

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL: AVALIAÇÃO DOS
ESTUDOS DE BASE POPULACIONAL**

ALESSANDRA DE OLIVEIRA SOUZA

**UBERABA – MINAS GERAIS
2012**

ALESSANDRA DE OLIVEIRA SOUZA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL: AVALIAÇÃO DOS
ESTUDOS DE BASE POPULACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Luciana Diniz Silva

**UBERABA – MINAS GERAIS
2012**

ALESSANDRA DE OLIVEIRA SOUZA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL: AVALIAÇÃO DOS
ESTUDOS DE BASE POPULACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Luciana Diniz Silva

Banca Examinadora

Profa. Luciana Diniz Silva - orientadora
Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 11/08/2012

Lista de Abreviaturas

AVC - Acidente vascular cerebral

AVE - Acidente vascular encefálico

DCV - Doença cardiovascular

DIC - Doença isquêmica do coração

ESF - Equipe de saúde da família

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

PA - Pressão arterial

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante fator de risco das doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, as quais são exteriorizadas, predominantemente, por aparecimento de complicações cardíaca, cerebral, renal e vascular periférica. Em 25% e 40% dos casos, a hipertensão arterial participa da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e do acidente vascular cerebral, respectivamente, caracterizando-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Os conhecimentos atuais sobre a pressão arterial baseiam-se nas aplicações criteriosas dos princípios da hidrodinâmica ao sistema circulatório, e contribuem para o desenvolvimento da hemodinâmica e para a compreensão da fisiopatologia cardiovascular. Entende-se por pressão arterial a pressão hidrodinâmica existente no interior das artérias e comunicada às suas paredes. A OMS considera que a hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial, frequentemente associada às alterações metabólicas e hormonais e sem precedentes de idade, caracterizada pela elevação da pressão arterial, cuja cronicidade está associada a alterações em órgãos alvos: coração, cérebro e rins. Estima-se que o número de indivíduos com hipertensão no Brasil é de, aproximadamente, 18 milhões, sendo que apenas 30% estão sob controle clínico. O fato de a hipertensão arterial ser um dos principais fatores de risco para desenvolvimento de doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares e a segunda maior causa de morte no nosso país, contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, cujo objetivo foi realizar uma revisão da literatura sobre estudos recentes de base populacional que avaliaram a prevalência de hipertensão arterial em adultos brasileiros. Essa revisão foi baseada na metodologia exploratória de artigos e de *sites* científicos que continham informações relevantes sobre o tema. Com base nessa revisão e por meio da vivência na ESF, observou-se que as pessoas não atingem bom controle dos níveis pressóricos devido ao estilo de vida não saudável, o que inclui ingestão elevada de dietas hiperssódicas, consumo aumentado de álcool, tabagismo acentuado e sedentarismo. Além do estilo de vida, a predisposição genética é outro fator importante e grande fonte de pesquisas. Em conjunto, as medidas farmacológicas e as mudanças de estilo de vida tornam-se fundamentais para o controle da HAS com a finalidade de redução das complicações e melhora de qualidade de vida dos hipertensos.

Descritores: hipertensão arterial, fatores de risco, predisposição genética, qualidade de vida.

ABSTRACT

Hypertension (HAS) is an important risk factor for atherosclerosis and thrombosis and it is associated with cardiac, cerebral, renal and peripheral vascular complications. In 25% and 40% of cases, hypertension is part of multifactorial etiology of ischemic heart disease and stroke, respectively, characterizing it as an important cause reduction of the quality of life and life expectancy of individuals. The current knowledge on blood pressure based on applications of the principles of hydrodynamics to the circulatory system which contributes to the development of the hemodynamics and the understanding of cardiovascular pathophysiology. Blood pressure refers to the hydrodynamic pressure inside arteries that are communicated to vessels walls. The WHO defines that hypertension is a disease of multifactorial nature, often associated to hormonal and metabolic changes and unprecedented age, characterized by elevated blood pressure, whose chronicity is associated with changes in target organs: heart, brain and kidneys. It is estimated that the number of individuals with hypertension in Brazil is of approximately 18 million, and only 30% are under control. The fact that high blood pressure is one of the main risk factors for developing ischemic heart disease and cerebrovascular disease and the second largest cause of death in our country, contributed to the development of this work, whose goal was to conduct a review of the literature on population-based studies that evaluated the prevalence of hypertension in Brazilian adults. This review was based on the exploratory methodology of scientific articles and sites containing relevant information on the topic. Based on this review and through the experience on ESF, it was observed that people do not reach good control of blood pressure due to the unhealthy lifestyle, which includes high intake of hypersodic diets, increased alcohol consumption, smoking and sedentary lifestyle. In addition to lifestyle, genetic predisposition is another important factor and great source of research. Together, the pharmacological measures and lifestyle changes become fundamental to the control of HAS with the purpose of reducing complications and improving quality of life of hypertensive patients.

Key words: arterial hypertension, risk factors, genetic predisposition, quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivo específico	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DA LITERATURA	17
4.1 Hipertensão arterial sistêmica no Brasil	16
4.2 Fatores de risco	19
4.2.1 Excesso de peso, alto consumo de sódio e falta de atividades físicas	20
4.3 Prevalência da HAS no Brasil	22
4.4 Prevalência de hipertensão arterial de acordo com o sexo	24
4.5 Prevalência de hipertensão arterial e predisposição genética	24
4.6 Prevalência de hipertensão arterial de acordo com a idade	25
6 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HAS	25
5.1 Percepção pessoal sobre a qualidade de vida.....	28
5.2 Estratégias da equipe de saúde da família	29
5.3 A equipe de saúde na abordagem de pacientes hipertensos	31
5.3.1 Agentes comunitários de saúde	31
5.3.2 Auxiliar de enfermagem	32
5.3.3 Enfermeiro	32
7 PROPOSTAS DE IMPLANTAÇÕES ESTRATÉGICAS DE ATENDIMENTO A PACIENTES HIPERTENSOS PELA EQUIPE DE SAÚDE	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

De acordo com estudo conduzido por Passos; Assis; Barreto (2006), a hipertensão arterial é importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, as quais são caracterizadas, predominantemente, pelo aparecimento de complicações cardíaca, cerebral, renal e vascular periférica.

Conforme afirmam Passos; Assis; Barreto (2006), em 25% e 40% dos casos, a hipertensão arterial participa da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente, classificando-a como uma das causas de maior redução da qualidade de vida e da expectativa de vida dos indivíduos.

Galvani *et al.* (2010, p.4) explicam que

A HAS é uma doença crônica degenerativa de etiologia multifatorial que compromete os vasos do organismo, determinando alteração no tônus vasomotor e favorecendo a vasoconstrição, aumentando a pressão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica é caracterizada pela VI Diretrizes de Hipertensão Brasileiras (2010) como uma condição clínica multifatorial em que o indivíduo irá apresentar um valor elevado de pressão arterial, e sustentá-lo, sendo que os conhecimentos sobre a pressão arterial baseiam-se na pressão hidrodinâmica presente no sistema circulatório, ou seja, a pressão arterial é a força com que o sangue circula dentro dos capilares sanguíneos, levando-se em consideração que o sistema circulatório é composto por condutores não rígidos.

