



AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

EVALUATION OF EPIDEMIOLOGIC HIPERTENSIVE REGISTERED IN A BASIC HEALTH UNIT EVALUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS HIPERTENSOS REGISTRADOS EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Patrick Leonardo Nogueira da Silva¹, Gleidson de Freitas Rodrigues², Gleison de Freitas Rodrigues³, Écila Campos Mota⁴, Simone Guimarães Teixeira Souto⁵, Renata Patrícia Fonseca Gonçalves⁶

RESUMO

Objetivo: investigar o perfil epidemiológico dos hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde. **Método:** estudo descritivo, documental, exploratório e quantitativo, com 284 hipertensos. Os dados foram coletados com um formulário semiestruturado, digitados no SPSS versão 18.0 e, posteriormente, realizada a análise descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 17094413.5.0000.5109. **Resultados:** a maior parte da amostra era do sexo feminino, com faixa etária entre 50-55 anos, pardos e residentes na zona rural. Dentre as alterações da massa corporal, predominou-se a obesidade grau I (22,5%). Quanto aos valores pressóricos há predominância dos valores de normalidade (40,1%). Os fatores de risco prevalentes foram os antecedentes familiares seguidos da obesidade/sobrepeso. **Conclusão:** a Unidade de Saúde deve continuar capacitando os usuários a fim de melhorar os fatores de risco modificáveis que agravam o quadro hipertensivo. **Descritores:** Hipertensão; Índice de Massa Corporal; Fatores de Risco; Complicações; Epidemiologia Descritiva; Centros de Saúde.

ABSTRACT

Objective: investigating the epidemiological profile of hypertensive patients enrolled in a Health Unit. **Method:** a descriptive, documentary, exploratory and quantitative study, with 284 hypertensive patients. The data were collected with a semi-structured form, typed in the SPSS version 18.0 and, later, conducted the descriptive analysis. The project was approved by the Ethics Research Committee, CAAE: 17094413.5.0000.5109. **Results:** the majority of the sample was female, aged between 50-55 years old, brown and residents of rural areas. Among the changes in body mass, prevailed obesity level I (22,5%). As for pressure values there is a predominance of normality values (40,1%). The prevalent risk factors were the family history followed by obesity / overweight. **Conclusion:** Health Unit should continue empowering users to improving the modifiable risk factors those aggravate the tension frame. **Descriptors:** Hypertension; Body Mass Index; Risk Factors; Complications; Descriptive Epidemiology; Health Centers.

RESUMEN

Objetivo: investigar el perfil epidemiológico de los pacientes hipertensos inscritos en una Unidad de Salud. **Método:** un estudio documental, descriptivo, exploratorio, cuantitativo realizado con 284 hipertensos. Los datos fueron recogidos con una forma semi-estructurada, escrita en el SPSS versión 18.0 y posteriormente llevó a cabo el análisis descriptivo. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE: 17094413.5.0000.5109. **Resultados:** la mayoría de la muestra fueron mujeres, con edades comprendidas entre 50 a 55 años, de color pardo y los residentes de las zonas rurales. Entre los cambios en la masa corporal, prevaleció la obesidad de la clase I (22,5%). En cuanto a los valores de presión hay un predominio de los valores normales (40,1%). Los factores de riesgo predominantes fueron la historia familiar seguida de la obesidad / sobrepeso. **Conclusión:** la Unidad de Salud debe continuar a empoderar a los usuarios para mejorar sus factores de riesgo modificables que agravan el marco hipertensivo. **Descriptor:** Hipertensión; Índice de Masa Corporal; Factores de Riesgo; Complicaciones; Epidemiología Descriptiva; Centros de Salud.

