

PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO NORTE MINEIRO

PREVALENCE OF THE SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN A FAMILY HEALTH STRATEGY OF A COUNTY NORTHERN MINER

PREDOMINIO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN UNA ESTRATÉGIA DE SALUD DE LA FAMILIA DE UN CONDADO NORTE MINERO

Luciana Maria Lauar de Almeida¹, Juliana Veloso Neves², Edilene Oliveira Amaral³, Patrick Leonardo Nogueira da Silva⁴

RESUMO

Este estudo objetiva investigar a prevalência da hipertensão arterial sistêmica em uma Estratégia Saúde da Família de um município norte mineiro. Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, com abordagem quantitativa e caráter exploratório. A pesquisa foi realizada em uma Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, sendo os dados relacionados ao estudo obtidos mediante análise das fichas do HIPERDIA constando informações sobre os clientes hipertensos. Das 224 fichas analisadas, 29% apresentam peso

corpóreo normal, porém 34% apresentam sobrepeso seguidos de 14% que apresentam obesidade grau I. Do total da amostra, 48% pacientes analisados apresentam pressão arterial normal, já 23% apresentam hipertensão arterial sistêmica leve (grau I). Quanto aos fatores de risco para aquisição de hipertensão arterial, 34,82% sofrem de sedentarismo seguido dos antecedentes familiares (32%). Quanto às complicações cardiovasculares, 80% dos hipertensos não têm e dos que apresentam 8% sofrem por outras cardiopatias. Em se tratando do tratamento medicamentoso, 26% utilizam diuréticos seguidos de 18% que utilizam diurético+beta bloqueador e outros 18% que utilizam diuréticos+IECA. Sendo assim, conclui-se que a hipertensão arterial encontra-se em níveis controlados, porém aumenta gradativamente em decorrência dos fatores de risco modificáveis e não-modificáveis dos pacientes, cabendo às

¹ Enfermeira e Especialista em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-Moc). E-mail: lucianalauar@ahoo.com.br

² Enfermeira e Especialista em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-Moc). E-mail: ju.veloso@hotmail.com

³ Enfermeira e Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros. E-mail: edilene_amaral@hotmail.com

⁴ Enfermeiro pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-Moc). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros. Pós-Graduando em Didática e Metodologia do Ensino Superior pela Unimontes. E-mail: patrick_mocesp70@hotmail.com

Unidades Básicas trabalhar a promoção da saúde para prevenção das doenças.

Palavras-chave: Hipertensão. Saúde da família. Epidemiologia dos serviços de saúde. Epidemiologia descritiva.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the epidemiological profile of hypertensive patients enrolled in a Family Health Strategy of the city of Montes Claros, MG. This is a documentary research, descriptive and exploratory and quantitative approach. The research was conducted in a Family Health Strategy Montes Claros in which data related to the study were obtained through analysis of the records HIPERDIA consisting of customer information hypertensive. Of 224 records analyzed, 29% show normal weight, but 34% are overweight followed by 14% presenting obesity class I. 48% of patients analyzed have normal blood pressure, 23% have already had mild hypertension (grade I). Regarding risk factors for acquisition of hypertension, 34.82% suffer from inactivity followed by family history (32%). Regarding complications, 80% of hypertensives are not present and that 8% suffer from other heart diseases. In terms of treatment, 26% use diuretics followed by 18% using diuretic + beta blocker

and another 18% who use diuretics + IECA. Thus, we conclude that hypertension is at controlled levels, but increases gradually due to low patient information acquisition, leaving it to the Basic work promoting health to prevent diseases.

Keywords: Hypertension. Family health. Epidemiology of health services. Descriptive epidemiology.

RESUMÉN

Este estudio objetiva investigar la prevalencia de la hipertensión arterial sistémica en una Estrategia Salud de la Familia de un municipio norte minero. Se trató de una pesquisa documental, descriptiva, con abordaje cuantitativo y carácter exploratorio. La pesquisa fue realizada en una Estrategia Salud de la Familia de Montes Claros en el que los datos relacionados al estudio eran obtenidos mediante analice de las fichas del HIPERDIA constando informaciones sobre los clientes hipertensos. De las 224 fichas analizadas, 29% presentan peso corpóreo normal, pero 34% presentan sobrepeso seguidos de 14% que presentan obesidad grado I. Del total de la muestra, 48% pacientes analizados presentan presión arterial normal, ya 23% presentan hipertensión arterial sistémica leve (grado I). Cuanto a los

