

Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão

Biosocial characteristics and habits of the patients from an Arterial Hypertension Program

Paula C. Monteiro¹; Fabiana S. Santos¹; Patrícia A. Fornazari¹; Cláudia B. Cesarino²

¹Acadêmicas*; ²Professora Doutora*

*Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Resumo Considerando a alta prevalência de hipertensão arterial (HA), a falta de adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, bem como a relevância do controle da pressão arterial por meio dos Programas de Hipertensão Arterial e, tendo em vista suas graves complicações, realizou-se o presente estudo com os objetivos de caracterizar o perfil biossocial, identificar os hábitos de vida e analisar os índices pressóricos de todos os pacientes cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial de um Centro de Saúde Escola. Trata-se de um estudo retrospectivo, que utilizou como instrumento de coleta de dados um formulário a partir do qual foram colhidos dados em fichas e prontuários quanto à identificação, à biologia e aos hábitos de vida de 164 pacientes. Os resultados mostraram que 33,54% dos pesquisados possuíam de 60 a 69 anos, 78,83% eram do sexo feminino, 57,93% eram casados, 46,95% tinham ensino fundamental incompleto, 85,98% encontravam-se na fase de acompanhamento, 15,85% apresentavam hipertensão moderada, 16,46% tinham hipertensão leve, 6,81% tinham hipertensão grave e 23,78% tinham hipertensão sistólica isolada, 33,54% possuíam índice de massa corpórea normal, 84,15% eram assíduos nos grupos de hipertensão, 47,56% praticavam algum tipo de atividade física, 67,68% realizavam uma dieta especial (hipossódica e/ou hipogordurosa), 3,65% consumiam bebida alcoólica e 8,54% eram tabagista. Conclui-se que apesar de a maioria da população freqüentar regularmente os grupos de hipertensão e relatar manter hábitos necessários ao controle da PA, foram altos os percentuais de pessoas com aumento de pressão arterial e peso ao longo do tempo. Este estudo proporcionará subsídios para a implementação de uma assistência pela equipe multidisciplinar direcionada às necessidades destes pacientes.

Palavras-chave Pressão arterial; Promoção da saúde; Equipe de assistência ao paciente; Educação em saúde; Cuidados primários de saúde; Qualidade de vida.

Abstract Considering the high incidence of Arterial Hypertension (HA), the hypertensive patient's non-compliance to treatment as well as the importance of Arterial Pressure control in programs, and its (AH's) serious complications; this research has been carried out aiming to outline the habits and biosocial profiles of a group of regular patients from a school health center and analyze their blood pressure levels. This retrospective study used application forms from which data were collected in cards according to the identification, biology and life habits of 164 patients. The results showed that the patients' age ranged from 60 to 69 years (33.5%); 78.83% were females, 57.93% married, 46.95% had incomplete elementary school, 85.98% were on follow-up period, 15.85% mild hypertension, 6.81% acute hypertension; 23.78% isolated systolic hypertension, 33.54% normal body mass index, 84.15% attended hypertension groups regularly, 47.56% played some kind of physical activity, 67.68% had on a special low-salt and/or low-fat diet, 3.65% drank alcohol and 8.54% were smokers. We concluded that although the majority of this population was in compliance with the AH group, and related adequate behavior to control AP, the percentage of subjects with high AP and weight was greater along the research. This research can provide subsidies to implement proper care by a multi-disciplinary team, focusing those patients' needs.

Keywords Blood pressure; Health promotion; Patient care team; Health education; Primary health care; Quality of life.

Introdução

A hipertensão arterial (H.A.) é uma doença que acomete aproximadamente 20% da população adulta jovem e mais da metade dos idosos no mundo¹. Sua prevalência varia conforme os grupos étnicos e sociais². Há estimativas de que em 2025, 7% de toda a população brasileira será composta de idosos hipertensos, o que significa 16 milhões de pessoas com mais de 60 anos apresentando pressão alta³.

A H.A. é a primeira causa indireta de morte na população adulta. Desde os anos 50, os índices de óbito causado por doenças cardiovasculares têm sido crescentes e hoje elas são responsáveis por 1/3 de todas as mortes⁸.

