

PERFIL DA POPULAÇÃO HIPERTENSA

COBERTA PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DE UM MUNICÍPIO DO SERTÃO BAIANO

Emile Martins da Silva¹

Juciele Valéria Ribeiro de Oliveira²

RESUMO

Considerada um problema de saúde pública, a hipertensão arterial é um fator de risco significativo para a ocorrência da morbidade e da mortalidade precoces em nosso país. Por essa razão o estudo proporcionou identificar os fatores diretamente ligados ao aparecimento desta patologia. Com base nos resultados obtidos neste trabalho, observa-se entre os hipertensos cadastrados e atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do município analisado uma predominância do sexo feminino, justificada pela maior ocupação das mulheres nas atividades realizadas no dia-a-dia e submetidas ao estresse, como em relação ao seu entendimento e maior preocupação frente às doenças, o que as fazem procurar com mais frequência os serviços de saúde.

PALAVRAS CHAVE

Hipertensão Arterial. PSF. Prevenção.

1 Graduada em Enfermagem e Pós-graduada em Gestão em Saúde Pública e da Família pela Universidade Tiradentes.

2 Mestre em Saúde e Ambiente pela mesma Universidade. Doutoranda em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia - RENORBIO Membro da Sociedade Brasileira de Anatomia - SBA e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC. Atualmente é coordenadora e docente de Pós-Graduação Lato Sensu da Universidade Tiradentes. juciele_valeria@unit.br

ABSTRACT

Considered as a public health problem, the arterial high pressure is a factor of significant risk for the occurrence of the precocious death and mortality in our country. Therefore this study aimed at the identification of the factors which are directly linked to the appearance of this pathology. Based on the results of this study, a predominance of the feminine sex was observed among the cases of people with high blood pressure attended by the Strategy of Family in the city. This predominance may be related to the fact that women are doing stressful daily activities, because of the knowledge and concern they present concerning the illnesses, and, these factors, make them look for health care centers more often.

KEYWORDS

Arterial High Pressure. PSF. Prevention.

1 INTRODUÇÃO

Considerada uma morbidade crônico-degenerativa de curso clínico lento, assintomático e de natureza multifatorial, frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais (MIRANZI et al., 2008), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença caracterizada pela elevação da pressão arterial e se apresenta como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade (BOING; BOING, 2007; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007; IUPPEN et al., 2011).

Por conta das dificuldades em seu controle e quando não adequadamente tratada, tem sido reconhecida como um fator de risco para a morbidade e mortalidade precoces causadas por doenças cardiovasculares no país desde a década de 1960 (TOSCANO, 2004; COSTA et al., 2011; SOUSA et al., 2006). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009), é a doença mais comum e com maior chance de desenvolver complicações como Acidente Vascular Cerebral, Infarto do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca (NUNES et al., 2010).

Outros estudos epidemiológicos indicam que esta morbidade associada a fatores do estilo de vida aumenta em importância, além das complicações já citadas, a ocorrência de insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades, gerando custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; TOSCANO, 2004; CONCEICÃO, 2006; LIMA et al., 2004; BARCELLOS, 2010).

Segundo Miranzi *et al.* (2008) e Luppen et al. (2011), estima-se que o número de indivíduos com hipertensão no Brasil seja de aproximadamente 18 milhões, afetando um em cada cinco brasileiros de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Tendo-se por base apenas a população com mais de 50 anos, é considerada a doença mais comum nessa faixa etária (SANTOS et al., 2009; NUNES et al., 2010).

A crescente importância das doenças do aparelho circulatório no perfil epidemiológico da população brasileira demonstra a necessidade de reconhecimento dos fatores modificáveis no controle da hipertensão arterial, por tratar-se de importante condição para se evitar ocorrência dos agravos dessa natureza (COSTA et al., 2011; NUNES et al., 2010; SOUSA et al., 2006).

Muitos fatores predispõem os indivíduos ao aumento da pressão arterial, sendo atribuídos como riscos ou causas para elevação desta morbidade fatores constitucionais (idade, sexo, raça, obesidade), fatores ambientais (ingestão de sal, cálcio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo), fatores ambientais ligados ao trabalho (estresse, agentes físicos e químicos) e fatores ligados à classe social a qual o indivíduo pertence (MANO; PIERIN, 2005; MITSUNAGA, 2011; LIMA et al., 2004).