Em 1958, a Organização Mundial da Saúde (OMS), determinou os valores da pressão arterial que indicariam a hipertensão arterial sistêmica e caracterizou a doença como sendo de natureza multifatorial, frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais, independente da idade dos indivíduos. Naquele ano, segundo a OMS, os valores que determinariam a presença de HAS seriam acima de 95 mm Hg para a pressão diastólica e 160 mm Hg para a pressão sistólica (SILVA, 2006).

Atualmente, valores normais da pressão arterial foram reavaliados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e divulgados na VI Diretrizes de Hipertensão Brasileiras (2010): 120 mm Hg para a pressão sistólica e 80 mm Hg para a pressão diastólica. Valores acima dessa faixa devem ser avaliados como critérios para o diagnóstico de HAS. Caso seja comprovada a HAS, medidas que determinem modificações no estilo de vida com relação a hábitos alimentares e exercícios devem ser implementadas. De acordo com Silva (2006), a permanência de valores altos é significativa e recebe a denominação de HAS, cuja cronicidade está associada às lesões em órgãos alvo: coração, rins e cérebro.

Entretanto, ainda existem algumas divergências com relação aos valores mínimos e máximos considerados normais para uma pessoa adulta, como mostra Hartmann *et al.* (2007), os quais observaram duas faixas plausíveis, 160 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para a diastólica e, mais recentemente, tem-se considerado os valores 140 mmHg e 90 mmHg, respectivamente, para as pressões sistólicas e diastólicas.

Egas, Moniz (2001) caracterizam a pressão alta (ou hipertensão) como sendo valores elevados da pressão arterial, podendo ser a sistólica maior ou igual a 160 mmHg e a diastólica maior ou igual a 95 mmHg. Não obstante, os autores fazem a seguinte ressalva:

É natural e normal que a pressão arterial aumente em alguns momentos, devido a esforços físicos ou emoções. Também é natural que passado estes momentos críticos, os valores da pressão arterial voltem aos níveis normais. Uma pessoa só desenvolve problemas de saúde relacionados à sua pressão arterial quando essa permanece elevada ao longo de meses, ou quando aumenta muito subitamente. (EGAS; MUNIZ, 2001, p.2)

Pela investigação de Miranzi *et al.*, em 2008, o número estimado de indivíduos com hipertensão no Brasil é de, aproximadamente, 18 milhões, sendo que, desses, apenas 30% estão controlados. Rosário *et al.* (2009) mostram que esse número se elevou, em 2009 e são mais de 30 milhões de brasileiros com HAS, dos quais 25% estão controlados. Esse achado contribui para o aumento do risco de aparecimento de acidente vascular cerebral, doenças renais e cardiovasculares.

Dentre as alterações possíveis de modificação do débito cardíaco, existe a alteração da volemia, da contratilidade do miocárdio e da frequência cardíaca. Com relação à resistência vascular periférica, esta é dependente do complexo mecanismo de regulação da resistência das arteríolas, que envolvem várias etapas e estão interrelacionadas: balanço de eletrólitos (especialmente de sódio); sistema renina - angiotensina - aldosterona; neurotransmissores (epinefrina e norepinefrina); hormônios [antidiurético (ADH), adrenocorticotrópico (ACTH), cortisol, prostaglandinas, hormônio natriurético renal], o sistema caliceína - cinina; entre outros, explicitam Passos, Assis, Barreto (2006); Hartmann *et al.* (2007); VI Diretrizes de Hipertensão Brasileiras (2010).

Conforme a OMS, a hipertensão arterial é tida como uma doença caracterizada por sua evolução crônica. Segundo esta conceituação, o diagnóstico da doença depende de medidas da pressão arterial, as quais apresentam certa variabilidade e, que são consideradas elevadas com relação a valores considerados como padrões de normalidade (SILVA, 2006).

Galvagni *et al.* (2010) diferenciam a HAS em dois tipos distintos: primária e secundária. Na hipertensão primária não há uma causa definida, apesar de estar, geralmente, ligada à predisposição genética, tendo por base relatos de pacientes com históricos de parentes mais próximos com HAS. Já em relação à secundária é possível determinar a causa desse aumento pressórico, destacando-se as nefropatias, o *diabetes*, a apnéia obstrutiva do sono, os tumores das glândulas suprarrenais e a estenose das artérias renais.

A HAS é um dos principais fatores de risco e um dos mais importantes problemas de saúde pública de acordo com Williams (2010); (VI Diretrizes de Hipertensão Brasileiras, 2010). Outro dado relevante, é que a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de óbitos, no mundo, estavam associadas à HAS (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC). A mortalidade por HAS concentra-se especialmente em países com desenvolvimento econômico baixo e/ou médio e acomete, em mais da metade dos casos, indivíduos entre 45 e 69 anos.

No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (MALTA *et al.*, 2009).

O fator determinante de frequência tão elevada de óbito em pessoas diagnosticadas com HAS baseia-se na ausência de sintomatologia ou na presença de sintomas inespecíficos da hipertensão arterial nos primeiros anos da doença, destacam Egas e Moniz (2001). Essa evolução acarreta, por conseguinte, em desenvolvimento progressivo de lesões em órgãos vitais para o organismo: cérebro, coração e rins, além dos vasos sanguíneos. Dentre os sintomas relacionados à HAS, destacam-se cefaléia, tonturas, zumbidos e taquicardia.

No âmbito da atenção básica, destacam Castro *et al.* (2007), estão as mudanças de hábitos alimentares, a prática de atividade física, a avaliação clínica sistêmica e o acesso aos medicamentos capazes de manter sob controle os níveis pressóricos e glicêmicos. Além deste aspecto, existe ainda a atenção especializada, capaz de dar respostas efetivas às complicações que porventura surgirem, evitando a morte precoce e a incapacidade física e mental.

A hipertensão arterial pode ser considerada como uma síndrome, pois está diretamente associada ao aparecimento de um grupo de distúrbios metabólicos, como a obesidade, aumento da resistência à insulina, *diabetes mellitus*, dislipidemias. Esses fatores de risco e aparecimento de lesões em órgãos alvos são pré-requisitos para que haja um estudo minucioso e individual de forma que se possa garantir um prognóstico realístico e uma terapêutica decisiva, elucidam Rosário *et al.* (2009).

Diversos estudos têm mostrado a associação de mortes cardiovasculares a HAS, sendo que um simples controle de pressão arterial, hábitos alimentares saudáveis e exercícios físicos constantes e regulares são medidas simples e podem auxiliar no combate à HAS. Desta forma, para elaboração deste trabalho, foi necessário realizar

uma revisão sobre o conceito e as causas de HAS e, também, sobre as medidas implicadas na redução do número de mortes ocasionadas por lesões nos órgãos alvos, atingidos por essa síndrome. Com base nessa busca feita na literatura, especialmente sobre dados de adultos brasileiros hipertensos, foram elaboradas propostas para o aperfeiçoamento do atendimento a pacientes hipertensos pela equipe de saúde do município de Veríssimo.

2 JUSTIFICATIVA

O fato de a hipertensão arterial ser um dos principais fatores de risco para desenvolvimento de doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares e, também, a segunda maior causa de óbito no país, conforme Ribeiro *et al.* (2009); Rosário *et al.* (2009), contribuíram para a escolha do tema deste trabalho.

