



CLINICAL AND SOCIAL PROFILE OF USERS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

PERFIL CLÍNICO E SOCIAL DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

PERFIL CLÍNICO Y SOCIAL DE LÓS MIEMBROS COM LA HIPERTENSIÓN

Tânia Maria de Oliva Menezes¹, Eleonora Lima Peixinho Guimarães², Sávia Souza Machado³, Daniela Aziz Santos⁴

ABSTRACT

Objective: knowing clinical and social profile of users registered in the Program of HIPERDIA - tracked on a teaching /care unit in city of Salvador (BA). **Methodology:** quantitative study, of quantitative nature, conducted with 266 users of both sexes who were registered in the Program of HIPERDIA from a teaching / care unit which work in line with the Family Health Program - *Estratégia Saúde da Família* (ESF), located in the quarter of Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brazil. The inclusion criteria were: user over 18 years, with prior diagnosis of SAH by a medical professional and record of at least one consultation with any health professional of higher level in the last 12 months. Data collection was performed by the registration form of HIPERDIA and complemented by multi-professional medical records of each patient. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Science (SPSS). The research was approved by the Ethics Committee Research of the *Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública* (EBMSP), receiving favorable opinion under the Protocol n. ° 17/2009. **Results:** demonstrated that the population is predominantly female (79.4%), low schooling level (75,1%), brown and black (86,2), lives with partner and children (37.6%), Catholics (50 %), retired (35.6%), family income greater than one minimum wage (75%), with unsatisfactory control of tensional levels (60.5%) and more advanced stage of hypertension (42,8%). It was observed that the main complications in this group were Peripheral Vascular Insufficiency, Coronary Artery Disease and Stroke. **Conclusion:** it is concluded that knowledge on the profile of these users points us to guide in the supply of multi-professional strategies and the structuring of line care, which will allow us to better meet the needs of users and adapt the organization and production of services to the characteristics of population. **Descriptors:** hypertension; profile; family health; integral health care.

RESUMO

Objetivo: conhecer o perfil clínico e social de usuários cadastrados no Programa de HIPERDIA. **Método:** estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, realizado no período de abril a setembro de 2009, com 266 usuários de ambos os sexos cadastrados no Programa HIPERDIA de uma unidade docente-assistencial que trabalha em consonância com a Estratégia Saúde da Família, situada no bairro Pau da Lima, Salvador-BA, Brasil. Os critérios de inclusão foram: usuário maior de 18 anos, com diagnóstico prévio de HAS por um profissional médico e registro de pelo menos uma consulta com qualquer profissional da saúde de nível superior nos últimos 12 meses. A coleta de dados foi realizada por meio da ficha de cadastro do HIPERDIA e complementadas por anotações de prontuários multiprofissionais de cada paciente. A análise estatística foi feita com o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, recebendo parecer favorável com o Protocolo n° 17/2009. **Resultados:** demonstraram predominância de: população feminina (79,4%), baixa escolaridade (75,1%), pardos e pretos (86,2%), convive com companheiro e filhos (37,6%), religião católica (50%), aposentados (35,6%), renda familiar maior que 1 salário mínimo (75%), controle insatisfatório dos níveis tensionais (60,5%) e em estágio mais avançado da hipertensão (42,8%). As principais complicações apresentadas foram: Insuficiência Vascular Periférica, Doença Arterial Coronariana e Acidente Vascular Encefálico. **Conclusões:** conclui-se que o conhecimento do perfil destes usuários nos aponta para nortear a oferta das estratégias multiprofissionais e a estruturação da linha de cuidado, o que permitirá melhor atender as necessidades dos usuários e adequar a organização e produção de serviços às características da população. **Descritores:** hipertensão; perfil; saúde da família; assistência integral a saúde.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el perfil clínico y social de lós usuarios em el HIPERDIA Programa, acompañado por un profesor de atención en la ciudad de Salvador (BA). **Metodología:** estudio cuantitativo, realizado con 266 usuarios de ambos sexos. La recolección de datos fue realizada por el HIPERDIA formulario de inscripción y se complementa con notas de historias clínicas multidisciplinares de cada paciente. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS). La investigación fue aprobada tal como fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de EBMSP, recibir la aprobación del Protocolo n ° 17/2009. **Resultados:** demuestran el predominio de: la población femenina (79,4%), el bajo nivel educativo (75,1%), los marrones y los negros (86,2%), vive con pareja e hijos (37,6%), católicos (50 %), los ingresos de jubilados (35,6%), la familia más grande que un salario mínimo (75%), el insuficiente control de la presión arterial (60,5%) y la etapa más avanzada de la hipertensión (42,8%). Las principales complicaciones fueron las siguientes: vascular periférica grave, la enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular. **Conclusión:** el conocimiento del perfil de estos puntos para guiar a los usuarios en el suministro de las estrategias y la estructuración de varias líneas de atención, que se adapte mejor a las necesidades de los usuarios y ajustar los servicios de organización y producción a las características de la población. **Descriptores:** hipertensión; perfil; la salud familiar; atención integral de salud.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Professora Adjunto IV do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/PPGENF/UFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: tomenezes@uol.com.br; ²Médica. Professora Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: eleonoralpg@gmail.com; ³Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Apoiadora Institucional da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Salvador (BA), Brasil. E-mail: savia_enf@yahoo.com.br; ⁴Médica. Especialista em Saúde da Família. Salvador (BA), Brasil. E-mail: danielaaziz@gmail.com

