

ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

OLIVEIRA, Aliéren Honório
PEIXOTO, Ana Renha Guedes
BORBA, Paola Colares de

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença bastante prevalente nos dias atuais. Devido a sua cronicidade e multiplicidade de fatores etiológicos constitui um importante problema de saúde pública. O presente estudo objetivou analisar o acompanhamento dos pacientes com hipertensão pela equipe de saúde do Distrito de Brejo Grande, em Santana do Cariri, em relação ao perfil, à classificação e evolução da hipertensão e à adesão ao tratamento. Foram selecionados todos os pacientes com hipertensão primária (n=60) em acompanhamento médico e de enfermagem, atendidos entre março e dezembro de 2002. Foram utilizadas as informações do serviço e de entrevistas realizadas. Do total de pacientes, 79,4% eram do sexo feminino e 20,6% do sexo masculino. A faixa etária predominou em torno e acima dos 60 anos. Quanto à escolaridade, 56,9% eram alfabetizados. Observou-se que a maioria dos pacientes utilizava o anti-hipertensivo hidroclorotiazida (68,9%) e usavam a medicação conforme a prescrição (96,5%), apresentavam o diagnóstico de hipertensão leve (36,7%) e moderada (35%), evoluindo com melhora dos níveis pressóricos (75%) em relação à classificação inicial. Foi encontrado um bom nível de adesão ao tratamento (48,3%), porém, embora 82,7% tenham referido seguimento das orientações, houve contradições em relação ao estilo de vida. 54,1% encontravam-se com níveis pressóricos controlados, excetuando-se aqueles que compareceram a menos de quatro consultas. O número estimado de hipertensos para a área é de 73 pessoas. A equipe acompanha em torno de 82,2% dos pacientes hipertensos da área. A cobertura de pacientes acompanhados em relação aos estimados pode ser considerada satisfatória, porém há a necessidade de maior envolvimento da equipe em relação aos cuidados não medicamentosos e à identificação dos fatores de risco para facilitar a implementação de ações preventivas.

ABSTRACT

The arterial hypertension is a disease plenty common in the current days. Due to its chronicity and multiplicity of factors of its causes, it constitutes an important problem of public health. The present study objectified to analyze the patients' accompaniment with hypertension for the team of health of the District of Brejo Grande, in Santana do Cariri, in relation to the profile, to the classification and evolution of the hypertension and to the adhesion to the treatment. All the patients were selected with primary hypertension (n=60) in medical and nursing accompaniment, assisted between March and December of 2002. The information of the service were used and of accomplished interviews. Of the patients' total, 79,4% were of the feminine sex and 20,6% of the masculine sex. The age group prevailed in late and above the 60 years. With relationship to the instruction degree, 56,9% were alphabetized. It was observed that most of the patients used hidroclorotiazida (68,9%) and they used the medication according to the prescription (96,5%), they presented the diagnosis of light hypertension (36,7%) and moderate (35%), developing with improvement of the blood pressure levels (75%) in relation to the initial classification. It was found a good adhesion level to the treatment (48,3%), even so, although 82,7% have referred following of the orientations, there were contradictions in relation to the lifestyle. 54,1% met with blood pressure levels controlled, being excepted those that attended to less than four consultations. The estimated number of people with high blood pressure for the area is 73. The team accompanies around 82,2% of the patients of the area. The patients' covering accompanied in relation to the estimated ones can be considered satisfactory, even so there is the need of larger involvement of the team in relation to the cares without drugs and to the identification of the risk factors to facilitate the use of preventive actions.

key words: Arterial hypertension, Health of the Family Program and Education in Health.

ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

OLIVEIRA, Aliéren Honório
PEIXOTO, Ana Renha Guedes
BORBA, Paola Colares de

1. INTRODUÇÃO

A definição de hipertensão arterial é feita por Pierin e Jr. (2001) como sendo “uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos”. Segundo Barreto (2002), ela evolui de maneira assintomática em quase todos os pacientes e constitui como fator de risco para outras doenças, possuindo como órgão-alvo os vasos sanguíneos que são os responsáveis pelas principais complicações.

Smeltzer e Bare (1999) comentam que a hipertensão pode causar acidente vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca, além de outras doenças, apresentando risco de morbimortalidade prematura que aumenta à medida que se elevam as pressões sistólica e diastólica.

Segundo Pierin e Jr. (2001), a hipertensão acomete cerca de 15 a 20% da população adulta e 50% nos idosos. A prevalência é maior nos homens de 45 a 50 anos, e nas mulheres a partir de 50 anos. Acomete também os negros e as pessoas com histórico familiar de hipertensão.

Conforme Fuchs (1996), a hipertensão é muito prevalente no Brasil, contrariando a idéia de que seria uma doença crônico-degenerativa importante somente para os países desenvolvidos. Pierin e Jr. (2002), comentam que na Região Nordeste varia de 7 a 40%, no Sudeste de 5 a 38%, no Sul de 1 a 27% e no Centro Oeste de 6 a 17 %. Essas cifras são mostradas por estudos regionais já que não existem estudos nacionais.

Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (Brasil, 1994), o problema da hipertensão passou a ser identificado como de extrema importância no contexto da Atenção Primária. Em 2001, o Ministério da Saúde, ao normatizar a operacionalização da assistência à saúde, definiu a hipertensão como área estratégica a ser desenvolvida pelas equipes do PSF (Brasil, 2001).

O controle da hipertensão arterial envolve alguns aspectos importantes como a definição da população alvo, a estimativa do número de casos existentes na população, a análise dos casos atendidos em relação aos casos estimados e a conduta interdisciplinar para o acompanhamento desses casos. Apesar da lógica para a organização dessa área estratégica, a realidade mostra dificuldades que colocam em cheque a eficácia do controle da hipertensão.

O modelo de atenção centrado na doença, ainda predominante no Brasil, constitui-se em um dos obstáculos para a organização do serviço. O acompanhamento e a vigilância ainda não estão devidamente incorporados pela população, e pelos profissionais e gerentes da área da saúde.

Como enfermeira do Programa de Saúde da Família, durante o primeiro ano de trabalho na área em estudo, senti a necessidade de organizar essa demanda. A adoção das medidas para a organização do serviço permite que o profissional de saúde conheça melhor a população alvo e ajuda na melhoria do acompanhamento realizado. Isso foi percebido após alguns meses de trabalho, verificando que o conhecimento e expectativas dos pacientes em relação ao serviço têm influência na forma em que respondem às recomendações dos profissionais.