Os fundamentos deste trabalho surgiram a partir da convivência que adquiri com usuários hipertensos na Unidade de Atenção Básica (UBS) no município de Veríssimo. Trabalho neste local há cinco anos e, percebi ao longo deste período, como é difícil o controle adequado dos usuários que são portadores de HAS. Esses indivíduos, na maioria das vezes não aderem de forma efetiva à medicação prescrita. Ainda, em relação às mudanças do estilo de vida verifica-se baixa adesão às recomendações e certo descuido do paciente em relação à sua própria saúde.

Rosário *et al.* (2009) realizaram um levantamento de prevalência de hipertensos na cidade Nobre, município de Mato Grosso. No grupo populacional estudado, 30% se encontravam hipertensos, dos quais 26% não estavam informados de seu estado de saúde. Dos 74% conscientes da HAS, 60% faziam tratamento e, desses, 25% não controlavam a HAS. Ou seja, apesar do conhecimento da importância de se controlar a HAS, de ter consciência da lesão em órgãos como coração, cérebro e rins, ainda assim, existiam 25% de hipertensos que não seguiam as orientações. É um número muito alto se for considerado uma população de milhões de brasileiros.

Em Veríssimo existem 2.706 habitantes, valor estimado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Município referente ao exercício de 2011. Deste total, 500 indivíduos (18,5%) têm o diagnóstico de hipertensão. Dentre os hipertensos, apenas 50% realizam o tratamento de forma regular. Esses cidadãos, a despeito das orientações, chegam à UBS com níveis pressóricos acima de 150 x 110 mmHg. É sabido que esses valores estão associados à lesão aguda de órgãos alvo (coração, pulmão, cérebro e rins).

A maioria dos usuários que apresentam crise hipertensiva chega aos ambulatórios de emergência com quadros clínicos sugestivos de acidente vascular cerebral (AVC), encefalopatia hipertensiva, edema agudo do pulmão e síndrome coronariana aguda. Essas situações clínicas poderiam ser amenizadas ou prevenidas se o controle da HAS fosse feito de forma adequada na rede básica de saúde.

Este trabalho teve como objetivo estimular a reflexão sobre os vários aspectos da hipertensão arterial. Em especial, é necessário abordar esse cidadão de forma integral com o intuito de reduzir as possíveis complicações e favorecer melhora da qualidade de vida.

3 OBJETIVO

3.1 Geral

Realizar uma revisão da literatura sobre estudos recentes de base populacional que avaliaram a prevalência de hipertensão arterial em adultos brasileiros.

3.2 Específicos

Avaliar estudos sobre a prevalência da hipertensão arterial no Brasil com ênfase nos fatores de risco associados (hereditariedade, tabagismo, sedentarismo, *diabetes mellitus* e sexo) correlacionando-os com idade dos pacientes;

Avaliar estudos que abordem a qualidade de vida de pacientes com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

3 METODOLOGIA

Foi realizado levantamento bibliográfico dos últimos 10 anos nas bases de dados *Index Medicus* (Medline), *U.S. National Library of Medicine*, *National Institute of Health* (PubMed), da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal Periódicos (CAPES), por meio do uso das seguintes palavras-chave: “hipertensão arterial”, “fatores de risco”, “predisposição genética”, “qualidade de vida”.

Após o levantamento de artigos cujas informações foram relevantes para a elaboração deste trabalho, a partir dos resumos de todos os estudos, realizou-se levantamento dos principais resultados obtidos para, em seguida, serem realizados análises e comentários. Considerou-se a população-alvo, o desenho do estudo, o plano amostral, as características sociodemográficas da população-alvo e a metodologia utilizada para conceito de hipertensão.

Portanto, este trabalho foi baseado na pesquisa exploratória, que se caracteriza como estudo teórico, elaborado de materiais já publicados em livros, artigos científicos em periódicos, teses, dissertações e artigos *on line* disponíveis em sites especializados em enfermagem e em saúde da família. Este referencial teórico é essencial na orientação do pesquisador a respeito do tema a ser desenvolvido.

4 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica no Brasil

Segundo Terra *et al.* (2010), a hipertensão arterial é considerada, em conjunto com o *diabetes mellitus*, a insuficiência renal crônica, as artrites e as doenças cardiovasculares, doenças crônicas degenerativas, ou seja, enfermidades que se desenvolvem ao longo de vários anos, muitas vezes, silenciosamente e, que culminam em perda de função de um ou vários órgãos do ser humano.

O tratamento e o controle dessas comorbidades são baseados na mudança de hábitos de vida que incluem a dieta, as atividades físicas, o uso correto dos medicamentos, entre outros. Para Miranzi *et al.* (2008, p.673) “*estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias*”.

As doenças crônicas, conforme Castro *et al.* (2007, p.5)

- Levam décadas para estarem completamente instaladas na vida de uma pessoa e tem origem em idade jovem;
- Sua emergência é em muito influenciada pelas condições de vida, não sendo resultado unicamente de escolhas individuais;
- Tem muitas oportunidades de prevenção devido a sua longa duração;
- Requerem um tempo longo e uma abordagem sistemática para o tratamento;
- Os serviços de saúde precisam integrar suas respostas na abordagem dessas doenças para a produção efetiva de resultados positivos.

Converso e Leocádio (2005) afirmam que o Brasil, até pouco tempo atrás, era considerado um país de jovens. Essa denominação acabou resultando em pouca atenção aos idosos, principalmente por ser, o Brasil, um país com graves problemas

sociais envolvendo crianças e jovens, exigindo maior atenção por parte das políticas públicas nacionais. Destacam-se as deficiências nas áreas de saúde e educação, levando à tendência de não se considerar o problema do envelhecimento no rol das grandes questões sociais, sobretudo pela menor representatividade desse grupo na pirâmide etária populacional até os anos 70, explicam os autores.

Entretanto, desde a década de 50, tem ocorrido um crescimento expressivo da população idosa nos países do terceiro mundo. Na América Latina, entre os anos de 1980 e 2000, a população teve um acréscimo de 120% como um todo, enquanto o aumento da população com mais de 65 anos foi da ordem de 236%, destacam Converso e Leocádio (2005), os quais ainda consideram que, principalmente neste século, os progressos tecnológicos, a melhora nas condições socioeconômicas e os avanços da medicina têm prolongado a expectativa média de vida.

Desta forma, com o aumento da população cada vez mais velha no Brasil culminou num período, compreendido entre 1975 e 2025, intitulado “A Era do Envelhecimento” (CONVERSO; LEOCÁRDIO, 2005, p.15). Este título foi dado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em função dos avanços em pesquisas científicas sobre o envelhecimento. A ONU estima que a população idosa brasileira atinja 32 milhões em 2025, contra 14 milhões em 2000, um crescimento de aproximadamente 128%.

Conforme Converso e Leocádio (2005), a partir dessas evoluções, o Brasil vem sofrendo uma transição epidemiológica, tendo como resultado uma mudança significativa na incidência das causas de mortalidade, passando de doenças infecto-contagiosas às doenças crônicas degenerativas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma enfermidade multicausal e multifatorial, decorrente da interação de vários fatores como alcoolismo, sedentarismo, tabagismo, estresse, entre outros.