Cerca de 35% a 83% dos hipertensos sequer conhecem sua condição de portadores da doença, e entre pacientes que estão em tratamento, de 75% a 92% não conseguem manter seus níveis pressóricos controlados (FUCHS et al., 2004 apud COTTA et al., 2009). Considera-se que os baixos níveis de controle da doença tenham relação direta com a pouca adesão ao tratamento. Logo, o tratamen-

to para o controle da hipertensão arterial, além da utilização de medicamentos, exige alterações de comportamento em relação à dieta e a modificação de hábitos considerados de risco para o portador (CASTRO et al., 2010; MANO; PIERIN, 2005; MITSUNAGA, 2011; LIMA et al., 2004).

Os autores supracitados afirmam que estas alterações podem comprometer a qualidade de vida se não houver orientação adequada quanto à terapêutica ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem desta patologia. Portanto, promover adesão ao tratamento da hipertensão arterial por meio de estratégias que elevem o controle da doença traz benefícios não só para as instituições de saúde bem como melhoram o tratamento nesse nível de intervenção.

Sabe-se que cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica e desse modo, o controle da hipertensão arterial sistêmica é um grande desafio em saúde pública, demandando detecção prematura, acompanhamento permanente dos casos e medidas preventivas de controle de riscos (IUPPEN et al., 2011; BARCELLOS, 2010).

Apesar da reconhecida possibilidade de prevenção de uma considerável parcela das doenças cardiovasculares por meio do controle adequado da pressão arterial e da adoção de hábitos de vida saudáveis, durante muitos anos não se observou por parte das instâncias dos governos federal, estaduais e municipais a adoção de políticas de saúde específicas e amplas medidas de intervenção que permitissem uma articulação de ações de prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento sistemático e tratamento dos hipertensos (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; COSTA et al., 2011).

Os mesmos autores acima relatam que a primeira tentativa de implementação de uma política voltada para esse agravo ocorreu no final da década de 1980. A organização das ações estava baseada em um modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo,

sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e no qual a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e corresponsabilidade com a comunidade, não se conseguindo, desta forma, obter um impacto positivo na morbimortalidade por enfermidades cardiovasculares em nível populacional (BRASIL, 2007; SANTOS; VICTORA, 2004; HARTZ, 2002).

Frente à crise vivida no setor saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente ampliado para a atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) e preconizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, atuando de forma integral e longitudinal com vista a garantir o acesso da população aos serviços de saúde e à qualidade desta em todo o país (PAIVA et al., 2006; MIRANZI et al., 2008; LIMA; GAZETTA, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família, com seu caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem provocado um importante movimento, referido como uma das táticas para solucionar os problemas da Saúde Pública. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços (ELIAS et al., 2006; NEDEL et al. 2006; PICCINI et al., 2006; ALFRADIQUE et al., 2009; CARLOS et al., 2008).

Sousa *et al.* (2006) descrevem que na Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS), entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios, o controle da hipertensão arterial a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas, figura como destaque na atenção básica. O controle e diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da Família, tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e é ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida de

2005 (NUNES et al., 2010; RABETTI; FREITAS, 2011; SOUSA et al., 2006).

Miranzi *et al.* (2008) relatam que em muitos estados o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: socioeconômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão. Além disto, detecta as dificuldades que impedem maior adesão ao tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares. Logo, a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilita às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções (SECLLEN-PALACIN, 2004; COTTA et al., 2009).

Devido a essas considerações, este estudo objetivou avaliar o desempenho da implantação da Estratégia de Saúde da Família sobre o controle da hipertensão arterial em um município da região do Vale do São Francisco; identificar as principais dificuldades ou fatores que interferem no tratamento dos hipertensos acompanhados; destacar as co-morbidades relacionadas à hipertensão que atingiu essa população e averiguar as taxas de internações e óbitos entre os acometidos pela referente morbidade.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, ou seja, uma pesquisa documental do tipo quantitativo-descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de fontes secundárias referentes ao período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010.

A população em estudo foi composta por hipertensos essenciais registrados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e pelo Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). Além destes referidos, utilizou-se outras informações da base de dados do DATASUS/Ministério da Saúde. Foram adicionados no estudo os portadores de hi-

pertensão arterial que apresentaram apenas esta como doença de base.

Este estudo caracteriza-se por oferecer variáveis quanto ao sexo, faixa etária, atendimentos realizados, quantidade de medicamentos anti-hipertensivos usados por paciente, à associação com fatores de risco: tabagismo, sedentarismo, sobre peso e doenças cardiovasculares; e às taxas de internação e óbitos por hipertensão arterial.

