

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

ANTONIO HIDALGO DA SILVEIRA LEDA

**PERFIL PROFISSIONAL DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA
CLÍNICA PRIVADA EM BACABAL**

São Luís
2012

ANTONIO HIDALGO DA SILVEIRA LEDA

**PERFIL PROFISSIONAL DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA
CLÍNICA PRIVADA EM BACABAL – MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO- Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2012

Leda, Antonio Hidalgo da Silveira

Perfil profissional de pacientes hipertensos atendidos em uma clínica privada em Bacabal - MA/ Antonio Hidalgo da Silveira Leda. – São Luís, 2011.

31f.

Monografia (Pós-Graduação em Medicina do Trabalho) – Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Hipertensão - prevalência. 2. Atividade profissional - fatores de risco. I. Título.

CDU 616.1-008.331.4

ANTONIO HIDALGO DA SILVEIRA LEDA

**PERFIL PROFISSIONAL DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA
CLÍNICA PRIVADA EM BACABAL – MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO- Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

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

RESUMO

A hipertensão arterial sistemática constitui-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, por sua relevância epidemiológica e social, evidenciada pela alta prevalência, pelos índices de morbimortalidade e pela fragilidade na qualidade de vida de seus portadores. A pesquisa tem como objetivo estudar o perfil demográfico de pacientes hipertensos, atendidos em uma clínica privada no município de Bacabal-Maranhão, com ênfase na relação com a atividade profissional. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, realizado com 267 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. Os dados foram coletados a partir de registros nos prontuários em arquivo da referida clínica. Os resultados mostraram predominância do sexo feminino (156,58%); idade superior a 60 anos (140, 52%); cor parda (215,80%); e (152,57%) aposentados. Cerca de (130,49%) não alfabetizadas e (168,63%) eram formalmente casadas ou viviam em união consensual. Considerando os resultados deste estudo torna-se necessário orientar os pacientes para a prevenção e autocuidado com HAS, principalmente por ser a mesma uma doença multifatorial, que exige diferentes abordagens e atenção de uma equipe de multiprofissional.

Palavras - chave: Hipertensão – prevalência. Atividade profissional - fatores de risco.

ABSTRACT

Hypertension is systematically as an important public health problem in Brazil and worldwide, in epidemiological and social relevance, as evidenced by the high prevalence, the rates of mortality and the fragility of quality of life of sufferers. The research aims to study the demographic profile of hypertensive patients treated at a private clinic in the city of Bacabal-Maranhão, with emphasis on the relationship with the professional activity. This is a descriptive study, quantitative and retrospective study was conducted with 267 patients with hypertension. Data were collected from records on file in the records of the clinic. The results showed a predominance of females (156.58%), age over 60 years (140, 52%), brown (215.80%), and (152.57%) retired. About (130.49%) and illiterate (168.63%) were formally tired or lived in consensual. union. Considering the results of this study it is necessary to educate patients with hypertension prevention care alf, mainly because it is a multifactorial disease, which requires different approaches and attention of a multidisciplinary team.

Key words: Hypertension – prevalence. Professional activities – risk factors.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com o sexo. Bacabal - MA, 2010	22
Gráfico 2	- Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com a faixa etária. Bacabal - MA, 2010	23
Gráfico 3	- Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com a etnia. Bacabal - MA, 2010.....	23
Gráfico 4	- Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com a escolaridade. Bacabal - MA, 2010	24
Gráfico 5	- Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com a profissão. Bacabal - MA, 2010.....	25
Gráfico 6	- Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com o estado civil. Bacabal - MA, 2010	25

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	8
2 MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS E ADOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS	14
3 OBJETIVOS	20
3.1 Geral	20
3.2 Específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
5.1 Diagnóstico dos Pacientes de acordo com os registros nos prontuários em arquivo da clinica privada.	
6 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE	30

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde pública no país e no mundo, isso não se deve apenas a elevada prevalência, mas também, a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados, não tratados adequadamente e pelo alto índice de abandono ao trabalho.

Representante do grupo das doenças crônicas não transmissíveis, a HAS é definida como uma patologia de caráter multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), mais precisamente pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Entretanto, para o seu diagnóstico, além de valores de PA, deve-se considerar o risco global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, resultando na sua caracterização como um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, e um dos mais preocupantes problemas de saúde pública. Além de ser uma patologia isolada, a hipertensão é responsável pela alta prevalência de Doenças Cardiovasculares (DCV), que aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmhg de forma linear, contínua e independente, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Pesquisa recente do Ministério da Saúde mostra que a proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial elevou-se de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Esses dados foram obtidos através do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP), a pesquisa revela que no último ano, houve um recuo de 1,1 pontos percentual, já que em 2009, o índice havia sido de 24,4%. A pesquisa relata também que o diagnóstico de hipertensão arterial chega a (25,5%) no sexo feminino, maior do que registrado no sexo masculino, que chega a (20,7%). Em ambos os

sexos, no entanto, o diagnóstico se torna mais com a idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos entre 18 e 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2011).

Com o diagnóstico estabelecido, o paciente depara-se com uma condição que o acompanhará por toda a sua vida, precisando seguir um tratamento contínuo que irá envolver além do uso de fármacos medidas não medicamentosas que se referem às modificações no estilo de vida.

Quanto aos fatores de risco da hipertensão, o INCA (2002), relata que: o termo risco é usado para definir a chance de uma pessoa sadia, exposta a determinados fatores, ambientais ou hereditários, adquirir uma doença. Os fatores associados ao aumento do risco de se desenvolver uma doença são chamados fatores de risco. Em contrapartida, há fatores que dão ao organismo a capacidade de se proteger contra determinada doença, daí serem chamados fatores de proteção.

Sendo assim, diversos estudos mostram que existem vários fatores denominados fatores de risco que influenciam no aparecimento ou agravamento da hipertensão arterial. Trabalhos de revisão sobre os mecanismos causais da hipertensão arterial, ou do aumento da pressão arterial, concordam em que essa causalidade é complexa e multifatorial (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002)

Conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, o fator de risco para a HAS compreende: Idade, sendo a prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos; gênero onde a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década; etnia sendo duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor negra e parda do que na cor branca, devido não se conhecer, com exatidão o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil; excesso de peso e obesidade, principalmente a obesidade central; ingestão de sal excessiva, agregada as conservas, embutidos e *fast-food* com alto padrão alimentar, rico em açúcar e gorduras; ingestão de álcool por longos períodos de tempo, podendo aumentar a PA; sedentarismo que favorece a HAS; fatores socioeconômicos e culturais que no Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade; genética, onde a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Embora, não existem até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS. Os contraceptivos hormonais, que logo após a introdução dos contraceptivos orais no mercado, seu uso foi associado à hipertensão e fatores tromboembólicos. Os primeiros estudos se referem a mulheres previamente normotensas que se tornaram hipertensas após o uso de contraceptivos orais ou mulheres previamente hipertensas que apresentaram o aumento de sua pressão arterial; trabalho; estudo em saúde ocupacional tem recentemente se preocupado com fatores ambientais como: risco físico e químico, e fatores sócio - psicológicos da ocupação, sendo que nos últimos anos tem se acumulado evidências neste sentido. Uma das ocupações que mais tem sido estudado na função de ocorrência frequente da doença cardiovascular é a de motorista (BRUNA; RIBEIRO; BETHANM, 1996).