A grande prevalência de HAS e de seus fatores de risco multiplica o risco de problemas cardiovasculares, colaborando para incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos socioeconômicos, destacam Andrade *et al.* (2002); Converso; Leocádio (2005). E, com relação à hipertensão do idoso, esta se caracteriza por apresentar aumento da resistência periférica com decréscimo do

débito cardíaco e volume intravascular, hipertrofia cardíaca concêntrica, redução da frequência cardíaca e volume sistólico, além de ser acompanhada de gasto cardíaco elevado.

De acordo com os autores Egas; Moniz (2001); Converso e Leocádio (2005) é comum com a idade, a tensão arterial sofrer pequena elevação, em função do endurecimento das artérias propiciarem o aumento pressão arterial (PA). Entretanto, a hipertensão arterial não pode, nem deve ser considerada como consequência normal do avanço etário, mas sim precisa ser considerada como uma doença e, como tal, ser tratada de modo apropriado.

Além do aumento da idade ser um fator que predispõe ao desencadeamento da hipertensão arterial, Castro *et al.* (2007) ainda destacam que algumas práticas comuns nos dias atuais podem desencadear doenças crônicas e funcionarem como fatores de risco. Entre essas práticas comuns estão o sedentarismo, a má alimentação, o tabaco e o uso abusivo de álcool e drogas, a obesidade e a hipercolesterolemia.

Sesso *et al.* (2008) realizaram um estudo com mais de 40 mil pacientes submetidos ao tratamento dialítico observados pelo Censo anual da Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN – e, observaram que, 36% dos pacientes apresentaram hipertensão arterial como doença de base, porcentagem maior que àqueles com *diabetes mellitus*.

5.2 Fatores de risco

Recentemente, o Governo Federal do Brasil lançou uma campanha na mídia intitulada “Qualidade de Vida¹”. Neste vídeo mostra uma família (pais e filhos) na cozinha. Nesse ambiente, é enfatizada uma conversa entre eles a respeito da prevenção da HAS, em que o filho diz ao seu pai sobre a importância da baixa

¹ Este filme pode ser visto no site portal da saúde:
<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=1666&codModuloArea=163&chamada=video>

ingestão de sal e da realização de caminhadas. Essas medidas, em conjunto, constituem ações que ajudam na prevenção da hipertensão.

Galvagni *et al.* (2010) salientam que, apesar de ser desconhecida a causa de hipertensão arterial, na maioria dos casos, vários são os fatores associados que irão provocar a elevação da tensão arterial. Dentre eles destacam-se o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o excesso de peso e a má alimentação. Sendo assim, é importante entender de que maneira esses fatores influenciam a HAS e como contribuem para o aumento de pessoas acometidas por esta enfermidade no mundo.

5.2.1 Excesso de peso, elevado consumo de sódio e falta de atividades físicas

A ingestão de altas concentrações de sal pode estar ligada à hipertensão arterial provavelmente devido ao fato de que esses indivíduos expressarem inabilidade do rim em excretar o excesso de sódio. O organismo teria um prejuízo da capacidade fisiológica de se livrar da sobrecarga de sal, o que, em longo prazo, pode envolver a participação de vários sistemas reguladores de PA resultando na manutenção de um nível tensional mais elevado (MEYERFREUND, 2006).

Sabe-se que pacientes hipertensos se beneficiam ao reduzirem a ingestão de sal. Dessa maneira, a restrição salina associada à redução de peso devem ser medidas recomendadas e fazem parte da terapia não farmacológica, considera Meyerfreund (2006). Para a autora, o problema dessa restrição, muitas vezes, está ligado à dificuldade em se restringir a ingestão salina a menos que 100 mL/dia, já que a maioria dos indivíduos consome alimentos processados. É sabido que esses alimentos contêm altas concentrações de sódio, apesar de estarem de acordo com as normas vigentes. Entretanto, ela adverte que é possível ter uma vida ativa e com baixo consumo de sal.

Quase todos que vivem nas sociedades modernas ingerem altas quantidades de sal. Apesar de a maioria ter valores normais de PA, aproximadamente a metade irá desenvolver um quadro hipertensivo, o que sugere um grau variável de sensibilidade da PA ao sódio. Vários mecanismos têm sido propostos para explicarem o aumento da sensibilidade ao sal, talvez o mais óbvio seja uma baixa resposta

ao maior mecanismo responsável pela retenção de sal e vasoconstrição, do Sistema Renina Angiotensina Aldosterona (MEYERFREUND, 2006, p. 27).

Esse fato é muito relatado nos meios acadêmicos e questionado por autoridades no assunto, os quais vêem uma necessidade em se implantar leis federais que restrinjam as concentrações de sódio existentes nos alimentos processados. Um exemplo desse fato são as mais diversas marcas de água engarrafada vendidas no mercado. A água não deveria provocar qualquer alteração fisiológica no organismo. Entretanto, existem algumas marcas de água gaseificada (não cabe discutir nesse trabalho essa particularidade) que possuem concentrações de sódio que satisfazem mais da metade do consumo diário de sódio por dia (fato já chegou à mídia, das formas mais variadas possíveis).

Outro fator de risco que tem preocupado a Sociedade Brasileira de Cardiologia é o aumento significativo da obesidade, principalmente entre a população jovem no mundo, uma vez que essa condição, explicam Galvagni *et al.* (2010), se associa ao surgimento de disfunções de caráter crônico-degenerativo, como a hipertensão arterial.

5.3 Prevalência da HAS no Brasil

Passos; Assis e Barreto (2006) realizaram uma revisão na literatura brasileira dos estudos recentes de base populacional que priorizaram a prevalência de hipertensão arterial em adultos no país. Para as autoras, esse tipo de estudo é fundamental para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão e fazer uma correlação com os fatores e as condições que influenciam a dinâmica dos padrões de risco na comunidade.

Sob esta luz, justificam:

A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (Passos; Assis e Barreto, 2006, p.38).

De acordo com os dados levantados por Passos; Assis e Barreto (2006), nos 13 estudos de prevalência com base populacional realizados a partir de 1990, cuja distribuição esta disposta na Tabela 1 (de acordo com o tempo cronológico em que foram realizados, ou publicados), é possível perceber que a maioria dos estudos epidemiológicos de hipertensão arterial, no Brasil, prevalece nos estados pertencentes às regiões Sul e Sudeste.

Tabela 1 - Comparação dos estudos de prevalência da hipertensão arterial, Brasil, 1990 a 2004.

