

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

**ANGÉLICA LUCILA DO NASCIMENTO DANTAS
KEYSE EMANUELLE VIEIRA RIBEIRO
TEREZA DA SILVA MACHADO NETA**

**ESTUDO DE ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS
EM UM GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS ASSISTIDOS POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÁGUA - MA**

São Luís

2007

**ANGÉLICA LUCILA DO NASCIMENTO DANTAS
KEYSE EMANUELLE VIEIRA RIBEIRO
TEREZA DA SILVA MACHADO NETA**

**ESTUDO DE ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS
EM UM GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS ASSISTIDOS POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÁGUA - MA**

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

Orientador: Prof. Doutor Vinícius José da Silva Nina

São Luís

2007

Dantas, Angélica Lucila do Nascimento.

Estudo de aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos em um grupo de pacientes hipertensos assistidos por uma equipe de saúde da família do município de Belágua - MA/Angélica Lucila do Nascimento Dantas; Keyse Emanuelle Vieira Ribeiro; Tereza da Silva Machado Neta. - São Luís, 2007.

43 f.

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO/Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Hipertensão arterial. 2. Fatores de risco. 3. Saúde da Família. I. Título

CDU 616.12-008.331.1

**KEYSE EMANUELLE VIEIRA RIBEIRO
TEREZA DA SILVA MACHADO NETA**

**ESTUDO DE ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS
EM UM GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS ASSISTIDOS POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÁGUA - MA**

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

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Vinícius José da Silva Nina (Orientador)

Doutor em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

Prof. José Albuquerque de Figueiredo Neto

Doutor em Cardiologia
Universidade de São Paulo-USP

Aos nossos pais, filhos, companheiros e irmãos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar, guiar, conduzir nossas vidas e pela proteção em todos os momentos dessa caminhada.

Ao carinho e proteção de nossos pais que, mesmo estando longe, continuam zelando por nós através de suas orações.

Ao Prof. Doutor Vinícius José da Silva Nina pela orientação segura e presença constante nos momentos difíceis.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Belágua-MA, pelo empenho dos mesmos.

Ao grupo de hipertensos que participou da pesquisa, pela confiança, receptividade e colaboração, pois sem os mesmos não seria possível a concretização deste trabalho.

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

“É melhor tentar e falhar, que se preocupar e ver a vida passar. É melhor tentar, e ainda que em vão, que se sentar fazendo nada até o fim. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver”.

Martin Luther King

RESUMO

Estudo descritivo com objetivo de estudar aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos em um grupo de hipertensos assistidos por uma equipe de saúde da família do município de Belágua-MA, bem como conhecer o perfil sócio-demográfico da clientela, classificar os hipertensos quanto aos fatores de risco, segundo a IV Diretrizes de Hipertensão Arterial de 2002 e conhecer o tipo de regime terapêutico adotado pela população estudada e a sua adesão ao mesmo. A coleta de dados foi realizada a partir de questionários aplicados pelas pesquisadoras no período de setembro a outubro de 2006, totalizando uma população de 79 hipertensos estudados. A partir dos resultados observou-se que dos 79 hipertensos (59,5%) eram mulheres e a idade predominante foi a de maior de 60 anos. Relacionado aos fatores de risco (60,8%) relataram não ser etilistas, (54,4%) eram tabagistas e (66%) não eram portadores de Diabetes Mellitus. A maioria dos clientes (41,8%) apresentou níveis pressóricos normais e (46%) encontram-se em risco B. Dos clientes estudados (60,7%) fazem uso associado de dois medicamentos. Os resultados obtidos nos mostram que o estilo de vida adotado por esses hipertensos podem ser um dos obstáculos para mudança de comportamento e melhora do diagnóstico e dos riscos inerentes à hipertensão arterial.

Palavras - Chave: Hipertensão arterial. Fatores de risco. Saúde da família.

ABSTRACT

I study descritivo with objectives of studying appearances clinical, epidemiological & therapeutical em a bevy of hypertension commissioned for a group of health from family of the county of Belágua - MA, know the profile partner - demographic from clientele, classify the hypertension regarding aos factors of risk, second the IV Guidelines of Hypertension arterial of 2002 & know the type of regime therapeutical adopting by population studied & the she sweats adherence at the same. The collection of data was realized as of this date questionnaires applied by researcher into the period of september the october of 2006, totaling a population of 79 hypertension studied. The part from the results observer - if what from the 79 hypertension (59, 5%) they used to be women & the year predominant it was the of major of 60 years. Related aos factors of risk (60, 8%) they related not to be etilistas, (54,4%) they used to be tabagistas (66%) no they used to be bearers of Diabetes Mellitus. The majority from the customers (41,8%) they presented levels pressóricos norm encontram - if at risk B.Dos customers studied (60,7%) they do I use associado of two medicines. The outcomes obtained on the they show what the style of life adopting for those hypertension can be one of the obstacles about to shakeup of behavior & she improves of the diagnosing from the rich inherent on the hypertension arterial.

Key – words: Hypertension arterial. Fatores of risco. Saúde from family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Classificação de pressão arterial em maiores de 18 anos	15
Quadro 2 -	Classificação de risco individual para presença de fatores de risco e de lesão em órgão-alvo	22
Quadro 3 -	Classificação do Índice de Massa Corpórea segundo a ABESO	22
Quadro 4 -	Obesidade abdominal	23
Gráfico 1 -	Distribuição percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe Saúde da Família no município de Belágua-MA, 2006, segundo a presença de Diabetes Mellitus	29
Gráfico 2 -	Distribuição percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe Saúde da Família no município de Belágua-MA, 2006, segundo fatores de risco e lesão de órgão-alvo	32
Gráfico 3 -	Distribuição percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe Saúde da Família no município de Belágua-MA, 2006, segundo realização do tratamento medicamentoso	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua - MA, 2006, segundo características sócio – demográficas	24
Tabela 2 -	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo características sócio-demográficas.....	25
Tabela 3 -	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo características sócio-econômicas	26
Tabela 4 -	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo tempo de diagnóstico	27
Tabela 5 -	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo relato de antecedentes familiares para doença cardiovascular, etilismo e tabagismo	28
Tabela 6 -	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo atividade física e alimentação hipossódica e hipolipídica.....	30
Tabela 7-	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo Índice de Massa Corpórea.....	30
Tabela 8 -	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo circunferência abdominal	31
Tabela 9 -	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo pressão arterial.....	31

Tabela 10 -	Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo tratamento medicamentoso	32
Tabela 11 -	Distribuição numérica e percentual de 73 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo aquisição de medicamentos	33
Tabela 12 -	Distribuição numérica e percentual de 73 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da família no município de Belágua – ma, 2006, relato de possíveis causas para não cumprirem com o tratamento medicamentoso.....	34

SUMÁRIO

	p.
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	8
LISTA DE TABELAS	9
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Conceito	14
3.2 Classificação de hipertensão arterial	15
3.3 Tratamento de hipertensão arterial	16
3.3.1 Tratamento não medicamentoso	16
3.3.1.1 Redução do peso corporal	16
3.3.1.2 Ingestão de sal	17
3.3.1.3 Consumo de bebida alcoólica	18
3.3.1.4 Práticas de exercícios físicos	18
3.3.1.5 Evitar o uso de drogas que elevem a pressão arterial	19
3.3.2 Tratamento medicamentoso	19
3.4 Prevenção primária da hipertensão arterial	20
4 PROCESSO METODOLÓGICO	21
4.1 Tipo de pesquisa	21
4.2 Local e período de estudo	21
4.3 População	21
4.4 Procedimento de coleta de dados e instrumentos de pesquisa	21
4.5 Análise de dados	23
4.6 Procedimentos éticos e legais	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	38
ANEXO	42

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) de acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial é definida como “pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2001). Entendida como um problema de saúde pública, a hipertensão arterial constitui o distúrbio clínico crônico não transmissível mais comum, não apenas em países desenvolvidos. “Atinge 20% da população adulta brasileira com mais de 19 anos e supera 50% em idosos com mais de 65 anos” (DUNCAN, 2000).