Os fatores de risco estão relacionados ao estilo de vida das pessoas, isto é, referem-se aos hábitos, expressões e maneira de ser, variando de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se insere (TEIXEIRA et al., 2006). Logo intervir sobre eles não é fácil e torna-se muitas vezes, uma barreira, um impedimento no seguimento ao tratamento, dificultando assim o controle da doença e a melhoria da qualidade de vida para os pacientes.

O diagnóstico da HAS é estabelecimento pelo encontro dos níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites normais, quando a pressão arterial é determinada por métodos e condições apropriados. Portanto a medida de pressão é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico. Este é baseado na anamnese, exame físico e exames complementares (urina, dosagens de creatina e potássio séricos, glicemia de jejum, colesterol, eletrocardiograma), que auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia, grau de comprometimento de órgãos – alvos e na identificação dos fatores de risco cardiovascular associados (MION et al., 1999).

A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. Já a hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da

doença primária (CORRÊA et al., 2006). Segundo Mio (2002), a hipertensão primária tem como causa uma combinação de diversas alterações no coração, nos vasos sanguíneos e nos sistemas de regulação de líquidos e eletrólitos do corpo. Quando a causa é conhecida, a doença denomina-se hipertensão secundária. Destacam-se:

a) renal: estenose da artéria renal, pielonefrite, glomerulonefrite, tumores renais, doença policística renal, lesões do rim e radioterapia que afeta o rim;

b) problemas hormonais: hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, feocromocitoma;

c) medicamentos e substâncias: anticoncepcionais orais, corticosteróides, ciclosporina, eritropoietina, cocaína, abuso de álcool e alcaçuz (em quantidades excessivas);

d) outras causas: coarctação da aorta, gravidez complicada por pré-eclâmpsia, porfiria intermitente aguda e intoxicação aguda por chumbo.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a hipertensão arterial se classifica como Ótima (PAS <120mmHg e PAD < 80mmHg); Normal (PAS , 130mmHg e PAD , 85mmHg); Limítrofe (PAS 130-139mmHg e PAD 85-89mmHg); Hipertensão: estágio I, leve (PAS140-159mmHg e PAD 90-99mmHg); Hipertensão: estágio II, moderado (PAS 160-179mmHg e PAD 100-109mmHg); Hipertensão: estágio III, grave, (PAS >180mmHg e PAD > 110mmHg); Hipertensão Sistólica Isolada (PAS >140mmHg e PAD < 90mmHg) medida em consultório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em relação aos dados apresentados são considerados portadores de hipertensão arterial, segundo o Ministério da Saúde, “aqueles indivíduos que apresentam pressão diastólica acima de 90mmHg e sistólica acima de 140mmHg (acima de 18 anos)” (BRASIL, 2006). Segundo Porto (2005, p.488), os níveis pressóricos, em determinadas pessoas podem sofrer variações, para mais ou para menos, em curtos períodos de tempo, acarretando cifras acima dos valores normais. O autor acredita que os impactos emocionais podem ser fatores que desencadeiam esse transtorno, e ao mesmo tempo, afirma que, em muitas ocasiões, isto pode ocorrer sem que haja qualquer fator desencadeante. O referido autor relata ao se tratar da cautela que se deve ter ao rotular-se uma pessoa como hipertensa.

É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis

de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS (BRASIL, 2006).

Observa-se assim, que do ponto de vista do diagnóstico, Porto (2005), recomenda fazer avaliações periódicas, pois, com frequência, esses pacientes podem acabar desenvolvendo hipertensão arterial. O estudo apresentado mostra que das várias classificações desta enfermidade, tem valor prático a que torna como referência as causas da hipertensão. Brunner; Suddart (1996) destacam ainda que são necessários história e exames físicos meticulosos onde além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas devem ser considerados. Percebe-se que o diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais.

De acordo com Brunner; Suddart (1996), as pessoas com HA podem estar assintomáticas e assim permanecer para muitos anos. Os sintomas quando ocorrem, geralmente indicam lesão vascular, com manifestações específicas relacionados com os sistemas orgânicos servidos pelos vasos envolvidos. Em geral, o cliente hipertenso não faz referência a sintomas e a doença é detectada durante a avaliação de algum outro problema ou durante a aferição da pressão arterial em um programa de triagem. Quando se manifestam, os sintomas refletem o efeito da hipertensão nos sistemas do organismo. O cliente pode relatar que acordou com cefaléia na região occipital a qual regride espontaneamente depois de algumas horas. Em geral, esse sintoma está associado à hipertensão grave. Além disso, o cliente pode queixar-se de tontura, taquicardia, fadiga e impotência. Se houver comprometimento vascular, podem queixar-se de epistaxe, hematuria, fraqueza e visão embaçada. As queixas de dor torácica e dispnéia podem indicar disfunção cardíaca (BOUNDY et al., 2004).

No tratamento da HAS, o objetivo primordial é a redução da morbimortalidade. Para isto, se faz necessário uma abordagem multidisciplinar associando o tratamento farmacológico ao não farmacológico e multiprofissional (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1996; OIGMAN; NEVES, 1999; MASSIE, 2001; ROCHA, 2003; NEVES; BURLÁ; OIGMAN, 2005). Na hipertensão limítrofe ou leve tem-se buscado intervir com o tratamento não farmacológico, quando este falha inicia-se a intervenção medicamentosa com monoterápico. Nos níveis II e III considera-se utilizar a combinação de drogas conforme tratamento previsto na

literatura. (OIGMAN; NEVES, 1999; MASSIE, 2001; SBH, 2002; RIBEIRO, 2004; NEVES; BURLÁ; OIGMAN, 2005; MANO, 2005).

O tratamento não farmacológico consiste na modificação do estilo de vida do paciente. As modificações de estilo de vida são aplicadas a todas as pacientes que se propõe a diminuição do risco vascular incluindo os normotensos e necessários também quando se impõe o tratamento farmacológico da hipertensão (MANO, 2009). Segundo Lopes et al (2006) concomitante à terapêutica para o controle da hipertensão arterial os indivíduos devem adotar um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que constituam fatores de risco para a doença. Entretanto, no acompanhamento a saúde dos pacientes, segundo se observa, é grande a dificuldade para aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessário, constitui uma decisão pessoal.

Segundo Toscano (2006), programas deveriam incorporar mudanças comportamentais, como adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e realização de atividades físicas regulares, mas também contemplar intervenções populacionais como legislação, tribulação e infraestrutura visando reduzir o ambiente obesígenas a que as populações atualmente, estão expostas, tanto em país desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, tem sido apontado como fatores importantes na prevenção e controle do diabetes e da hipertensão arterial.

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão complementa que o tratamento com modificações no estilo de vida consiste em: perda de peso se o índice de massa corpórea estiver entre 18,5 a 24,9 Kg/m² ; limitar o consumo de álcool a 30g/dia para os homens e 15g/dia para mulheres; praticar regularmente atividades aeróbicas por, pelo menos 30 minutos por dia, 3 vezes por semana; reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2g ou menos por dia e consumir dieta rica em frutos e vegetais e alimentos de baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar a dieta DASH (Dietry Approaches to stop hypertesion) condutas dietéticas para interromper a hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

2 MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS E ADOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS

- **Controle de peso**

A obesidade e o excesso de peso aumentam consideravelmente o risco de pressão alta, além de proporcionar o excesso de gorduras no sangue, diabetes, doença cardíaca, derrame, doenças respiratórias, cálculo na vesícula e câncer de próstata, mama, útero e colo. Quem tem pressão alta ao ganhar peso, terá sua pressão mais elevada e, ao perder, uma queda de pressão. A perda do peso, tanto nos obesos quanto naqueles com excesso do peso, reduz o risco de diabetes e doença do coração, porque proporciona a redução do açúcar e das gorduras do sangue. Os grandes segredos para redução de peso são dietas e atividades físicas (SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO CIVIL, 2002).

Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25kg/m² e circunferência abdominal < 102cm para os homens e < 88 para as mulheres. O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável. Controle de peso – grau de recomendação I e nível de evidência A.

- **Redução do consumo de álcool**

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se, de acordo com o Ministério da Saúde, limitar a ingestão de bebidas alcoólicas a menos de 20ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente as refeições (BRASIL, 2006). Isso corresponde a ingestão diária de no máximo de 700ml de cerveja (uma garrafa de

cerveja de 300ml de vinho duas taças); ou 50ml de bebida destilada (duas doses) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Redução do consumo de álcool para hipertensos - grau de recomendação IIb, nível de evidência B, Recomendação de consumo de álcool para hipertensos: grau de recomendação III, nível de evidência D.

- **Prática de atividade física regular**

Ensaio clínico controlado demonstraram que os exercícios aeróbicos (isotônicos) que devem ser complementados pelos resistidos, põem reduções de PA, estando indicados para prevenção e o tratamento da HAS. Para manter uma saúde cardiovascular e qualidade de vida todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la. Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a recomendação é de que inicialmente os indivíduos realizem atividades leves a moderada. Somente após estarem adaptados. Caso julguem confortáveis e não haja nem uma contra indicação, é devem passar a vigorosas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Também se recomenda que a avaliação médica seja feita antes do início de um programa de treinamento estruturado e sua interrupção na presença de sintomas. Em hipertensos, a sessão de treinamento não deve ser iniciada se as pressões arteriais sistólicas e diastólica estiverem superiores a 160 e/ou 105 mmHg respectivamente. Atividade física: grau de recomendação 1 e nível de evidencia A.

- **Dieta**

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. O Ministério da Saúde assegura que uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio < 2,49/dia é equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio, baseada em fruta, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosos leite e derivados desnatados quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2006). Para a orientação alimentar, o profissional de saúde deve:

- a) esclarecer que a alimentação e nutrição adequadas são direitos humanos universais;
- b) promover a substituição do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos saudáveis;
- c) não discriminar alimentos, mas propor a redução do consumo dos menos adequados;
- d) esclarecer que alimentação saudável não é alimentação cara;
- e) promover o peso saudável através de mensagens positivas; 39
- f) evitar a personificação do obeso, já discriminado socialmente (BRASIL, 2002).

Quadro 1 - Como recomendar uma dieta ao estilo DASH – (Dietary Approaches to stop Hypertension).

Escolher alimentos que possuam pouca gordura saturada, colesterol e gordura total. Por exemplo, carne magra, aves e peixes, utilizando-os em pequena quantidade.
Comer muitas frutas e hortaliças, aproximadamente de oito a dez porções por dia (uma porção é igual a uma concha média).
Incluir duas ou três porções de laticínios desnatados ou semidesnatados por dia.
Preferir os alimentos integrais, como pão, cereais e massas integrais ou de trigo integral.
Comer oleaginosas (castanhas), sementes e grãos, de quatro a cinco porções por semana (uma porção é igual a 1/3 de xícara ou 40 gramas de castanhas, duas colheres de sopa ou 14 gramas de sementes, ou 1/2 xícara de feijões ou ervilhas cozidas e secas).
Evitar a adição de gorduras. Utilizar margarina light e óleos vegetais insaturados (como azeite, soja, milho, canola).
Diminuir ou evitar o consumo de doces e bebidas com açúcar.

Fonte: www.nhlbi.nih.gov/health/public/dash/new_dash.pdf6

▪ Cessação de tabagismo

A cessação de tabagismo constitui na medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças. Não há, entretanto evidências de que, para o controle de PA, haja benefícios. Além desses fatores, o controle do estresse psicossocial foi incorporado na terapêutica da HAS. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) reconhece que os fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS, e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudanças de hábitos.

São constatações vindas muitas vezes do conhecimento do paciente, que rotineiramente associa o estresse com o desenvolvimento ou agravamento da doença. Por tanto, representa um problema que requer a formulação de ações de intervenção profícuas que poderão ser conseguidas a partir do conhecimento do paciente, das suas particularidades e de demandas não só de saúde, mais da vida como um todo.

Segundo o Ministério da Saúde, tal hábito deve ser abolido, porém isto não é fácil, pela dependência da nicotina, hoje considerada uma droga que provoca vício igual ao da cocaína e heroína. Sendo assim, para esta prática algumas recomendações são adotadas:

a) marcar uma data para abandono do hábito de fumar é um passo importante; o ideal é que seja dentro de duas semanas;

b) é aconselhável que a pessoa avise amigos, familiares e colegas de trabalho sobre sua intenção de parar de fumar, solicitando o apoio de todos;

c) a presença de outros fumantes, em casa, dificulta o abandono do hábito de fumar;

d) retirar cigarros de casa, do carro e do local de trabalho, e evitar fumar nestes locais;

e) para evitar recaída, é importante fazer com que a pessoa reflita sobre o que deu errado em outras tentativas;

f) beber álcool está fortemente associado a recaídas;

g) Orientar a pessoa sobre as respostas do organismo ao hábito de parar de fumar, a exemplo da síndrome de abstinência;

h) Lembrar às pessoas que desejam parar de fumar que a abstinência total é essencial: não se deve dar nem mesmo uma tragada (BRASIL, 2002).

Em relação ao tratamento farmacológico Nettina (2003); Mano (2009) relatam que o tratamento se impõe quando as medidas não farmacológicas, não são suficientes para o controle da pressão arterial. Em qualquer caso o tratamento não farmacológico sempre deve ser mantido. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), os anti-hipertensivos para o tratamento farmacológico utilizado no controle da PA no Brasil, consistem em sete distintos grupos, a saber: Diuréticos (tiazídicos, alça e poupadores de potássio); Inibidores adrenérgicos (ação central, betabloqueadores e alfabloqueadores); Vasodilatadores direto; Bloqueadores do canal de cálcio; Inibidores da ECA; Bloqueadores do receptor AT e Inibidor direto da renina.

Na terapia medicamentosa alguns fatores devem ser considerados: raça – negros respondem bem a terapia diurética; brancos respondem bem a inibidores da ECA; idade – alguns efeitos colaterais podem não ser bem tolerados para pessoas idosas. Tipicamente, os diuréticos são prescritos em primeiro lugar; doenças e terapias concomitantes – alguns agentes também tratam cefaleias hiperplasia prostática benigna, insuficiência cardíaca; tem efeitos benéficos sobre distúrbios como insuficiência renal; ou tem efeitos adversos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Os agentes incluem: diuréticos - reduzem a PA por promoverem a excreção urinária de água e sódio para reduzir o volume sanguíneo; bloqueadores beta adrenérgicos - que reduzem a PA por diminuírem o ritmo do coração e reduzirem o débito cardíaco, bem como a liberação de renina pelos rins; bloqueadores de alfa –receptores - inibidores alfa- adrenérgicos que reduzem a PA por dilatarem os vasos sanguíneos periféricos e reduzirem a resistência vascular periférica; alfa – agonistas centrais - reduzem a PA por diminuírem o e fluxo simpático do cérebro, com isso reduzindo a resistência periférica; agentes adrenérgicos periféricos - inibem a liberação adrenérgica periférica de catecolaminas vasoconstritoras como a norepinefrina; bloqueadores alfa e beta - adrenérgicos combinados – inibidores adrenérgicos que trabalham através dos receptores alfa e

beta; inibidores da ECA - reduzem a PA por bloquearem a enzima que converte a angiotensina I no potente vasoconstritor angiotensina II (NETTINA, 2003).