Local e data	População ^a	Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	Exame da pressão arterial	Prevalência (%) total e por sexo	Prevalência (%) por faixa etária (anos)
Cotia-SP, 1990 e 1991 ^{13,14}	20-88 anos n=1.041	PA≥140/90 ou tratamento	Medida no braço direito de indivíduos sentados	44,4 H – 47,9 M – 41,0	–
Ilha do Governador/Município do Rio de Janeiro, 1991 e 1992 ^{15,16}	≥20 anos n=1.500	PAS≥160 PAD≥95 ou tratamento	Última de duas medidas; aparelho calibrado	24,9 H – 22,6 M – 26,8	20-29 – 4,4% 70 anos e mais – 62,7%
Pelotas-RS, 1992 ¹⁷	20-69 anos n=1.657	PAS>160 PAD>95 ou tratamento	Uma medida; aparelho calibrado	19,8 M – 21,2 H – 18,3	20-29 – 2,3% 60-69 – 46,9%
Porto Alegre-RS ¹⁸	>18 anos n=1.091	>160/95, >140/90 ou tratamento	Média de duas medidas; aparelho calibrado	19,2 ^b 29,8 H – 13,1 ^b M – 12,1 ^b	18-27 – 0,8% 68 anos e mais – 28,7%
Passo Fundo-RS, 1995 ¹⁹	18-74 anos n=206	PAS≥160 PAD≥95 ou tratamento	Quatro medidas de 5-5'; média das três últimas; aparelho calibrado	21,9 H – 24,7 M – 19,8	18-29 – 0% 68 anos e mais – 45,5%
Salvador-BA, 1996 ²⁰	≥20 anos n=491	PA≥140/90 auto-referida	Última de duas medidas	41,1 H – 38,9 M – 41,9	20-29 – 6% 60 anos e mais – 37,1%
Bambuí-MG, 1997 ^{4,21}	18-59 anos n=820 ≥60 anos n=1.494	PAS≥140 PAD≥90 ou tratamento	Três medidas de 5-5'; média das duas últimas; aparelho calibrado	24,8 H – 22,0 M – 26,9 ^c	60 anos e mais – 61,5%
Bauru-SP, 1997 ²²	41-79 anos n=530	PA>140/90 e/ou tratamento	Média de três medidas	29,8 H – 34,9 M – 33,9	–
Catanduva-SP, 1998 ^{23,24}	≥18 anos n=688	≥140/90	Média de duas medidas; aparelho calibrado	31,5 H – 33,9 M – 29,9	5,5% (18-29) a 52,1% (70 a 99)
Estado do Rio Grande do Sul, 1999 e 2000 ²⁵	≥20 anos n=1.066	PA>140/90 PA>160/95	Duas medidas de 3-3'; considerada a última; aparelho calibrado	31,6 —	20-29 – 3,3% 60 anos e mais – 28,4%
Salvador-BA, 2000 ²⁶	≥20 anos n=1.298	PAS≥140 PAD≥90 ou tratamento	Seis medidas de PA em dois blocos de 3 de 10-10'; aparelho eletrônico	—	—
Ipacaetá-BA, 2003 ²⁷	≥19 anos n=143	PAS≥140 PAD≥90 ou tratamento	Três medidas de 3-3'; aparelho calibrado	36,5 —	—
Inquérito domiciliar em 15 capitais e no Distrito Federal, 2002 e 2003 ²⁸	≥25 anos	Auto-referida	—	—	25 a 39 – 7,4 a 15,7% 60 anos e mais – 39 a 59%

a) Todos os estudos utilizaram amostra aleatória da população de ambos os sexos: H – homens; M – mulheres.

b) Para PA>160/95mmHg

c) p<0,01

Fonte: Passos; Assis e Barreto (2006, p.38)

5.4 Prevalência da hipertensão arterial sistêmica de acordo com o sexo

Segundo estudo realizado por Martins *et al.* (1997), não existe uma prevalência global da hipertensão arterial diferenciada por sexo, ou seja, de acordo com o estudo, não há diferença significativa entre homens e mulheres. Segundo os autores, foram observadas diferenças significativas na prevalência da hipertensão arterial em homens, de acordo com o nível de estresse ocupacional.

Entretanto, “*estudos demonstram taxas de hipertensão mais elevadas em homens de até 50 anos e em mulheres acima de sessenta*”, Galvagni *et al.* (2010, p.6). Miranzi *et al.* (2008) concluíram em seus estudos que a maior incidência feminina de doenças, como no caso da hipertensão arterial é proporcional à população feminina mundial ser maior que a população masculina.

5.5 Prevalência de hipertensão arterial e predisposição genética

A HAS é uma doença multifatorial, em que vários sistemas estarão correlacionados na sua elevação. Desta forma, o desenvolvimento de HAS em uma pessoa que tenha predisposição genética deverá estar associado ao ambiente na qual a pessoa está inserida. Ou seja, para uma pessoa que nasce com a predisposição genética desenvolver HAS dependerá, basicamente, do seu estilo de vida, explicam Galvagni *et al.* (2010).

Predisposição genética é um fator ou conjunto de fatores de natureza genética que predispõe determinada doença (ou várias doenças). O contrário também é verdadeiro, essa predisposição genética pode, por outro lado, proteger seu portador, explica Regateiro (2007).

Por isto, a importância de se discutir ou de se estudar a genética nas doenças crônicas não transmissíveis. No caso específico da hipertensão arterial, ficou comprovado que uma pessoa, cujos parentes próximos sejam diagnosticados com HAS, tem maior probabilidade de desenvolver a doença do que um indivíduo que não se encontra nas mesmas condições. Um jovem que tenha a predisposição genética tem menor chance de ter resultado positivo com a terapia para a HAS, daí a necessidade de se manter uma dieta saudável e um estilo de vida de atividades físicas ou de práticas esportivas, para diminuir os riscos e efeitos dessa doença

silenciosa.

Sob esta luz, justificam Galvagni *et al.* (2010)

Em indivíduos com predisposição e que levam uma vida sedentária, com dieta hipercalórica, hipersódica e hiperlipêmica, podem apresentar a doença mais precocemente, geralmente próxima a terceira década de vida e com características de maior resistência ao tratamento (GALVAGNI *et al.*, 2010, p. 5).

5.6 Prevalência de hipertensão arterial de acordo com a idade

Vários autores têm demonstrado que a pressão arterial aumenta linearmente com a idade. Segundo Galvagni *et al.* (2010), em indivíduos jovens, a hipertensão acomete com frequência apenas por aumento da pressão diastólica, ao passo que a partir dos sessenta anos, o principal componente é a elevação da pressão sistólica. Atualmente, importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, como a hipertensão arterial, tem sido identificados em idades precoces e tendem a se manter na vida adulta, motivo pelo qual tem aumentado a busca por fatores associados à hipertensão arterial em populações pediátricas.

6 Qualidade de vida em pacientes diagnosticados com HAS

A OMS, uma agência especializada em saúde e subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), foi fundada em 7 de abril de 1948 (data em que se comemora o dia mundial da saúde), cuja finalidade é fornecer as melhores condições de saúde para as pessoas. Atualmente, a OMS é administrada por 192 países integrantes da ONU, possuindo, em sua Assembléia, representantes capacitados nas diferentes áreas relativas à saúde que buscam a discussão, o estabelecimento de metas e criação de programas mundiais e específicos no que concerne a erradicação de doenças e na promoção da saúde (WHO, 2011).

A Carta de Otawa, elaborada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, com representantes de 38 países, definiu a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste

processo e subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (MIRANZI *et al.*, 2008).

A Organização é a autoridade para dirigir e coordenar a saúde dentro das Nações Unidas, organizando e fornecendo liderança global em saúde, definição da agenda de pesquisa em saúde por meio de normas e padrões, acompanhamento e avaliação das tendências de saúde no mundo (WHO, 2011).