¹Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família, Universidade Estadual de Montes Claros/Unimontes. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: patrick_mocesp70@hotmail.com; ²Enfermeiro egresso, Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/FIP-MOC. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: g.freitasrodrigues@hotmail.com; ³Enfermeiro pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/FIP-MOC. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: gleison68@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Montes Claros/Unimontes / Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/FIP-MOC. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: ecilacampos@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Montes Claros/Unimontes. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: simonegts28@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Coordenadora do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Montes Claros/Unimontes. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: renatapfonseca@yahoo.com

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática, que compromete os mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores do organismo;¹ é a mais frequente das doenças cardiovasculares, e a morbidade mais comum na população adulta e mais frequente nos serviços de emergência no Brasil. É também o principal fator de risco para as complicações comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.¹

A situação de saúde no Brasil e em Minas Gerais é determinada por alguns fatores importantes, dentre os quais, se destaca a transição do cenário epidemiológico brasileiro. Em 1930 as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres e aos acidentes e à violência.²

Até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento.² Em todo país são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial sistêmica, 35% da população de 40 anos ou mais. Esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras da HAS. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.¹

Por se tratar de uma doença assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados. Além disso, a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito dificulta a manutenção dos níveis pressóricos adequados.³ Estes são os principais fatores que determinam um baixo controle da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos.¹

A alimentação, sobretudo quanto ao consumo de sal, o peso, o nível de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados.⁴ Modificações no estilo de vida são de fundamental importância tanto na prevenção da hipertensão arterial sistêmica quanto no processo terapêutico. Sem essas mudanças no cotidiano do indivíduo hipertenso, mesmo

doses progressivas de medicamentos não alcançarão os níveis recomendados de pressão arterial.¹

Os profissionais da saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, tanto na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quanto nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso, além de fazê-lo seguir o tratamento.¹⁻⁴

A Atenção Básica, notadamente a Estratégia de Saúde da Família, constitui-se em um espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Sendo o principal contribuinte para a detecção precoce dos grupos populacionais de risco.⁵

Conhecer a distribuição dos fatores de risco para HAS em grupos populacionais é essencial para o rastreamento, a prevenção e o controle da hipertensão arterial principalmente se considerados os aspectos sociais envolvidos no processo saúde e doença. Diante do exposto surgiu o problema de pesquisa: Qual o perfil epidemiológico dos hipertensos atendidos pela ESF Santa Tereza do município de Espinosa/MG no período de 2012? Portanto, o estudo objetiva:

- Investigar o perfil epidemiológico dos hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde.

MÉTODO

Estudo documental, descritivo, com abordagem quantitativa de caráter exploratório. Realizado na Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual se localiza no bairro Santa Tereza, no município de Espinosa/MG.

O município de Espinosa é uma pequena cidade localizada no extremo norte do Estado de Minas Gerais fazendo fronteira com o Estado da Bahia. O mesmo dispõe de 11 Estratégias Saúde da Família na qual apresentam em cada estabelecimento de saúde, equipes multiprofissionais que atendem 100% de cobertura populacional do município de forma a abranger áreas urbanas e, principalmente, áreas rurais.

Neste estudo buscou-se estudar os pacientes hipertensos de uma das ESF deste município cadastrados durante 2012, sendo a mesma a ESF Santa Tereza. A mesma atende oito microáreas, sendo destas, sete microáreas de zonas rurais e apenas uma microárea da zona urbana.

Para a realização deste estudo, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar cadastrados como hipertenso na Estratégia Saúde da Família Santa Tereza; e ter a ficha do HIPERDIA preenchida em 2012. E como critérios de exclusão: fichas do HIPERDIA que não contenham dados preenchidos de forma correta.

A amostra do estudo foi constituída de todos os pacientes cadastrados no hiperdia da ESF Santa Tereza no ano de 2012, constituindo-se de 284 pacientes.

A coleta de dados foi realizada a partir das fichas dos clientes hipertensos que estavam cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Estes dados foram coletados pelos pesquisadores responsáveis na própria ESF no 2º semestre de 2013. As informações foram coletadas em um formulário que contém os mesmos dados presentes na ficha do HIPERDIA.