factores de riesgo para adquisición de hipertensión arterial, 34,82% sufren de sedentarismo seguido de los antecedentes familiares (32%). Cuanto a las complicaciones cardiovasculares, 80% de los hipertensos no tienen y de los que presentan 8% sufren por otras cardiopatías. En se tratando del tratamiento medicamentoso, 26% utilizan diuréticos seguidos de 18% que utilizan diurético + beta bloqueador y otros 18% que utilizan diuréticos + IECA. Siendo así, concluye-se que la hipertensión arterial encuentra-se en niveles controlados, pero aumenta gradualmente en respuesta de los factores de riesgo modificables y no-modificables de los pacientes, cabiendo a las Unidades Básicas trabajar la promoción de la salud para prevención de las enfermedades.

Palabras clave: Hipertensión. Salud de la familia. Epidemiología de los servicios de salud. Epidemiología descriptiva.

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⁾.

A pressão arterial é definida como a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias podendo ser calculada através do produto do débito cardíaco pela resistência vascular periférica total⁽²⁾. A cada ciclo cardíaco a pressão arterial oscila entre valores máximos e mínimos que correspondem respectivamente à sístole e diástole cardíaca.

A Pressão Diastólica corresponde à fase de relaxamento ventricular e é determinada fundamentalmente pela tensão da parede da aorta, pela resistência vascular periférica e pela frequência cardíaca; enquanto a Pressão Sistólica; é determinada pela força de contração do ventrículo esquerdo, pelo volume de ejeção e pela capacidade de distensão das paredes da artéria aorta⁽³⁾.

A pressão arterial é um parâmetro que deve ser avaliado continuamente, mesmo diante de resultados iniciais normais, pois fornece informações importantes a cerca do funcionamento cardiovascular do indivíduo⁽²⁻³⁾.

A HAS é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, que compromete os mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores do organismo, caracterizada como pressão arterial

sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg⁽¹⁾.

Trata-se de uma doença de evolução insidiosa que progride de forma assintomática na maioria dos casos, sendo esse o ponto mais importante no que diz respeito às suas complicações. A HAS é uma doença que lesa em última instância o sistema vascular, e em sua evolução as artérias sofrem alterações estruturais diminuindo o aporte de sangue para os chamados órgãos-alvo⁽²⁾.

Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial sistêmica é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas que elevam o custo social e econômico da doença^(1,4). Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, parcela importante da população adulta com hipertensão não

sabe que apresenta a doença; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente tratados, o que gera importantes incapacidades físicas e laborais⁽⁴⁾.

Os limites de pressão arterial considerados normais são arbitrários e, na avaliação dos pacientes, deve-se considerar também a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doenças associadas⁽⁵⁾.

O diagnóstico da HAS caracteriza-se pelo aumento crônico da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e da Pressão Arterial Diastólica (PAD) e somente pode ser formado quando são realizados no mínimo três medidas com diferença temporal de uma semana entre elas e identificados valores de PAS superior a 140mmHg e PAD superiores a 90mmHg. No entanto, identificar um valor de PAS superior ou igual a 210mmHg e uma PAD superior ou igual a 120mmHg, não se exige mais de uma medida para se indicar o tratamento⁽⁶⁾.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial conforme a pressão sistólica e a pressão diastólica.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽⁵⁾.

No diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global é estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo (LOA) e as comorbidades associadas⁽¹⁾.

O tratamento e controle adequado da HAS são de fundamental importância para a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares⁽⁵⁻⁷⁾. Para o controle da pressão arterial é recomendado que todas as pessoas com hipertensão procurem reduzir o peso corporal, diminuir a ingestão de sal e de bebidas alcoólicas, cessar tabagismo e praticar atividades físicas. Além disso, o uso de drogas anti-hipertensivas pode ser necessário para a maioria dos hipertensos⁽⁷⁾.

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.

Sendo assim, o presente estudo objetiva investigar a prevalência da hipertensão arterial sistêmica em uma Estratégia Saúde da Família de um município norte mineiro no qual poderá gerar melhorias das políticas públicas de saúde especificamente na população deste estudo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, documental, exploratório, com abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada no bairro Vila Anália pertencente ao município de Montes Claros/MG. De acordo com os dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), estão cadastradas, na área, 1037 famílias, o que corresponde a

4112 pessoas, sendo que 195 são idosos, ou seja, 4.7% da população adscrita.

Os dados relacionados ao estudo foram obtidos mediante a análise das fichas de cadastro do cliente hipertenso e diabético na qual constam informações sobre os mesmos.