Para a OMS, a saúde tem sido considerada um aspecto fundamental à segurança dos seres humanos e ocupa posto de destaque nos detalhes sobre as prioridades de desenvolvimento. Durante os últimos vinte anos, a esperança de vida aumentou consideravelmente, assim como as diferenças sobre a saúde no mundo, observando-se um forte contraste entre os países desenvolvidos, os subdesenvolvidos e os em desenvolvimento. Exemplos desse contraste são vistos no retrocesso de algumas doenças infecciosas, como a AIDS, o colapso dos serviços públicos de saúde e a deterioração das condições socioeconômicas (WHO, 2011).

A saúde encontra-se definida pela OMS como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em outras palavras, não é suficiente ter ausência de doenças, afecções ou enfermidades, é preciso ter uma ação conjunta em todos os aspectos que envolvem o ser humano: o físico, a mente e o meio social (SEB, 2011).

Do ponto de vista constitucional, a saúde é um direito fundamental da pessoa, a qual deve ser assegurada independente de sua raça, religião, ideologia política ou condição socioeconômica. Contudo, não é um bem individual e sim um valor coletivo. Apesar de ser gozada individualmente, a saúde deve ser aproveitada sem prejuízo de outrem e solidariamente com todos (Medicina Tropical, 2011).

Ao longo do desenvolvimento da medicina social, diferentes fatores são levados em consideração para o processo de melhoria na saúde individual e coletiva. Em meados do século XIX, Pasteur e Koch inauguram a então denominada “Era do Germe”, mudando o foco da medicina, do paciente para a doença. Nesse momento, a medicina passa a legislar sobre a saúde pública, institucionalizando o ensino e

atuando tanto no plano político quanto no social. Nesse contexto, estabelece-se o modelo que analisa a interação indivíduo – agente (SEGRE; FERRAZ, 1997).

No Brasil, a medicina social desenvolveu-se sob uma visão de higiene e de sanitarismo. Desta forma, por meio das propostas de Oswaldo Cruz, o governo brasileiro assume o objetivo de combater as endemias e as epidemias, inaugurando a organização da saúde com base na bacteriologia e microbiologia ofertando programas de imunização à população por meio de vacinação. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, descentraliza-se a saúde, com a criação do SUS – Sistema Unificado de Saúde (SEGRE; FERRAZ, 1997).

E o que é qualidade de vida?

Para o autor Silva Junior (2006), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social e ambiental. É um padrão de conforto e de bem estar determinados por uma sociedade a partir de fatores culturais. É, portanto, uma construção social marcada pela relatividade cultural. Segundo a OMS (WHO, 2011), é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Miranzi *et al.* (2008, p.673) contextualizam que a

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, estando aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, os valores, os espaços e as diferentes histórias, com foco na promoção da saúde.

Miranzi *et al.* (2008) complementam que esta preocupação em se conceituar qualidade de vida existe desde meados da década de 70 e, ainda, que o crescente interesse em ampliar os conhecimentos sobre este tema pode ser exemplificado pela edição do periódico *Quality of Life Research*, na década de 90, e do *International Society of Quality of Life Research*, ambos reunindo pesquisas de diversas áreas do saber.

Em relação à hipertensão arterial, desde o século XXI, a área biomédica tem oferecido um alto grau de sofisticação tecnológica ao monitoramento das doenças, investindo na prevenção da hipertensão, com algumas medidas, é possível evitar agravos, hospitalização e consequentes gastos públicos, conforme comentam Miranzi *et al.* (2008). Por conseguinte, para que haja uma intervenção positiva do governo, é preciso conhecer a percepção dos indivíduos em relação à própria qualidade de vida, visando futuros planejamento e implementação de ações que possam promover de forma efetiva a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos.

6.1 Percepção pessoal sobre qualidade de vida

Miranzi *et al.* (2008) realizaram um estudo para entender qual seria a percepção de saúde de pacientes hipertensos. Foi verificado que mais de 53% dos entrevistados pelos autores consideram que sua saúde “não é ruim, nem boa” e pouco mais de 26% consideram sua saúde boa, cujos valores se encontram na Tabela 2. De acordo com os autores do estudo, a auto-percepção positiva da saúde possibilita um maior envolvimento dos hipertensos ao tratamento e ao controle da doença.

Tabela 2 – Distribuição das frequências, porcentagens e medidas descritivas sobre a percepção de saúde em pacientes hipertensos. Uberaba, 2008.

Questões	n	%	Escore médio	Desvio padrão
Como você avaliaria sua qualidade de vida?			54,17	19,79
Muito ruim	1	3,33		
Ruim	4	13,33		
Nem ruim nem boa	14	46,67		
Boa	11	36,67		
Muito boa	-	-		
Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?			48,33	27,8
Muito insatisfeito	4	13,33		
Insatisfeito	6	20,00		
Nem satisfeito nem insatisfeito	9	30,00		
Satisfeito	10	33,33		
Muito satisfeito	1	3,33		

Fonte: Miranzi *et al.* (2008, p. 676).

6.2 Estratégias da equipe da saúde da família

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem se tornado uma epidemia moderna e, especialmente a doença descrita acima (hipertensão arterial), pode levar á invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, para a sua família e para a sociedade, assim, faz-se necessário a realização do plano de intervenção. Esse plano pode abordar tanto a prevenção primária quanto a secundária. Segundo o Ministério da Saúde (2002), esta doença, quando diagnosticada precocemente, oferece múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retarda a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Por isso, investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente, quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna.

De acordo com o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, promovido pelo Ministério da Saúde, existem algumas observações que devem ser feitas quanto à prevenção e o cuidado integrado para o controle da hipertensão arterial:

- Prevenir e/ou retardar as DCNT e promover o envelhecimento saudável evitando mortes prematuras;
- As políticas públicas têm um papel importante na formulação e adequação de sistemas de saúde em suportar as pressões decorrentes deste processo (acesso, custos, qualidade, recursos humanos, entre outros);
- Reconhecer que a carga de doença vai aumentar devido ao processo de envelhecimento da população (BRASIL, 2011, p.44).

A Organização Mundial de Saúde, frente às DCNT, refere que, em todo o mundo, das 58 milhões de mortes em 2005, 35 milhões referem-se às DCNT. A projeção mostra um aumento futuro de 17% nos próximos 10 anos. O Ministério da Saúde lança este ano um plano de combate à DCNT, tendo como meta reduzir as taxas em 2% ao ano até 2015, por meio de ações integradas e elaboração de políticas de prevenção, vigilância e controle de DCNT.

Segundo o plano proposto pelo Ministério do Brasil, existem algumas medidas que podem ser tomadas a fim de promover melhoria da qualidade de vida dos pacientes, que são:

- Promover uma vida saudável (dieta, atividade física e cessação do tabaco) e favorecer sociedades saudáveis, especialmente para aqueles que vivem em populações desfavorecidas.
- Prevenir invalidez e mortes prematuras devido a doenças crônicas. As soluções existem e podem ser simples e de baixo custo.
- Ter acesso a um tratamento eficaz e disponível para todos, sobretudo os mais pobres. Utilizar conhecimentos disponíveis.
- Facilitar e apoiar o desenvolvimento e a sustentabilidade dos cuidados adequados ao longo do ciclo de vida, ao indivíduo, às famílias e às comunidades de forma equânime. Desenvolver autonomia para o autocuidado (BRASIL, 2011, p.66).