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública em todos os países, independente de seu grau de desenvolvimento.¹ É uma doença crônica não-transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves doenças, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva.^{2:259}

Em virtude do seu perfil epidemiológico, tem sido estudada sob diferentes perspectivas, com o intuito de desenvolver uma prática profissional que proporcione sua prevenção ou controle, por meio de mudanças de estilo de vida e/ou adesão ao tratamento farmacológico.³

A evolução clínica da HAS é lenta e se constitui como um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico.⁴

Não há levantamento nacional de prevalência de hipertensão arterial como um todo, mas, estudos isolados mostram variações de 22,3 a 43,9%.^{1,4} Existe em torno de 17 milhões de pessoas com hipertensão, atingindo cerca de 35% da população acima de 40 anos. É um fenômeno ascendente, cada vez mais precoce e que constitui grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo.³

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.⁵

Estudos de base populacional são fundamentais para conhecer fatores e condições que influenciam a dinâmica de padrões de risco na comunidade, e identificar estratégias de controle efetivas que, combinadas, com educação comunitária e monitoramento-alvo de indivíduos de alto risco, contribuam com a queda da mortalidade.⁴

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por altos custos diretos e indiretos. A alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as DCV, tem imposto desafios para o setor saúde e para as políticas públicas envolvidas no combate aos seus fatores de risco. Analisando tanto as experiências internacionais quanto as políticas de

promoção da saúde e prevenção de DCNT no Brasil, observa-se uma grande ênfase na intervenção de base comunitária e o papel protagonista dos serviços de Atenção Básica nesse processo.⁶ No que se refere a HAS, a prevenção e o tratamento envolvem ensinamentos para introduzir novos hábitos de vida.⁷

O cenário de usuários portadores de hipertensão arterial é elevado na unidade docente-assistencial de atuação das docentes e residentes, que funciona em consonância com a estratégia de saúde da família, o que motivou as pesquisadoras à realização deste estudo, tendo em vista que esses resultados permitirão melhor atender às suas demandas e adequar a organização e produção de serviços às necessidades da população.

OBJETIVO

- Conhecer o perfil clínico e social de usuários cadastrados no Programa de HIPERDIA.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, realizado no período de abril a setembro de 2009, com usuários cadastrados no Programa HIPERDIA de uma unidade docente-assistencial que trabalha em consonância com a Estratégia Saúde da Família, situada no bairro Pau da Lima, Salvador-BA, Brasil.

Os dados foram coletados durante a vigência do segundo ano do Curso de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família. Foi separado um turno semanal para que as residentes realizassem a coleta de dados e se definiu o intervalo de meses em que estes dados seriam coletados. A unidade possui quatro equipes multiprofissionais de assistência à comunidade adscrita. Cada equipe forneceu as residentes uma lista com os pacientes cadastrados no sistema HIPERDIA até a data de início da coleta de dados.