Esse medicamento também eleva o nível de bradicinina, um potente vasodilatador que reduz os níveis de aldosterona; bloqueadores dos receptores de angiotensina - ação similar aos inibidores da ECA; antagonistas do cálcio (bloqueadores dos canais de cálcio) - interrompem o movimento de cálcio para dentro das células; relaxam a musculatura lisa, o que causa vasodilatação; inibem a reabsorção de sódio nos túbulos renais; vasodilatadores diretos - relaxantes diretos da musculatura lisa que dilatam principalmente artérias e arteríolas (NETTINA, 2003).

Em distúrbios como diabetes ou asma; impacto sobre a qualidade de vida – tolerância aos efeitos colaterais; considerações econômicas – agentes mais atuais tem um custo muito alto, doses diárias – esse pode ser um problema na adesão ao tratamento. O melhor tratamento da hipertensão é usar o menor numero de medicamentos nas menores doses possíveis, enquanto incentiva o paciente a manter as modificações no estilo de vida. Após a PA ter sido controlada por, pelo menos, um ano, um declínio lento e progressivo na terapia medicamentosa pode ser tentado. Entretanto, a maioria dos pacientes precisa reiniciar a medicação dentro de um ano. Se a PA desejada ainda não tiver sido alcançada com a adição de um segundo medicamento, um terceiro agente e ou diurético (se não estiver prescrito) podem ser adicionados. (NETTINA, 2003).

Percebe-se assim que, o sucesso do tratamento após o diagnóstico da hipertensão está diretamente ligado à adaptação do individuo aos novos hábitos de estilo de vida. Pois, uma simples mudança comportamental pode provocar uma grande melhoria na saúde e qualidade de vida. De acordo com Ministério da Saúde, os profissionais de saúde tem importância primordial nas estratégias de controle dessa enfermidade, tanto na definição do diagnóstico clinico, quanto na conduta terapêutica e também, nos esforços requeridos para informar e educar o portador de hipertensão arterial (BRASIL, 2006). Inserido nesse contexto, o médico deve realizar consulta para confirmação diagnóstica e avaliação dos fatores de risco; solicitar exames complementares; prescrever tratamento não medicamentoso e tomar a decisão terapêutica.

O Interesse em abordar o tema surgiu durante as consultas médicas realizadas em uma clínica privada no município de Bacabal – MA, onde proporcionou compreender as alterações ocorridas na vida dos pacientes, com relação ao controle da PA e pelo fato da hipertensão arterial sistêmica constituir um agravo que acomete grande parte da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar o perfil profissional de pacientes hipertensos atendidos em uma clínica privada de Bacabal - MA.

3.2 Específicos

Descrever o perfil demográfico desses pacientes;

Verificar o perfil profissional dos mesmos;

Caracterizar a atividade profissional e sua relação com os indicadores demográficos.

4 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo.

Local de estudo

A pesquisa foi realizada em uma clínica privada localizada na Rua Osvaldo Cruz, nº 494, Centro, no município de Bacabal – Maranhão que atende em média 300 pacientes por mês do próprio município e cidades circunvizinhas, em clínica cardiológica, medicina do trabalho e serviço de exame de eletrocardiograma. Os pacientes têm com principal meio de locomoção o transporte rodoviário (ônibus, van, táxi e motos).

População

A população constitui-se de todos os pacientes caracterizados hipertensos, atendidos na Clínica privada no período de janeiro a dezembro de 2010, perfazendo um total de 267 pacientes.

Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi realizada através de registros nos prontuários em arquivo da clínica. Foram coletados dados referentes às variáveis (peso, idade, etnia, atividade profissional, escolaridade e estado civil). Após coleta de dados, realizou-se a análise estatística através do Programa Epi-info. Os resultados estão representados em forma de gráficos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Gráfico 1 mostra que a maioria dos pacientes hipertensos atendidos na referida Clínica é do sexo feminino com 58% (n=156).

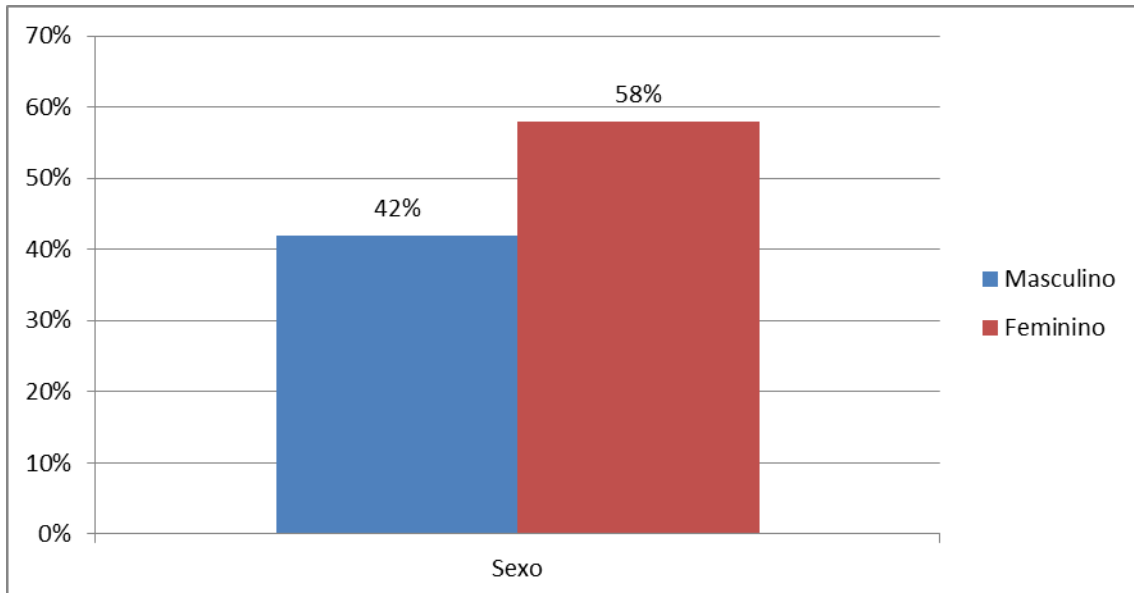


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com o sexo. Bacabal - MA, 2010.

Harrison (1998) relata que a hipertensão é mais comum em mulheres que em homens, isto se deve em grande parte, à elevada prevalência de hipertensão em grupos etários mais avançados e à maior longevidade das mulheres.