No Brasil, os dados existentes decorrem de estudos de segmentos populacionais selecionados. Com base nesses dados, o Ministério da Saúde *apud* Guimarães (2002) estima que:

De 43 milhões de adultos com hipertensão arterial (pressão sistólica > 140mmHg e/ou diastólica > 95 mmHg), cerca de 15 milhões (33%) desconhecem a condição. A aquisição ou abandono de certos hábitos e costumes (aumento da ingestão de gorduras saturadas e alimentos industrializados com alto teor de sal, redução da atividade física, tabagismo e alcoolismo) são fatores desencadeantes para o aumento dos níveis tensionais.

Segundo dados de Brasil (2001) tornam-se oportuno esclarecer que:

As doenças do coração e dos vasos (infarto agudo do miocárdio, morte súbita, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão e insuficiência renal) constituem a primeira causa de morte no Brasil (27,4%), e desde a década de 1960 têm sido mais comuns que as doenças infecciosas e parasitárias.

Por sua vez, o desconhecimento ou o controle inadequado dos valores pressóricos pode induzir alterações nos órgãos-alvo, como cérebro, rins e coração, causando quadros devastadores como infarto de miocárdio e acidente vascular encefálico. Assim, por apresentar alta prevalência e ser um dos principais fatores de risco de mortalidade cardiovascular, e por ser uma doença em que a prevenção primária pode atuar, a hipertensão arterial assumiu importância como problema de saúde pública.

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre profissionais de saúde e a população, bem como na estrutura dos serviços e no padrão de assistência oferecida pelo sistema público de saúde. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais de saúde necessitam de programas e

conteúdos que possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximas das necessidades de saúde da população.

Diante da grande relevância do tema Hipertensão para a Saúde Pública e todas as conseqüências maléficas que ela traz à nossa população, surgiu o interesse de se conhecer mais profundamente uma população de hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, que é nosso meio de atuação como profissionais de Saúde da Família. Face à elevada prevalência da hipertensão arterial, a morbi-mortalidade que acarreta à população e aos custos sociais inerentes e as suas seqüelas; e ainda diante da escassez de estudos epidemiológicos representativos no país, a hipertensão arterial se constitui em um problema de saúde pública que merece estudo minucioso por parte de todos aqueles profissionais inseridos nos diferentes níveis de atuação à saúde. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos em um grupo de pacientes hipertensos assistidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Belágua-MA.

2.2 Específicos

- Conhecer o perfil sócio-demográfico da clientela assistida pela equipe de Saúde da Família do município de Belágua-MA.
- Classificar os hipertensos quanto aos fatores de risco, segundo a IV Diretrizes de Hipertensão Arterial de 2002.
- Conhecer o tipo de regime terapêutico adotado na população estudada e a sua adesão ao mesmo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conceito

No entendimento do fisiologista Guyton (1997) e da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002) a hipertensão arterial se caracteriza por ser uma entidade clínica multifatorial, ou seja, “envolve alterações metabólicas e hormonais associadas a níveis tensionais igual ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para a pressão diastólica”. Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002), a primeira detecção da existência da pressão arterial foi realizada em 1733 pelo reverendo inglês Stephen Hales, que ao canular a carótida de um equino observou que o sangue subiu até 290 cm de altura. Mas foi somente em dezembro de 1896 que Scipione Riva Rocci apresentou ao mundo o que chamou de *nuovo sphygmomanometro*, semelhante aos instrumentos atuais de verificação da pressão arterial.

O invento de Rocci foi aperfeiçoado por Nicolai Korotkoff em 1905, que introduziu o método auscultatório para as medidas de pressão arterial sistólica e diastólica. Em 1936 surgiu o conceito de hipertensão arterial como fator de risco para as doenças cardiovasculares. Entretanto, foi somente no final da década de 40 e início dos anos 50 que os primeiros estudos epidemiológicos sobre o tema começaram a ser realizados pelos Ministérios da Saúde da Europa e Estados Unidos, “com o objetivo de organizar programas de saúde pública, sendo iniciadas campanhas de conscientização na década de 60” (ROCHA, et al., 2003). Oportunamente, Brandão et al. (2003) argumenta que:

No Brasil, estudos epidemiológicos, com rigoroso critério metodológico “foram iniciados nos anos 70, no Rio Grande do Sul. Naquele Estado a prevalência de Hipertensão Arterial foi de 11,8% considerando níveis pressóricos maior ou igual a 160/95mmHg”. Na década de 90, outro estudo realizado em Porto Alegre, utilizando o mesmo valor pressórico do estudo anterior, verificou que 19,2% da população era hipertensa; entretanto, quando se utilizou os valores maior ou igual 140/90mmHg o resultado foi 29,8%. Mais recentemente, em 2001, outra pesquisa com a mesma base metodológica observou que 24% e 35% da amostra avaliada era hipertensa para o ponto de corte de 160/95mmHg e 140/90mmHg respectivamente, sugerindo aumento da prevalência da doença nesta cidade.

O autor acima citado ainda acrescenta que, de acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade no Brasil, as doenças cardiovasculares são as primeiras causas de morte há pelo menos 30 anos.

Por sua vez, Barbosa et al. (2002) acrescenta que “no Maranhão, registrou-se em 1996, um estudo epidemiológico de base populacional, que aconteceu na capital que revelou 23,8% da população era hipertensa, segundo a classificação do III Consenso de Hipertensão”. Os autores Bensenor; Lotufo (2004) afirmam existir uma diferença entre os países ricos e pobres em relação às doenças cardiovasculares. Naqueles, a mortalidade por essas doenças ocorre na faixa etária acima de 60-70 anos, enquanto que nestes, ocorre nas fases em que o indivíduo é economicamente ativo. Sobre estes fenômenos eles afirmam que:

Esses padrões diferentes de comportamento tendem a se acentuar com as atuais mudanças demográficas que acontecem no mundo, associadas a uma disseminação cada vez mais intensa no estilo de vida ocidental, com destaque para a dieta e diminuição da prática de atividade física.

Ainda explicitam que a realidade brasileira não é diferente, pois, “são nas regiões mais pobres, como por exemplo, a região norte-nordeste e nas periferias dos grandes centros urbanos, que se encontram a maior prevalência das doenças cardiovasculares”.