A amostra constituiu de 266 sujeitos, de ambos os sexos. Os critérios de inclusão foram: usuário maior de 18 anos, com diagnóstico prévio de HAS por um profissional médico e registro de pelo menos uma consulta com qualquer profissional da saúde de nível superior nos últimos 12 meses. Uma vez que o Ministério da Saúde adotou o sistema HIPERDIA para cadastro e acompanhamento dos portadores de hipertensão e/ou diabetes, as autoras se utilizaram dos dados clínicos e sociais constantes da ficha de cadastro no sistema, para análise do perfil da população, quais sejam: idade, sexo, escolaridade,

raça/cor, situação familiar de moradia, níveis tensionais, fatores de risco, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da cintura, complicações e medicações anti-hipertensivas, complementados por outros dados julgados relevantes como renda, situação trabalhista, religião e estágio da hipertensão.

As informações foram retiradas das próprias fichas de cadastro, e complementadas por anotações de prontuários multiprofissionais de cada paciente. A idade foi calculada a partir da data de nascimento e utilizada em valor real ou por grupos etários, como maiores e menores de 60 anos. Ao sexo foram atribuídas as variáveis universais 1 para masculino e 2 para feminino. A escolaridade, a raça/cor e a situação familiar de moradia foram trabalhadas conforme a classificação proposta no verso da ficha de cadastro do HIPERDIA e obtidas por meio de resposta espontânea do cadastrado. Informações sociais que não fazem parte da ficha de cadastro no sistema como: renda, situação trabalhista e religião foram retiradas do prontuário multiprofissional de cada paciente. A renda considerada foi familiar e agrupada em “até 1 salário mínimo” ou “mais de um salário mínimo”. Para a avaliação da situação trabalhista, considerou-se a informação da consulta mais recente, se o paciente encontrava-se empregado ou não, ou, se era aposentado, pensionista ou, ainda, se estava afastado do emprego e recebendo algum benefício do INSS.

Quanto aos dados clínicos, para a classificação do estágio da hipertensão, foram adotados os valores constantes nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, que estão em uma tabela no verso da ficha de cadastro do HIPERDIA e levou-se em consideração a medida da pressão arterial por ocasião do diagnóstico. O nível tensional e a circunferência da cintura avaliada foram retirados dos registros mais recentes entre a ficha de cadastro e a última consulta em prontuário. Essa medida da pressão arterial foi usada para apreciar o controle ou não dos níveis pressóricos, sendo considerado não controlado nível aferido maior ou igual a 140 x 90 mmHg.

A circunferência da cintura foi examinada de acordo com a IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, valores elevados para homens quando maiores ou iguais a 94cm, e para mulheres se maiores ou iguais a 80cm. Os fatores de risco considerados foram os presentes na ficha de cadastro e explicados no verso desta mesma ficha, isto é, para tabagismo, o consumo de

um ou mais cigarros por dia; para sedentarismo, a prática de menos de 30 minutos de atividade física 3 vezes por semana e ausência de esforço físico em casa ou no trabalho, e sobrepeso/obesidade, conforme Índice de Massa Corpórea registrado na tabela no verso da ficha.

Os antecedentes familiares levados em consideração foram apenas os eventos cardiovasculares precoces (em homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 65anos). Acrescentou-se o etilismo para avaliar a interferência do hábito de ingerir qualquer quantidade de qualquer bebida alcoólica no controle da hipertensão e na ocorrência de suas complicações, tendo em vista ser uma prática bastante comum da comunidade assistida.

As complicações analisadas foram as constantes na ficha de cadastro do sistema, quais sejam, infarto agudo do miocárdio (IAM), outras coronariopatias, acidente vascular encefálico (AVE), pé diabético (avaliado e registrado por profissional de saúde assistente), amputação por diabetes e, doença renal (informada pelo paciente ou registrada em prontuário). O dado referente às medicações anti-hipertensivas teve como objetivo observar a proporção de monoterapia ou uso de mais drogas em relação ao estágio da hipertensão, avaliado conforme as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e registrado em tabela no verso da ficha de cadastro e o controle dos níveis pressóricos.