A elevação progressiva da pressão arterial (P.A.) ocasionalmente causa lesão de vasos sanguíneos dos olhos, coração, rins e cérebro. As conseqüências dos níveis tensionais elevados persistentes e descontrolados são, portanto, insuficiência visual; hemorragia ocular; angina; fenômenos ateroscleróticos, tais como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular; além da insuficiência renal, com possibilidade de conseqüente perda da função dos rins; insuficiência circulatória; sangramentos espontâneos e acidente vascular encefálico (A.V.E.), dentre outros^{1, 4, 5, 6 e 7}.

O risco de problemas cardiovasculares associado à elevação da P.A. demonstra associação com doenças isquêmicas do coração e do cérebro, havendo também uma clara relação desses riscos com o acréscimo da idade⁹.

Conforme as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), a doença é responsável por 40% das mortes por AVE e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em 1998, o governo gastou 475 milhões de reais somente com internações por doenças cardiovasculares¹⁴.

Outro problema que merece destaque é a insuficiência cardíaca (I.C.), que atinge 3% a 6% da população mundial, incluindo de 5 a 10 milhões de brasileiros. Esses dados tornam-se ainda mais preocupantes ao considerar-se o tempo médio de sobrevida após o diagnóstico de I.C., que foi estimado em 3,21 anos para homens e de 5,38 para mulheres. E não devem ser desconsiderados os óbitos até 90 dias ocasionados por embolias pulmonares, infarto do miocárdio ou angina instável¹⁰.

O diagnóstico médico indica H.A. quando os valores da pressão sistólica (P.A.S.) e da diastólica (P.A.D.) apresentam-se, respectivamente iguais e/ou acima de 140/90 mmHg, havendo persistência destes níveis⁴.

Conforme a classificação que leva em consideração o tipo de H.A., a mesma é tida como essencial ou primária quando não apresentar causa única conhecida, embora haja múltiplos fatores de risco. Caso a elevação pressórica resulte de alguma doença já conhecida ou uso de medicamentos de ação hipertensiva, denomina-se secundária, sendo um exemplo a hipertensão resultante da isquemia renal (HRV)⁴.

A prevalência de H.A. essencial é de 90% em relação ao total de pacientes com hipertensão primária e secundária⁽³⁾. Desse modo, as ações de promoção de saúde, articuladas em equipe multidisciplinar mostram-se fundamentais para a conscientização adequada do paciente, visando não somente o controle, como também a prevenção em grupos de risco, que são aqueles que apresentam os seguintes precedentes: dislipidemia, tabagismo, diabetes melito; idade acima de 60 anos; homem pós-andropausa ou mulher pós-menopausa e abaixo de 65 anos ou homens abaixo de 65 anos com história de doença cardiovascular¹¹.

O tratamento da H.A. consiste tanto no uso de medidas medicamentosas, através de anti-hipertensivos, quanto no de não-me-

dicamentosas e mesmo o problema sendo de fácil controle, há grande dificuldade no diagnóstico e tratamento precoce, principalmente devido à falta de adesão do paciente ao tratamento². O descaso por parte do hipertenso deve-se principalmente à ausência de sintomas visíveis. Esta falta de percepção pode levar a conseqüências drásticas, uma vez consideradas as complicações que se desenvolvem no organismo sem que o indivíduo perceba, razão pela qual a doença recebeu a alcunha de “assassina silenciosa”¹.

Estima-se que cerca de 50% da população hipertensa seja desconhecida de seu diagnóstico e dentre aqueles que têm ciência de possuir a doença, apenas metade adere ao tratamento^{4, 13}. Tendo em vista a alta prevalência de H.A., a falta de adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, bem como a relevância do desenvolvimento dos Programas de H.A. para o controle da mesma, este estudo teve como objetivos: caracterizar o perfil dos pacientes hipertensos cadastrados em um Centro de Saúde Escola; identificar seus hábitos de vida e analisar a evolução de seus níveis pressóricos e controle de peso.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo no qual foram incluídos todos os 164 pacientes hipertensos cadastrados nos grupos de Hipertensão do Centro de Saúde Escola, assíduos ou não às reuniões e, dessa forma, excluiu-se da amostra todos os hipertensos que, apesar de terem recebido atendimento médico, nunca participaram dos grupos mencionados.