Para análise e tratamento dos dados, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2007 e Microsoft Office Word 2007, no qual foi possível a criação de gráficos e tabelas que auxiliaram na interpretação dos dados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), 41.217 hipertensos foram cadastrados, ao contrário do número de cadastros realizados pelo Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) que teve uma taxa inferior, apresentando apenas 2.603 (6,32% do total de cadastros do SIAB). Levando em consideração a população total residente da localidade estudada, no ano de 2010 havia 108.396 habitantes e que apresentou um crescimento de 3% em relação ao ano de 2007 (104.875 habitantes).

Verifica-se neste mesmo período que o crescimento na taxa de portadores da hipertensão é duas vezes maior do que o crescimento populacional, ilustrando, assim, uma presença significativa dessa morbidade e, referindo-se aos cadastrados no SIAB, configura em 38% da população no último ano estudado.

Na Tabela 1 é possível analisar a relação entre os portadores cadastrados e os acompanhamentos realizados, demonstrando eficiência por parte das Equipes de Saúde da Família ao verificar um percentual que se aproxima a totalidade.

Tabela 1: Hipertensos acompanhados e cadastrados pela Equipe de Saúde da Família segundo Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010.

Ano	Hipertensos Cadastrados	%	Hipertensos Acompanhados	%
2007	30.186	73,24	29.339	73,45
2008	7.027	17,05	6.659	16,67
2009	3.948	9,58	3.888	9,73
2010	56	0,14	56	0,14
Total	41.217	100	39.942	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

Para identificar a qualidade da assistência da Estratégia de Saúde da Família, outro fator a ser verificado é o registro da Produção realizada pela Equipe de Saúde da Família (ESF), que pode ser co-

letada através de dados do SIAB que indicou apenas 13.980 registros de atendimentos com maioria no ano de 2007, constatando 79% e nenhum registro no ano de 2010 (Tabela 2).

Tabela 2: Hipertensos atendidos pela Equipe de Saúde da Família segundo a Produção e Marcadores registrados no Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010.

Ano	Hipertensos Atendidos	%
2007	11.091	79
2008	1.808	13
2009	1.081	8
Total	13.980	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

Vale a pena ressaltar que desde a década de 1990, em diversos estudos regionais usando como ponto de corte os valores de 140/90 mmHg, a prevalência da hipertensão vem se mantendo em torno 30% a 40% em relação a população total (JARDIM et al., 2007; GUS et al., 2004; FEIJÃO et al., 2005).

O resultado encontrado foi um reduzido número de usuários inscritos no Hiperdia em relação aos do SIAB, mas, evidenciou-se que a Estratégia de Saúde da Família vem promovendo o cadastramento e o acompanhamento dos doentes crônicos presentes na sua área de abrangência.

Em seguida, os dados analisados farão referência às informações encontradas no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hiper-

tensos e Diabéticos (Hiperdia), apresentando um número total de 2603 hipertensos cadastrados no período estabelecido no estudo.

Para caracterizar os portadores de hipertensão algumas variáveis foram destacadas neste estudo, iniciando-se pelo sexo. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) mostrou-se mais prevalente no sexo feminino (Figura 1). 67% dos hipertensos são mulheres o que corrobora com outros estudos encontrados na literatura.

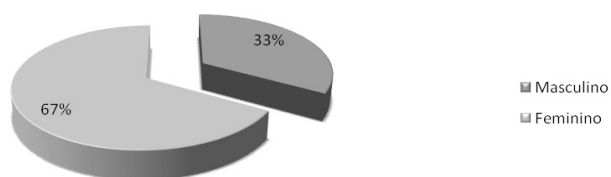


Figura 1: Pacientes cadastrados no Hiperdia por sexo. Janeiro de 2007 a dezembro de 2010.

Estudos confirmam que a maior participação feminina pode estar relacionada ao fato de as mulheres identificarem melhor seus problemas, terem maior percepção das doenças, apresentarem maior tendência para o autocuidado e buscarem mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a hipertensão arterial (MOUSINHO; MOURA, 2008;

IUPPEN et al., 2011; HARTMANN et al. 2007; CASTRO et al., 2010). Esses autores associam também como fatores o fato de as mulheres terem uma profissão e ainda de serem as responsáveis pela família e pelas tarefas domésticas, favorecendo ao estresse, fator predominante na Hipertensão Arterial Sistêmica.