3.2 Classificação da hipertensão arterial

Conforme a classificação das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial deve-se considerar no diagnóstico de hipertensão arterial, além dos níveis tensionais, os fatores de risco, a lesão de órgãos - alvo e as co-morbidades associadas. Os valores que permitem classificar os indivíduos adultos acima de 18 anos de acordo com seus níveis tensionais estão relacionados no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial em maiores de 18 anos

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio I	140-159	90-99
Hipertensão Estágio II	160-179	100-109
Hipertensão Estágio III	≥180	≥ 110
Sistólica Isolada	≥140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002)

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002) considera como pressão arterial ideal, a condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, PAS<120mmHg e PAD< 80mmHg. A pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem co-morbidades associadas é considerada normal quando a PAS é <130mmHg e a PAD <85mmHg. Níveis de PAS entre 130 e 139mmHg são considerados limítrofes. Este grupo, que aparece como o mais prevalente, deve ser alvo de atenção básica preventiva. É importante salientar que a tabela usada para classificar o estágio de um indivíduo hipertenso não estratifica o risco do mesmo. Portanto, um hipertenso classificado no estágio 1, se também for diabético, pode ser estratificado como grau de risco muito alto (BRASIL, 2001).

3.3 Tratamento da hipertensão arterial

3.3.1. Tratamento não - medicamentoso

O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002). Em conformidade com Bensenor; Lotufo (2004), “uma queda em 0,5 mmHg nos níveis médios de pressão arterial sistólica pode significar uma diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares em torno de 20%”. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002) está indicado o tratamento não medicamentoso a todos os hipertensos e aos indivíduos normotensos de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial, incluem-se “a redução de peso corporal, ingestão de sal e do consumo de bebidas alcoólicas, práticas de exercícios físicos e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial”.

3.3.1.1 Redução do peso corporal

O excesso de peso corporal tem forte correlação com o aumento da pressão arterial. As argumentações de Jardim; Monego; Sousa (2004) confirmam que:

O mecanismo do excesso de peso em relação à hipertensão é devido ao aumento da atividade simpática, excesso da ingestão de sódio acompanhado do aumento geral da ingestão calórica, aumento do débito cardíaco e alterações na resistência à

insulina com conseqüente hiperinsulinemia, levando à modificações nos mecanismos renais e vasculares de controle da pressão arterial.

Torna-se conveniente ressaltar que todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso de modo a alcançar Índice de Massa Corporal (IMC) “inferior a 25 Kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002). O mesmo autor ainda contribui dizendo que, independente do valor do IMC, a distribuição de gordura com localização predominantemente no abdome, “está com freqüência associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Essa evidência indica que a obesidade central abdominal é um fator preditivo de doença cardiovascular”.

De acordo com Jardim; Monego; Sousa (2004) é possível observar redução do nível pressórico, mesmo em pequenas diminuições de peso (2 a 4 Kg). E, a manutenção do peso saudável favorece além do controle da pressão arterial, outros fatores de risco associados como dislipidemia e diabetes. As recomendações genéricas para a redução do peso corporal compreendem: princípios dietéticos e programas de atividade física.

3.3.1.2 Ingestão de sal

Santello (2002) afirma que durante muito tempo a dieta do homem foi pobre em sódio e que o hábito de salgar os alimentos com o objetivo de preservá-los, só ocorreu há 8.000 anos. Porém, hoje, o uso do sal para este fim é desnecessário devido ao avanço da tecnologia; contudo, 75% do sal consumido provêm da adição de cloreto de sódio no processamento dos alimentos. Torna-se conveniente admitir que:

A hipertensão arterial é observada primariamente em comunidades com ingestão de sal superior a 100mEq/dia. Por outro lado, a hipertensão arterial é rara em populações cuja ingestão de sal é inferior a 50mEq/dia. Desta forma, a restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral. Tal orientação deve objetivar ingestão em torno de 100mEq/dia (6g de sal = 1 colher de chá). Do ponto de vista prático, devem-se evitar a ingestão de alimentos processados industrialmente, tais como enlatados, conservas, embutidos e defumados. Deve-se ainda orientar os pacientes a utilizar o mínimo de sal no preparo dos alimentos, além de evitar o uso de saleiro à mesa, durante as refeições (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002).

3.3.1.3 Consumo de bebida alcoólica

O consumo excessivo de álcool aumenta a prevalência de hipertensos por elevar a pressão arterial e a variabilidade pressórica. Constitui fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva. O consumo de álcool não deve ser estimulado. Porém, caso exista, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002) “recomendam limitar a ingestão à 30ml/dia de etanol o que corresponde aproximadamente 720ml de cerveja; 240ml de vinho e 60ml de bebidas destiladas, para homens e a metade destes valores para as mulheres”.

3.3.1.4 Práticas de exercícios físicos

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, resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. Contribui, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002). Concorde-se com Brasil (2001) quando ele cita a atividade física como sendo um tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial, porém alguns aspectos devem ser considerados na prática dos exercícios físicos, tais como:

- Devem ser regulares, pois seus benefícios possuem ação máxima de apenas 24 a 48 horas;
- Devem ser aeróbicos (caminhar, nadar, andar de bicicleta, etc.), pois exercícios isométricos não são recomendados;
- A duração média deve ser de 45 a 60 minutos; no mínimo três vezes por semana;
- A idade, a aptidão física e as preferências de cada paciente são importantes;
- Os pacientes com idade superior a 35 anos, ou indivíduos com história prévia de cardiopatia, devem ser submetidos a um teste ergométrico prévio.
- Os exercícios devem ser realizados com roupas e calçados adequados;
- Devem-se ingerir líquidos em quantidade suficiente antes, durante e após o exercício, para evitar a desidratação;
- A intensidade do exercício deve ser entre 50 e 70% da frequência cardíaca de reserva.

Para a prática de exercícios físicos devem-se levar em conta as preferências e as disponibilidades de cada cliente, bem como a característica de vida de cada um para que haja maior interesse por parte do mesmo em aderir a esta conduta.

3.3.1.5 Evitar o uso de drogas que elevam a pressão arterial

Evitar o uso de drogas tais como: anticoncepcionais, antiinflamatórios não-esteróides, cocaína, cafeína, antiácidos ricos em sódio, ciclosporina, vasoconstritores nasais, moderadores do apetite, eritropoetina, dentre outros. Vale ressaltar que é importante a participação e o envolvimento dos familiares dos hipertensos para que as metas em relação a mudanças de estilo de vida sejam atingidas.

3.3.2. Tratamento medicamentoso

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, utilizando-se tanto medidas não medicamentosas isoladas como associadas a medicamentos anti-hipertensivos. Barreto (2002) afirma que o tratamento medicamentoso deve visar acima de tudo “reduzir os níveis pressóricos para menos de 140/90mmHg na maioria dos clientes e abaixo de 130/85 mmHg em hipertensos diabéticos, portadores de insuficiências cardíaca ou renal”. Os medicamentos anti-hipertensivos de uso concorrente em nosso meio podem ser divididos em 6 grupos: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio, e antagonistas do receptor da angiotensina II (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002). Para o referido autor convém esclarecer que os princípios gerais para a terapia medicamentosa são:

- 1 - O medicamento deve ser eficaz por via oral;
- 2- deve ser bem tolerado;
- 3 - deve permitir a administração do menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária;
- 4 - deve ser iniciada com a menor dose efetiva preconizada para cada situação clínica, podendo ser aumentada gradativamente e/ou associada a outro hipotensor de classe farmacológica diferente;
- 5 - não é recomendável o uso de medicamentos anti-hipertensivos obtidos através de manipulação;
- 6- pode-se considerar o uso de medicamentos anti- hipertensivos combinados em pacientes com hipertensão em estágios I e III;
- 7 - respeitar um período mínimo de 4 semanas para proceder ao aumento da dose;
- 8 - instruir o paciente sobre a doença e os efeitos colaterais dos medicamentos;
- 9 - considerar as condições socioeconômicas.