Em sua fase inicial ou introdutória, os grupos encontram-se mensalmente e quando na segunda fase, que é de acompanhamento, os encontros são trimestrais, sendo que cada encontro tem duração de aproximadamente uma hora. Não há um tempo médio pré estabelecido para o atendimento dos pacientes nos grupos, sendo assim, cada um será integrante de seu respectivo grupo indefinidamente.

Para a obtenção dos dados a partir das fichas e prontuários dos sujeitos da pesquisa, utilizou-se um formulário (anexo 1), contendo campos para o registro de dados relativos ao perfil social, à biologia e aos hábitos de vida da população em estudo.

Dada a dificuldade em coletar alguns dados relacionados aos hábitos de vida nos prontuários ocasionada pela falta de registro por parte dos profissionais de saúde do serviço em questão, a pesquisadora, por meio da aprovação do Comitê de Ética realizou uma busca fonada para obtenção de alguns dados, a saber: prática de atividades físicas, dieta especial (hipossódica e/ou hipogordurosa) e consumo de álcool e/ou tabaco. Na apresentação dos resultados, o termo indefinido foi utilizado para englobar os dados não registrados nos instrumentos em que fez-se a coleta.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FAMERP iniciou-se a coleta de dados implementando-se todas as recomendações realizadas pelo referido Comitê.

A seguir os dados obtidos foram agrupados de acordo com suas especificidades, analisados por meio da estatística descritiva e apresentados de forma quantitativa em gráficos e tabelas.

Resultados

Caracterização do Perfil Social:

A maior parte da população estudada encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos, como mostra o Gráfico 1.

Verifica-se a predominância do sexo feminino, como demonstra o Gráfico 2.

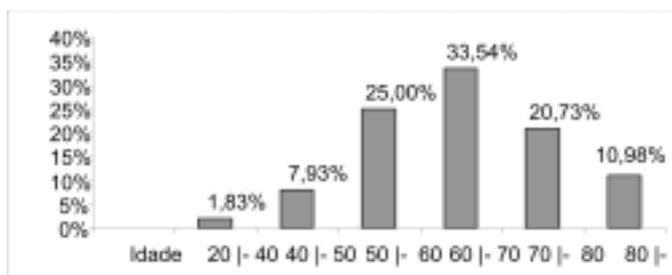


Gráfico 1: Representação gráfica dos sujeitos quanto à faixa etária



Gráfico 2: Representação gráfica dos sujeitos quanto ao sexo

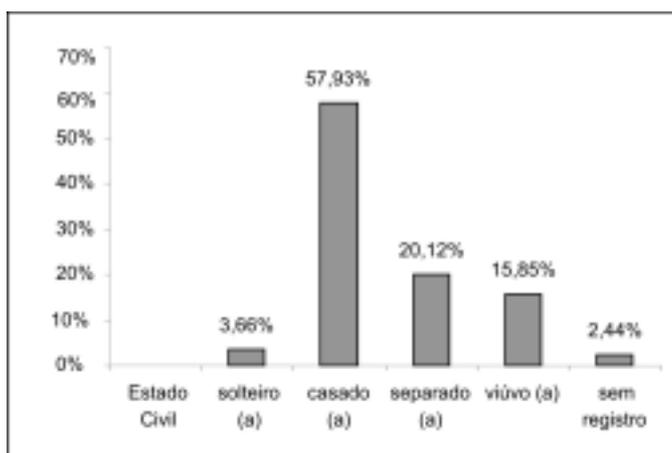


Gráfico 3: Representação gráfica do estado civil dos sujeitos.

Em relação à ocupação, conforme apresenta a Tabela 1, uma considerável parcela da população era do lar.

No Gráfico 3 observa-se que a maioria dos pacientes eram casados e, conforme o Gráfico 4, grande parte deles tinha apenas ensino fundamental incompleto.