Um dos indicadores de grande importância no aparecimento da Hipertensão Arterial é a idade. Verifica-se que essa patologia segundo a faixa etária na população analisada (Tabela 3) apresenta um crescimento significativo de sua ocorrência em relação ao aumento da idade, o que pode ser visto a partir da faixa etária de 35 a 39 anos, na qual houve mais de 100 hipertensos diagnosticados que somados aos das faixas etárias de 55 a 59 anos têm percentual de acometidos de 45,72%.

Tabela 3: Hipertensão segundo Faixa Etária identificada a partir do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - SISHiperdia no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010.

Faixa Etária	Hipertensão	%
Até 14	5	0,19
15 a 19	6	0,23
20 a 24	17	0,65
25 a 29	39	1,50
30 a 34	75	2,88
35 a 39	132	5,07
40 a 44	202	7,76
45 a 49	241	9,26
50 a 54	283	10,87
55 a 59	332	12,75
60 a 64	357	13,71
65 a 69	314	12,06
70 a 74	243	9,34
75 a 79	155	5,95
80 e +	202	7,76
Total	2.603	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

A Hipertensão Arterial é uma doença que acomete cerca de 15 a 20% da população adulta e de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 65% dos idosos brasileiros são hipertensos (LIMA et al., 2011; CONCEIÇÃO et al., 2006; LIMA; GAZETTA, 2007).

Na pesquisa foi constatada uma maior fração correspondente aos idosos de 60 a 69 anos (25,78%). O dado aproxima-se da pesquisa de Zaitune et al. (2006). No seu estudo sobre hipertensão em idosos mostrou, em síntese, que a hipertensão arterial é mais prevalente em determinados subgrupos da população como os idosos. Castro et al. (2010) revela, ainda que as políticas públicas devam contemplar a todos, atenção especial para os subgrupos mais vulneráveis, tanto para as ações de prevenção, de controle da hipertensão, assim como para as de promoção à saúde.

A tendência crescente de hipertensão arterial com o aumento da idade também é concordante aos outros estudos semelhantes (SALA et al., 1993; SALA et al., 1996; PICCINI; VICTORA, 1994; LOILO et al., 1993 apud SOUSA et al., 2006).

Estes afirmam que a hipertensão é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho. E as variáveis demográficas como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde interferem na observância ao tratamento (CARLOS et al., 2008).

A exemplo de inúmeros estudos populacionais (GUS et al., 2004; CUNHA et al., 2004), a associação entre a HA e a idade evidencia que na sociedade em desenvolvimento ao lado do aumento da longevidade da população ocorre uma agregação de outros riscos que terminam por comprometer a qualidade de vida da população, além de causar sérios prejuízos ao país e ao sistema de saúde como um todo (JARDIM et al., 2007).

O sedentarismo está entre os principais agravantes da HAS. Na Figura 2 destaca-se 51% da presença deste indicador entre os hipertensos.

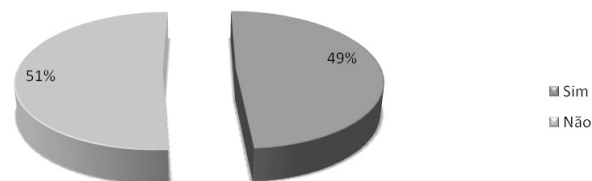


Figura 2: Relação entre a Hipertensão Arterial e o Sedentarismo de acordo com o Hiperdia.

Atualmente, as evidências quanto aos padrões de atividade física da população em geral apontam para um baixo gasto energético e para o crescimento do sedentarismo. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximadamente 30% maior de desenvolver hipertensão do que os ativos (MION JUNIOR, 2006).

De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, além de diminuir a pressão arterial, o exercício físico pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral (LIMA; GAZETTA, 2007). Diante disto, é necessário que sejam adotadas estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessas doenças, visto que muitas vezes os indivíduos só se sentem motivados a se absterem deste hábito após apresentarem algumas manifestações dessas doenças (COTTA et al., 2009; LUZ; CESENA, 2001; BARRETO et al., 2005).

Assim, o estímulo para a prática de atividade física, realizada de forma moderada e regular, por um tempo mínimo de trinta minutos, deve ser implementada para todos os hipertensos, mesmo àqueles em uso de medicamentos (MION JUNIOR, 2006; NUNES et al., 2010; PALLAS; VILLA, 1995), por se tratar de um fator de proteção para ocorrência de eventos cardiovasculares. Sendo, portanto, importante o estímulo destas práticas de atividades físicas pela equipe multiprofissional (COTTA et al., 2009; BARRETO et al., 2005; LIMA et al., 2004).