O tratamento deve ser individualizado e a escolha inicial do medicamento como monoterapia deve basear-se no mecanismo fisiopatogênico predominante, nas características individuais, nas doenças associadas, nas condições socioeconômicas e na capacidade de o medicamento influir sobre a morbidade e a mortalidade cardiovasculares.

3.4 Prevenção primária da hipertensão arterial

O aumento da pressão arterial com a idade não representa um comportamento fisiológico normal. A prevenção desse aumento constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando - se as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações. É competência da equipe de saúde adotar medidas de prevenção da Hipertensão Arterial e de suas complicações, devendo - se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal, e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável. A prevenção é a forma mais eficaz, barata e gratificante de tratar esse agravo. É de suma importância e engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica.

Segundo Brasil (2001), o epidemiologista inglês chamado Geoffrey Rose, foi quem estabeleceu as bases da prevenção das doenças crônicas e dizia que “um grande número de pessoas expostas a um pequeno risco pode gerar mais casos que uma pequena quantidade de pessoas expostas a um grande risco”. Nesse sentido, a estratégia populacional de prevenção é mais efetiva e segura que a procura por indivíduos com alto risco, embora não deva ser excludente. As estratégias preconizadas pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006) incluem:

Realização de campanhas educativas periódicas abordando fatores de risco para hipertensão arterial; programar periodicamente atividades de lazer individual e comunitário, implementação de programas de assistência multiprofissional e estabelecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados.

4 PROCESSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva, com uma abordagem quantitativa. Na pesquisa descreveu-se o perfil dos clientes hipertensos assistidos por uma equipe de Saúde da Família do município de Belágua-MA.

4.2 Local e período de estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde de Belágua localizada na Avenida 1º. de Janeiro no município de Belágua no período de setembro a outubro de 2006. A unidade possui uma equipe do Programa Saúde da Família que desenvolve o Programa de Controle da Hipertensão Arterial, composta por 1 (um) enfermeiro, 1 (um) médico, 1 (um) auxiliar de enfermagem e 7 (sete) agentes comunitários de saúde.

4.3 População

A população estudada corresponde aos clientes hipertensos cadastrados e assistidos pela equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde de Belágua. De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB somam um total de 111 (cento e onze) hipertensos. Foram incluídos na pesquisa todos os hipertensos que estiveram presentes nas reuniões na Unidade de Saúde e em visitas domiciliares realizadas pelas pesquisadoras, totalizando 79 (setenta e nove) hipertensos que aceitaram participar de forma livre e espontânea da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que explica a natureza da pesquisa e sua finalidade, bem como as consequências que envolvem a participação na mesma, de acordo com a Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. (Apêndice A)

4.4 Procedimento de coleta de dados e instrumento de pesquisa

Inicialmente foi realizada uma reunião com os Agentes Comunitários de Saúde na Unidade de Saúde de Belágua onde se agendou 3 (três) momentos com os hipertensos, que

incluía palestras educativas e a coleta dos dados com aqueles que se dispuseram a participar da pesquisa. Para os hipertensos que não podiam se locomover foram agendadas visitas domiciliares de acordo com o cronograma da equipe de saúde. Após assinado o Termo de Consentimento e tirado todas as dúvidas em relação a pesquisa, iniciou-se o preenchimento do formulário pelos próprios investigadores, constituído de questões de escolha múltipla e perguntas abertas e fechadas, preenchidas na medida em que o cliente foi entrevistado.

O instrumento de pesquisa utilizado foi escolhido por garantir melhor interação entre pesquisadores e usuários, permitindo o esclarecimento das dúvidas e questionamentos surgidos no decorrer da coleta. As questões abordaram aspectos do perfil sócio-econômico como: idade, cor, religião, estado civil, grau de instrução, ocupação, renda familiar, quantidade de filhos, dentre outros e aspectos do diagnóstico que inclui risco individual para presença de fatores de risco e de lesão de órgãos-alvo, conforme as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002) (Quadro 2).

Quadro 2 - Classificação do risco individual para presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo

RISCO A -	Sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo.
RISCO B -	Presença de 1 ou 2 fatores de risco (não incluindo diabete mellitus) e sem lesão em órgãos-alvo.
RISCO C -	Mais de 3 fatores de risco, presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabete mellitus.

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002)

Foram analisados ainda, a presença de diabetes, tabagismo, etilismo, atividade física regular, dieta e o IMC - Índice de Massa Corporal calculado pelo peso (Kg) dividido pelo quadrado da altura (cm), considerado como padrão internacional para avaliar o grau de obesidade e de fácil uso clínico. Também foi medida a circunferência abdominal, pois a mesma tem se mostrado ser suficiente para estabelecer risco para doenças cardiovasculares, conforme a ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (Quadro 3 e 4).

Quadro 3 - Classificação do Índice de Massa Corporal segundo a ABESO

CATEGORIA	IMC
ABAIXO DO PESO	Abaixo de 18,5
PESO NORMAL	18,5 - 24,9
SOBREPESO	25,0 - 29,9
OBESIDADE GRAU I	30,0 - 34,9
OBESIDADE GRAU II	35,0 - 39,9
OBESIDADE GRAU III	40,0 e acima

Fonte: ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade

Quadro 4 - Obesidade abdominal

HOMENS	>102cm
MULHERES	> 88 cm

Fonte: ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade

O nível da pressão arterial também foi aferido seguindo a classificação da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002). O peso e a estatura foram medidos, respectivamente, em quilogramas (Kg) e em centímetros (cm) utilizando-se a balança antropométrica da própria Unidade de Saúde. Já o método para aferição da pressão arterial foi o indireto com técnica auscultatória com estetoscópio de marca BD, esfigmomanômetro aneróide de marca BD. A medida foi realizada na posição sentada e o entrevistador de pé, sendo aferida sempre no braço esquerdo por este representar valor mais fidedigno. Para a medida de circunferência abdominal foi usada uma fita métrica medindo-se a circunferência de cintura acima da cicatriz umbilical. Por fim, foram abordados aspectos sobre o tratamento: uso de medicamentos e aquisição de medicamentos, regularidade do tratamento medicamentoso e dificuldade em cumprir o tratamento.

4.5 Análise dos dados

Ao término da coleta os dados, os mesmos foram analisados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2003. Após a análise minuciosa e discussão das informações obtidas, os resultados foram agrupados conforme as variáveis e colocados em forma de tabela, para melhor compreensão. O levantamento da literatura específica foi realizado para fundamentar do ponto de vista teórico cada aspecto abordado.

4.6 Procedimentos éticos e legais

Esta pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra. O participante era esclarecido sobre os objetivos e a importância deste estudo, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme a Tabela 1 verificou-se que dos 79 (setenta e nove) hipertensos estudados, 47 (quarenta e sete) ou 59,5% eram mulheres e a idade predominante foi a maior de 60 anos com 60,8%. Em relação à cor dos entrevistados a maioria 75 (setenta e cinco) ou 94,9 %, afirmou serem pardos.