Para este estudo, foram incluídos os dados das fichas dos pacientes hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde Vila Anália no ano de 2008. Os formulários de cadastro do HIPERDIA que não continham dados preenchidos de forma correta não fizeram parte da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada na própria instituição de saúde durante o 2º semestre de 2009. Estes dados foram coletados na própria Unidade, na presença de um funcionário responsável no mês de setembro.

As informações coletadas foram transcritas para um formulário próprio baseado na ficha de cadastro dos clientes hipertensos na qual continha os mesmos dados.

Este formulário foi gerado a partir das informações contidas na ficha de cadastro do próprio HIPERDIA na qual compreendeu nove variáveis, sendo elas: (1) sexo; (2) cor/raça; (3) escolaridade; (4) idade; (5) índice de massa corpórea; (6) valores pressóricos;

(7) fatores de risco; (8) complicações; e (9) tratamento farmacológico.

Os aspectos socioeconômicos e demográficos, sendo estes o sexo, a cor/raça, a escolaridade e a idade foram classificados da seguinte forma: quanto ao sexo, classificou-se o paciente entre masculino e feminino; no que diz respeito à cor/raça, branco, preto, amarelo ou pardo; em se tratando da escolaridade, não sabe ler/escrever, Fundamental incompleto, Fundamental completo, Médio incompleto e Médio incompleto; quanto à idade, classificaram-se os pacientes a partir do intervalo etário de 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos e os que apresentavam idade acima de 60 anos.

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).

Os fatores fisiopatológicos, sendo eles fatores de risco e complicações cardiovasculares, foram classificados da seguinte maneira: antecedentes familiares, diabetes mellitus 1 e 2, tabagismo, sedentarismo e sobrepeso/obesidade compõem os fatores de risco. Já o infarto, outras cardiopatias, AVC e insuficiência renal agregam o quadro das complicações. Usuários de diuréticos, beta bloqueadores, IECA e associações dos tres fazem parte da classificação terapêutica medicamentosa.

Os dados foram digitados no programa Statistical Package for the Social Sciences/SPSS, versão 18.0 para Windows e, posteriormente, realizada a análise descritiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP UNIMONTES), sob parecer consubstanciado Nº. 1667/2009, com a finalidade de garantir o cumprimento dos princípios éticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da resolução 196/96 para realização de pesquisas em seres humanos. Foi entregue à Secretaria Municipal de Saúde uma carta de apresentação no intuito de obter autorização para realização da pesquisa na Unidade de Saúde. Em seguida, foi obtida autorização da instituição de saúde de forma a ter acesso às fichas do HIPERDIA dos clientes cadastrados na Estratégia Saúde da Família Vila Anália no ano de 2008 para realização da coleta de dados.

RESULTADOS

De acordo os dados descritos na Tabela 2, foram pesquisados um total de 224 fichas de pacientes cadastrados na referida instituição no ano de 2008 na qual fizeram parte da amostra da pesquisa. Dessas, a maior parte era do sexo feminino (61,2%), prevalência da cor parda (71,4%), ensino fundamental incompleto (31,5%) seguido de grande parte de pessoas alfabetizadas (31,3%), e com idade acima de 60 anos em sua grande maioria (49,5%). A hipertensão também foi prevalente nas pessoas com

intervalo de idade entre 50-59 anos (27,7%).

Tabela 2 – Aspectos socioeconômicos e demográficos dos pacientes hipertensos cadastrados no Bairro Vila Anália. Montes Claros. Minas Gerais. 2008.

<i>Variáveis</i>	<i>Número de casos (n=224)</i>	<i>%</i>
Sexo		
<i>Masculino</i>	87	38,8
<i>Feminino</i>	137	61,2
Cor/Raça		
<i>Ignorado/Branco</i>	03	1,3
<i>Branca</i>	44	19,6
<i>Preta</i>	13	6,0
<i>Amarela</i>	04	1,7
<i>Parda</i>	160	71,4
Escolaridade		
<i>Ignorado/Branco</i>	03	1,3
<i>Não sabe ler/escrever</i>	56	25,0
<i>Alfabetizado</i>	68	30,3
<i>Fundamental incompleto</i>	70	31,5
<i>Fundamental completo</i>	17	7,5
<i>Médio incompleto</i>	03	1,3
<i>Médio completo</i>	07	3,1
Idade		
<i>Ignorado/Branco</i>	01	0,4
<i>De 30 a 39 anos</i>	15	6,7
<i>De 40 a 49 anos</i>	35	15,7
<i>De 50 a 59 anos</i>	62	27,7
<i>Acima de 60 anos</i>	111	49,5

Fonte: Ficha de cadastro de hipertensos da Estratégia Saúde da Família Vila Anália. Montes Claros. Minas Gerais. 2008.