De acordo com o Gráfico 2 constata-se que a maioria dos pacientes hipertensos estudados encontra-se na faixa etária superior a 60 anos com 52% (n=140), seguida da faixa etária de 41 a 60 anos com 39% (n=103) e uma quantidade menor de 20 a 40 aos 9% (n=24)

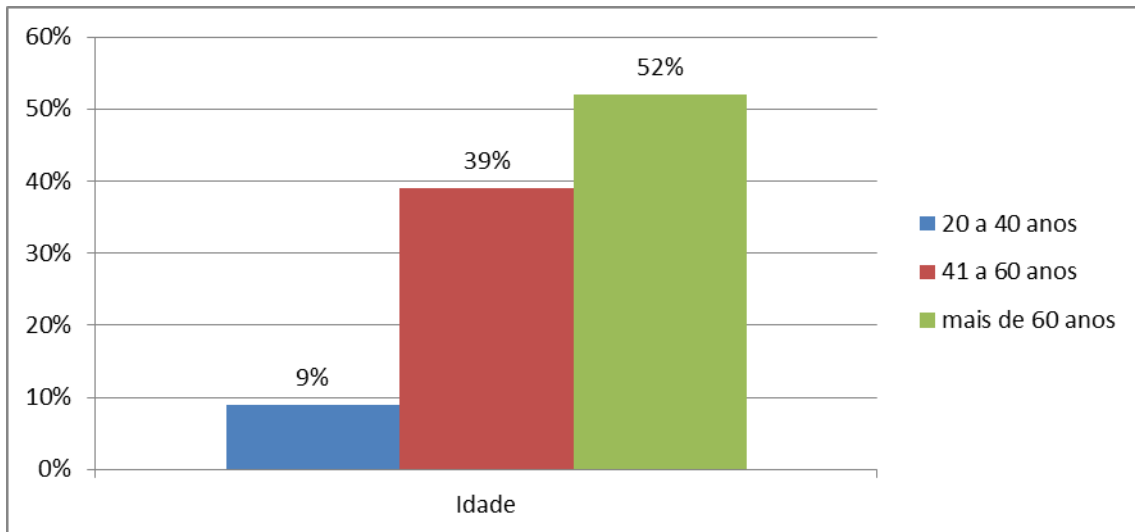


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com a faixa etária. Bacabal - MA, 2010.

Pessuto (1998) considera a idade como um fator de risco importante que contribui para aparecimento da HAS. Isso se deve as alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, consequências do processo de envelhecimento.

Em relação à etnia, o Gráfico 3 mostra que os pacientes hipertensos, em sua maioria são representados pelos pardos, com 80% (n=215); seguido dos brancos, com 12% (n=31) e negros 8% (n=21)

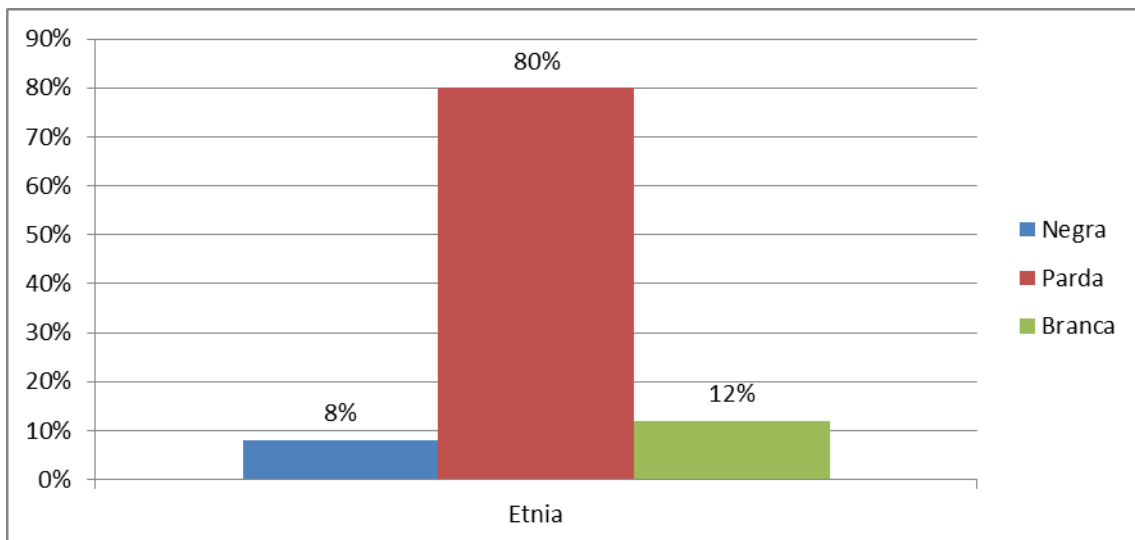


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com a etnia. Bacabal - MA, 2010.

Em relação à cor, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, deixam claro que a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca e que

não se conhece com exatidão, o impacto da miscigenação sobre HAS no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Conforme o Gráfico 4 observa-se um grande percentual de pacientes hipertensos alfabetizados com 49%(n=130), seguido de não alfabetizado 24% (n=65), ensino fundamental completo, com 14% (n=38), ensino médio completo, com 11% (n=30) e ensino superior com 2% (n=4).

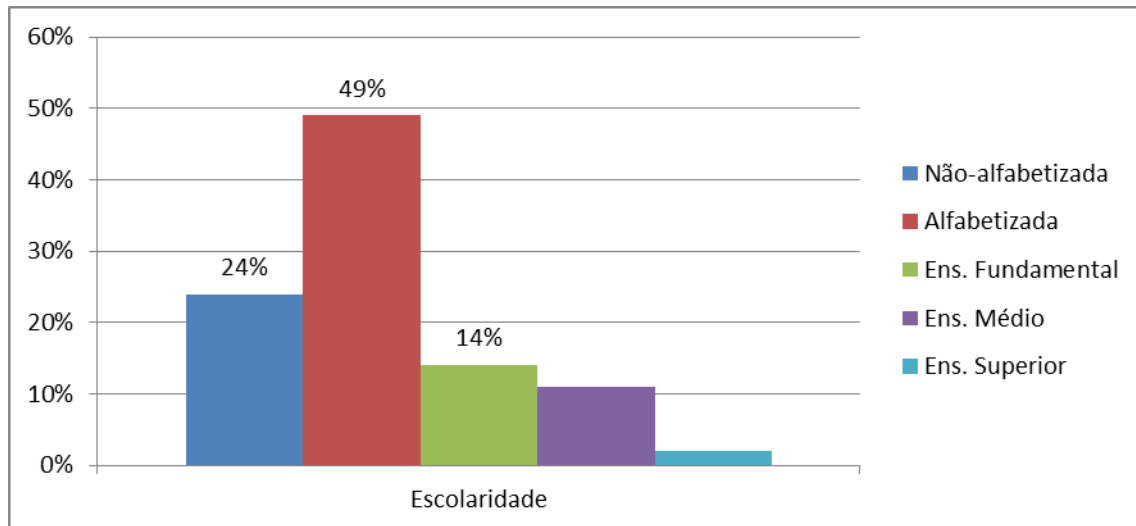


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com a escolaridade. Bacabal - MA, 2010.

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.

O Gráfico 5 mostra que a maioria dos pacientes hipertensos são aposentados 57% (n=152), segundo da profissão lavrador com 22% (n=60) e motorista 3% (n=9).