Tabela 1- Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua - MA, 2006, segundo características sócio - demográficas

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS I	n	%
SEXO		
Feminino	47	59,5
Masculino	32	40,5
IDADE		
Menor de 60 anos	31	39,2
Maior de 60 anos	48	60,8
COR		
Branca	4	5,1
Preta	-	-
Parda	75	94,9

Freitas et al. (2002) citam que as mulheres são mais conscientes que os homens em relação à doença, e por este fato procuram mais frequentemente, o serviço de saúde, o que pode justificar a maior presença de mulheres neste estudo. Por sua vez, Harrison (1998) relata que a hipertensão é mais comum em mulheres que em homens, e isto se deve em grande parte à elevada prevalência de hipertensão em grupos etários mais avançados e à maior longevidade das mulheres.

A Tabela 2 mostra que a maioria dos hipertensos era casada perfazendo um total de 73,4% e tinham mais de três filhos (81,1%). O catolicismo foi a religião com maior expressividade, sendo citada por 65 (sessenta e cinco) ou 82,3% dos clientes.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo características sócio-demográficas.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS II	n	%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	13	16,4
Casado	58	73,4
Viúvo	8	10,2
NÚMERO DE FILHOS		
1 filho	1	1,2
2 a 3 filhos	11	14,0
Mais de 3 filhos	64	81,1
Não tem filhos	3	3,7
RELIGIÃO		
Católica	65	82,3
Evangélica	11	13,9
Espírita	3	3,8

Em relação ao estado civil, Pierin; Strelec; Mion Junior (2004) afirmam que os solteiros são os que possuem valores pressóricos mais elevados.

De acordo com a Tabela 3, no item escolaridade prevaleceu o grupo que não teve acesso a nenhum tipo de educação escolar, pois 55,7% dos hipertensos afirmaram ser analfabetos, seguido de 40,5% que possuem ensino fundamental incompleto. A ocupação mais relatada pelos entrevistados foi a de aposentado com 68,4%, seguida da ocupação de lavrador com 27,8%. Em relação à renda 57 (cinquenta e sete) ou 72,2% dos entrevistados recebem 1 (um) salário mínimo, o que possivelmente, esta correlacionada com a grande percentagem de aposentados na amostra.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo características sócio-econômicas

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS	n	%
ESCOLARIDADE		
Analfabeta	44	55,7
1º. grau incompleto	32	40,5
1º. Grau	1	1,3
2º. grau incompleto	-	-
2º. Grau	2	2,5
3º. grau incompleto	-	-
3º. Grau	-	-
OCUPAÇÃO		
Aposentado	54	68,4
Lavrador	22	27,8
Funcionário público	3	3,8
RENDA FAMILIAR		
Sem renda fixa	6	7,6
Menos 1 salário	10	12,6
1salário	57	72,2
2 a 3 salários	6	7,6
Mais de 3 salários	-	-

Castro; Car (1999) afirmam que quanto menor for a escolaridade maior é a exposição aos fatores de risco e menor é a adesão ao tratamento. As ações de educação em saúde para esse grupo devem ter um caráter especial diante desse quadro de analfabetismo, pois as informações precisam ser reforçadas constantemente com uma linguagem clara e compatível para a clientela. Os dados de baixos níveis de renda e escolaridade, como observados nesta população, “têm sido apontados como importantes fatores que dificultam a conscientização em relação à gravidade da doença e adesão ao tratamento” (NOBRE 2000). De acordo com Dórea; Lotufo (2004) observa-se maior frequência de hipertensão em classes econômicas menos favorecidas.

A Tabela 4 mostra que 41,8% dos hipertensos entrevistados convivem com essa doença no período de 3 a 6 anos.

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo tempo de diagnóstico

TEMPO DE DIAGNÓSTICO	n	%
Menos de 1 ano	7	8,9
1 a 2 anos	14	17,8
3 a 6 anos	33	41,8
7 a 10 anos	15	19
11 a 20 anos	9	11,3
Mais de 20 anos	1	1,2

Ainda sobre o tempo de diagnóstico da doença, Lessa *apud* Peres; Magna; Viana; (2003) “relatam que entre 30% e 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75% depois de cinco anos, mostrando que quanto maior o tempo de diagnóstico menor é a adesão do hipertenso”. Para Andrade (1997) o diagnóstico de hipertensão arterial na grande maioria dos casos ocorre no ambulatório, daí a necessidade de mais serviços ambulatoriais para controle e tratamento dessa doença.

A medida da pressão arterial deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexo, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados (BRASIL, 2001).

A Tabela 5 mostra que 27(vinte e sete) ou 34% dos participantes relataram hipertensão arterial como antecedente mórbido familiar. Quanto ao consumo de bebida alcoólica 48 (quarenta e oito) ou o que indica 60,8% dos hipertensos entrevistados relatam não serem etilistas. No que se refere ao tabagismo, dos hipertensos entrevistados 43 (quarenta e três) ou 54,4%, afirmaram fazerem uso do fumo.

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo relato de antecedentes familiares para doença cardiovascular, etilismo e tabagismo.

FATORES DE RISCO I	n	%
ANTECEDENTES FAMILIARES PARA DOENÇA CARDÍACA		
Sim	27	34
Não	26	33
Não sabe	26	33
ETILISMO		
Sim	31	39,2
Não	48	60,8
TABAGISMO		
Sim	43	54,4
Não	36	45,6

Quando os entrevistados relatam a hipertensão como antecedente mórbido familiar ratifica-se a influência descrita no estudo de Salgado Filho et al (2002) que encontraram 82,8% dos hipertensos com história familiar da doença. Por sua vez, Jardim; Monego; Sousa (2004) ressaltam que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas provoca elevação da pressão e interfere diretamente no efeito terapêutico dificultando a redução dos níveis pressóricos.

No que se refere ao habito de fumar Brasil (2001) diz que é o principal fator de risco para doenças do coração e dos vasos. O tabaco possui substâncias vasoconstrictoras que aumenta a resistência vascular periférica, lesiona o endotélio e aumenta indiretamente a pressão arterial ou dificulta o controle da mesma (PEREIRA, 2003).

O Gráfico 1 mostra que 27 (vinte e sete) participantes da população estudada é diabética, o que representa 34%.

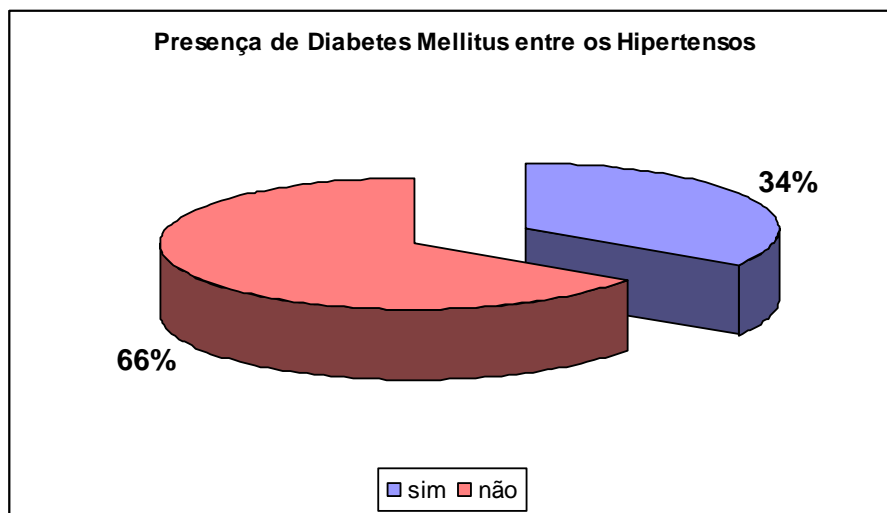


Gráfico 1 - Distribuição percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo presença de Diabetes Mellitus.