A análise estatística foi feita com o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS). Para a apresentação dos resultados, as variáveis contínuas foram descritas através da frequência absoluta, média $\pm$ o desvio padrão (dp) e a mediana; as variáveis ordinais, através de frequência absoluta, relativa e com a mediana; e as variáveis categóricas, descritas através das frequências absoluta e relativa.

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) em 26 de março de 2009, recebendo o protocolo 17/2009.

RESULTADOS

Dos 266 indivíduos avaliados, 79,4% eram do sexo feminino, e a maioria com 59 anos ou mais. A média de idade para o total da amostra foi de 59 ± 12 anos, com uma proporção de 46,8 %, com idade maior ou igual a 60 anos; destes, 75% eram do sexo feminino. O grau de escolaridade encontrado,

de acordo com os critérios da ficha do HIPERDIA, foi de que a maior parte da amostra possui ensino fundamental incompleto, 40,2%; 18% não sabem ler e escrever e 16,9 % são apenas alfabetizados. No que se refere ao

quesito raça/cor, 45,3% dos campos foram sinalizados como pardo, 40,9% como preto e apenas 13,8% da amostra distribuídas entre as categorias branco, amarelo e indígena. A tabela 1, a seguir, apresenta esses dados.

Tabela 1. Características dos usuários hipertensos atendidos no CCVP - Pau da Lima. Salvador, 2010.

Características		
Idade (anos)		
Média ± dp	59,4± 12,3	
Mediana	59	
Mínimo e máximo	22 e 88	
Percentis 25/ 50/ 75	52/ 59/69	
Sexo	n	%
Masculino	55	20,6
Feminino	211	79,4
Escolaridade		
Não sabe ler e escrever	48	18
Alfabetizado	45	16,9
Fundamental incompleto	107	40,2
Fundamental completo	29	10,9
Ensino médio incompleto	10	3,8
Ensino médio completo	27	10,2
Raça/Cor		
Branca	25	9,4
Negro	109	40,9
Amarelo	10	3,7
Pardo	121	45,3
Indígena	1	0,7
Total	266	100

dp= desvio padrão. n = número de pessoas com a característica.

O IMC ≥ 30 foi encontrado em 40,2 % dos hipertensos; e 93,1 % apresentaram cintura abdominal ≥ 80 cm.

A situação familiar do paciente, no que se refere às pessoas que dividem o domicílio com o hipertenso, foi avaliada segundo a classificação da ficha do HIPERDIA, sendo que 94% convivem com familiares e apenas 6% moram sós, ou, na companhia de não familiares. Apenas em 156 prontuários (58,6%) foram encontradas informações referentes à renda familiar, sendo que 25% (39) recebem

até 1 salário mínimo e 75% (117) recebem rendimento superior a um salário mínimo. A situação trabalhista dos pacientes foi encontrada em 225 prontuários (84,6%), sendo que 79,1% eram usuários economicamente inativos. O registro referente à religião foi encontrado em 152 prontuários (57,1%), predominando o catolicismo em 50% (76) usuários ; 45,5% (69) são evangélicos e 4,6% (7) referiram ser da religião espírita, do candomblé, sem religião e/ou outra religião. Esses dados são apresentados na Tabela 2:

Tabela 2. Características sociais dos usuários hipertensos atendidos no CCVP - Pau da Lima. Salvador, 2010.

Variável	n	%
Situação familiar		
Convive com companheiros e filhos	100	37,6
Convive com companheiros e sem filhos	25	9,4
Convive com companheiro, filhos e outros familiares	34	12,8
Convive com familiares sem companheiros	91	34,2
Convive com outras pessoas sem laço	1	4
Vive só	15	5,6
Total	266	100
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	39	25
Maior que 1 salário mínimo	117	75
Total	156	100
Situação de trabalho		
Empregado	47	20,9
Desempregado	81	36
Aposentado	80	35,6
Pensionista	12	5,3
Benefício	5	2,2
Total	225	100
Religião		
Católica	76	50
Evangélica	69	45,4
Espírita	2	1,3
Candomblé	1	0,7
Outras	2	1,3
Sem religião	2	1,3
Total	152	100