O presente estudo visa analisar o acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial pela equipe do Programa de Saúde da Família. A necessidade da realização desse acompanhamento, bem como da organização dessa demanda foi sentida pela equipe durante as consultas mensais, já que estes pacientes encontravam-se com níveis pressóricos elevados e, muitas vezes, sem informações quanto o autocuidado.

OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o acompanhamento de Hipertensos assistidos pela Equipe do Programa de Saúde da Família do Distrito do Brejo Grande, Santana do Cariri, Ce.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Levantar o número de Hipertensos assistidos pela Equipe do Programa de Saúde da Família do Distrito do Brejo Grande.

2. Identificar o perfil dos Hipertensos da área.
3. Identificar a classificação dos Hipertensos de acordo com a gravidade.
4. Estimar o nível de adesão destes pacientes ao tratamento anti-hipertensivo.
5. Avaliar a evolução dos Hipertensos quanto o nível pressórico no período estudado.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 DEFINIÇÃO

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2002, publicada pela Sociedade Brasileira de Hipertensão, considera-se como portador de hipertensão arterial todo indivíduo acima de 18 anos com duas ou mais medidas de pressão diastólica em duas visitas subseqüentes igual ou acima de 90 mmHg ou a pressão sistólica maior que 140 mmHg. As medidas devem ser realizadas duas vezes na mesma consulta, podendo haver repetição a cada 1-2 minutos, até que a diferença entre os valores obtidos não apresente variação maior que 5mmHg.

Para Barreto (2002), a hipertensão arterial constitui importante fator de risco para o aparecimento de cardiopatias, doenças arteriais, renais e cerebrais. A sintomatologia aparece quando os órgãos-alvo começam a não suportar as alterações que sofreram para se adaptar ao novo regime pressórico. Por se tratar de uma doença, no mais das vezes, assintomática essas alterações surgem geralmente com mais de 10 anos da presença da doença.

2.2 CLASSIFICAÇÃO

A hipertensão arterial pode ser classificada em essencial e secundária. A primeira apresenta causa desconhecida, porém com forte cunho familiar, sendo influenciado por fatores ambientais. Já a segunda representa 5% do grupo, podendo ser causada por doenças renais (glomérulo nefrite, pielonefrite crônica, tumores renais, rim policístico, nefropatia de refluxo); doenças endócrinas (hipotireoidismo, doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, *diabetes mellitus*, hiperparatireoidismo); doenças metabólicas – nefropatia por gota); doenças neurológicas (tumores intracranianos, porfiria aguda); doenças infecciosas (tuberculose renal); doenças vasculares (coarctação da aorta, estenose de artéria renal por

arteriosclerose e displasia fibromuscular, toxemia da gravidez) e doenças iatrogênicas (hormônio estrogênico, agentes antiinflamatórios hormonais e não hormonais) (Ribeiro, 1996; Riera, 2000).

De acordo com o Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2002) a hipertensão está classificada conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Classificação de HAS		
Categoria	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão Leve	140 – 159	90 – 99
Hipertensão Moderada	160 – 179	100 – 109
Hipertensão Grave	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2002:05).

A classificação da hipertensão segundo a gravidade da lesão dos órgãos-alvo ocorre em três estágios (Ribeiro, 1996; Riera, 2000):

- Estágio I - sem manifestações de lesões orgânicas
- Estágio II - envolvimento de pelo menos uma das seguintes alterações: Hipertrofia ventricular esquerda, estreitamento arteriolar no fundo de olho, proteinúria ou discreta elevação de creatinina, aterosclerose de grandes vasos.
- Estágio III – apresenta sinais e sintomas já desenvolvidos decorrentes das lesões dos órgãos-alvo, tais como: coração (angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca), cérebro (ictus isquêmico transitório, acidente vascular encefálico, encefalopatia hipertensiva), fundo de olho (hemorragia ou exsudatos retinianos com ou sem edema de papila), rim (insuficiência renal), e vasos (aneurisma dissecante, doença arterial oclusiva sintomática).

Fuchs (1996) comenta que essas classificações tornam o diagnóstico e o estadiamento do paciente com hipertensão uma atividade bastante complexa, pois a utilização de diversos critérios dificulta a caracterização de risco do paciente.

2.3. TRATAMENTO

Para Fuchs (1996), a eficácia do tratamento anti-hipertensivo é medida pela diminuição da morbimortalidade decorrente da elevação crônica da pressão arterial, ou seja, o sucesso do tratamento consiste na manutenção de níveis pressóricos abaixo de 140/90 mmHg.

O tratamento inclui o uso de medicamentos anti-hipertensivos e medidas não-medicamentosas. O tratamento medicamentoso centra-se na utilização de agentes anti-hipertensivos e o não medicamentoso nas mudanças de estilo de vida. A adesão do paciente é de fundamental importância para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. Vários fatores podem interferir na adesão ao tratamento, onde podemos destacar os relacionados com:

- Paciente: fatores como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e as crenças de saúde podem interferir na adesão.

- Doença: por se tratar de uma doença crônica e ausente de sintomatologia específica e exigir tratamento contínuo, dificulta o seguimento do tratamento.

- Tratamento: o custo e os efeitos indesejáveis das medicações, os esquemas terapêuticos complexos e o tratamento prolongado, bem como a qualidade de vida interferem na adesão.

- Aspectos Institucionais: as políticas de saúde, o acesso ao serviço de saúde, a distância e o tempo de espera para o atendimento.

- Relacionamento com os membros da equipe: um relacionamento inadequado e a falta de participação do paciente. (Fuchs, 1996; Pierin e Jr., 2002).

2.3.1. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Conforme Tavares e Batista (2000), esse tratamento objetiva reduzir ou eliminar os fatores de risco da hipertensão arterial, bem como das doenças cardiovasculares, e fundamentalmente, centrado nas modificações do estilo de vida.

O tratamento não medicamentoso é indicado para os hipertensos e para os normotensos com risco cardiovascular elevado. As modificações de estilo de vida recomendadas incluem as seguintes medidas:

1- Redução ou manutenção do peso corporal (IMC¹ entre 20 e 25) e relação cintura/quadril inferior a 0,8 para mulheres e 0,9 para homens.

2- Redução da ingestão de sal para consumo em torno de 6gr de sal por dia (equivale a 1 colher de chá).

3- Aumentar a ingestão de potássio presente nos feijões, ervilhas, vegetais de cor verde escura, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, bata inglesa e laranja.