A ocorrência de hipertensão e diabetes multiplica os fatores de risco para doença micro e macro vascular, resulta em aumento do risco mortalidade cardiovascular e doença vascular periférica. Faria (2002) argumenta que a ausência da hipertensão está associada com aumento da sobrevida e que, devido a hipertensão ser o maior determinante de eventos cardiovasculares em diabéticos tipo 2, é necessário estrito controle pressórico nestes indivíduos.

Indagou-se também sobre a prática da atividade física e verificou-se que não é praticada por 48,1% dos entrevistados e 41,8% a pratica de forma irregular, ou seja, às vezes. No tocante a alimentação pode-se constatar que 51,9% dos clientes hipertensos informaram não ingerir de forma regular alimentos hipossódicos e hipolipídicos (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo atividade física e alimentação hipossódica e hipolipídica.

FATORES DE RISCO II	n	%
ATIVIDADE FÍSICA		
Sim	8	10,1
Não	38	48,1
Às vezes	33	41,8
ALIMENTAÇÃO HIPOSSÓDICA E HIPOLIPÍDICA		
Sim	20	25,3
Não	18	22,8
Às vezes	41	51,9

Para Monteiro; Sobral Filho (2006), o sedentarismo também constitui importante fator de risco, já estando bem estabelecida a ocorrência de maior taxa de eventos cardiovasculares e maior taxa de mortalidade em indivíduos com baixo nível de condicionamento físico. Por outro lado, o consumo excessivo do sal é o desencadeante ambiental mais importante de hipertensão arterial, tal consumo bem comum em nossa cultura contribui favoravelmente para o aumento dos índices da pressão arterial em nossa população. De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006), esse aumento da pressão arterial está presente nas populações com maior ingestão de sal.

A Tabela 7 mostra que 64,5% dos hipertensos estavam com o IMC normal seguido de 31,6% de sobrepeso.

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua - MA, 2006, segundo Índice de Massa Corpórea.

ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA – IMC	n	%
Abaixo do peso	-	-
Normal	51	64,5
Sobrepeso	25	31,6
Obesidade I	2	2,6
Obesidade II	1	1,3
Obesidade III	-	-

No Brasil, grandes estudos desde 1975 a 1989, demonstraram aumento da obesidade na população em geral. Estudos mais recentes têm revelado que este fator de risco é encontrado mais frequentemente nos homens do que nas mulheres com predomínio nas áreas rurais do que nas urbanas nas populações com baixo poder aquisitivo (BENSENOR; LOTUFO, 2004).

Em relação à circunferência abdominal 27 (vinte e sete) ou 58% das mulheres apresentaram índices acima do esperado, enquanto que 26 (vinte e seis) dos homens ou 81%, apresentaram índice normal (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo circunferência abdominal.

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	n	%
Mulheres < 88 cm	20	42
Mulheres > 88 cm	27	58
Homens < 102 cm	26	81
Homens > 102 cm	6	19

No entendimento de Cabrera; Jacob Filho (2001) os valores de circunferência abdominal que correspondem ao aumento de risco variam de acordo com a idade e o sexo. A partir de 102 cm em homens e 88 cm nas mulheres, há um risco, substancialmente aumentado, de complicações metabólicas associadas à obesidade.

Conforme mostra a Tabela 9, a maioria dos clientes apresentou níveis pressóricos normal (>130 sistólica e >85 diastólica) 33 (41,8%) seguido de 24 (30,4%) de clientes com hipertensão leve (140 - 159 sistólica e 90-99 diastólica).

Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua - MA, 2006, segundo pressão arterial.

PRESSÃO ARTERIAL	n	%
Ótima	-	-
Normal	33	41,8
Limítrofe	8	10,1
Hipertensão leve	24	30,4
Hipertensão moderada	8	10,1
Hipertensão grave	5	6,3
Hipertensão sistólica	1	1,3

Silveira et al. (2003) em seu trabalho que objetivava conhecer o percentual de controle da hipertensão no Programa Saúde da Família em Aracaju, mostraram que 36,7% tinham níveis tensionais insatisfatórios.

Verifica-se no Gráfico 2 que 46% dos hipertensos encontram-se em risco B.

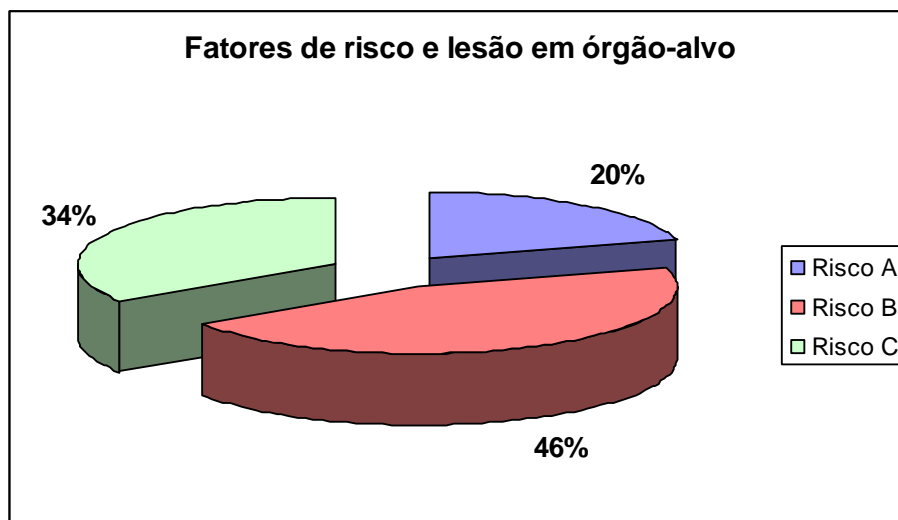


Gráfico 2 - Distribuição percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo fatores de risco e lesão de órgão - alvo.

Conforme a Classificação da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002), esses hipertensos apresentavam 1 ou 2 fatores de risco (não incluindo Diabetes e sem lesão de órgão alvo.) Acrescenta-se ainda que os pacientes enquadrados nos grupos de risco A e B são elegíveis para serem tratados unicamente com modificações no estilo de vida por 6 a 12 meses. Se, nesse período de acompanhamento, a pressão arterial não for controlada o tratamento medicamentoso deverá ser considerado.

Os dados da Tabela 10 mostram que cerca de 48 (quarenta e oito) ou 60,7% dos clientes hipertensos fazem uso de duas classes de anti-hipertensivos e que apenas 6 (seis) ou 7,6%, não estão em tratamento medicamentoso.

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua - MA, 2006, segundo tratamento medicamentoso.

TRATAMENTO MÉDICAMENTOSO	n	%
Não faz uso	6	7,6
Monoterapia	20	25,3
Associação com 2 medicamentos	48	60,7
Associação com mais de 3 medicamentos	5	6,4
Associação não fixa	-	-

O objetivo primordial do tratamento é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular onde são utilizadas, tanto medidas não medicamentosas isoladas, como associada os fármacos anti - hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só de níveis tensionais como também, a redução de também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002).