A partir dessa classificação a maior parte da amostra pesquisada se classifica como sobrepeso (33,9%) ou algum tipo de obesidade, sendo 3,1% baixo peso ou peso normal (29%), 13,8% é obeso grau I, 6,5% grau II e 1,7% grau III (Tabela 3).

De acordo a Tabela 3, no presente estudo, pôde-se observar que

do total de hipertensos, 59,3% tem a pressão arterial controlada (Normal + Limítrofe), enquanto 28,2% não apresentam valores pressóricos dentro dos limites de normalidade (HAS 1+ HAS 2 + HAS 3).

Tabela 3 – Aspectos fisiológicos relacionados ao índice de massa corpórea e aos valores pressóricos dos pacientes hipertensos cadastrados no Bairro Vila Anália. Montes Claros. Minas Gerais. 2008.

<i>Variáveis</i>	<i>Número de casos (n=224)</i>	<i>%</i>
Índice de Massa Corpórea		
<i>Ignorado/Branco</i>	27	12,0
<i>Baixo Peso</i>	07	3,1
<i>Peso Normal</i>	65	29,0
<i>Sobrepeso</i>	76	33,9
<i>Obesidade Grau 1</i>	31	13,8
<i>Obesidade Grau 2</i>	14	6,5
<i>Obesidade Grau 3</i>	04	1,7
Valores Pressóricos		
<i>Ignorado/Branco</i>	28	12,5
<i>Normal</i>	108	48,2
<i>Limítrofe</i>	25	11,1
<i>H.A.S. Grau 1</i>	52	23,2
<i>H.A.S. Grau 2</i>	09	4,0
<i>H.A.S. Grau 3</i>	02	1,0

Fonte: Ficha de cadastro de hipertensos da Estratégia Saúde da Família Vila Anália. Montes Claros. Minas Gerais. 2008.

Na pesquisa em questão, os fatores de risco predominantes nos hipertensos estudados foram sedentarismo (34,82%), seguido por antecedentes familiares (32%), sobrepeso/obesidade (26,33%), a prevalência do tabagismo e diabetes mellitus tipo II foram bastante semelhantes, correspondendo a 14,80% e 13,83%, respectivamente; e diabetes mellitus tipo I (4,4%). Apenas 29,01% da amostra não possuem fator de risco para hipertensão arterial. É importante ressaltar que vários indivíduos pesquisados apresentam mais de um fator de risco, resultando no dado descrito anteriormente (Tabela 4).

Ainda de acordo a Tabela 4, dentre as complicações relativas à Hipertensão Arterial contempladas na ficha do HIPERDIA, o estudo mostrou que 80% da população não apresentam complicações, e que entre as complicações observadas as mais comuns são as cardiopatias (18%).

Conforme dados pesquisados nas fichas do HIPERDIA dos hipertensos da ESF Vila Anália, 26,3% dos pacientes fazem uso de diuréticos, tal como o hidroclorotiazida e a furosemida; 13,8% usam inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), sendo o captopril o mais utilizado; 11,1% usam betabloqueadores adrenérgicos, sendo estes o propranolol e

o atenol; e 41,7% fazem uso de medicamentos combinados das três classes anteriormente citadas. Uma pequena parcela da amostra não utiliza medicação para controle (3,1%), sendo assim os mesmos mantêm a saúde

através de práticas de atividade física regular, alimentação saudável, exames de rotina, e outros, conforme os dados de acompanhamento da ficha do HIPERDIA (Tabela 4).

Tabela 4 – Aspectos fisiopatológicos e terapêuticos relacionados aos fatores de risco, às complicações e ao tratamento farmacológico dos pacientes hipertensos cadastrados no Bairro Vila Anália. Montes Claros. Minas Gerais. 2008.