4- Diminuição do consumo de bebida alcoólica para a ingestão em torno de 30 a 40 g de etanol por dia.

5- Realização de exercícios físicos regulares, tais como caminhada, natação, ciclismo, com duração de 30 a 40 minutos 3 a 4 vezes por semana.

O abandono do tabagismo, o controle das dislipidemias e da diabetes mellitus, e não uso de drogas que podem elevar a pressão arterial, tais como os anticoncepcionais orais, antiinflamatórios não hormonais, glicocorticóides etc., podem ser associados ao controle da pressão arterial (Fuchs, 1996; McKenzie, 1999; Tavares e Batista, 2000; Silveira, Remígio e Brandão, 2001; Pierin e Jr., 2002).

Santello (2002), complementa que as mudanças de estilo de vida devem ser discutidas com o paciente. Sendo prerrogativa do profissional de saúde e do paciente a forma de implementar essas medidas.

No tocante a implementação das mudanças de estilo de vida, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2002) recomendam que devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional, pois essas mudanças ocorrem de maneira lenta, e na maioria das vezes, sem a continuidade necessária. E por se tratarem de medidas educativas requerem continuidade. Essas medidas devem ser realizadas de maneira individualizada e elaboradas de acordo com as necessidades dos pacientes.

2.3.2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2002), o tratamento medicamentoso envolve agentes anti-hipertensivos que objetivam não só reduzir os níveis tensionais, como também reduzir os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Quanto aos níveis pressóricos, o tratamento visa reduzir a pressão sistólica para valores

¹ IMC = índice de massa corporal medido pela expressão: peso dividido pela altura ao quadrado.

inferiores a 140 mmHg e a pressão diastólica para valores inferiores a 90 mmHg, respeitando-se as características individuais do paciente, a presença de comorbidade e a qualidade de vida.

A baixa adesão é uma problemática freqüente no que diz respeito ao tratamento anti-hipertensivo. Pierin e Jr. (2002) comentam que o acesso ao medicamento é essencial para o sucesso do tratamento. Citam como fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso o custo e os efeitos indesejáveis das medicações, os esquemas terapêuticos complexos e o tratamento prolongado. Apontam com estratégias para melhorar o nível de adesão a adoção de esquemas terapêuticos com doses monoterápicas e drogas isentas de efeitos indesejáveis, comodidade posológica, prescrições e informações por escrito e de fácil entendimento.

Os anti-hipertensivos disponíveis podem ser divididos em seis grupos conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Classe de anti-hipertensivos,

Classe de anti-hipertensivos
- Diuréticos
- Inibidores adrenérgicos
- Vasodilatadores diretos
- Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)
- Bloqueadores dos canais de cálcio
- Antagonistas do receptor AT ₁ da angiotensina II (AII)

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2002:15).

Os anti-hipertensivos disponíveis na UBS estão agrupados no Quadro 3.

Quadro 3 – Agentes anti-hipertensivos disponíveis na UBS.

Agentes anti-hipertensivos
Diurético Tiazídico
Hidroclorotiazida
Diurético de Alça
Furozemida
Inibidor adrenérgico (Betabloqueador)

<p>Propranolol</p> <p>Inibidor adrenérgico da ação central</p> <p>Metildopa</p> <p>Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)</p> <p>Captopril</p> <p>Ramipril</p>

Fonte: Relação de medicamentos da farmácia da UBS (2002).

• DIURÉTICOS

Os diuréticos (Quadro 3) são agentes efetivos e amplamente usados na terapia hipertensiva, sendo eficazes na redução da incidência de acidente vascular cerebral (AVC) e dos distúrbios vasculares. Classificam-se de acordo com o local de ação nos rins. Os diuréticos tiazídicos são os mais utilizados. Os diuréticos de alça são mais efetivos em pacientes com insuficiência renal (Massie, 1998; McKenzie, 1999).

Os efeitos colaterais dos diuréticos relacionam-se principalmente a alterações metabólicas, destacando-se a hipopotassemia e hipomagnesmia (podendo induzir arritmias ventriculares), e a hiperuricemia. A utilização dos diuréticos em baixas doses reduz o risco de efeitos adversos, sem prejuízo da sua eficácia. Podem ainda provocar intolerância à glicose e hiperlipidemia (Massie, 1998; McKenzie, 1999).

• INIBIDOR ADRENÉRGICO BETABLOQUEADOR

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2002), os betabloqueadores (Quadro 3) constituem os agentes de primeira opção para pacientes com hipertensão associada à doença renal ou a arritmias cardíacas. São eficazes na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares.

Os betabloqueadores têm como principais reações adversas: brocoespasmo, bradicardia excessiva (menor que 50 bat./min.), distúrbios de condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual.

• INIBIDOR ADRENÉRGICO DE AÇÃO CENTRAL

Segundo Massie (1998), os inibidores de ação central atuam estimulando os receptores alfa-2-adrenérgicos pré-simpáticos no sistema nervoso central. Em alguns pacientes são

eficazes monoterápicos. Geralmente são utilizados como segunda ou terceira escolha em pacientes com hipertensão devido a sua alta frequência de intolerância. Pode causar sedação, fadiga, boca seca, hipotensão postural e impotência.

- INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA (ECA)

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2002), são agentes anti-hipertensivos que inibem a enzima conversora de angiotensina II no sangue e nos tecidos. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial e reduzem a morbimortalidade cardiovasculares entre hipertensos, pacientes com insuficiência cardíaca, pacientes com infarto agudo do miocárdio, pacientes com alto risco para doença aterosclerótica e são utilizados em pacientes na prevenção do acidente vascular cerebral.

Com relação às reações adversas podemos destacar a tosse seca, alteração do paladar, hipotensão postural em associação com diuréticos, hiperpotassemia em pacientes com insuficiência renal crônica, reduzir a filtração glomerular em pacientes com hipertensão renovascular bilateral ou com rim único (Massie, 1998; McKenzie, 1999).