Os grupos de hipertensão constituem-se de duas fases. Na fase I realizam-se sete encontros mensais, sendo uma etapa introdutória onde estabelece-se a interação entre a equipe de profissionais e dá-se noções gerais acerca da H.A. e seus fatores de risco além de realizar-se a verificação da P.A.. Já na fase II, que é de acompanhamento, os pacientes retornam a cada três meses para uma consulta médica, verificação da PA e do peso corporal e participam também de grupos de exercícios corporais, bem como de atividades psico-educativas. Conforme mostra o Gráfico 5, a maioria dos pacientes pertencia a grupos de fase II

Dados Relativos à Biologia dos Indivíduos:

Em relação ao controle da P.A., o Gráfico 6 a traz a comparação dos índices pressóricos dos pacientes em geral no início de participação nos grupos com seus índices pressóricos atuais. A média da P.A.S. foi de $140,88 \pm 20,6$ mmHg no início de participação dos pacientes nos grupos e de $143,71 \pm 21,03$ mmHg no momento atual. A variação média de P.A.S. foi de 2,83 mmHg. Já a média da P.A.D. manteve-se aproximadamente a mesma nos dois períodos, sendo $85,19 \pm 12,3$ mmHg no início e $85,15 \pm 12,9$ mmHg atualmente, resultando numa pequena diferença negati-

Tabela 1: Distribuição dos sujeitos quanto à ocupação

OCUPAÇÃO
Aposentado
Do lar
Doméstica
Profissionais liberais (pedreiro/pintor/ba
Agricultor/horticultor
Auxiliar de escritório/secretária/contado
agente de viagem
Indefinido
TOTAL

va de 0,04 mmHg.

A seguir observa-se, nos Gráfico 7, a comparação Índice de Massa Corpórea ou IMC (Kg/m^2) entre os registros iniciais e os registros mais atuais de I.M.C. dos pacientes em geral.

O IMC inicial médio foi de $25,85 \pm 8,84$ Kg/m^2 , enquanto que o IMC médio atual foi de $27,54 \pm 6,49$ Kg/m^2 e dessa forma houve um pequeno acréscimo entre ambos de 1,69 Kg/m^2 .

Os medicamentos mais utilizados pela população estudada apresentam-se no Gráfico 9.

A maioria dos pacientes foram considerados freqüentes nas reuniões dos grupos de hipertensão (Gráfico 10).

Dados relacionados aos hábitos de vida:

Quanto à atividade física, a maior parte dos pacientes relatou praticar algum tipo exercício físico (Tabela 2), sendo a caminhada a atividade mais citada, como se pode observar no Gráfico 11. A freqüência com que a população estudada realizava exercícios físicos pode ser vista no Gráfico 12.

Os hábitos alimentares podem ser observados na Tabela 3.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, poucos pacientes afirmaram consumir álcool (Tabela 4) e, como pode-se ver na Tabela 5, também foi pequena a parcela de tabagistas.

Discussão

Caracterização do Perfil Social da População:

Observou-se que, em se tratando da idade, houve uma relação crescente de H.A. com a mesma, mostrando semelhança com um estudo de Lolio¹⁸ e a maioria da população estudada encontrase na faixa etária de risco, de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, nas quais estima-se que pelo menos 65% dos idosos são hipertensos¹⁴.

Embora geralmente os homens tenham mais chances de desenvolver H.A., o sexo feminino mostrou-se predominante neste estudo, porém, vale lembrar a faixas etárias obtidas; segundo Pessuto e Carvalho (1998) observa-se que até 40 anos os homens são mais atingidos e após essa idade são as mulheres as mais acometidas, devido à perda da proteção dos hormônios femininos com a chegada da menopausa¹⁷.

Embora a relação do desencadeamento da H.A com o tipo de estresse ambiental e a ocupação manual não esteja comprovada, estes são fatores a serem considerados nos hipertensos apesar de com o e neste estudo a ocupação do lar foi a mais freqüente^{14, 18, 19}.