<i>Variáveis</i>	<i>Número de casos (n=224)</i>	<i>%</i>
Fatores de Risco		
<i>Ignorado/Branco</i>	12	5,35
<i>Antecedentes familiares</i>	72	32,0
<i>Diabetes Mellitus tipo 1</i>	10	4,4
<i>Diabetes Mellitus tipo 2</i>	31	13,83
<i>Tabagismo</i>	33	14,8
<i>Sedentarismo</i>	78	34,82
<i>Sobrepeso/Obesidade</i>	59	26,33
<i>Não possuem</i>	65	29,01
Complicações		
<i>Ignorado/Branco</i>	07	3,0
<i>Infarto Agudo do Miocárdio</i>	04	2,0
<i>Outras Cardiopatias</i>	18	8,0
<i>Acidente Vascular Cerebral</i>	09	4,0
<i>Doença Renal</i>	07	3,0
<i>Não tem</i>	179	80,0
Tratamento Farmacológico		
<i>Ignorado/Branco</i>	09	4,0
<i>Diurético</i>	59	26,3
<i>Beta Bloqueador</i>	25	11,1
<i>IECA</i>	31	13,8
<i>Diurético+Beta Bloqueador</i>	40	18
<i>Diurético+IECA</i>	40	18
<i>Diurético+Beta</i>	09	4,0
<i>Bloqueador+IECA</i>	04	1,7
<i>Beta Bloqueador+IECA</i>	04	1,7
<i>Não usa medicamento</i>	07	3,1

Fonte: Ficha de cadastro de hipertensos da Estratégia Saúde da Família Vila Anália. Montes Claros. Minas Gerais. 2008.

A ficha de cadastro do programa de hipertensão e diabetes adota a seguinte classificação em relação ao

Índice de Massa Corpórea (IMC) conforme demonstrado na tabela seguinte (Tabela 5):

Tabela 5 – Classificação conforme intervalos de IMC, Montes Claros, Minas Gerais, 2008.

<i>Variáveis</i>	<i>Intervalos de IMC (Kg/m²)</i>	
<i>Sobrepeso</i>	IMC ≥ 25	IMC ≤ 29,9
<i>Obesidade grau I</i>	IMC ≥ 30	IMC ≤ 34,9
<i>Obesidade grau II</i>	IMC ≥ 35	IMC ≤ 39,9
<i>Obesidade grau III (Obesidade mórbida)*</i>	IMC ≥ 40	-

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽⁸⁾.

DISCUSSÃO

A hipertensão arterial sistêmica é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com altos índices de morbi-mortalidade, principalmente na faixa etária de 30 a 69 anos⁽⁹⁾.

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⁽¹⁰⁾. Considerando que em 2025 haverá mais de 35 milhões de idosos no país, o número de portadores de hipertensão arterial tende a crescer⁽¹¹⁾.

A média de idade da população hipertensa pesquisada é de 60 anos. Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos⁽¹²⁾. 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^(1,12), pode-se

verificar em Montes Claros (MG) que a prevalência de hipertensão é alta e crescente com a idade de forma a observar que 49,5% da amostra são hipertensos com idade acima dos 60 anos. Podem-se inferir de acordo os dados da pesquisa que a progressão etária pode influenciar no aumento dos fatores de risco e complicações cardiovasculares

De acordo com dados da pesquisa pode-se verificar que a maior parte dos hipertensos cadastrados na ESF Vila Anália é do sexo feminino. Alguns estudos descrevem resultados semelhantes, nos quais a população feminina é a mais acometida pela hipertensão⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Ainda sobre o gênero, entre as pessoas de meia idade os homens são mais propensos à 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⁽¹⁰⁾.

As diretrizes cardiológicas definidas pelo Ministério da Saúde⁽⁵⁾

corroboram com as diretrizes práticas de saúde e bem-estar da cidade de São Paulo⁽¹⁰⁾, 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.

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⁽⁵⁾.

Em estudos realizados no Ambulatório de Obesidade da Universidade Federal de São Paulo durante o biênio 1998-1999 com 499 pacientes (432 mulheres e 67 homens) mostram 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⁽¹⁵⁾.

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⁽¹⁰⁾. 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⁽¹⁵⁾.

O tratamento anti-hipertensivo tem, como principal objetivo, reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares. Em pesquisas realizadas pela Universidade de São Paulo (USP) com 130 participantes, apenas uma porcentagem 35% apresenta pressão arterial controlada. Sendo assim, apesar da efetividade do tratamento, a hipertensão arterial foi pouco controlada⁽¹⁴⁾. Ao contrastar com os dados desta pesquisa nota-se que em Montes Claros (MG) a maior parte dos pacientes (59,3%) apresenta a pressão arterial controlada divergindo com o estudo em São Paulo. Em cidades cujo índice socioeconômico e demográfico sejam maiores, a probabilidade dos fatores de risco modificáveis aumentarem torna-se maior.

Nos Estados Unidos, entre 1999 e 2000, 53% dos hipertensos estavam

sob tratamento e somente 31% estavam com a pressão arterial controlada⁽¹⁶⁾.