O Índice de Massa Corpórea é uma variável da pesquisa na qual é calculada através de uma fórmula matemática dispondo de duas medidas antropométricas, sendo as mesmas, o peso e a altura. Esta fórmula matemática pode ser representada da seguinte forma:

$$IMC = \frac{Peso}{(Altura)^2}.$$

De acordo o Ministério da Saúde, o IMC é avaliado de acordo a seguinte classificação: *Muito Baixo Peso* (menor que 16); *Baixo Peso* (entre 16 e 18,49); *Peso Normal* (entre 18,5 e 24,9); *Sobrepeso* (maior ou igual a 25); *Obesidade grau I* (entre 25 e 29,9); *Obesidade*

grau II (entre 30 e 39,9); e *Obesidade grau III* (igual o maior que 40).

Os valores pressóricos também compõem outra das variáveis desta pesquisa, podendo, tal como o IMC, ser classificado quanto seus valores. São estes: *Normal* (120x80 a 130x85mmHg); *Limítrofe* (130x85 a 139x89mmHg); *HAS grau I* (140x90 a 159x99mmHg); *HAS grau II* (160x100 a 179x109mmHg); e *HAS grau III* (acima de 180x110mmHg).

Após a realização da coleta, os dados foram tabulados e, posteriormente foi realizada a análise descritiva com distribuição de frequência e porcentagem.

A pesquisa garantiu o cumprimento dos princípios éticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela Resolução 196/96 para realização de pesquisas em seres humanos. O mesmo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (CEP FIP-Moc) sob parecer consubstanciado de Nº. 291.324/2013, CAAE: 17094413.5.0000.5109.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que a maior parte dos pacientes cadastrados foi do sexo feminino; apresentavam intervalo de idade entre 50-59 anos, com idade média total de 55,714 anos; com apenas o Fundamental incompleto. Outros pacientes não sabiam ler e escrever. Quanto a cor/raça, a maioria eram pardos; com relação à zona de localização, a maior parte dos pacientes residem na zona rural.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família Santa Tereza do município de Espinosa no período de 2012. Espinosa (MG), 2013.

Variáveis	Casos diagnosticados e cadastrados		MTC ^(*)		
	n=284	%	MAP ⁽¹⁾	Me ⁽²⁾	DP ⁽³⁾
Sexo					
Masculino	106	37,3	-	-	-
Feminino	178	62,7	-	-	-
Faixa Etária					
< 30 anos	01	0,3	29	29	00
30-39 anos	13	4,5	35,76	37	2,390
40-49 anos	29	10,2	44,93	45	2,211
50-59 anos	75	26,4	55,08	55	2,307
60-69 anos	69	24,2	65,82	65	1,483
70-79 anos	66	23,2	75,37	75	1,807
Acima de 80 anos	31	11,2	85,16	84	3,163
Escolaridade					
Não sabe ler/escrever	105	36,9	-	-	-
Alfabetizado	10	3,5	-	-	-
Fundamental incompleto	152	53,5	-	-	-
Fundamental completo	12	4,2	-	-	-
Médio incompleto	01	0,3	-	-	-
Médio completo	03	1,3	-	-	-
Superior incompleto	00	00	-	-	-
Superior completo	01	0,3	-	-	-
Cor/Raça					
Branca	07	2,4	-	-	-
Preta	60	21,1	-	-	-
Amarela	03	1,2	-	-	-
Parda	208	73,2	-	-	-
Indígena	00	00	-	-	-
Não Declara	06	2,1	-	-	-
Zona de Localização					
Urbana	41	14,5	-	-	-
Rural	243	85,5	-	-	-

Fonte: Fichas de cadastramento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) da Estratégia Saúde da Família Santa Tereza. Espinosa (MG), 2013.

(*)MTC - Medidas de Tendência Central; ⁽¹⁾MAP - Média Aritmética Ponderada; ⁽²⁾Me - Mediana; ⁽³⁾DP - Desvio Padrão.

O índice de massa corpórea (IMC) é uma variável obtida através de dois dados antropométricos, sendo as mesmas o peso e da altura. De acordo os dados da Tabela 2, a maior parte da população estudada enquadra-se dentro dos limites normais para o IMC. Porém, das alterações detectadas, a Obesidade grau I foi a mais prevalente. Em

relação aos valores pressóricos, grande parte da população estudada apresentavam índices de pressão arterial regular, ou seja, dentro dos padrões normais. Aqueles com a pressão arterial alterada, prevaleceu os pacientes limítrofes seguidos de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica grau I.