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Para a execução deste estudo, foi realizada uma pesquisa analítica descritiva. Segundo Gil (1996), as pesquisas descritivas objetivam descrever as características de uma população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no Distrito do Brejo Grande, situada a 9Km da sede do município de Santana do Cariri. A equipe tem como área de abrangência, além do Distrito do Brejo Grande, as localidades do Sítio Jitó, Sítio Frade, Sítio Bois, Sítio Conceição, Sítio Palmeira e o Distrito do Pontal da Santa Cruz. É composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 Auxiliar de enfermagem, 1 Auxiliar Administrativa, 1 Auxiliar de Serviços Gerais e 7 Agentes Comunitários de Saúde. De acordo com os dados do

Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), estão cadastradas na área, 521 famílias o que corresponde a 2.193 pessoas. A equipe de saúde iniciou suas atividades na UBS em Março de 2002. Anteriormente, a equipe da sede prestava atendimento a essas localidades, que era realizado em apenas um turno, uma vez por semana no Distrito do Brejo Grande e nas demais localidades a cada 15 dias. Após a implantação da equipe o atendimento ficou sendo realizado semanalmente, possibilitando a realização de um atendimento mais efetivo aos programas.

Inicialmente, os hipertensos compareciam às consultas com níveis pressóricos elevados, tratamento medicamentoso descontínuo e dietético ausente. Foi, então implantado pela equipe um acompanhamento médico e de enfermagem, onde esses pacientes recebiam orientações gerais quanto à doença, fatores de risco e tratamento. Durante a consulta era firmado um pacto com o intuito de reduzir os fatores de risco, bem como elevar o nível de adesão ao tratamento. A consulta subsequente era agendada para que o tratamento não fosse interrompido e o retorno garantido. Após alguns meses foi formado juntamente com os hipertensos da área um grupo intitulado por “Grupo de Hipertensos de São José”. O grupo reúne-se uma vez por mês. As reuniões são realizadas na unidade de saúde no período da manhã, onde são abordados temas relacionados à hipertensão. O grupo também desenvolve outras atividades como comemorações de Natal, São João e visita ao Horto em Juazeiro do Norte (Fotos no Anexo 1).

POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi realizado com os pacientes com hipertensão essencial em acompanhamento médico e de enfermagem durante o período de Março a Dezembro de 2002.

COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foram utilizadas as informações contidas nos prontuários dos pacientes acompanhados pela equipe de saúde. O levantamento foi realizado em Dezembro de 2002. Após o levantamento, foi realizada entrevista semi-estruturada com os pacientes. Segundo Lakatos (1991), este tipo de entrevista é uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão, podendo ser realizada pelo entrevistador através de uma conversa informal, dando uma maior liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que o entrevistador considere adequada.

Para a realização das entrevistas utilizou-se um formulário (Anexo 2) que foi aplicado – após o pré-teste – por uma pessoa da comunidade que recebeu treinamento sobre o conteúdo a ser abordado. A escolha de uma pessoa da comunidade foi considerada importante para evitar indução das respostas, pois os pacientes poderiam ficar inibidos com a presença de uma pessoa do serviço. As entrevistas foram realizadas no período de Janeiro a Março de 2003. Nas entrevistas consideraram-se as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, medicação prescrita, hábitos de vida, histórico familiar de hipertensão, orientações prestadas pela equipe, consulta e participação do grupo de hipertensos. Lakatos (1991), comenta sobre a importância da utilização do formulário, pois considera este instrumento essencial para uma investigação de cunho social, já que o sistema de coleta de dados é obtido diretamente do entrevistado.

Respeitando a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa com Seres Humanos, durante a realização da entrevista foram explicados a natureza e os objetivos da pesquisa, e as pessoas abordadas tiveram liberdade de participar ou não do estudo, garantindo-se o resguardo do anonimato e sigilo das informações prestadas.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados, agrupados e analisados a partir dos depoimentos dos pacientes entrevistados e do levantamento realizado nos prontuários. Para enfatizar os depoimentos dos pacientes, as falas foram identificadas por aspas e escritas em negrito. Para resguardo do anonimato os pacientes foram identificados por nomes bíblicos. A escolha de nomes bíblicos se deveu ao fato da valorização religiosa por parte desse grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo realizado a análise e categorização dos dados decorreram das informações coletadas no serviço e durante a entrevista. Dos 60 pacientes cadastrados no serviço 58 concordaram participar da pesquisa sendo respeitado o direito de participar ou não do estudo, conforme a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa com Seres Humanos, anteriormente citada.

Tabela 1 – Distribuição das faixas etárias dos pacientes portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Faixa Etária	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
40 – 49	04	8,7	00	00	04	6,9
50 – 59	11	23,9	03	25	14	24,1
60 – 69	17	36,9	03	25	20	34,5
70 – 79	08	17,5	03	25	11	19
+ 80	06	13	03	25	09	15,5
Total	46	100	12	100	58	100

Dos 58 pacientes que compuseram a população do estudo, 79,4% (n=46) eram do sexo feminino e 20,6% do sexo masculino (n=12). Nenhum paciente da pesquisa encontra-se na faixa etária inferior a 40 anos. No sexo feminino, a faixa etária predominante está acima de 50 anos. Esse dado é compatível com o referido por Pierin e Jr. (2001). No sexo masculino houve um equilíbrio entre as faixas etárias onde 25% (n=03) dos hipertensos concentrou-se em cada faixa etária (Tabela 1). Ribeiro (1996) mostra uma prevalência de 65% de hipertensão no idoso.

Tabela 2 – Estado civil dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Estado Civil	Feminino		Masculino		Total de Pacientes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casado	26	56,5	10	83,4	36	62
Solteiro	07	15,2	02	16,6	09	15,5
Viúvo	13	28,3	00	00	13	22,5
Total	46	100	12	100	58	100

Observa-se na população em estudo que 62% (n=36) dos pacientes são casados, 22,5% (n=13) se encontram viúvos e 15,5% (n=09) solteiros (Tabela 2). Com relação à família, McWhinney (1994) comenta a importância desta na recuperação de todos os tipos de doença, em especial as doenças crônicas e as deficiências. Pierin e Jr. (2002) apontam o estado civil como fator que interfere na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No presente estudo, a maioria dos pacientes é casada (62%), ressaltando-se que essa situação é ainda mais prevalente entre o sexo masculino, o que pode, de alguma forma ter contribuído para os dados satisfatórios, que serão mostrados adiante, em relação à adesão ao tratamento.

Tabela 3 – Escolaridade dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Escolaridade	Feminino		Masculino		Total de Pacientes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	17	37	08	66,6	25	43,1
Alfabetizado	29	63	04	33,4	33	56,9
Total	46	100	12	100	58	100

A Tabela 3 mostra que 56,9% (n=33) dos entrevistados são alfabetizados contrapondo com 43,1% (n=25) que não possuem nenhum grau de instrução. A baixa escolaridade ou a ausência da mesma interfere diretamente o acesso do paciente ao tratamento anti-hipertensivo. Nenhum dos participantes possuía o ensino fundamental.