Na Tabela 11 identifica-se que a maioria dos hipertensos 65 (sessenta e cinco) ou 89% recebem os remédios pelo SUS. Este fornecimento torna-se possível devido repasse do Governo Federal para os municípios para a compra dos mesmos.

Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual de 73 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua – MA, 2006, segundo aquisição de medicamentos.

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	N	%
Recebe pelo SUS	65	89,0
Compra	5	7,0
Recebe pelo SUS + compra	3	4,0

O Gráfico 3 revela que da população estudada 54 (cinquenta e quatro), o equivalente a 74%, afirmam fazer uso regular (diariamente) da medicação anti-hipertensivo.

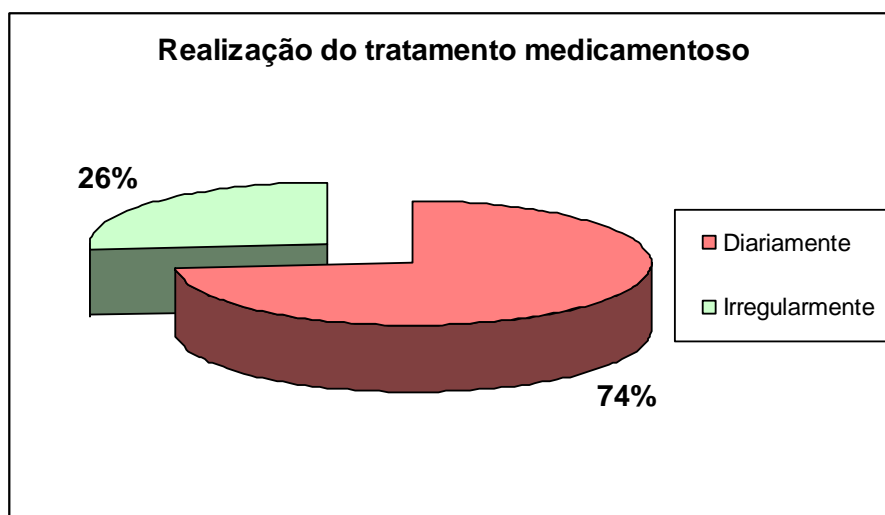


Gráfico 3 - Distribuição percentual de 79 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da Família no município de Belágua - MA, 2006, segundo realização do tratamento medicamentoso.

Pode-se observar de acordo com a Tabela 12 que o esquecimento foi a principal causa do não cumprimento do tratamento pelos hipertensos entrevistados, perfazendo um total de 36%.

Tabela 12 - Distribuição numérica e percentual de 73 hipertensos assistidos pela equipe de Saúde da família no município de Belágua – ma, 2006, relato de possíveis causas para não cumprirem com o tratamento medicamentoso.

RELATO DE POSSÍVEIS CAUSAS PARA NÃO CUMPRIREM COM O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	n	%
Inviabilidade sócio-econômica	1	1,0
Efeitos Colaterais	11	15,0
Falta de Orientação	2	3,0
Incômodo posológico	8	11,0
Crenças	2	3,0
Dependência/ Ausência de sintomas	23	31,0
Esquecimento	26	36,0

Tendo-se o esquecimento como principal causa do não cumprimento do tratamento medicamentoso, diz-se que isso ocorre pela falta de sintomatologia da doença levando os hipertensos a esquecer de tomar a medicação. A ausência de sintomas associada à cronicidade da doença apresentam fatores que levam os hipertensos a desenvolverem um mecanismo de automanipulação do tratamento medicamentoso. Sobre isto Peres, Magna, Viana et al (2003) dizem: “os clientes acabam atribuindo a si a capacidade de administrar o medicamento quando julgar ser necessário”. Nobre (2000) enumera que as maiores dificuldades para dar seguimento ao tratamento incluem:

Acesso ao serviço saúde, distância, tempo de espera e tempo de atendimento; ao tratamento o autor menciona custo da medicação, efeitos indesejáveis e esquemas complexos. Acrescenta ainda como dificuldades usuais do seguimento do tratamento, as dificuldades financeiras e inadequação da relação médico-paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer um grupo de hipertensos assistidos por uma equipe do Programa Saúde da Família no município de Belágua - MA. Os dados sócio-econômicos mostram que os hipertensos são, em sua maioria, mulheres, possuem idade acima de 60 anos, se consideram de cor parda, são casados, católicos, analfabetos, possuem mais de 3 filhos. São aposentados e recebem 1 (um) salário mínimo para sobreviver. Em relação ao diagnóstico, o conhecem há mais de 3 anos, possuem familiares hipertensos, são etilistas e tabagistas, porém o diabetes mellitus não está associado à hipertensão.

O exercício físico não faz parte dos hábitos desse grupo, o sal e alimentos gordurosos são ingeridos sem grandes controles, porém não são obesos e os níveis de pressão arterial estão dentro do padrão de normalidade, possuem menos de 3 fatores de risco (Risco B) associados. Quanto ao tratamento usam diariamente dois medicamentos associados e distribuídos pelo SUS, embora muita das vezes esqueçam de tomá-los.

Através dessas informações colhidas durante a pesquisa e das observações feitas no decorrer do trabalho, conclui-se que as características sócio-econômicas dos hipertensos determinam os seus estilos de vida e podem ser um dos obstáculos para a mudança de comportamentos e melhora do diagnóstico e dos riscos inerentes à hipertensão arterial. Esse grupo convive com privações financeiras, lidam com a doença há alguns anos, dificultando a adesão a um estilo de vida saudável. Observou-se que o hábito de vida escolhido é determinado pelo prazer das práticas de fumar, ingerir bebidas alcoólicas e comer. O abandono de uma dessas práticas pode significar a perda de um prazer em uma realidade em que as oportunidades de satisfação individual são muito poucas.

O estudo foi de grande relevância para as pesquisadoras, pois ao longo da pesquisa foi possível uma auto-avaliação do próprio trabalho desenvolvido não só com esses, mas com outros grupos de hipertensos e de como as estratégias em saúde podem ser repensadas a partir do momento que se conhecem os indivíduos e a realidade em que estão inseridos.

Sem esse conhecimento de como as pessoas são, pensam e se sentem diante de seus problemas, o profissional de saúde não pode concretizar um processo educativo que vislumbre a mudança e sustentação de estilos de vida saudáveis.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, P. J. N. **Cardiologia para o generalista**. 2. ed. Fortaleza: UFC, 1997.
- BARBOSA, M.M. et al. Prevalência de hipertensão arterial em São Luís, Maranhão. **Rev. Soc. Bras. Hipertensão**. v. 5, p. 43, 2002. (Suplemento).
- BARRETO, A.C. P. A associação medicamentosa no controle da hipertensão arterial. **Jornal Hipertensão Arterial**, São Paulo, v.1, n.2, p.13-17, ago. 2002.
- BENSENOR, I. M.; LOTUFO, P. A. A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri: Manole, 2004. p.11-26.
- BRANDÃO, A. P. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v.13, n.1, p.7-17, jan./fev.2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus – protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CABRERA, Marco, A. S.; JACOB FILHO, Wilson. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2001.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Escola Enfermagem**, USP, v.33, n.3, p.294-304, 1999.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, 4., Campos do Jordão, SP, 2002.
- _____. _____., 5, Campos do Jordão, SP, 2006.
- DOREA, L. M.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n.3, p.86-116, 2004.
- DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- FREITAS, J. B. et al. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no Serviço de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina. **Arq. Bras. Cardiologia**, v.79, n.2, p.117-122, 2002.
- GONÇALVES, Sandro Cadaval et al. Hipertensão arterial não controlada. **Rev. Hipertensão**, São Paulo. v. 8, n. 2, p. 56-58, 2006.
- GUIMARÃES, Armênio Costa. Fatores de risco: prevenção das doenças cardiovasculares no século 21. **Revista Hipertensão**, v. 5. n. 3, p.103-106, 2002.

GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HARRISON, T. R. **Medicina interna**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

JARDIM, P.C.B.V.; MONEGO, E.T.; SOUSA, A.I.I. Abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri: Manole, 2004. p.119-138.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. **Exercício físico e o controle da Hipertensão arterial**. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php?script](http://www.scielo.br/scielo.php?script)>. Acesso em: 19 nov. 2006.

NOBRE, F.; LIMA, N. K. C. **Hipertensão arterial: conceito, classificação e critérios diagnósticos**. In: MANUAL de Cardiologia SOCESP. São Paulo: Atheneu, 2000.

PEREIRA, L. F. F. **Manual sobre tabagismo**. Disponível em: <<http://www.sbpt.org.br/download/livreto%20tabagismo.doc>>. Acesso em: 19 dez.2003.

PERES, D. S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e praticas. **Rev. Saúde Pública** Ribeirão Preto, v. 37, n.5, p. 635-642, 2003.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M.A.A.M.; MION JUNIOR, D.M.O. desafio do controle da hipertensão arterial e adesão ao tratamento. In: _____. **Hipertensão arterial: uma proposta para cuidar**. Barueri: Manole, 2004. p.275-289.

ROCHA, Christianne Macedo da et al. **Fatores determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes no município de Angical do Piauí-PI**. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2003.

SALGADO FILHO, N. et al. Características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso. **Rev. Hosp. Universitário UFMA**, São Luís, v.3, p. 13-18, jan./abr. 2002.

SANTELLI, J. L. Sal e hipertensão arterial: O grande elo entre a evolução e a evidência. **Jornal da Hipertensão Arterial**, São Paulo, v.1, n.1, p.3-6, mar.2002.

SANTOS, L. M. de A.; SILVA, R. M. da. **Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado**. Fortaleza: Unifor, 2002.

SILVEIRA, F. S. et al. Controle da pressão arterial no Programa Saúde da Família. **Rev.Soc. Bras. Hipertensão**, v.6, p.47, 2003. (Suplemento).

APÊNDICES

Apêndice A - Formulário para coleta de dados

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

IDENTIFICAÇÃO:

1 SEXO:

masculino feminino

2 IDADE: _____

3 COR:

branca negra parda

4 ESTADO CIVIL:

casado solteiro viúvo separado outros

5 QUANTIDADE DE FILHOS: _____

6 RELIGIÃO:

católica espírita evangélica outras

7 RENDA:

sem renda menos de 1 salário mínimo 1 salário mínimo

2 a 3 salários mínimos 4 salários mínimos ou mais

8 OCUPAÇÃO: _____

9 ESCOLARIDADE:

analfabeto ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo ensino médio incompleto ensino médio completo ensino superior completo ensino superior incompleto

10 TEMPO DE DIAGNÓSTICO:

menos de 1 ano 1 a 2 anos 3 a 6 anos 7 a 10 anos

11 a 20 anos mais de 20 anos

FATORES DE RISCO

11 ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

sim não não sabe

12 DIABETES MELLITUS

sim não

13 TABAGISMO

sim não

14 ETILISMO

Sim Não

15 ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

sim não às vezes

16 ALIMENTAÇÃO HIPOSSÓDICA E HIPOLIPÍDICA**17 IMC ATUAL**

normal (18,5-24,9) sobrepeso (25-29,9) obesidade I (30-34,9)

obesidade II (35-39,9) obesidade III (> 40)

18 CINTURA (CM): _____

19 PA ATUAL: _____

Ótima < 120 sistólica e < 80 diastólica Normal (< 130/ 85 mm/Hg) Limítrofe (130-139/ 85—89mmHg) Hipertensão leve (140-159/90-99 mmHg) Hipertensão moderada (160—179/ 100- 109mmHg) Hipertensão grave $\geq 180/\geq 110$ mmHg) Hipertensão sistólica (.= 140/<90mmHg)

RISCO INDIVIDUAL PARA FATORES DE RISCO E LESÃO EM ÓRGÃO-ALVO

Risco A - Sem fatores de risco

Risco B - 1 a 2 fatores de risco

Risco C - 3 ou mais fatores de risco ou lesão de órgão-alvo, ou diabetes

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

20 MEDICAMENTO (S): _____

não faz uso de medicamentos monoterapia Associação com 2 medicamentos

associação com mais de 3 medicamentos associação não fixa

21 COMO ADQUIRE OS MEDICAMENTOS:

recebe pelo SUS compra recebe pelo SUS + compra

22 COMO FAZ USO DA MEDICAÇÃO?

diariamente irregularmente

23 POSSÍVEIS CAUSAS PARA NÃO CUMPRIREM COM O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO CONFORME PRESCRIÇÃO:

inviabilidade socioeconômica efeitos colaterais falta de orientação incômodo posológico crenças (dependência /ausência de sintomas) esquecimento.

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

Orientador: Prof. Doutor Vinícius José da Silva Nina

End: Rua Parnaíba Qd - 02 Aptº. 1502 - Caribbean Residence São Marcos CEP: 65076 - 300

Fone: 9973 - 9699

e-mail: rvnina@terra.com.br

Pesquisadoras: Angélica Lucila do Nascimento Dantas, Keyse Emanuelle Vieira Ribeiro e Tereza da Silva Machado Neta.

**ESTUDO DE ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS
EM UM GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS ASSISTIDOS POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÁGUA-MA.**

Eu,....., abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa que irá estudar os pacientes hipertensos assistidos pelo Programa Saúde da Família No Centro de Saúde de Belágua, a partir de informações coletadas em formulário específico, não havendo riscos ou desconfortos a mim. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Fui esclarecido (a) ainda, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado, tendo garantia de sigilo o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa.

São Luís, / /

Assinatura e carimbo do
pesquisador responsável

Assinatura do participante

ANEXO

Anexo A - Parecer Consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 400/06

Pesquisador (a) Responsável: **Vinicius José da Silva Nina**

Equipe executora: **Angélica Lucila do Nascimento Dantas, Keyse Emanuelle Vieira Ribeiro e Tereza da Silva Machado Neta**

Tipo de Pesquisa: **Especialização**

Registro do CEP: **295/06** Processo Nº. **33104-1066/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **Centro de Saúde Belágua**

Grupo: **III**

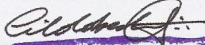
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **20.10.2006** o processo Nº. **33104-1066/2006**, referente ao projeto de pesquisa: **“Estudo dos pacientes hipertensos assistidos pela equipe de saúde da família em uma unidade de saúde do município de Belágua-MA”**, tendo como pesquisador responsável **Vinicius José da Silva Nina**, cujo objetivo geral é **“Estudar os pacientes hipertensos assistidos por uma equipe de saúde da família do município de Belágua-MA”**. Na metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 18/12/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 18 de dezembro de 2006.


Wildoberto Batista Gurgel
Coordenador do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Universitário da UFMA
aprovado em reunião de:
18/12/06

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 2109-1223

E-mail huufma@huufma.br