Quanto ao estágio da hipertensão avaliada, a tabela 3 apresentada abaixo evidencia que 25,6% se enquadraram no estágio I; 31,6% no estágio II e 42,8% diagnosticados no estágio III da HAS. No tocante aos níveis tensionais, 60,5% apresentaram níveis tensionais descompensados. Dentre os pacientes classificados no estágio I, 79,4% eram do sexo

feminino e 20,6% eram do sexo masculino, com média de idade de 57 ± 13 anos; dos classificados como estágio II, 84,5 % eram do sexo feminino e 15,5% do sexo masculino, com média de idade de 59 ± 11 anos; e dos classificados como estágio III, 76,1 % eram do sexo feminino e 23,9%, do sexo masculino, com média de idade de 60 ± 13 anos.

Tabela 3. Avaliação do estágio da HAS e nível tensional dos pacientes hipertensos atendidos no CCVP - Pau da Lima. Salvador, 2010.

Variável	n	%
Estágio da HAS		
Estágio I	68	25,6
Estágio II	84	31,6
Estágio III	114	42,8
Total	266	100
Níveis pressóricos (última avaliação)		
Controlados	105	39,5
Não controlados	161	60,5
Total	266	100

Quanto aos fatores de risco associados à HAS, 59,4% dos pacientes referiram eventos cardiovasculares precoces na família; 63,9% não realizam nenhum tipo de atividade física; e 9,4% são tabagistas. A ingestão de bebida alcoólica foi evidenciada em 30,9% (73) dos 236 prontuários com essa informação.

Quanto à presença de pelo menos uma complicação relacionada à HAS, 23,7% da amostra dos hipertensos apresentaram esse quadro, com idade média de 63 ± 11 anos, sendo 30,9% dos homens e 21,8% das mulheres. As principais complicações registradas em prontuário e fichas do HIPERDIA foram a doença arterial coronariana (DAC), com 13,5% do total; 9,8% com história de acidente vascular encefálico (AVE). As comorbidades investigadas foram a dislipidemia (49,2%), diabetes melittus (DM) (27,1%) e a depressão (8,6%).

Quando se relacionaram o estágio da HAS e as complicações apresentadas, evidenciou-se que 19,1% dos pacientes em estágio I já apresentavam complicações; no estágio II, 16,7% dos pacientes eram complicados e 31,9% possuíam complicações no estágio III da HAS.

Em relação à quantidade de anti-hipertensivos prescritos, 7 pacientes (2,6%) não faziam uso de medicação; 197 (74%) usavam de um a dois medicamentos; 58 (21,8%) relatavam uso de três a quatro anti-hipertensivos e 4 (1,1%) faziam associação medicamentosa de cinco ou seis drogas.

DISCUSSÃO

Assumindo a importância de conhecer o público alvo, alguns autores já realizaram estudos de base populacional, avaliando características sociodemográficas, clínicas e ambientais de pacientes hipertensos.^{4,8-10}

Uma vez que a estimativa para o ano de 2025 é que 60% da população no mundo seja portadora da hipertensão arterial¹¹, o presente estudo revela-nos as principais características dos hipertensos estudados, fundamentais para conhecer as condições que influenciam a dinâmica de risco e controle na comunidade.

A predominância do sexo feminino foi evidenciada neste estudo, compatível com os registros do SIAB, que mostram que 75,44% dos hipertensos cadastrados em Salvador são mulheres.¹² Entretanto, de acordo com a publicação Saúde Brasil, 57,8% das mortes ocorridas no país foram de pessoas do sexo masculino, tendo como a principal causa as doenças isquêmicas do coração, e como segunda causa as doenças cerebrovasculares, ambas associadas à HAS. Assim, percebe-se a importância de se implementar uma política voltada para a população masculina, que estimule o seu auto-cuidado, com uma melhor atenção dos serviços de saúde para este gênero, diante do número reduzido de registros de pacientes acompanhados na rede pública de serviço, evidenciado neste trabalho, bem como pela compreensão de que o homem, por uma série de questões culturais e educacionais, só procura o serviço de saúde em situações de limites, perdendo-se tempo precioso de diagnóstico e prevenção.¹³