Tabela 2. Índice de massa corpórea e valores pressóricos dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do município de Espinosa no período de 2012. Espinosa (MG), 2013.

Variáveis	Casos diagnosticados e cadastrados	
	n=284	%
IMC		
Muito Baixo Peso	03	1,3
Baixo Peso	09	3,1
Peso Normal	135	47,5
Sobrepeso	35	12,3
Obesidade Grau I	64	22,5
Obesidade Grau II	27	9,5
Obesidade Grau III	11	3,8
Total	284	100
Valores Pressóricos		
Normal	114	40,1
Limítrofe	81	28,5
H.A.S. Grau I	64	22,5
H.A.S. Grau II	16	5,6
H.A.S. Grau III	09	3,3
Total	284	100

Fonte: Fichas de cadastramento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) da Estratégia Saúde da Família Santa Tereza. Espinosa (MG), 2013.

Em se tratando da Tabela 3, a mesma expõe os valores numéricos e percentuais da prevalência dos fatores de risco e das complicações mais relatadas nos os pacientes hipertensos no município de Espinosa/MG no período de 2011.

Os fatores de risco são fatores que predispõe o aparecimento de outras patologias, inclusive a hipertensão arterial, nos pacientes estudados. Sendo assim, um mesmo paciente pode vir a desenvolver mais de um fator de risco (paciente multifatorial) ou não vir a desenvolver nenhum fator de risco.

Dentro desta análise, o fator de risco mais prevalente foram os antecedentes familiares, também chamados de fatores heredogenéticos, seguidos da

obesidade/sobrepeso. Outros fatores de risco foram observados em menor prevalência, tal como a presença do Diabetes Mellitus do Tipo 1, do sedentarismo, do tabagismo e Diabetes Mellitus Tipo 2.

Com relação às complicações oriundas da Hipertensão, quase toda parcela da amostra não desenvolveu nenhum dos fatores. Quanto aos pacientes que desenvolveram alguma complicação, apenas um apresentou Infarto Agudo do Miocárdio; outras cardiopatias, tal como a aterosclerose; e doença renal.

Tabela 3. Fatores de risco e complicações apresentados pelos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do município de Espinosa no período de 2012. Espinosa (MG), 2013.

Variáveis	Casos diagnosticados e cadastrados	
	n	%
Fatores de Risco		
Obesidade/Sobrepeso	138	34,3
Sedentarismo	12	2,9
Tabagismo	04	0,9
Diabetes Mellitus Tipo 1	15	3,7
Diabetes Mellitus Tipo 2	04	0,9
Antecedentes Familiares	229	57,3
Total	402	100
Complicações		
Infarto Agudo do Miocárdio	01	0,3
Outras Cardiopatias	01	0,3
Doença Renal	01	0,3
Não há complicações	281	99,1
Total	284	100

Fonte: Fichas de cadastramento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) da Estratégia Saúde da Família Santa Tereza. Espinosa (MG), 2013.

Em se tratando da terapêutica farmacológica ou farmacoterapia adotada pelos pacientes hipertensos após diagnosticados, a Tabela 4 seguinte mostra que a terapia mais utilizada são com os fármacos de função diurética, tendo como principais medicamentos o hidroclorotiazida

ou clorana e a furosemida ou lasix. Alguns pacientes utilizam estes medicamentos em forma de associações. O esquema associativo mais realizado são os diuréticos+beta-bloqueadores, seguidos de diuréticos+inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECA).

Tabela 4. Esquema farmacoterápico dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do município de Espinosa no período de 2012. Espinosa (MG), 2013.

Variáveis	Casos diagnosticados e cadastrados	
	n=284	%
Esquema Farmacoterapêutico		
Diurético	88	30,9
B-Bloqueador	54	19,0
IECA	45	15,8
Diurético + B-Bloqueador	46	16,1
Diurético + IECA	36	12,6
B-Bloqueador + IECA	05	1,7
Diurético + B-Bloqueador + IECA	06	2,1
Tratamento Não-Farmacológico	04	1,8
Total	284	100

Fonte: Fichas de cadastramento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) da Estratégia Saúde da Família Santa Tereza. Espinosa (MG), 2013.