Segundo Lolio et al (1993) existe pouca relação entre escolaridade e H.A.²⁰, porém, num estudo de Cesarino (2000), realizado junto a pacientes hipertensos, observou-se a prevalência de

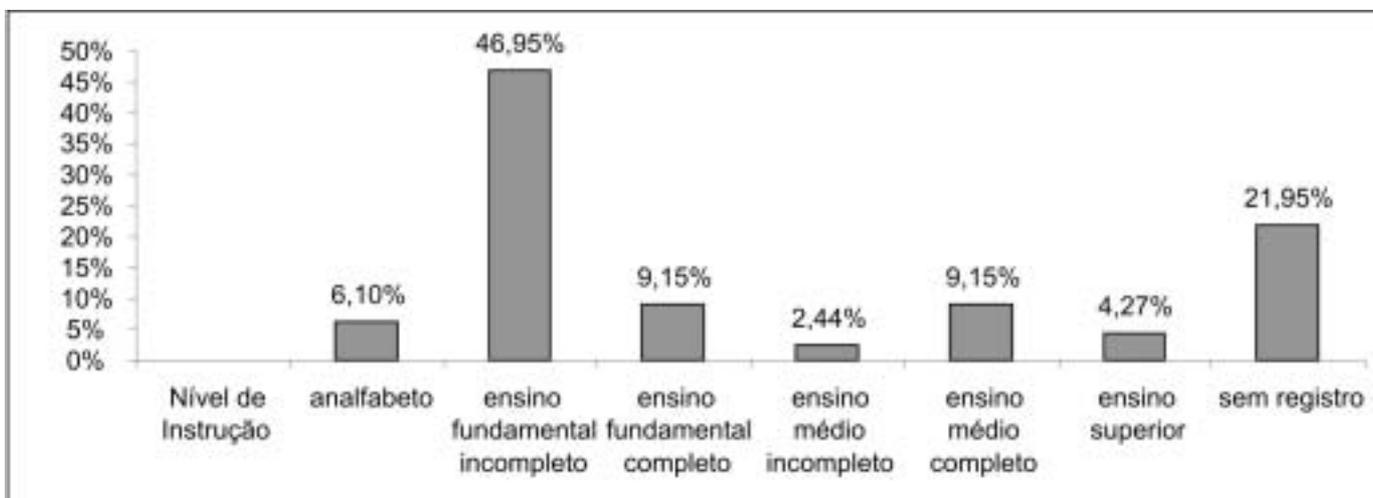


Gráfico 4: Representação gráfica dos sujeitos quanto ao nível de instrução

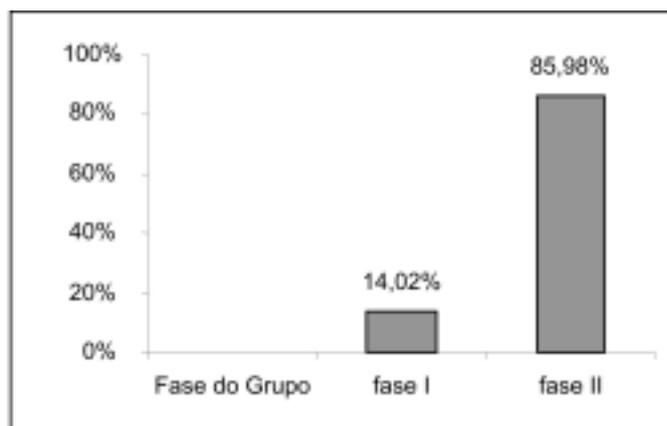


Gráfico 5: Representação gráfica dos sujeitos quanto à fase do grupo

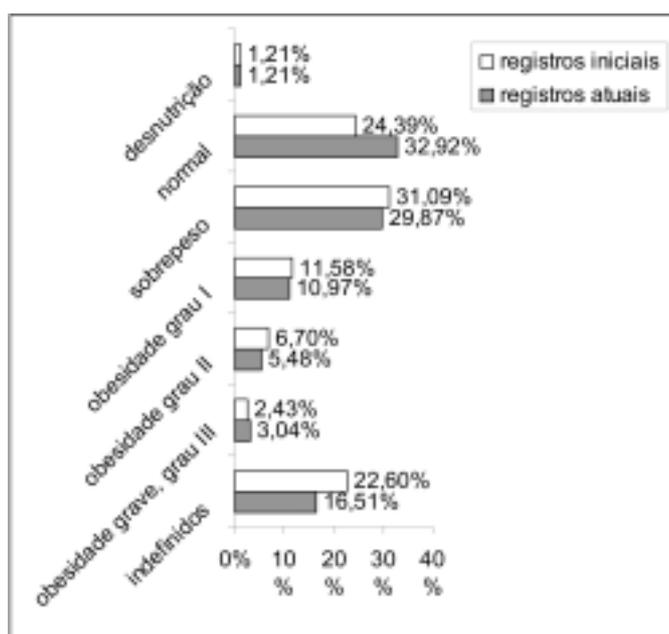