Tabela 4 – Utilização de medicamentos disponíveis na UBS. Brejo Grande, 2002.

Medicamentos	Nº	%
--------------	----	---

Diurético (HCT)	40	68,9
Diurético de Alça (Furosemida)	02	3,4
Inibidor de Eca (Captopril)	12	20,6
Inibidor de Eca (Ramipril)	06	10,3
β - Bloqueador (Propranolol)	14	24,1
α - Bloqueador (Metildopa)	02	3,4
Total	76	100

As medicações acima listadas apresentam-se disponíveis na UBS. O número de respostas excedeu o número de pacientes (n=58) porque muitos utilizam associação entre dois anti-hipertensivos. Podemos observar que 68,9% (n=40) dos pacientes utilizam o diurético hidroclorotiazida, e 24,1% (n=14) utilizam o β - Bloqueador propranolol (Tabela 4). Para McKenzie (1999), os diuréticos nos idosos reduzem a incidência de AVC, IAM e as taxas de mortalidade.

Tabela 5 – Tratamento de hipertensão segundo o esquema terapêutico. Brejo Grande, 2002.

Tratamento	Nº	%
Monoterapia	39	67,2
Associação de 2 Medicamentos	19	32,8
Total	58	100

Os esquemas terapêuticos com doses monoterápicas facilitam a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, constatamos que 67,2% (n=39) dos pacientes utilizam uma droga e o restante 32,8% (n=19) usam a associação de duas drogas.

Tabela 6 – Utilização da medicação anti-hipertensiva. Brejo Grande, 2002.

Uso da medicação	Nº	%
------------------	----	---

Conforme prescrição	56	96,5
Na presença de algum sintoma	00	00
Suspendeu a medicação por conta própria	02	3,5
Total	58	100

Com relação ao tratamento medicamentoso, 96,5% (n=56) dos pacientes seguem as orientações prestadas pela equipe de saúde e 3,5% suspenderam o uso da medicação por conta própria (Tabela 6). A adesão ao tratamento medicamentoso contribui para a redução das taxas de morbimortalidade, melhora a qualidade de vida, proporciona a adoção de bons hábitos higienodietéticos, e integra o paciente na sociedade (Pierin e Jr., 2001). Durante a entrevista, os pacientes falaram sobre o modo de tomar a medicação e, em seguida, mostraram a prescrição da medicação.

Tabela 7 – Consumo de bebida alcoólica dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Consumo de Bebida Alcoólica	Feminino		Masculino		Total de Pacientes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	05	10,8	06	50	11	19
Não	41	89,1	06	50	47	81
Total	46	100	12	100	58	100

Dos pacientes em estudo, 81% (n=47) não consomem bebidas alcoólicas. Os consumidores constituem 19% (n=11) da amostra. Dentre os pacientes do sexo masculino, 50% consomem bebida alcoólica (Tabela 7). O uso excessivo de bebida alcoólica aumenta a pressão arterial, constituindo um fator que dificulta a adesão ao tratamento (Smeltzer e Bare, 1999). Percebe-se que há um alto consumo de bebidas alcoólicas na comunidade. Na amostra estudada é possível que esse consumo esteja diminuído por conta do problema da hipertensão

e/ou por recomendações feitas pelos profissionais de saúde. No presente estudo não foi avaliada a quantidade de consumo.

Tabela 8 – Situação de tabagismo dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Tabagismo	Feminino		Masculino		Total de Pacientes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	33	71,8	08	66,6	41	70,9
< 5 cig./dia	03	6,5	00	00	03	5,1
> 5 cig./dia	07	15,2	02	16,7	09	15,5
Não sabem informar	03	6,5	02	16,7	05	8,5
Total	46	100	12	100	58	100

Conforme a Tabela 8, os pacientes que não fumam constituem 70,9% (n=41) da amostra, 15,5% (n=09) consomem acima de 5 cigarros ao dia, e 8,5% (n=05) não sabem informar o consumo diário. Leite (1995), comenta que o fumo aumenta o risco cardiovascular do paciente. Os dados do estudo não permitem avaliar a situação de tabagismo antes do diagnóstico de hipertensão.

Tabela 9 – Consumo de sal dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Consumo	Feminino		Masculino		Total de Pacientes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	34	74	07	58,4	41	70,7
Não	11	23,9	03	25	14	24
Às vezes	01	2,1	02	16,6	03	5,3
Total	46	100	12	100	58	100

A ingesta excessiva de sal é um dos principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento. Dentre os entrevistados, 70,7% (n=41) utilizam sal na alimentação (Tabela 9). O uso excessivo favorece a hipertensão, enquanto a redução pode diminuir os níveis pressóricos

ou até prevenir o aparecimento da doença (Brasil, 1995; Fuchs, 1996; McKenzie, 1999; Tavares e Batista, 2000; Silveira, Remígio e Brandão, 2001; Pierin e Jr., 2002).

Tabela 10 – Consumo de gordura dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Consumo	Feminino		Masculino		Total de Pacientes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	04	8,6	02	16,6	06	10,4
Não	21	45,7	06	50	27	46,6
Às vezes	21	45,7	04	33,4	25	43
Total	46	100	12	100	58	100

De acordo com o estudo, 46,6% (n=27) não consomem gordura na alimentação enquanto 43% (n=25) consomem às vezes (Tabela 10). Segundo McKenzie (1999), a diminuição da ingesta de gordura saturada e de colesterol reduz a dislipidemia e facilita a perda ponderal. Essa informação deixa a desejar do ponto de vista de precisão nutricional. As respostas foram baseadas na percepção do próprio entrevistado. Observa-se, no entanto, que o hábito alimentar da comunidade, de uma maneira geral, inclui consumo de quantidade razoável de gordura como, toucinho, óleo e margarina. É possível que a percepção do paciente não leve em consideração o consumo habitual, que é tido como normal.

Tabela 11 – Atividade física realizada pelos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Atividade Física	Feminino		Masculino		Total de Pacientes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	18	39,1	07	58,4	25	43,1
Não	28	60,9	05	41,6	33	56,9
Total	46	100	12	100	58	100

Dos entrevistados, 56,9% (n=33) não praticam atividade física e 43,1% (n=25) realizam alguma atividade física (Tabela 11). Os pacientes referem as atividades domésticas e laborais como prática de atividade física. A prática de exercícios físicos regulares reduzem a pressão arterial e o peso, ajudam na resistência à insulina e reduzem o estresse. A caminhada

é um dos exercícios indicados que pode ser realizada por 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana (Silveira, Remígio, Brandão, 2001).

