norte, Quadra 511, Bloco C, Edifício Bittar IV, 3o andar, Asa Norte, Brasília-DF CEP: 70750-543 Telefones: (61) 3448-8302 / 3448-8242. Telefax: (61) 3448-8303 Para se comunicar com a *Epidemiologia e Serviços de Saúde* por e-mail, o leitor deve escrever para **revista.svs@saude.gov.br**.