Com relação aos fatores de risco, indivíduos hipertensos freqüentemente apresentam altos níveis de colesterol, obesidade, freqüência 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 freqüência na presença de pelo menos dois fatores de risco, demonstrando que o risco de eventos é proporcional à associação dos fatores de risco⁽¹⁷⁾.

Corroborando com os resultados do presente estudo, uma pesquisa realizada em Santa Bárbara do Leste afirma que ao analisar a associação entre os 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⁽¹⁸⁾.

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⁽¹⁹⁾. 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 conseqüente progressão da HVE culminam com a degeneração da função cardíaca e o desenvolvimento de insuficiência cardíaca e suas complicações⁽²⁰⁾.

Nesta pesquisa, a maior parte dos pacientes (80%) não apresenta complicações decorrentes da hipertensão por fazerem uso regular da terapêutica prescrita e acompanhamento dos níveis pressóricos regularmente. Já os que sofrem de alguma complicação prevalecem o desenvolvimento de outras cardiopatias (8%). Contrapondo-se aos resultados encontrados no presente estudo, outra pesquisa mostrou que a doença renal teve grande destaque entre os hipertensos⁽¹⁸⁾.

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⁽⁵⁾.

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⁽²¹⁾.

O tratamento farmacológico só deve ser instituído de maneira imediata nos casos de pacientes que apresentam lesões de órgãos-alvo ou doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes mellitus. Ou após falha no tratamento não-farmacológico⁽²²⁾.

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⁽²²⁾. Estes dados convergem com relação aos achados nesta pesquisa na qual a prevalência de diuréticos como drogas de primeira escolha foi maior.

Em uma pesquisa desenvolvida na cidade São Paulo (SP), as principais classes de anti-hipertensivos consumidos pelos adultos foi IECA (25,3%), diuréticos (32,3%), betabloqueadores (17,1%), e associação de medicamentos (36,14%)⁽²³⁾.

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⁽¹²⁾.

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 de saúde e conseqüentemente a abordagem efetiva do problema.

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, a prevenção, o 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. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
3. Simão M. Hipertensão arterial e fatores de risco associados: estudo entre universitários da cidade de Lubango – Angola [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-13092005-105607/pt-br.php>
4. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2004;9(4):885-895. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n4/a10v9n4.pdf>
5. Brasil. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [online]. 2007;89(3):24-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>
6. Oliveira AFC. Fatores de risco e hipertensão arterial: estudo entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-02092008-111344/pt-br.php>
7. Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2006;87(4):496-503. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n4/15.pdf>
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento de Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2005;84(supl. 1):1-28. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2005/sindromemetabolica.pdf>
9. 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.
10. Varella D, Jardim C. Guia prático de saúde e bem-estar: Hipertensão e Diabetes. São Paulo: Gold Editora, 2009.
11. 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;14(3):435-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a19.pdf>
12. Santa Helena ET. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família de Blumenau, SC [Tese]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.
13. Sanches CG, Pierini AMG, Mion Júnior D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2003;38(1):90-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/11.pdf>
14. 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;81(4):343-48. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>
15. 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;49(3):306-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a36v49n3.pdf>
16. Mion Júnior D, Silva GV, Ortega KC, Nobre F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2006;3(1):55-8. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/13-importancia-da-medicao.pdf>
17. Marte AP, Santos RD. Bases fisiopatológicas da dislipidemia e

- hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2007;14(4):252-7. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-4/09-fisiopatologicas.pdf>
- 18.** 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 [Especialização]. Centro Universitário de Caratinga, Caratinga/MG, 2008. Available from: <http://www.unec.edu.br/sites/especialis/pos/publicacoes/integra/hipertensos.pdf>
- 19.** Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Arq Bras Cardiol [internet]. 2002;79(4):375-79. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2002/7904/79040005.pdf>
- 20.** Brandão AA, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD. Hipertensão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006.
- 21.** Oigman W, Neves MFT. Estratificação de risco para decisão terapêutica. In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD (Org.). Hipertensão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006.
- 22.** Mion Júnior D, Pierin AMG, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. Rev Assoc Méd Bras [Internet]. 2001;43(3):249-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n3/6550.pdf>
- 23.** Souza JGG. Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: um estudo de base populacional [Dissertação]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo/SP. 2006. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-23022007-092206/pt-br.php>

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2013-09-29
Last received: 2013-11-27
Accepted: 2015-01-12
Publishing: 2015-01-30