Vale ressaltar a importância da integração da equipe multiprofissional do PSF no desenvolvimento de atividades interdisciplinares em grupo,

além de orientações individuais e familiares relacionadas à reeducação nutricional, assim como o desenvolvimento de estratégias que estimulem a mudança de hábitos alimentares e estilo de vida da população em geral (COTTA et al., 2009).

Quanto ao tabagismo, apenas 15% dos hipertensos cadastrados no Hiperdia foram identificados como fumantes (Figura 3), o que se assemelha aos índices de outros estudos realizados.

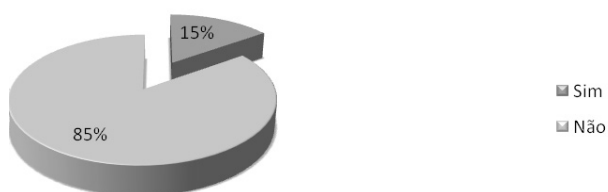


Figura 3: Relação entre a Hipertensão Arterial e o Tabagismo de acordo com o Hiperdia.

O hábito de fumar cigarros tem sido identificado como um grande problema de saúde pública e causa de morte prematura evitável através da prevenção. O controle do tabagismo é uma das medidas que provocaria maior impacto na redução das taxas de morbimortalidade das doenças cardiovasculares. (BARBOSA et al., 1989; MITSUNAGA, 2011).

Ribeiro *et al.* (1999), em um estudo comparativo, detectaram prevalência total de fumantes de 15,5% em uma universidade de São Paulo, enquanto que Sabry et al. (1999) encontraram uma taxa de 26,2% no Ceará. Apesar de o tabagismo ser um fator de risco já definido para hipertensão, em outros estudos não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos 'normal' e 'hipertenso', quanto a esse parâmetro (CONCEIÇÃO et al., 2006).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares. O sobrepeso foi verificado em parte da população estudada, onde, na Figura 4, 36% dos hipertensos apresentaram relação direta com o aumento do peso corporal.

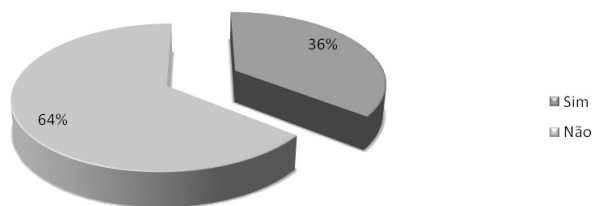


Figura 4: Relação entre a Hipertensão Arterial e o Sobrepeso de acordo com o Hiperdia.

A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso e distribuição da gordura no corpo, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribuiu no delineamento desse quadro. Com isso, a forte associação entre o excesso de peso e a ocorrência de HAS indica a urgência de medidas capazes de atuar sobre os fatores de risco que podem interferir decisivamente sobre a determinação da prevalência de hipertensão arterial em um grupo populacional, considerados como fatores de risco para a mortalidade prematura (JARDIM et al., 2006; LIMA et al., 2011).

Devido à inexistência de dados sobre a adesão da terapêutica medicamentosa entre os portadores da hipertensão neste estudo, não foi possível averiguar a importância dessa ação na melhoria da qualidade de vida dos acometidos. Porém, sabe-se que a associação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso na terapêutica anti-hipertensiva deve ter como metas a redução da pressão arterial a valores abaixo de 140/90 mmHg e a modificação no estilo de vida, minimizando os agravos que os indicadores já citados podem ocasionar. Isso é confirmado por Barcellos (2010), ao dizer que o tratamento medicamentoso deve contribuir para a redução da pressão arterial e prevenção de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e a escolha da droga dependerá da classificação do paciente de acordo com o estágio de hipertensão e estratificação do risco individual.

Segundo Carneiro (2010), as taxas de uso de anti-hipertensivos podem ser menores que a prevalência de HAS, já que pode haver problemas na adesão ao tratamento ou uso apenas de tratamento não farmacológico. O diagnóstico autorreferido pode ser outra provável explicação, significando que o paciente possa não ter compreendido o diagnóstico corretamente ou um profissional não habilitado pode ter passado um diagnóstico errado quanto ao mesmo, não existindo de fato necessidade de tratamento.

Estudos mostram que apenas 27% dos hipertensos mantêm um controle de pressão arterial satisfatório e apenas 50% utilizam medicação regular, apesar de serem devidamente diagnosticados (BOSSAY et al., 2006). Nesse sentido, deve-se adaptar um projeto de atenção que seja efetivo e de baixo custo. As prioridades devem incluir ações e estratégias para o controle da hipertensão – como diagnóstico de casos, cadastramento dos portadores, busca ativa, tratamento, diagnóstico precoce de complicações, atendimento de urgências e medidas preventivas (ARAÚJO; GARCIA, 2006; IUPPEN et al., 2011).