Tabela 12 – Histórico familiar de hipertensão dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Histórico Familiar	Feminino		Masculino		Total de Pacientes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	28	60,9	08	66,6	36	62
Não	18	39,1	04	33,4	22	38
Total	46	100	12	100	58	100

O histórico familiar de doenças cardiovasculares constitui fator de risco individual para os pacientes portadores de hipertensão. Dentre os entrevistados, 62% (n=36) possuem histórico familiar de hipertensão (Tabela 12).

Quadro 4 – Opiniões dos indivíduos portadores de hipertensão quanto às orientações repassadas pela equipe de saúde. Brejo Grande, 2002.

Opiniões	Nº de Repetições
“Não comer comida salgada”	41
“Não comer gordura”	33
“Não fumar”	17
“Não tomar café”	10
“Não deixar de tomar o remédio”	12
“Fazer caminhada”	08
“Não beber bebida alcoólica”	06
“Não se preocupar”	03
“Tomar um pouco de sol”	02
“Não comer açúcar”	01
“Andar pouco”	01
“Não faltar à consulta”	01
“Comer bastante legumes”	01
“Não comer pimenta”	01
“Beber muito líquido”	01

Não responderam	02
-----------------	----

A orientação é realizada pela equipe de saúde durante as consultas mensais. Os pacientes são orientados quanto à importância do seguimento do tratamento anti-hipertensivo, fatores de risco, tratamento não medicamentoso e medicamentoso, possíveis complicações e importância do comparecimento às consultas.

As orientações centraram-se nas mudanças de estilo de vida, dentre as quais foram citadas o uso de sal na alimentação (n=41), consumo de gorduras saturadas (n=33) e uso de tabaco (n=17). Com relação ao tratamento medicamentoso, os pacientes (n=12) citaram o uso contínuo da medicação anti-hipertensiva. Alguns pacientes (n=06) relataram orientações gerais confundindo com as orientações específicas do tratamento anti-hipertensivo. Dois pacientes não responderam a esta questão alegando estarem com os níveis pressóricos controlados (Quadro 4).

Tabela 13 - Seguimento das orientações repassadas pela equipe de saúde. Brejo Grande, 2002.

Seguimento das Orientações	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	08	17,4	02	16,6	10	17,3
Sim	38	82,6	10	83,3	48	82,7
Total	46	100	12	100	58	100

O seguimento das orientações é de fundamental importância para a efetividade do tratamento anti-hipertensivo. Durante as entrevistas os pacientes foram solicitados a explicar porque seguiam ou não as orientações. De acordo com os entrevistados, 82,7% (n=48) referiram seguir as orientações, sendo que 17,4% (n=08) não seguem as orientações transmitidas pela equipe de saúde (Tabela 13).

Dentre os pacientes que seguem as orientações, destacamos as seguintes falas:

“ Para ficar bom da saúde” (João, 84 anos).

“ Porque eu acho bom” (Luzia, 43 anos).

“ Porque a saúde é a única coisa que agente tem de valiosa” (Clara, 62 anos).

“ Porque é minha saúde, minha vida, é Deus no céu e eles na terra” (Rita, 63 anos).

“ Porque eu vejo que se não seguir é pior” (Tadeu, 55 anos).

“ Porque tem que acompanhar, Ana é muito legal” (José, 81 anos).

“ Porque é obrigação, tem que seguir pela saúde” (Maria, 64 anos).

“ Porque não mando mais na minha vida” (Perpetua, 96 anos).

Podemos perceber nas falas descritas que alguns pacientes aceitam o tratamento com a finalidade de melhorar o seu estado de saúde enquanto outros aceitam o tratamento como uma imposição da equipe de saúde.

Nas seguintes falas destacamos os motivos dos pacientes que não seguem as orientações:

“ Porque o vício não deixa parar” (Lucas, 79 anos).

“ Porque o vício fala mais alto” (Conceição, 57 anos).

“ Porque não consigo mais deixar” (Paulo, 60 anos).

“ Porque não sinto nada com relação a gordura” (Fátima, 62 anos).

“ Porque eu não quero” (Aparecida, 69 anos).

“ Porque eu não tento, mas vou começar a fazer” (Bárbara, 48 anos).

Nas falas acima, observamos que os pacientes se referem às orientações relacionadas aos fatores de risco tabagismo e consumo de gordura saturada, expondo as dificuldades quanto às mudanças de estilo de vida. No que diz respeito às mudanças de estilo de vida, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2002), reconhecem que o conhecimento da doença e do seu tratamento, não são suficientes para a adesão, pois requerem mudanças de comportamento que muitas vezes só são conseguidas a médio ou longo prazo. Recomendam a educação em saúde como estratégia inicial para desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver. Porém, essa tarefa não é fácil, diante dos diversos fatores que influenciam o comportamento e determinam as mudanças necessárias para o controle efetivo da hipertensão.

Tabela 14 - Conhecimento dos portadores de hipertensão quanto à data da próxima consulta. Brejo Grande, 2002.

Conhecimento	Feminino	Masculino	Total
--------------	----------	-----------	-------

da próxima consulta	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	14	30,5	02	16,6	16	27,5
Sim	32	69,5	10	83,4	42	72,5
Total	46	100	12	100	58	100

Os pacientes com hipertensão arterial comparecem a consultas mensais onde é realizado o aprazamento para a próxima consulta e dispensada a medicação. A data do aprazamento é colocada na borda superior da receita juntamente com a prescrição. Segundo os entrevistados, 72,5% (n=42) tem conhecimento do dia da próxima consulta (Tabela 14). Segundo a observação da entrevistadora, a grande maioria dizia explicitamente ter conhecimento e a data da próxima consulta. Esse é realmente um ponto bastante enfatizado pelos profissionais da equipe durante as consultas, por considerarem esse um fator fortalecedor do compromisso entre a equipe e os pacientes, contribuindo também para o autocuidado.

Tabela 15 - Participação dos portadores de hipertensão no grupo de hipertensos. Brejo Grande, 2002.

Participação do Grupo	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	08	17,4	03	25	11	19
Sim	38	82,6	09	75	47	81
Total	46	100	12	100	58	100

81% (n=47) dos hipertensos participaram de pelo menos uma reunião do grupo de hipertensos. A participação do sexo feminino foi maior que a participação masculina (Tabela 15). Essa participação é considerada importante pelo que representa para a comunidade, pois ajuda no alívio das tensões, permite a troca de experiência. Essas reuniões são importantes também para o serviço, pois ajudam na divulgação do serviço e identificação de casos novos na comunidade.