DISCUSSÃO

A hipertensão arterial sistêmica é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com altos índices de morbidade e mortalidade, principalmente na faixa etária de 30 a 69 anos.⁶ Dos 43 milhões de hipertensos existentes no país, cerca de 30% são adultos, 50% estão acima de 50 anos e 60% se encontram com mais de 60 anos.⁷ Considerando que em 2025 haverá mais de 35 milhões de idosos no país, o número de portadores de hipertensão arterial tende a crescer.⁸ A média de idade da população hipertensa pesquisada é de 60 anos.⁴ Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares.¹

Diante da análise dos dados coletados no presente estudo e de pesquisas a nível nacional, pode-se verificar que a prevalência de hipertensão é alta e crescente com a idade.^{1,12} Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão. A maioria dos atendimentos de hipertensos nos ambulatorios e pronto socorro são de indivíduos não brancos.⁹

Em outros estudos pesquisados descreveram resultados semelhantes, nos quais a população feminina é a mais acometida pela hipertensão.^{4,10} Ainda sobre o gênero, entre as pessoas de meia idade, os homens são mais propensos a HAS. No entanto, depois dos 55 anos (quando a maioria das mulheres já atingiu a menopausa), a relação se inverte e a doença se torna dominante entre o sexo feminino.⁷ A

Sociedade Brasileira de Cardiologia corrobora com o exposto anterior ao citar estimativas globais que sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década.¹¹

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes da doença, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado.¹¹ Em outra pesquisa concluiu-se que nos indivíduos hipertensos foi observada elevação dos valores da pressão sistólica com o aumento do IMC, atingindo diferença estatisticamente significativa entre os grupos com sobrepeso e com obesidade.¹²

Quanto maior o acúmulo do tecido adiposo, maior a massa corpórea e maiores a frequência cardíaca e o esforço que o coração deverá executar para levar o sangue aos tecidos.⁷ Além disso, a maior prevalência de hipertensão na obesidade pode ser atribuída à hiperinsulinemia decorrente da resistência à insulina presente em indivíduos obesos, principalmente naqueles que apresentam excesso de gordura na região do tronco. A hiperinsulinemia promove ativação do sistema nervoso simpático e reabsorção tubular de sódio, o que contribui para aumentar à resistência vascular periférica e a pressão arterial.¹²

O tratamento anti-hipertensivo tem, como principal objetivo, reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares. Apesar da efetividade do tratamento, a hipertensão arterial é pouco controlada.¹⁰ Nos Estados Unidos, entre 1999 e 2000, 53% dos hipertensos estavam sob tratamento e somente 31% estavam com a pressão arterial controlada.¹³

Quanto ao tratamento não medicamentoso, devemos considerar alguns fatores imprescindíveis no controle da hipertensão arterial, sendo eles o controle de peso; o estilo alimentar, incluindo, principalmente, a redução do consumo de sal; a prática de atividades físicas regulares; a diminuição da ingestão de álcool e consumo de tabaco; e o controle do estresse.¹⁴ O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão de um plano alimentar saudável bem como do apoio de uma equipe multiprofissional durante o acompanhamento do controle pressórico.¹⁵

Com relação aos fatores de risco, indivíduos hipertensos frequentemente apresentam altos níveis de colesterol, obesidade, frequência cardíaca elevada, hipertrigliceridemia e diabetes mellitus, sendo que apenas 13% de homens e 20% de mulheres cursam com hipertensão arterial isolada. No estudo de Framingham, dentre os indivíduos com hipertensão arterial, os eventos cardiovasculares ocorreram com maior frequência na presença de pelo menos dois fatores de risco, demonstrando que o risco de eventos é proporcional à associação dos fatores de risco.¹⁶