A Hipertensão Arterial é estratificada de acordo com seu risco global, ou seja, os fatores prejudiciais diretamente ligados à ocorrência da hipertensão. Estes fatores já foram relatados e na Figura 5 verifica-se o grau de risco dos hipertensos cadastrado no Hiperdia. O risco foi considerado médio em 34% dos portadores, risco alto e muito alto em 11%, ambos. Considerável quantitativo não foi analisado (32%).

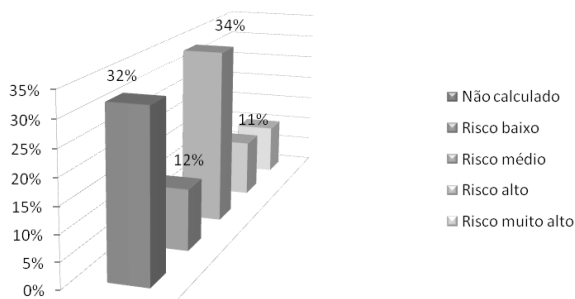


Figura 5: Estratificação do risco global de acordo com os registros do Hiperdia.

Os dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Hiperdia comprovaram a ocorrência de algumas morbidades caracterizadas por elevarem os índices de óbito entre a população hipertensa. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), doença renal e outras coronariopatias representaram em média 3% dos acontecimentos, sendo 78 hipertensos com o primeiro agravo, 70 com o segundo mencionado e 79 com outras coronariopatias (Figura 6).

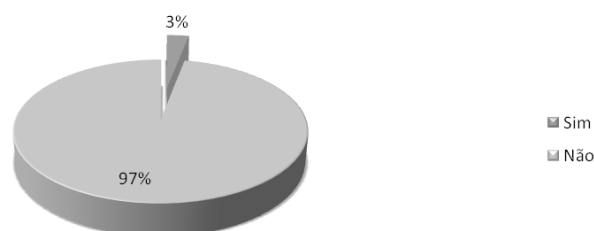


Figura 6: Associação entre pressão arterial e a presença de Infarto Agudo do Miocárdio, Doença Renal e outras Coronariopatias segundo os registros do Hiperdia.

Outra comorbidade encontrada foi o Acidente Vascular Cerebral, esta apresentando o dobro das outras já citadas, 6% dos 2.603 portadores de hipertensão cadastrados pelo Hiperdia (Figura 7).

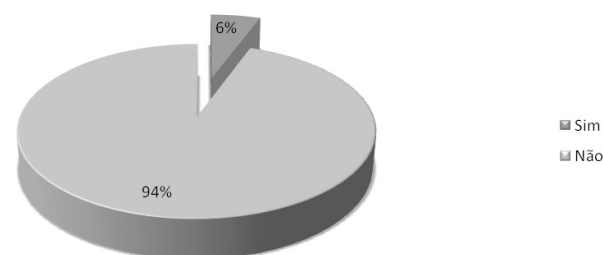


Figura 7: Associação entre pressão arterial e a presença do Acidente Vascular Cerebral segundo os registros do Hiperdia.

A HAS é um dos motivos de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos e está associada a doenças cardiovasculares e renais, onde as cardiovasculares representam a maior causa de morbidade e mortalidade, sendo fundamental conhecer a magnitude dos fatores de risco com a finalidade de efetuar um planeja-

mento de saúde capaz de intervir de forma eficaz nessa realidade (CARVALHO et al., 2003; IUPPEN et al., 2011).

Estima-se que 70% dos indivíduos em programa de hemodiálise têm como causa da lesão primária a HAS, 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 é hipertensa; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente tratados (TOSCANO, 2004; LIMA et al., 2011).

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do apa-

recimento dos fatores de risco e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HA, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modifica a história evolutiva desses agravos e torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência (JARDIM et al., 2007).

Outro fator importante que pôde ser identificado nesse estudo foi a incidência de internações através dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). De acordo com o SIH/SUS, existiram 111 hospitalizações de pacientes hipertensos essenciais durante os anos analisados, com presença de 60% do sexo feminino. Apenas no ano de 2008 os casos de internações por sexo masculino se destacaram (9%).