As informações a seguir foram levantadas a partir dos prontuários do serviço.

Tabela 16 - Classificação dos portadores de hipertensão, conforme o Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2002). Brejo Grande, 2002.

Classificação	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensão Leve	18	38,3	04	30,7	22	36,7
Hipertensão Moderada	15	31,9	06	46,1	21	35
Hipertensão Grave	08	17	02	15,3	10	16,7
Hipertensão Sistólica Isolada	06	12,8	01	7,6	07	11,6
Total	47	100	13	100	60	100

A classificação dos níveis pressóricos foi determinada a partir da primeira consulta do paciente na unidade. Observou-se durante o levantamento dos pacientes cadastrados que 36,7% (n=22) encontravam-se com hipertensão leve, 35% (n=21) com hipertensão moderada e 16,7% (n=10) com hipertensão grave (Tabela 16).

Tabela 17 – Nível de adesão dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Nível de adesão	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bom	24	51	05	38,4	29	48,3
Razoável	14	29,8	05	38,4	19	31,6

Insatisfatório	09	19,2	03	23	12	20
Total	47	100	13	100	60	100

O termo adesão é definido por Pierin e Jr. (2002), como o “grau em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde”.

O comparecimento dos pacientes às consultas mensais foi o critério para a classificação do nível de adesão ao tratamento. Foi considerado como bom nível de adesão o comparecimento acima de seis consultas, nível de adesão satisfatório o comparecimento de quatro a seis consultas, e adesão insatisfatória o comparecimento inferior a quatro consultas.

De acordo com o levantamento realizado no serviço, 48,3% (n=29) tem um bom nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, e 31,6% (n=19) uma adesão razoável. O nível de adesão do sexo feminino fica em torno de 50%, enquanto o sexo masculino manteve valores equivalentes a 38,4% (n=05) para os níveis de adesão bom e razoável. O nível de adesão insatisfatório foi de 20% (n=12) em ambos os sexos.

Tabela 18 – Controle dos níveis pressóricos dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Nível Pressórico	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Controlado	19	50	03	30	22	45,8
Não Controlado	19	50	07	70	26	54,1
Total	38	100	10	100	48	100

Em relação ao nível pressórico, considerou-se como pressão arterial controlada os pacientes com níveis pressóricos inferiores a 140 mmHg para pressão sistólica e a 90 mmHg para a pressão diastólica e pressão arterial não controlada para os valores pressóricos iguais e superiores a 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para a pressão diastólica. Foram avaliados os níveis pressóricos do último comparecimento do paciente à unidade.

Foram excluídos os pacientes que compareceram a menos de quatro consultas mensais no período de março a dezembro de 2002 (Tabela 17 - Insatisfatório). Todos esses pacientes

encontram-se com níveis pressóricos não controlados, ou seja, com valores pressóricos iguais e superiores a 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para a pressão diastólica.

Segundo o levantamento, observou-se que 54,1% (n=26) dos pacientes encontram-se com níveis pressóricos não controlados. Quanto ao sexo, 50% das mulheres e 70% dos homens encontram-se com níveis pressóricos não controlados (Tabela 18).

Pierin e Jr. (2002), referem que no Brasil a estimativa de hipertensos nos dias atuais é de 16 a 18 milhões e apenas cerca de 30% estão controlados dentre os hipertensos identificados e tratados. De acordo com o levantamento do serviço, os pacientes com níveis pressóricos controlados representam 45,8% (n=22) dos hipertensos.

Tabela 19 – Evolução dos níveis pressóricos dos portadores de hipertensão. Brejo Grande, 2002.

Evolução	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Melhora	28	73,7	08	80	36	75
Permanece Inalterado	07	18,5	01	10	08	16,7
Piora	03	7,8	01	10	04	8,3
Total	38	100	10	100	48	100

Através da análise detalhada da evolução desses pacientes, constata-se que 75% dos pacientes melhoraram em relação à classificação inicial, 16,7% permaneceram com a mesma classificação, e 8,3% pioraram (Tabela 19). Os níveis pressóricos dos pacientes que compareceram a menos de quatro consultas permaneceram inalterados em ambos os sexos e foram excluídos da Tabela 19.

De acordo com os dados do SIAB (2002) estão cadastradas na área 521 famílias, onde 1.140 pessoas são maiores de 20 anos. No distrito do Brejo grande, lócus da pesquisa, estão cadastradas 175 famílias sendo que 367 pessoas estão acima de 20 anos. Considerando que a hipertensão acomete cerca de 15% a 20% da população adulta, levando-se em consideração o último percentual, o número estimado de hipertensos da área é de 73 pessoas, ou seja, o serviço acompanha cerca de 82,2% dos pacientes hipertensos da área.

Não há dados na literatura sobre o percentual de acompanhamento da população estimada de hipertensos em equipes de programa de saúde da família. Empiricamente, esse

percentual parece ser baixo, provavelmente pelo grande número de famílias adstritas às equipes com mais de 800 famílias. Contudo o presente estudo foi realizado na área de uma equipe responsável por apenas 521 famílias, o que, provavelmente, contribui para a boa cobertura encontrada.

De acordo com o SIAB (2002), a população acima de 20 anos estimada para o município é de 7.799 pessoas. Tomando por base os 20% dessa população, o número estimado de hipertensos é de 1.559 pessoas. No município estão cadastrados 861 hipertensos, ou seja, o município encontra-se acompanhando é de 55,2% da população de hipertensos estimada. Contudo, o percentual de acompanhamento à população estimada com hipertensão arterial realizada pela equipe encontra-se acima do percentual do município.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A hipertensão é a mais prevalente das doenças cardiovasculares e um dos mais importantes fatores etiológicos da insuficiência cardíaca congestiva, das doenças coronarianas e dos acidentes vasculares cerebrais. O aumento da hipertensão se dá com o aumento da idade, e dada a sua grande morbidade, fica clara a sua importância como problema de saúde pública.

O presente estudo visou analisar o acompanhamento dos hipertensos assistidos pela equipe do Programa de Saúde da Família do Distrito do Brejo Grande, situado no município de Santana do Cariri. Foram identificados, o número e o perfil dos hipertensos atendidos pela equipe, como também a classificação quanto ao nível de gravidade, o nível de adesão ao tratamento, a evolução no que diz respeito aos níveis pressóricos e a estimativa da demanda reprimida da área.