Ao analisar a associação fatores de risco e doenças concomitantes foi possível verificar que os antecedentes familiares, o diabetes mellitus tipo II, o sedentarismo e o sobrepeso/obesidade mostraram associação significativa com a HAS.¹⁷ A hipertensão arterial sistêmica é um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva.¹⁸ A sobrecarga imposta ao coração pela HAS pode desencadear diversos mecanismos de compensação; dentre eles, destaca-se a hipertrofia ventricular esquerda (HVE). A manutenção da sobrecarga e a consequente progressão da HVE culminam com a degeneração da função cardíaca e o desenvolvimento de insuficiência cardíaca e suas complicações.¹⁹

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.¹¹ A decisão sobre o tratamento do hipertenso não deve ser exclusivamente baseada no nível da PA, mas também na presença de outros fatores de risco, no comprometimento dos órgãos-alvo e na presença de doenças associadas.²⁰ O tratamento farmacológico só

deve ser instituído de maneira imediata nos casos de pacientes do grupo de risco “C”, que apresentam lesões de órgãos-alvo ou doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes mellitus. Ou após falha no tratamento não-farmacológico dos grupos de risco “A” e “B”.¹³

No que se refere às drogas escolhidas pelos médicos para o tratamento inicial de hipertensos leve, os diuréticos foram às drogas mais citadas na primeira escolha (38%) seguidas pelos IECA, betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio.¹³ Em uma pesquisa desenvolvida na cidade de São Paulo (SP), as principais classes de anti-hipertensivos consumidas pelos adultos foi IECA (25,3%), diuréticos (32,3%), betabloqueadores (17,1%), e associação de medicamentos (36,14%).²¹ Em um estudo foi revelado um total de 34,8% hipertensos que utilizam monoterapia com IECA, 26% utilizam diuréticos, 20,5% utilizam betabloqueadores e 14,7% utilizam associações medicamentosas.⁴

Planejar ações e programá-las ao lado do usuário é uma estratégia importante no processo terapêutico, pois facilita o incentivo às modificações no estilo de vida. Dentre as atribuições do enfermeiro no cuidado ao portador de hipertensão, destaca-se a participação desse profissional nos grupos educativos formados pelas unidades de saúde, pois além de realizar orientações e recomendações no tratamento e auto-cuidado durante a consulta de enfermagem, as mesmas são abordadas também nos encontros com os grupos educativos, onde o enfermeiro junto com os demais profissionais da equipe, repassam informações para o auto-cuidado aos hipertensos, estimulam a participação em grupos de apoio na comunidade contribuindo com aspectos emocionais e estimulando hábitos de vida saudáveis.²²

CONCLUSÃO

A hipertensão arterial sistêmica continua sendo uma das mais importantes morbidades, sendo um fator de risco para doenças cardiovasculares, a principal causa de morte em adultos no nosso país. Mesmo diante de tantos avanços tecnológicos e científicos, muito pouco se alcançou no seu controle ou em políticas públicas resolutivas e abrangentes, com o impacto esperado em termos de sobrevida e qualidade de vida para essa população. A diversidade regional do país em faixa etária, raça, escolaridade e ainda acesso a serviços de saúde, com influência sobre diagnóstico e tratamento, dificultam a tomada de decisão no setor saúde e

consequentemente à abordagem efetiva do problema.