Tabela 4: Taxa de Internações por Ano de Processamento e Sexo através da lista de morbidade: hipertensão essencial (primária), categoria CID-10. Período de 2007 a 2010.

Ano	Internações	%	Feminino (%)	Masculino (%)
2007	48	43,2	27,9	15,3
2008	15	13,5	4,5	9
2009	22	19,8	14,4	5,4
2010	26	23,4	13,5	10
Total	111	100	60	40

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

As complicações resultantes do diagnóstico tardio da hipertensão ou da não adesão ao tratamento podem demandar em internações e custos hospitalares, constatados pelos dados apresentados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (MS), ou seja, 17,6% das internações estão relacionados com a hipertensão e doenças hipertensivas, o que

corresponde a 5,9% dos recursos pagos pelo SUS (MIRANZI et al., 2008; SANTOS; LIMA, 2008).

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28 (BEZERRA et al., 2009).

Dentre as internações, a insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequente que as internações por AVC (BRASIL, 2002). Diferentes estudos afirmam que níveis altos de tensão arterial estavam relacionados a 80% das outras causas de internação hospitalar. O impacto social também é importante: a HAS é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de faltas ao trabalho (MONTEIRO et al., 2006; IUPPEN et al., 2011).

A assistência à HAS não é de exclusividade da Atenção Primária à Saúde (APS), mas, as melhores oportunidades de atuação acontecem no nível primário da atenção. A doença hipertensiva pode ser considerada um 'traçador' da Saúde da Família, por ser um agravo priorizado na atenção à saúde do adulto e, apesar de ser uma doença específica, por ser também um agravo caracterizado pela necessidade do cuidado longitudinal, característico da APS (RABETTI; FREITAS, 2011; STARFIELD, 2004).

Para retratar os eventos de óbitos na população estudada, o Sistema de Informações sobre Mortalidade também auxiliou como fonte de dados. Ao analisar a Figura 8, constata-se um crescimento diretamente proporcional ao longo dos anos quanto à mortalidade por hipertensão essencial. Os anos de 2009 e 2010 apresentaram as maiores taxas de óbito, 34% e 35%, respectivamente. Em 2007, a mortalidade foi a mínimo (12%) neste período, com diferença de 7% para menos em relação ao ano de 2008.

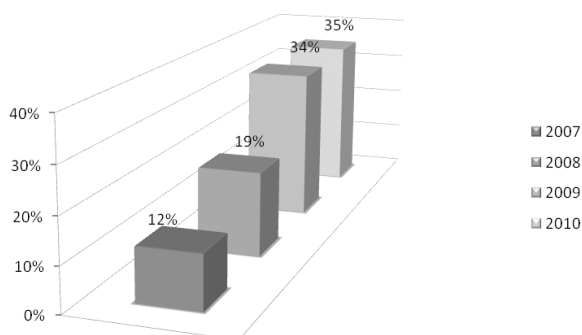


Figura 8: Taxa de Óbito por Residência e Ocorrência por Hipertensão Essencial, categoria CID-10, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A mortalidade ocasionada especificamente por hipertensão arterial essencial foi relatada na literatura de forma precária devido à taxa de óbito entre os hipertensos estar relacionada às comorbidades citadas neste estudo.

Sabe-se que as doenças cardiovasculares representam 65% do total de óbitos em indivíduos com idade entre 30 e 69 anos no país. Dessa forma, a HAS insere-se em um grupo de doenças que representa a principal causa de mortalidade da população brasileira (CALISTA et al., 2008).

Dados do DATASUS (1999) informam que os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos representam as principais causas para a mortalidade no Brasil. O mesmo aconteceu em 2002, visto que as doenças do aparelho circulatório figuram como as principais causas de morte (31,5%) no país. Neste mesmo ano, o coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes foi igual a 50, seguido de 35,2 por infarto agudo do miocárdio. (COTTA et al., 2009).

4 CONCLUSÃO

Considerada um problema de saúde pública, a hipertensão arterial é um fator de risco significativo para a ocorrência da morbidade e da mortalidade precoces em nosso país. Por essa razão, o estudo proporcionou identificar os fatores diretamente ligados ao aparecimento desta patologia.

Com base nos resultados obtidos neste trabalho, observa-se entre os hipertensos cadastrados e atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do município analisado uma predominância do sexo feminino, justificada pela maior ocupação das mulheres nas atividades realizadas no dia-a-dia e submetidas ao estresse, como em relação ao seu entendimento e maior preocupação frente às doenças, o que as fazem procurar com mais frequência os serviços de saúde.