O estudo foi realizado com todos os pacientes com hipertensão arterial essencial (n=60) acompanhados pela equipe de saúde. Durante a realização das entrevistas dois pacientes recusaram participar do estudo. A maioria dos pacientes é do sexo feminino e a faixa etária predominou em torno dos 60 anos e mais, sendo a maioria casada e um percentual significativo (43,1%) não possui nenhum grau de instrução.

Quanto ao tratamento anti-hipertensivo, a monoterapia é a mais utilizada, facilitando dessa forma a adesão ao tratamento. O anti-hipertensivo mais utilizado é o diurético hidroclorotiazida. A maioria absoluta dos pacientes (96,5%) dos pacientes referiu seguir a prescrição da medicação.

Quanto aos hábitos de vida, a maioria não bebe e não fuma. Por outro lado, a utilização de sal e gordura saturada na alimentação e a não realização de atividade física também foram referidas pela maioria.

No que diz respeito às orientações prestadas pela equipe, os pacientes centraram nas orientações que tinham dificuldade de seguir. Das orientações, a que foi mais comentada foi o uso de sal na alimentação. O seguimento das orientações foi referido por 82,7% dos entrevistados. Há grande motivação para a participação nas reuniões de grupos de hipertensos.

Quanto ao diagnóstico inicial realizado pela equipe, 36,7% dos pacientes encontram-se com hipertensão leve e 35% com hipertensão moderada. Ao final do estudo 75% dos pacientes evoluíram com melhora quanto ao diagnóstico inicial. O nível de adesão foi considerado bom, e os níveis pressóricos encontravam-se controlados em 45,8% dos pacientes.

A demanda reprimida de hipertensos da área é de 17,8%, portanto a cobertura realizada pela equipe fica em torno de 82%, bastante acima da cobertura do município como um todo.

Os dados sugerem que a abordagem de pacientes hipertensos é bastante complexa e requer o envolvimento da equipe de saúde, bem como de uma equipe multidisciplinar, com o intuito de identificar e correlacionar fatores ambientais, culturais e hábitos de vida desses pacientes, bem como implementar ações preventivas. Da mesma forma, o presente estudo também mostra que o número de famílias acompanhadas pela equipe do PSF influencia fortemente na implementação adequada das ações. Com menos de 600 famílias o acompanhamento tem mais probabilidade de ser satisfatório.

Ao final desse trabalho, duas recomendações podem ser sugeridas:

- Os profissionais das equipes de PSF devem se debruçar um pouco sobre as informações relativas à sua área de abrangência, para ter um conhecimento geral da comunidade, dos agravos e fatores de risco, para assim, poder atuar de forma mais consistente no controle das doenças prevalentes.
- Os gestores devem repensar sobre a distribuição do número de famílias por equipe, uma vez que a vigilância à saúde da população requer atividades de pesquisa e planejamento, o que não é viável com a grande demanda em áreas com um número elevado de famílias.
- Maior utilização, por parte das equipes de saúde, de recursos educativos como trabalhos em grupos, veículos de comunicação de massa, folhetos educativos, etc..

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família. Brasília, 1994.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Controle da Hipertensão Arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, CDCV/NUTES, 1995.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde. Brasília, 2001.
4. BARRETO, Antonio, Carlos Pereira. Tratamento Farmacológico I. In: Manual de Hipertensão: Entre a evidência e a prática clínica. São Paulo: Lemos, 2002. 45 – 61.
5. CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – III CBHA. São Paulo, 1998.
6. DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – IV. São Paulo, 2002.
7. FUCHS, Flávio Danni. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. 433 – 468.
8. GIL, Antonio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.
9. JR., Décio Mion, PIERIN, Ângela M. G. Hipertensão Arterial. In: Manual de Condutas Médicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 276 – 277.
10. LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos da Metodologia Científica. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.
11. LEITE, P. F. Hipertensão arterial: atualização e reciclagem. Belo Horizonte, Health, 1995.
12. MASSIE, Barry M. Hipertensão Sistêmica. In: Diagnóstico e Tratamento. Tradução de: Paulo J. Moffa e Paulo César R. Sanches. São Paulo: Atheneu, 1998. 384 – 402.

13. MCKENZIE, Clark R. Hipertensão Arterial: Manual de Terapêutica Clínica. Tradução de: Maria de Fátima Azevedo e Telma Lúcia de Azevedo Hennemann. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 64 – 83.
14. PIERIN, Ângela M. G., JR., Décio Mion. Atuação da Equipe de Enfermagem na Hipertensão Arterial. In: Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 149 – 153.
15. RIBEIRO, A. B. Atualização em Hipertensão Arterial. São Paulo: Atheneu, 1996.
16. RIERA, A. R. P. Hipertensão Arterial: conceitos práticos e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000.
17. SILVEIRA, Carlos Antonio, REMÍGIO, Maria Inês, BRANDÃO, Simone. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Conduitas em Clínica Médica. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 314 – 332.
18. SMELTZER, S. C. e BARE, B. G. Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
19. TAVARES, Agostinho, BATISTA, Marcelo Costa. Hipertensão Arterial: Como diagnosticar e tratar. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v. 57, edição especial, p. 104 – 116, dez. 2000.

ANEXO

FORMULÁRIO

Dados de Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Feminino () Masculino ()

Estado Civil

Casado (a) Solteiro (a) Outros

Escolaridade:

Analfabeto (a) Alfabetizado (a) Ensino Fundamental Completo

Ensino Fundamental Incompleto

1. Qual a medicação que você toma para a pressão?

Hidroclorotiazida

Furosemida

Captopril

Propranolol

Metildopa

Ramipril

2. Como você toma essa medicação?

Diariamente

1x/dia 2x/dia 3x/dia

Na presença de algum sintoma.

Outros: _____

3. Você ingere bebida alcoólica?

Não Sim

4. Você fuma?

Não Sim. Quantos cigarros/dia? _____

5. Você usa sal na comida?

Não Sim As vezes

6. Você ingere comida gordurosa?

Não Sim As vezes

7. Você realiza alguma atividade física?

Não Sim

8. Alguém na sua família tem hipertensão?

Não Sim

9. Quais as orientações prestadas pela equipe de saúde em relação a sua doença?

10. Você segue as orientações repassadas pela equipe de saúde?

Não. Porquê? _____

Sim. Porquê? _____

11. Você sabe qual o dia da próxima consulta?

Não Sim

12. Você já participou de alguma reunião do Grupo de Hipertensos?

Não Sim