Gráfico 7: Representação gráfica da comparação entre os registros iniciais e finais de IMC

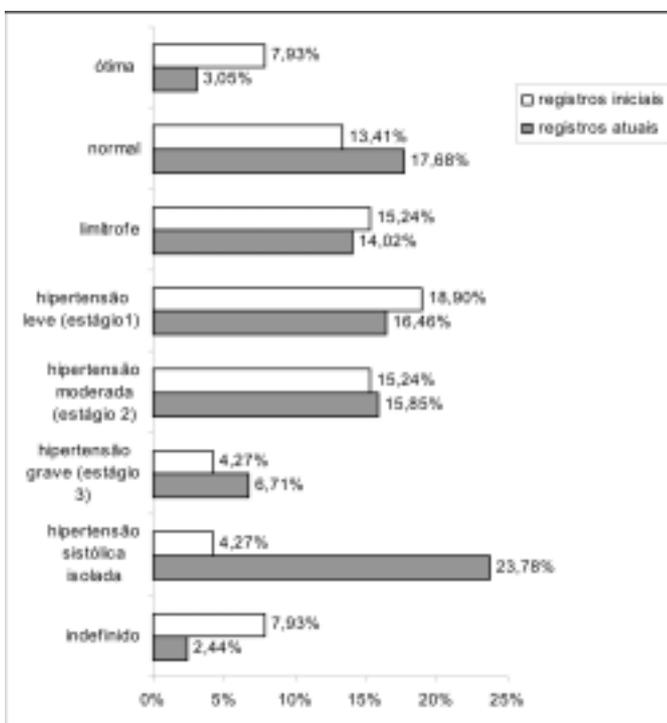


Gráfico 6: Representação gráfica da comparação dos índices pressóricos iniciais com os atuais

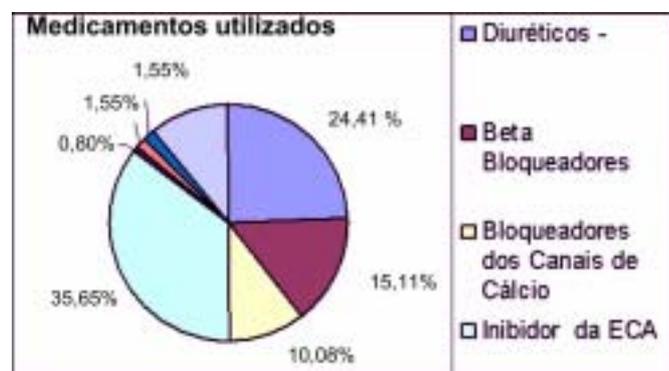


Gráfico 9: Representação gráfica dos sujeitos quanto à terapia medicamentosa

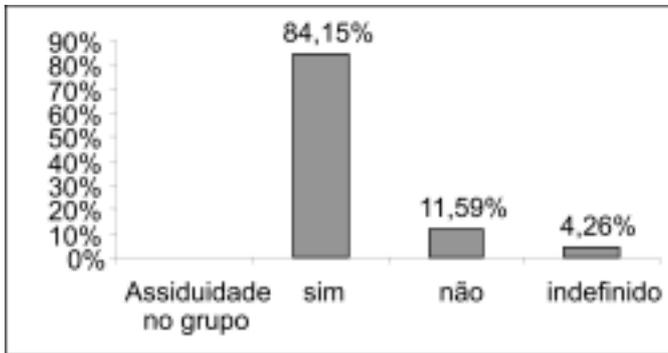


Gráfico 10: Representação gráfica dos sujeitos quanto à assiduidade nos grupos de HÁ