Destaca-se também o subgrupo de idosos que apresenta elevada taxa de hipertensos, com isso, há necessidade de uma intervenção mais espe-

cífica para essa população, que deve ser feita de forma clara e com o auxílio de recursos de fácil compreensão.

Além dos fatores já citados neste trabalho, o sedentarismo e o sobrepeso se caracterizaram como riscos para a hipertensão arterial e consequente aparecimento de comorbidades, a exemplo do Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e outras coronariopatias e doenças renais, devendo, portanto, serem combatidos prioritariamente pela Estratégia de Saúde da Família, cabendo-lhe o redirecionamento do estilo de vida.

Para Giroto *et al.* (2010), a educação em saúde é imprescindível, pois não é possível

o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam o tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações sendo imprescindível a participação de todos os profissionais de saúde, especialmente no nível da atenção básica, para que ofereçam um atendimento adequado aos hipertensos, com mais proximidade e afetividade. Para isto, todavia, é essencial conhecer a cobertura das fontes de informação sobre portadores de hipertensão na atenção básica, a completude das informações registradas e a confiabilidade/validade dos dados. (BRASIL, 2009).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. T. S. et al. O uso de tabaco em estudantes de primeiro e segundo grau de dez capitais brasileiras: possíveis contribuições de estatísticas multivariada para a compreensão do fenômeno. **Revista de Saúde Pública**; vol. 23: 401-9. 1989.

MITSUNAGA, J. K. Perfil e estilo de vida dos idosos no SISHiperdia da ESF São Geraldo – São Gotardo/MG. **Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais – Uberaba/MG 2011.

BARCELLOS, A.P. M. Ações de saúde a portadores de hipertensão que foram a óbito por doença cerebrovascular, adscritos a territórios de equipes de saúde da família de Contagem, Minas Gerais. **Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem**. Universidade Federal de Minas Gerais; Escola de Enfermagem. Belo Horizonte/MG 2010.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. [online]. vol.17, n.4, pp. 672-679. 2008. ISSN 0104-0707.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enfermagem**; vol. 17, n.1, pp:90-7. Jan-Mar 2008.

COSTA, J. M. B. S et al. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.2, pp. 623-633. ISSN 1413-8123.

SOUSA, L. B. et al. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. [online]. 2006, vol.87, n.4, p. 496-503. ISSN 0066-782X.

SALA, A. et al. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**; vol. 27, pp: 463-71; 1993.

SALA, A. et al. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**; vol. 30, pp:161-7; 1996.

PICCINI, R.X.; VICTORA, C.G. Hipertensão arterial sistêmica em uma área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**; vol. 28, pp: 261-7; 1994.

LOLIO, C.A. et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**; vol. 27, pp: 357-62; 1993.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]; vol.9, n.4, pp. 885-895; 2004. ISSN 1413-8123.

CONCEICÃO, T.V. et al. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [online]; vol.86, n.1, pp. 26-31; 2006. ISSN 0066-782X.

RIBEIRO, A.S. et al. Prevalência de tabagismo na Universidade Federal de São Paulo, 1996 - dados preliminares de um programa institucional. **Revista Associação Médica Brasileira**; vol. 45, n. 1, pp:39-44; 1999.

SABRY, M.O.D. et al. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. **Jornal de Pneumologia**; vol. 25, n. 6, pp:313-20; 1999.

LIMA, M.T. et al. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública** [online]; vol. 20, n. 4, pp: 1079-1087; 2004. ISSN 0102-311X

MANO, G.M.P. ; PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]; vol.18, n.3; 2005. ISSN 0103-2100.

COTTA, R.M.M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]; vol.14, n.4, pp. 1251-1260; 2009. ISSN 1413-8123.

FUCHS, S.C. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise das evidências. **Revista de Hipertensão**; vol.7, n.3, pp:90-93; 2004.

SECLÉN-PALACIN, J.A. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: Caso Brasil**. [Série Técnica, Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; p. 15-29; 2004.

LUZ, P. L.; CESENA, F.H.Y. Prevenção da doença coronariana. **Revista da Sociedade de Cardiologia**; vol.11, n.2, pp:6-20; 2001.

BARRETO, S.M. et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da saúde. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**; vol.14, n.1, pp:41-68; 2005.

PALLAS, J.M.A.; VILLA J.J. **Metodos de investigacion**: aplicados a la atención primaria de salud. 2. ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1995.

Recebido em: 20 de julho de 2012
Avaliado em: 13 de agosto de 2012
Aceito em: 16 de agosto de 2012