Há, entretanto, diferenças na repercussão da doença na vida humana, a depender da inserção social do indivíduo e da organização dos serviços de gestão e cuidado em saúde à sua disposição. Concretamente, ‘ser hipertenso’ pode gerar déficits no processo saúde-doença individual e/ou coletivo, influenciado pelos determinantes sociais e de saúde distintos.^{14:561}

A baixa escolaridade, apresentada pela maior parte dos hipertensos, também foi evidenciada por outros estudos como o realizado no município de Francisco Morato, São Paulo, onde 22% da amostra eram analfabetos e 47,2% alfabetizados. Outro estudo realizado com hipertensos acompanhados em unidade da ESF, relaciona a baixa escolaridade a uma menor adesão ao tratamento, bem como sugere sua associação com a hipertensão arterial.^{9,15} Percebe-se que essa variável é fator relevante para o controle dos níveis tensionais, já que outros estudos também sugerem associação entre o grau de instrução e abandono ao tratamento.¹⁶

A baixa escolaridade pode resultar na compreensão inadequada ou não entendimento do tratamento a ser seguido, bem como dos riscos potenciais da doença. Diante disso, sugerem-se estratégias facilitadoras para amenizar a situação de baixa escolaridade apresentada, com a participação da equipe de saúde, através da informação e supervisão adequada e criação de vínculos com a comunidade, para um melhor controle da hipertensão.

Em relação ao quesito raça/cor, houve predomínio de pardos, seguidos de pretos. Estudos realizados em Pelotas/RS também revelaram a associação da cor da pele preta com HAS.⁴ Em Salvador, evidenciou-se que o controle dos níveis tensionais em hipertensos pretos e pardos é inferior ao dos brancos.¹⁷ Diante do público estudado, é importante considerar essa variável, para que se alcancem níveis pressóricos satisfatórios e se atente para a prevalência e controle dos níveis tensionais da população mais acometida.

Em diferentes países, diversas publicações inferem sobre a importância de programas educativos para promover maior adesão a um tratamento que resulte em melhor controle da HAS.¹⁶ No Brasil, não há levantamentos nacionais que informem a quantidade exata de hipertensos controlados. Estudos isolados têm demonstrado baixos índices de controle, como o realizado em São Paulo, onde apenas 20,9% dos hipertensos mantinham níveis tensionais satisfatórios.⁹

Estudo realizado no Rio Grande do Sul revela a prevalência de controle da HAS, sendo que 20% dos hipertensos do estudo apresentaram níveis tensionais $\geq 160/95$, e mais de 30% $\geq 140/90$. Dos que seguiam o tratamento, somente 25,6% atingiam controle satisfatório.¹⁸ Percebe-se o desafio a ser enfrentado diante do controle insatisfatório dos níveis tensionais pela população hipertensa, evidenciado também neste

estudo; devendo essa problemática constituir-se em prioridade de saúde pública.

Estudo realizado com grupos de hipertensos mostrou melhor controle da HAS, a partir de uma intervenção multiprofissional no tratamento e no acompanhamento desses pacientes através da formação de grupos para ação educativa com seguimento regular, garantia de medicamentos e atendimento de intercorrência.¹⁸ O controle adequado exige intervenção constante e programada, incentivando a mudança do estilo de vida e manutenção do tratamento.⁹

É importante considerar os fatores associados à HAS que favorecem o surgimento da doença e/ou agravamento do caso, e a necessidade de uma abordagem integral do perfil de risco dessa população, devido à alta prevalência e aglomeração de fatores de riscos para DCV entre os hipertensos.⁴ Ações, em níveis populacional e individual, direcionadas ao controle do peso corporal obtiveram impacto importante sobre a prevalência da HAS, seu reconhecimento e controle, em estudo realizado no Rio Grande do Sul, sugerindo que estas ações sejam direcionadas a distintos níveis e atores sociais, entre eles, o comércio e a indústria de alimentos¹⁹ além das ações na comunidade e unidades de saúde.