6.3 A equipe de saúde na abordagem do paciente hipertenso

Para que haja bom controle na saúde dos pacientes hipertensos, é necessária a atuação de uma equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos, como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde, entre outros. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

6.3.1 Agente Comunitário de Saúde (portaria MS/GM N°2.488 P.10)

- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida a microárea;
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser acompanhadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média uma visita família mês;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas e coletivas nos domicílios e na

comunidade, como por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;

- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e o acompanhamento das pessoas com problema de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, Estadual e Municipal ao Agente Comunitário de Saúde. É permitido ao Agente Comunitário de Saúde desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

6.3.2 Auxiliar e Técnico de Enfermagem (portaria MS/GM N°2.488 P.10)

- Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na Unidade Básica de Saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado da Unidade Básica de Saúde;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

6.3.3 Enfermeiro (portaria MS/GM N°2.488 P.9)

- Realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas

pelo gestor Federal, estadual, Municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde em conjunto com outros membros da equipe;
- Contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde.

7 PROPOSTAS DE IMPLANTAÇÕES ESTRATÉGICAS DE ATENDIMENTO A PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PELA EQUIPE DE SAÚDE.

Previamente à implementação de estratégias de atendimento aos usuários hipertensos é necessário a implantação de protocolos e linhas guias voltados para o controle da HAS. No Município de Veríssimo, a UBS não possui esses protocolos e em linha guias. Baseado na realidade do Município, foram sugeridas algumas mudanças na Unidade Básica de Saúde para melhorar a assistência voltada para o paciente de acordo com o manual de Hipertensão Arterial e *diabetes mellitus* 2002.

- **Implantar as linhas guias e protocolos como sugere o Ministério da Saúde:** Reunir a Equipe e mostrar a importância desses protocolos e, assim, estabelecer ou direcionar a assistência ao paciente hipertenso;
- **Reorganizar as informações necessárias para melhorar o acompanhamento do paciente:** Fazer o levantamento de todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão. Elaborar um arquivo de fácil manuseio com os seguintes dados: nome do paciente, endereço, data da última consulta e data do retorno e medicação em uso. Realizar levantamento mensal de todos os hipertensos faltosos e promover a busca ativa. Agendar retorno após a consulta médica ou depois da avaliação da enfermagem de acordo com o grau de risco.
- **Montar grupos educativos com a participação da equipe multidisciplinar, população e hipertensos:** Realizar grupos mensalmente ou quinzenalmente com temas previamente estabelecidos, referente à prevenção, tratamento e abordagem dos fatores de riscos da HAS. Terão a participação de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico. Durante o grupo será feita a mensuração da pressão arterial. Caso os valores estejam elevados, será estimulado o retorno dos usuários à unidade para nova mensuração. Ainda, serão realizadas visitas domiciliares para esses pacientes com o objetivo de monitorar seu tratamento e treinamento com os agentes comunitários de saúde. Estímulos à prática esportiva, por meio de caminhadas com orientação do educador físico e recomendações sobre alimentação saudável

através da atuação da nutricionista;

- **Sistematização da assistência de enfermagem:** Realizar consultas de acordo com os passos da Sistematização. Todo hipertenso passará por uma consulta de enfermagem por ano e dependendo do risco por pelos menos duas consultas. Todos serão convidados a participar de grupos operativos.

Sabemos que vamos encontrar dificuldades em estabelecer as mudanças. Segundo Turci (2008), a busca de melhores resultados no trabalho, almejando condições adequadas de saúde e maior autonomia e satisfação de usuários, exigem mudanças no processo de trabalho, envolvendo maior valorização da comunidade e dos espaços de participação, do trabalho em equipe, das parcerias, do uso de dispositivos de qualificação, da escuta e dos projetos terapêuticos, da produção e da apropriação coletiva de instrumentos, como protocolos clínicos e organizacionais, do uso da informação e ferramentas do planejamento, do monitoramento e da avaliação das intervenções.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi pesquisar trabalhos de base populacional que estimaram a prevalência de hipertensão arterial em adultos brasileiros. As informações disponíveis sobre HAS apontam que a maioria desses indivíduos apresenta estilo de vida não saudável: consumo aumentado de sal na comida, ingestão excessiva de álcool e tabagismo exacerbado. Além deste aspecto, observa-se consumo de dieta hipercalórica, falta de atividades esportivas ou de exercícios físicos.

Outro fator associado à HAS é a predisposição genética, que, recentemente, tornou-se campo significativo de pesquisas. Vale ressaltar que a adoção de estilo de vida saudável, especialmente em fases precoces da vida, é fundamental para a prevenção e o controle da HAS, principalmente em indivíduos predispostos geneticamente a desenvolver essa afecção.

Todos os fatores de risco para desenvolvimento de HAS estão associados, isto é, não se trata de um fator isolado. Entretanto, as pessoas são conscientes de que sal em excesso, alimentação rica em gorduras, sedentarismo, tabagismo são fatores que levam ao aumento da PA. Então, por que não mudar? Falta de tempo? Isso não deveria ser uma desculpa. É preciso trabalhar, é preciso estudar, é preciso divertir e é preciso praticar esportes e, principalmente buscar uma alimentação mais saudável possível. Talvez assim os índices de HAS possam diminuir ao longo dos anos.

Apesar de todas as informações sobre HAS, bem como diagnóstico firmado e medicamentos disponíveis, as pessoas não conseguem controlar essa afecção por adotarem uma conduta de vida não saudável, com alta ingestão de álcool e uso excessivo de tabaco, preferindo assumir riscos desnecessários justificados erroneamente pela falta de tempo, consideram Galvagni *et al.* (2010).

Em outras palavras, trabalhar demais, estudar demais, não são desculpas para não ter o hábito de uma vida saudável. É preciso priorizar e otimizar o tempo, de forma que a prática esportiva esteja entre as prioridades. Sabe-se que o sedentarismo

aumenta a taxa de pressão arterial, que se associa a outras anormalidades: insuficiência cardiovascular e doenças cerebrovasculares.

É claro que muitos hábitos são adquiridos também dentro do ambiente familiar, como a ingestão de dieta hipercalórica, hiperssódica e hiperlipêmica, bem como a iniciação dos vícios de tabagismo e ingestão de álcool em festas familiares. Desta forma, não se pode considerar uma tarefa fácil eliminar os fatores predisponentes ao desenvolvimento de níveis pressóricos elevados, explicam Galvagni *et al.* (2010).

Atualmente, tem sido constante famílias inteiras (pais e filhos) apresentarem problemas, como a HAS, por exemplo, e um dos fatores mostrados neste estudo é a predisposição genética, que ao interagir com o estilo de vida pode acelerar o curso dessa doença segundo Galvagni *et al.* (2010).

Outros fatores estudados são a alta ingestão de sal na comida. Uma dieta hiperssódica leva ao aumento da volemia sanguínea por aumento da retenção de água pelos rins na tentativa de manter o nível osmótico equilibrado. Entretanto, este aumento de volume se mantendo constante, ou seja, todos os dias ocasionam sobrecarga do coração e das artérias, promovendo a HAS. Vale ressaltar que as dietas nem sempre são ricas em um único elemento, como no caso do sódio, mas ainda incorporam excesso de gordura e carboidratos.