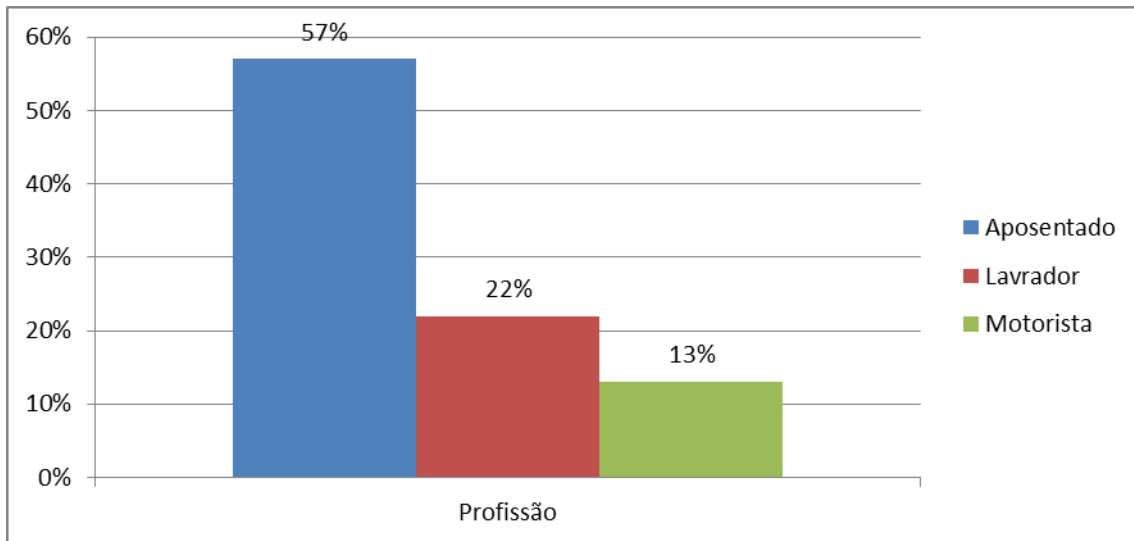


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com a profissão. Bacabal - MA, 2010.

De acordo com Dórea; Lotufo (2004) observa-se maior frequência em classe econômica menos favorecida.

De acordo com o Gráfico 6, percebe-se que a maioria dos pacientes é casada com 63% (n=168), seguido de viúvo 19% (n=52); solteiro, com 16% (n=42); e divorciado com 2% (n=5).

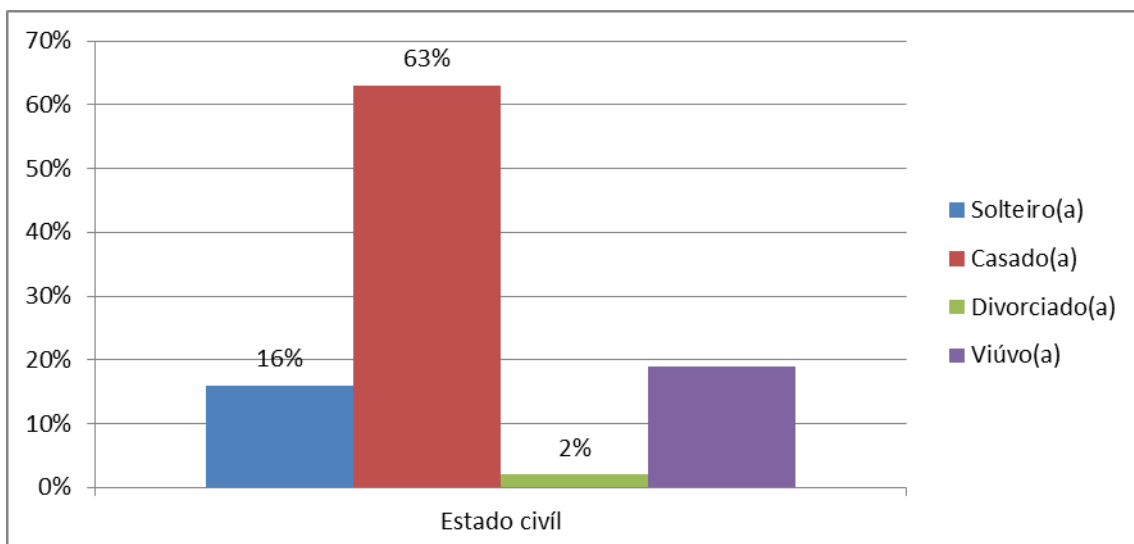


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 267 pacientes hipertensos de acordo com o estado civil. Bacabal - MA, 2010.

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

Diante dos resultados obtidos destaca-se a Relação das Variáveis com a Hipertensão Arterial Sistêmica. Os dados deste estudo evidenciaram aspectos

importantes dentre as características sócio-demográficas dos hipertensos inclusos no prontuário da Clínica Privada. Com relação ao sexo segundo alguns autores, as mulheres conseguem aderir mais ao tratamento quando comparadas aos homens. Em um estudo realizado identificou que, embora existam muitos homens acometidos pela hipertensão arterial, as mulheres procuram mais os serviços de saúde e por serem aposentadas ou donas de casa, em sua maioria, estão mais disponíveis do horário de funcionamento da Clínica em questão.

A hipertensão arterial na mulher apresenta algumas peculiaridades no seu desenvolvimento que diferencia do homem. Durante o período fértil ela é menos hipertensa que o homem, possivelmente devido aos elevados níveis de estrógeno ou pela menor viscosidade e menor volume sanguíneo associado às perdas menstruais mensais (Bortolotto LA, Silva HB, 2002).

É importante relevar que alguns autores enfocam que a hipertensão ocorre, com maior frequência, em indivíduos pertencentes ao gênero masculino, porém, as mulheres correm risco de maior probabilidade de apresentar aumento da PA. Tal fato ocorre devido às modificações de hábito de vida das mulheres, uma vez que estas assumem uma grande carga de atividade, sejam estas domésticas ou profissionais (Silva JLL, Silva SL, 2004)

A pressão arterial eleva-se com a idade, independente do sexo, porém a interação entre idade e sexo gera diferenças nas taxas de prevalência. A hipertensão arterial atinge mais freqüentemente o homem até os 50 anos e, após esta idade, a prevalência na mulher aumenta, possivelmente pela redução da atividade estrogênica, o que aumenta a morbi-mortalidade por doença cardiovascular (FUCHS, 2006; DBHA, 2006).

Sobre a Idade, a presença de HA em idosos merece maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo (Ministério da Saúde (BR), 1999).

De acordo a Política de Saúde do Idoso, o idoso é definido como o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos e encontra-se mais susceptível a

apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor, externo ou interno, sendo, portanto, maior alvo de patologias. Esta faixa etária alcançou taxas oito vezes superiores às de crescimento da população jovem no Brasil. De forma que, em 2025 seremos a sexta nação com maior número de idosos no mundo por representarem 15,1% da população (34 milhões de pessoas). (Ministério da Saúde (BR), 1999).

Embora a Sociedade Brasileira de Cardiologia indique que esse aumento não represente uma situação benigna, sendo um comportamento fisiológico anormal do envelhecimento. (SBC 1998). Preveni-lo constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações.

Os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão visto que, os jovens não se sentem vulneráveis à doença, enquanto que os idosos, mais preocupados com a saúde, se apegam ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida. (Araújo GBS, Garcia TR., 2006).

O comportamento da população estudada coincide com outras clínicas uma vez que a procura dos jovens pelo serviço de saúde é pouco significativo, onde a população não se preocupa em prevenir doenças, buscando apenas o tratamento para os sintomas que incomodam. A Hipertensão passa então a ser importante apenas para aqueles que já são acometidos e buscam medicação para evitar complicações.

Com relação a cor da pele, conforme o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, a prevalência da hipertensão entre negros está entre as mais elevadas do mundo. Em relação aos brancos, eles possuem níveis pressóricos maiores e que se elevam mais cedo, assim como maior incidência de hipertensão do estágio 3, muitas vezes iniciando o tratamento quando já se encontra presente lesão dos órgãos-alvo (SBC, 1998).

Os afrodescendentes estão mais susceptíveis ao desenvolvimento da hipertensão arterial do que os brancos, com excesso de risco de até 130% (SBH, 2006).