O perfil clínico apresentado no estudo demonstra Índice de Massa Corporal compatível com sobrepeso/ obesidade e cintura abdominal elevada, com risco aumentado para DCV, demandando abordagem multiprofissional para implementação de mudança de estilo de vida, condição importante para o controle da HAS. A alteração de hábitos, incluindo modificações na dieta e combate ao sedentarismo, tem sido apontada como fator importante não só no controle, como também na prevenção da hipertensão arterial, além do grande desafio para implementar programas que priorizem mudanças alimentares e à atividade física.²⁰ A obesidade vem crescendo em todas as regiões do país, principalmente, entre as mulheres e nas classes socioeconômicas mais baixas; o sedentarismo contribui para o aumento da obesidade, diabetes, dislipidemia, merecendo atenção especial.²¹

O uso abusivo do álcool, além de causar atenuação da potência do anti-hipertensivo, está relacionado à maior mortalidade cardiovascular.⁹ Os dados encontrados sugerem que o hábito de ingerir bebidas alcoólicas é mais prevalente entre os homens, como também o tabagismo, que se apresentou maior nesse grupo.

As principais complicações da HAS são a DCV, a DAC, a CHF, a insuficiência renal crônica e a DVP.⁵ O risco de complicações, em geral, é maior em homens do que em mulheres⁹ sendo também verificada essa associação no presente estudo.

É consenso na literatura que, quando não tratada adequadamente, a HAS pode acarretar graves conseqüências, constituindo-se em um dos mais graves problemas de saúde pública, uma vez que essas complicações produzem elevados custos médico-sociais, provocando procedimentos técnicos de alta complexidade, hospitalizações, incapacidade temporária ou permanente, absenteísmo ao trabalho e invalidez, gerando aposentadorias precoces.⁵

A integração da equipe multiprofissional pode promover uma melhor adesão ao tratamento, aumentando o controle da hipertensão e prevenindo complicações que comprometem a saúde dos hipertensos, valorizando essa estratégia como uma importante política pública para a melhoria da qualidade de vida da população portadora deste agravo.²²

Os profissionais do nível primário de atenção à saúde devem, por meio de sua práxis, impulsionar mudanças na produção do cuidado em saúde, visando consolidar a oferta de ações no campo conceitual dos princípios constitucionais do SUS, assegurando a integralidade e a humanização do cuidado aos usuários.²³

Nesse sentido, ressalta-se a importância do diálogo, diminuindo as distâncias entre cuidado e cuidador. Ao dialogar, profissionais de saúde e usuários poderão construir pontes na escolha do tratamento mais apropriado à situação vivenciada pelo portador de HAS, valorizando a dimensão humana, ética, política, social e familiar, que é presente no conceito ampliado de saúde.¹⁴

É fundamental haver orientação familiar associada à orientação individual, considerando os fatores sociais e familiares implicados no tratamento de uma doença crônica. A atenção individual exclusiva mostra a incoerência no modelo de financiamento adotado e vigente.^{5,24} Novos modelos de atenção propõem a construção do cuidado em saúde na perspectiva do autocuidado, promovendo a autonomia dos usuários e famílias, e fortalecendo a cidadania.²⁵

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer o perfil clínico e social de usuários cadastrados no Programa de HIPERDIA, que demonstrou predominância da população feminina (79,4%), baixa

escolaridade (75,1%), pardos e pretos (86,2%), controle insatisfatório dos níveis tensionais (60,5%) e em estágio mais avançado da hipertensão (42,6%). As principais complicações apresentadas foram: IVP, DAC e AVE.

A HAS se apresenta como a doença crônica com maior demanda da Atenção Primária, o que requer investimento de esforços em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e incapacidades, redução do risco de complicações, com abordagem interdisciplinar, que aumenta a possibilidade no sucesso do tratamento, seja ele farmacológico ou não.

Nesse sentido, o conhecimento do perfil destes usuários nos aponta para nortear a oferta das estratégias multiprofissionais e a estruturação da linha de cuidado, o que permitirá melhor atender as necessidades dos usuários e adequar a organização e produção de serviços às características da população.