O estilo de vida contemporâneo é marcado por refeições diárias feitas em bares e restaurantes. Na maioria das vezes, os indivíduos alimentam de forma errada e torna-se um hábito ingerir refrigerantes, sucos hipercalóricos, salgados industrializados, ou salgados de bares (como coxinhas, quibes, empadas). Esses maus hábitos aliados à falta de atividade física, ambos, contribuem para o aparecimento ou agravamento da HAS.

Todos os fatores de risco para desenvolvimento de HAS estão associados, isto é, não se trata de um fator isolado. Entretanto, as pessoas têm consciência que sal em excesso, alimentação rica em gorduras, sedentarismo, tabagismo são fatores que levam ao aumento da PA. Por ser tratar de patologia crônica, o tratamento da HAS deve ser permanente e exige cuidado contínuo, a partir do momento de seu

diagnóstico. A terapia da HAS deve ser calcada em medidas farmacológicas e mudanças do hábito de vida.

Estudos demonstram que a aderência do paciente ao tratamento é uma das formas mais eficazes de se evitar internações por aumento excessivo da pressão arterial. Esse achado pode ser atribuído à promoção da melhora da qualidade de vida do paciente, da prevenção de complicações agudas e crônicas relacionadas direta ou indiretamente à HAS. Ainda, o controle adequado da HAS está implicado no tratamento concomitante das doenças relacionadas e essas medidas associadas determinam redução das internações e, principalmente, diminuição da taxa de mortalidade pela HAS, é o que explica a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2006).

Assim, é necessário que haja uma equipe preparada (especializada e treinada) para o atendimento humanizado desses usuários com a finalidade de educar sobre a importância da adoção de um estilo de vida mais saudável. Essa mudança promoverá um benefício em seu organismo diminuindo o grau de complicações cardiovasculares. Os encontros entre pacientes e equipe deverão acontecer tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto no domicílio do paciente.

Essa equipe multiprofissional será constituída por vários profissionais que lidam com pacientes hipertensos, como médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem e técnicos de laboratório, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores, professores de educação física.

Além da intervenção direta aos pacientes já diagnosticados, é necessário reforçar as medidas de prevenção da HAS. Esse processo deve ser elaborado nos meios de comunicação existentes, tanto na forma escrita quanto na falada e, também, por meio de realização de campanhas contínuas, em hospitais, em escolas, em faculdades, em centros comerciais de grande fluxo de pessoas. Deve ser divulgada a importância da adoção do estilo de vida saudável, isto é, ingerir alimentos com baixo teor de sódio, hipocalóricos, fruta, verduras, reduzir o consumo de alimentos industrializados e processados. Adicionalmente, é importante adotar uma prática esportiva regular de no mínimo três vezes por semana, conforme indicado pela

OMS.

É demonstrado que a prevenção reduz significativamente o desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo a HAS. Além deste aspecto, o Estado tem o dever de prover meios que garantam boa qualidade de vida à população. As medidas de controle da HAS não devem ficar restritas somente à distribuição gratuita de medicamentos, mas também devem ser construídos espaços que possibilitem a prática de atividade física. Por exemplo, a elaboração de centros esportivos com professores de educação física, instrutores de ginásticas aeróbicas e anaeróbicas, piscinas com aulas de hidroginástica e natação e quadras para esportes, como futebol, vôlei e basquete. Essas medidas não são citadas aleatoriamente. Dados da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2006) provam que é mais barato “prevenir do que remediar”.

REFERÊNCIA

ANDRADE, J.P. *et al.* Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arq. Bras. Cardiol**; v.79, n.4: p.375-379, 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/plano_acao_dcnt_julho.pdf>. Acesso em: 21 de jul de 2012.

_____. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programadas Estratégicas. Brasília, 2002.

_____. **Portaria GM/MS Nº2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde(PACS). Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislação_sanitária/estabelecimentos_de_saúde/atenção_básica/Portaria_2.488.pdf>Acessado em 21 jul de 2012.

CASTRO, A.M. *et al.* **Diretrizes e recomendações.** Cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis. Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. 2007.

CONVERSO, M.E.R.; LEOCÁDIO, P.L. L. F. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente. **Rev. Ciências em Extensão**, v.2, n.1: p.13-23, 2005.

EGAS, A.C.; MONIZ, A.M. **Orientações para o doente com hipertensão arterial.** 2001.

GALVAGNI, E.D. *et al.* Estudo epidemiológico de hipertensão arterial sistêmica: uma revisão bibliográfica. 2010.

HARTMANN , M. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.8: p.1857-1866, 2007.

MALTA D. C *et al.* Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: **Saúde Brasil 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 337–362.

MARTINS, I.S. *et al.* Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população de área metropolitana da Região Sudeste do Brasil. III-Hipertensão. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.5: p.466 – 471, 1997.

MEDICINA TROPICAL. Conceito de saúde da OMS. 2011. Disponível em: <<http://www.alternativamedicina.com/medicina-tropical/conceito-saude>>. Acesso em: 03 de jul. de 2011.

MEYERFREUND, D. Estudo da Hipertensão Arterial e de outros fatores de risco cardiovascular nas comunidades indígenas do Espírito Santos – Brasil. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Fisiológicas). Programa de Pós Graduação em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santos, Vitória.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde **Atenção à saúde primária do adulto**: hipertensão arterial e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198p.

MIRANZI, SSC *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com *Diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4: p.672-679, 2008.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.1: p.35-45, 2006.

REGATEIRO, F.J. **Manual de Genética Médica**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. 2007. p.153 – 154.

RIBEIRO, M.J.S. *et al.* Prevalência do hiperaldosteronismo primário em uma Liga de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol**, v.92, n.1: p.39-45, 2009.

ROSÁRIO, T.M. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bra Cardiol**, v.93, n.6: p.672-678, 2009.

SESSO, R. *et al.* Relatório do censo brasileiro de diálise, 2008. **J. Bras. Nefrol**, v.30, n.4: p.233-238, 2008.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Publica**. v.31, n.5: p.538-542, 1997.

SILVA JUNIOR, M.G. **A treinabilidade da atenção na prática esportiva: uma abordagem com goleiros de futebol de campo.** 2006. 47f. Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde) da Universidade Metodista de São Paulo. São Paulo: São Bernardo do Campo, 2006.

SILVA, J.L.L. Considerações sobre a classificação da pressão arterial: implicações nas ações de enfermagem. **Informe-se em Promoção da Saúde**, n.4: p.01-03, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/cons.class.pdf>>. Acesso em: 03 de jul de 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v.95, n.1: p.1-51, 2010.

TERRA, F.S. *et al.* As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev Bras Clin Med**, v.8, n.3: p.187-192, 2010.

TURCI, M. Q. **Avanços e desafios na organização da atenção básica de Belo Horizonte**. Belo Horizonte:HMP Comunicação. 2008, p. 432.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC**, v.55, n.1: p.66-73, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working for health. An introduction to the World Health Organization. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/about/brochure_en.pdf>. Acesso em: 03 de jul. de 2011.