Além disso, no Brasil, os indivíduos de raça negra apresentam nível socioeconômico mais baixo. Dessa forma, há dificuldade de acesso aos serviços médicos, atrasando o diagnóstico e levando ao tratamento inadequado, o que torna essa população sujeita a consequências mais graves.

Sobre a escolaridade pode proporcionar uma avaliação sobre as situações de risco da hipertensão arterial, ressaltando que a exposição a fatores de risco predomina em indivíduos com baixa escolaridade. (Sousa ERF, 2003)

Indivíduos com baixo nível de escolaridade pode ter dificuldades em compreender as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, não aderir ao tratamento correto. (Pinotti S, Mantovani MF, Giacomozzi LM, 2008).

Sendo assim, os profissionais de saúde devem estar atentos ao tipo e a forma de linguagem que deve nortear o processo de comunicação, a fim de garantir que as informações sejam entendidas corretamente.

A situação familiar dos pacientes pode interferir na adesão ao tratamento. A família tem grande importância na evolução da doença hipertensiva, sendo o conjugue o maior responsável pelo tratamento, sobretudo se a vida em comum for intensa. (Araújo GBS, Garcia TR, 2006).

Deve-se então, incluir a família no contexto do tratamento e acompanhamento do hipertenso, pois essa patologia provoca limitações no estilo de vida do doente e dos outros elementos do núcleo familiar, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo. (Araújo GBS, Garcia TR, 2006).

Um estudo comprovou que, os hipertensos casados quando comparados com os solteiros, apresentaram chance duas vezes maior de aderir ao tratamento proposto. (Araújo GBS, Garcia TR, 2006).

Quanto à ocupação, Sabe-se que as doenças cardiovasculares, além de serem as principais responsáveis por óbitos no Brasil, representam um enorme ônus financeiro para o país. O Sistema Único de Saúde (SUS) gasta anualmente 500

milhões de reais com doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial, por ser considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular, também possui altos custos sociais, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (BRASIL, 2004).

A ocupação poderá influenciar a adesão ao tratamento, pois a consulta acontece no período diurno, podendo coincidir com o horário de trabalho do paciente. Assim, a presença de aposentados e pensionistas neste estudo poderá favorecer a adesão, devido à maior disponibilidade de dedicação ao tratamento. Pesquisa sobre o autocuidado após um ano de revascularização do miocárdio verificou forte relação entre aposentadoria e práticas de autocuidado (LIMA, 2002).

5.1 Diagnóstico dos Pacientes de acordo com os registros nos prontuários em arquivo da clinica privada.

J.F.G – 85 anos masculino, casado, pardo, aposentado, não alfabetizado Queixa Principal – Cansaço, dispnéia e edema de membros inferiores. Exame Físico – PA 140/90mmHg Frequência Cárdica 96bpm. Pulmões com estertores de base – Membros Inferiores – Edema ++ /4.

Exames Complementares: Eletrocardiograma sinais de hipertrofia ventricular esquerda, Glicemia em Jejum 98mg, Uréia 42mg%, Creatinina 1.2mmHg, Raio X do tórax aumento da área cárdica – Conduta: dieta hipossódica, Digoxina 0,25, Furosemida 40mg , Enalapril 20mg, Caverdilol 3,125mg. Obteve melhoras.

J.A. da S. – 70 anos, masculino, solteiro, pardo, aposentado, ensino fundamental, queixa principal – cansaço, tontura, aos médios esforços. Exame Físico PA 160/90mmHg. Frequência Cardíaca: 78bpm. Pulmões Murmúrios Vesiculares e frêmito toraco vocal Preservado. Exames complementares: Eletrocardiograma – alterações difusas de repolarização ventricular, Glicemia em Jejum 86mg,

Uréia 40mg, Creatinina 1.1mg%, Hemograma – Hemácias 3,8 milhões, Hemoglobina 9

Conduta: Dieta hipossódica, Losartana Potássica 50mg dia Aspirina 100mg e sulfato Ferroso drágeas - Obteve melhoras.

B.B. de C. – 65 anos, Feminina, Viúva, Branca, Aposentada, Ensino Fundamental – Queixa Principal – Cefaléia occipital e tonturas. Exame Físico PA 160/100mmHg, Frequência Cardíaca 108bpm. Exames Complementares – Eletrocardiograma Taquicardia sinusal, Glicemia em Jejum 261mg%, Colesterol 283mg%, Triglicerídeos 198mg%, Uréia 45mg%, Creatinina 1.2. Conduta: Dieta hipossódica/Hipoglicídica/Hipolipídica,

Atividade Física, Glibenclamida 5mg, Atenolol 50mg, Aspirina 100mg, Sinvastatina 20mg – Obteve Melhoras.

J.M do L. 73 anos, Masculino, Divorciado, Pardo, Aposentado, Ensino Fundamental Queixa Principal – Crise hipertensiva com Convulsão, Exame Físico: PA 180/120mmHg. Frequência Cárdica 82bpm – Exames Complementares – ECG,

alterações difusas de repolarização ventricular com desvio do eixo elétrico para esquerda. Glicemia em Jejum 105mg%, Colesterol Total 268mg%, Triglicerídeo 241mg%, Uréia 46mg%. Creatinina 1.1mg%.

Conduta: Dieta Hipossódica, Atenolol 50mg, Anlodipino 5mg, Hidroclorotiazida 12.5mg, Cofibrato 100ml – Obteve melhora.

N.N.V da F. 75 anos feminina, Parda, Viúva, Aposentada, Ensino Fundamental, Queixa Principal – Cansaço com dispnéia com mínimos esforços – Exame Físico: PA 180/120mmHg, Frequência Cardíaca 81 bpm, Pulmões estertores de base. Exames Complementares: Eletrocardiograma bloqueio completo de ramo direito, Raio X do Tórax em PA, Opacificação da bases pulmonares, Glicemia em Jejum 108mg%, Ureia 52mg%, Creatinina 1.3mg%, Colesterol Total 222mg% , Triglicerídeo 186mg%.

Conduta: Dieta Hipossódica, Furosemida 40mg, Espirolactona 25mg, Anlodipino 5mg e Aspirina 100mg. Obteve Melhora.

R.C. da C. 48 anos, Masculino, Pardo, Casado, Motorista, Ensino Fundamental. Queixa Principal Dor precordial Fumante e etilista, PA 140/95mmhg, Frequência 68bpm, Pulmões murmúrio vesicular e frêmito toraco vocal preservado. Eletrocardiograma Normal, Colesterol Total 239mg%, Triglicerídeo 307mg%, Glicemia em Jejum 100mg%

Conduta: Dieta Hipossódica, Losartana Potássica 50mg, Aspirina 100mg, Desestimular o hábito do tabagismo e prática de atividades físicas – Obteve melhora.

O.J.M.M 37 anos, masculino, solteiro, pardo, motorista, ensino fundamental. Queixa Principal: Palpitações fumante e etilista, PA 130/90mmHg, Frequência 93bpm, Colesterol Total 276mg%, Triglicerídeo 268mg% Glicemia em Jejum 96mg%., Raio X do Tórax em PA normal,

Conduta: Metropolol 25mg, Aspirina 100mg, Cofibrato 100mg, desestimularão ao hábito do Tabagismo. Obteve melhoras.

M.A.S.V. 40 anos, Feminino, Casada, Parda, Lavradora e não Alfabetizada , Queixa Principal – Palpitações PA 160/100mmHg, Frequência Cárdica 82bpm,

Eletrocardiograma Normal – Colesterol Total 206mg%, Triglicerídeo 161mg%, Glicemia em Jejum 110mg%

Conduta: Dieta Hipossódica, Atenolol 50mg dia, Valeriane obteve Melhora.