A hipertensão arterial sistêmica foi mais prevalente no sexo feminino, em pessoas com idade entre 60-69 anos, a maioria com baixo nível de escolaridade, pardas, sendo a maior parte da população residente da zona rural. A população estudada apresenta-se estável quanto aos fatores de risco para a aquisição de doenças cardiovasculares, porém há uma taxa significativa quanto a alterações da massa corporal que influenciam no aumento da hipertensão. A idade avançada favorece as co-morbidades para o aparecimento ou piora da doença em questão. Da amostra estudada, apenas uma parcela mínima controla a pressão arterial com mudanças no hábito de vida, de forma que a maior parte ainda encontra-se presa aos remédios anti-hipertensivos. Portanto, o conhecimento do perfil epidemiológico da hipertensão arterial possibilita a adoção de políticas de saúde mais compatíveis com a realidade da população, com o intuito de direcionar ações em saúde para a promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos usuários hipertensos, estabelecendo assim uma forma mais adequada de intervenção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006. Available from: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf
2. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Available from: http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_hiperdia.pdf
3. Jardim PCBV, Jardim TSV. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 10];13(1):26-9. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/07-modelos-de-estudos.pdf>
4. Santa Helena ET. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família de Blumenau, SC [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-17022009-113221/pt-br.php>
5. Machado LRC. Modo de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica assistidos em uma unidade de saúde da família: dialética do subjetivo e objetivo [Tese]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-03102006-084603/pt-br.php>
6. Sekiyama JY, Carolino IR, Campos E, Oliveira M, Vieira B, Yamada CAF. Perfil dos servidores hipertensos e diabéticos da Universidade Estadual de Maringá. In: Anais do III Congresso Internacional de Nutrição, 2002.
7. Varella D, Jardim C. Guia prático de saúde e bem-estar: hipertensão e diabetes. São Paulo: Gold Editora, 2009.
8. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 30];14(3):435-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a19.pdf>
9. Sanches CG, Pierini AMG, Mion Júnioir D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2003 [cited 2012 Nov 20];38(1):90-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/11.pdf>
10. Strelec MAAM, Pierini AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2003 [cited 2012 Oct 22];81(4):343-8. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_artorial_2006.pdf
12. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev Assoc Méd Bras [Internet]. 2003 [cited 2012 Oct 12];49(3):306-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a36v49n3.pdf>

Silva PLN da, Rodrigues GF, Rodrigues GF et al.

13. Mion Júnior D, Silva GV, Ortega KC, Nobre F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2006 [cited 2012 Sept 11];3(1):55-8. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/13-importancia-da-medicao.pdf>
14. Brasil. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Tratamento não medicamentoso e abordagem multifatorial. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2010 [cited 2012 Aug 29];17(1):25-30. Available from: http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf
15. Greenberg I, Stampfer MJ, Schwarzfuchs D, Shai I, Direct Group. Adherence and success in long-term weight loss diets: the dietary intervention randomized controlled trial (DIRECT). J Am Coll Nutr [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 11];28(2):159-68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19828901>
16. Marte AP, Santos RD. Bases fisiopatológicas da dislipidemia e hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2007 [cited 2012 Nov 10];14(4):252-7. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-4/09-fisiopatologicas.pdf>
17. Pereira APR, Barreto MIC, Oliveira SGM. O perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados por uma unidade de saúde da família de um município do interior do leste mineiro [Monografia]. Caratinga: Centro Universitário de Caratinga, 2008. Available from: <http://www.unec.edu.br/sitesespeciais/pos/publicacoes/integra/hipertensos.pdf>
18. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2002 [cited 2012 Oct 19];79(4):375-9. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2002/7904/79040005.pdf>
19. Campana EMG, Brandão AA, Magalhães MEC, Freitas EV, Pozzan R, Brandão AP. Pré-hipertensão em crianças e adolescentes. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2009 [cited 2012 Sept 30];16(2):92-102. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/08-pre-hipertensao.pdf>
20. Oigman W, Neves MFT. Estratificação de risco para decisão terapêutica. In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD (Org.).

Avaliação epidemiológica dos hipertensos cadastrados...

- Hipertensão. Rio de Janeiro: Editora Elsevier. 2006.
21. Souza JJG. Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: um estudo de base populacional [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-23022007-092206/pt-br.php>
 22. Brito SS, Nóbrega RV, Santos SR, Bezerra EP, Costa KNFM, Costa MMF. Systematization of nursing assistance in primary care to hypertensive: experience report. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 21];7(8):5345-50. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3277/pdf_3276

Submissão: 21/11/2013

Aceito: 15/04/2014

Publicado: 01/07/2014

Correspondência

Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Avenida Doutor Sidney Chaves, 1171 / Ap. 102
/ Bloco H
Bairro Edgar Pereira
CEP 39400-648 — Montes Claros (MG), Brasil