REFERÊNCIAS

1. Didier MT, Guimarães AC. Otimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2007 [cited 2011 Apr 12];88(2):218-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672011000400020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
2. Rabetti AC, Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. Rev Saude Publica [Internet]. 2011 [cited 2011 May 30];45(2):258-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102011000200004&lngpt&nrm=iso&tlng=pt
3. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [cited 2011 May 28]; 64(4):759-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672011000400020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
4. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv Saude. 2006 [cited 2011 Ago 26];15(1):34-45. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>
5. Andrade JP, Nobre F, Lotemberg AMP, Guimarães AC, Negrão CE, Forjaz CLM, Lopes

H, Santos JE, et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 10]; 95(supl.1):1-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0066-782X2010001700001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

6. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da saúde e a prevenção integrada de fatores de risco para doenças cardiovasculares. Cienc Saude Colet [Internet]. 2012 [cited 2012 Apr 11]; 17(1):7-17. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232012000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

7. Borges JWP, Pinheiro NMG, Souza ACC. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. Cienc Saude Colet [Internet]. 2012 [cited 2012 Feb 20]; 17(1):179-89. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232012000100020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

8. Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório dos conhecimentos, atitudes e práticas. Cad Saude Publica [Internet]. 2004; [cited 2011 Ago 17]; 20(4):1079-87. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102311X2004000400023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

9. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo programa saúde da família em um centro de saúde escola. Acta Paul Enferm [Internet]. 2005 [cited 2011 Oct 15]; 18(3):269-75. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-21002005000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

10. Amaro DSM, Machado RC, Silva MCF da. Perfil de pacientes hipertensos: aspectos biosociais, antecedentes pessoais e tratamentos. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2012 Apr 04]; 6(4):714-19. Available from:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2266/pdf_1161

11. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet [Internet]. 2005 [cited Nov 22]; 365(9455):217-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15652604>

12. Brasil. Datasus. Informações de Saúde. SIAB - Sistema de informação da Atenção Básica [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 10]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php>

13. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do homem. Brasília [Internet] 2007 [cited 2011 Mar 20]. Available from: <http://www.saude.gov.br>

14. Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão Arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 [cited 2011 Oct 25]; 14(3):560-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a18.pdf>

15. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2006 [cited 2012 Apr 10]; 22(2):377-85. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2006000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

16. Pierin AMG, Mion Júnior D, Fukushima JT, Pinto AR., Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2001 [cited 2012 Apr 11]; 35(1):11-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342001000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

17. Lessa I, Fonseca JS. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 1997 [cited 2012 Jan 18]; 68(6):443-9. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/1997/6806/68060010.pdf>

18. Silva TR et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde Socied.[Internet]. 2006 [cited 2011 Dec 20]; 15(3):180-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>

19. Gus I, Harzheim E, Zalavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2004 [cited 2012 Feb 20]; 83(5):424-8. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0066-782X2004001700009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

20. Toscano C M. As campanhas nacionais para detecção das doenças Crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Cienc Saude Colet [Internet]. 2004 [cited 2011 Dec 15];9(4):885-95. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232004000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

21. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. Rev Bras Hipertensao [Internet]. 2006 [cited 2011 Mar 23];13(2):134-43. Available from:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=435402&indexSearch=ID>

22. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2007 [cited 2011 June 16];16(2):233-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf>

23. Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Lima LL. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 16]; 19(4):604-9. Available from:

<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a17.pdf>

24. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2003 [cited 2011 Dec 13]; 11(2):207-14. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692003000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

25. Franco LJ, Campos GP, Machado, GA. O enfoque das políticas do SUS para promoção da saúde e prevenção das DCNT: do passado ao futuro. Cienc Saude Colet [Internet]. 2004 [cited 2011 Dec 15];9(4):945-56. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232004000400015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012/04/03
Last received: 2012/08/10
Accepted: 2012/08/11
Publishing: 2012/09/01

Corresponding Address

Tânia Maria de Oliva Menezes
Edf. Mansão das Dálias
Rua das Dálias, 42, Ap. 501
CEP: 41810-040 – Pituba (BA), Brazil