J.C.S. 64 anos masculino, casado, pardo, lavrador, não alfabetizado. Queixa Principal: Tonturas, PA 150/100mmHg. Frequência Cardíaca 56bpm, Eletrocardiograma Normal, Colesterol Total 323mg%, Triglicerídeo 502mg%, Glicemia em Jejum 76mg% , Dieta Hipossódica e Hipolipídica

Medicação: Enalapril 20mg dia, Aspirina 100mg dia, Cofibrato 100mg, e atividade física. Obteve Melhora.

M.M 60 anos, Feminina, Negra, Viúva, Lavradora, Não alfabetizada, Queixa Principal: Sede intensa com tonturas, PA 160/100mmhg, Frequência Cardíaca 72bpm, Eletrocardiograma Normal, Glicemia em Jejum 144mg%, Colesterol Total 260mg%, Triglicerídeo 142mg%,

Conduta: Dieta Hipossódica/Hipoglicídica, Glibenclmida 5mg em jejum, Anlodipino 5mg, Sinvastatina 20mg dia.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que a maioria de pacientes hipertensos é do sexo feminino, possuem idade superior a 60 anos e de cor parda. São casados, analfabetos e em sua maioria, aposentados.

Mediante a análise dos resultados verificou-se que as variáveis socioeconômicas dos pacientes hipertensos determinam o seu estilo de vida e podem ser um dos obstáculos para a mudança de comportamento e melhora do diagnóstico e dos riscos inerente a Hipertensão Arterial.

Os resultados do estudo poderão subsidiar um planejamento de ações educativas que visem conscientizar os pacientes da real importância de condutas inerentes à prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica, dos demais fatores de risco cardiovascular, bem como seu controle entre os portadores da referida doença.

De acordo com os objetivos propostos, definiu-se e contextualizou-se a Hipertensão Arterial Sistêmica destacando-se os fatores de risco, os tratamentos, assim como resultados significativos que futuramente poderão ser estudados mais profundamente.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. **Perfil nutricional dos alimentos processados**. 2010. (Informe técnico Nº 42).
- Araújo GBS, Garcia TR. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo**: uma análise conceitual. *Rev Eletr Enferm*. 2006; 8(2): 259-72.
- BOUNDY, Janice et al. **Enfermagem medico-cirúrgica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso, 2004.
- Bortolotto LA, Silva HB. **Hipertensão arterial na mulher**. *Rev Bras Med*. 2002; 59(5):359-68.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. (Série Caderno de Atenção Básica, nº 15).
- _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2006.
- _____. _____. _____. **Cobertura da Estratégia Saúde da Família, prevalência de Hipertensão Sistêmica e Diabetes Mellitus e cobertura de portadores de HAS e DM cadastrados no HIPERDIA e relação ao VIGITEL 2009 por município**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnhd/campanhadeteccao.php>>. Acesso em: 13 mar. 2012.
- _____. _____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2002.
- BRUNER, Lilian; SUDDARTH, Dores S. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- CASTRO, V. D.; CAR, M.R. Dificuldade e facilidades dos doentes no seguimento tratamento da hipertensão arterial. *Rev. Escola Enfermagem, USP*, v.33, n.3, p. 294-304, 1999.
- CORREA, Thiago Domingos et al. **Hipertensão Arterial Sistêmica**: atualidade sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. 2006. Disponível em: <<http://www.fwabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.
- DOREA, L. M.; LOTUFO, P.A. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Rev. Sociedade Brasileira de Hipertensão*, v. 6, n.3, p.86-116, 2004.
- FUCHS, S.C. Fatores de risco para hipertensão arterial. BRANDÃO, A.A.; AMODEO, C.; NOBRE, F.; FUCHS, F.D. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

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

INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino – serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

JARDIM, Paulo C.B.V.; SOUSA, Ana L.L.; MONEGO, Estelanus T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeiro Preto, v. 29, p.232-238, abr./set. 1996.

LIMA, Márcia Theophilo; BUCHER, Julia Sursis N. Ferro; LIMA, José Wellington de Oliveira. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1079-1087, jul-ago, 2004.

LOPES, Marcos Vinicius de Oliveira et. al. **Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50102311x2008004000>. Acesso em: 9 mar. 2012.

MANO, Reinaldo. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2009. Disponível em: ><http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/pag1.shtml>>. Acesso em: 10 mar. 2012

MION Jr., Décio et. al. **Diagnóstico da Hipertensão Arterial**. 1996. Disponível em: http://www.furp.usp.br/licahi/diagnostico_da_hipertensao-arterial.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2012.

Ministério da Saúde (BR). Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. [Acesso 2012 març. 19]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>.

_____. **Hipertensão arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.bancodesaude.com.br/hipertensao_arterial-referencias>. Acesso em: 7 mar. 2012.

NETTINA, Sandra. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NEVES, Mano F.; BURLÁ, Adriana K.; OIGMAN WILLE. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Medicina**, v.62, n.12, dez. 2005.

OIGMAN, Wille; NEVES, Mario F. Toros. Hypertension in the elderly. **Rev. Bras. Med.**, v. 56, n.1, p-23-23, dez.1999.

PESSUTO, Janete; CARVALHO, Emilia Campos de. **Fatores de risco em Indivíduos com Hipertensão Arterial**. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/real/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2012.

PIEREN, A.M.G.; STRELEC, M.A.A.M.; MIONJUNIOR, D.M.O. Desafio do controle da hipertensão arterial adesão ao tratamento. In: _____. **Hipertensão Arterial: uma proposta para cuidar**. Baueri: Manole, 2004. p.275-289.

Pinotti S, Mantovani MF, Giacomozzi LM. Percepção sobre a hipertensão e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(4):526-34.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO CIVIL. **Hipertensão**. Joinville, 2002. Disponível em: <<http://www.seconcij.com.br/index.php?conteu=det-noticia¬icia=39>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

Silva JLL, Souza SL. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Rev Eletr Enferm*. 2004; 6(3):330-5.

SIMONETTI, Janete Pessuto; BATISTA, Lígia; CARVALHO, Lígia Raquel de. **Hábitos de saúde fatores de risco em pacientes hipertensos**. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/real/v10n3/1335.pdf/>>. Acesso em: 8 mar. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Revista Hipertensão**, v.13, n.1, p.1-66, jan./mar. 2010.

Sousa ERF. Vivência de hipertensos no município de Nazarezinho no que concerne ao seu tratamento [monografia]. João Pessoa (PB): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2003.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Consenso Brasileiro de **Hipertensão Arterial**. São Paulo: BG Cultura; 1998.

TEIXEIRA, Eneas Ragel et. al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e cuidado com a saúde. **Escola Anna Nery Rev. de Enfermagem**, v.10, n.3, p.378-384, dez. 2006.

TOSCANO, Cristiana M. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial**. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br./scielo.php?pid=s141381232004000400000108script=sci_artt>. Acesso em: 8 mar.2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

QUESTIONÁRIO

01.SEXO:

Masculino Feminino

02.IDADE:

20 a 40 anos 41 a 60 anos Mais de 60 anos

03.ESTADO CIVIL:

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo

04.RAÇA:

branco pardo negro

05.ESCOLARIDADE:

Não alfabetizados Alfabetizada Ens. Fundamental

Ens. Médio Ens. Superior

06.PROFISSIONAL:

Aposentado(a) Lavrador Motorista