Gráfico 11: Representação gráfica dos sujeitos quanto à atividade física realizada

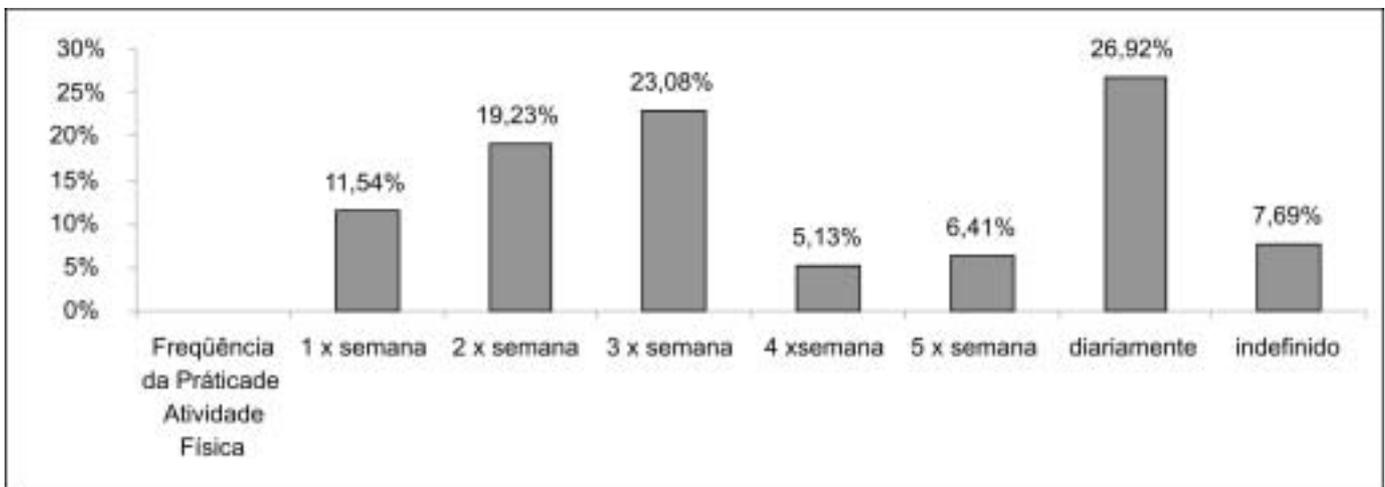


Gráfico 12: Representação gráfica dos sujeitos quanto à frequência da prática de exercícios físicos

Tabela 3: Distribuição dos sujeitos quanto à alimentação especial

ALIMENTAÇÃO ESPECIAL				
SIM		NÃO		
N	%	N	%	
111	67,68	26	15,86	

Tabela 4: Distribuição dos sujeitos quanto ao consumo de bebida alcoólica

CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA				
SIM		NÃO		I
N	%	N	%	N
6	3,65	139	84,76	19

Tabela 5: Distribuição dos sujeitos quanto ao tabagismo

TABAGISMO				
SIM		NÃO		I
N	%	N	%	N
14	8,54	136	82,92	14

indivíduos com ensino fundamental incompleto, como é o caso do presente estudo ²¹.

O fato de que a grande maioria dos pacientes encontrava-se na fase de acompanhamento (fase II) nos grupos de hipertensão, leva a se esperar que estes tenham já recebido noções básicas acerca de H.A. e das medidas para o seu controle e prevenção dos fatores de risco, no entanto, a análise dos índices pressóricos e IMC descrita a seguir, vem a revelar uma situação que não condiz com esta suposição.

Dados Relativos à Biologia dos Indivíduos:

Tanto a P.A. quanto o peso dos pacientes participantes dos grupos pesquisados são aferidos a cada encontro dos mesmos, dessa forma, a frequência de medição é mensal quando os grupos estão na fase introdutória e trimestral quando os mesmos encontram-se na fase de acompanhamento.

Para analisar a evolução dos índices pressóricos dos indivíduos ao longo do tempo realizou-se, por meio das fichas de controle dos grupos, uma comparação entre os registros iniciais com os registros mais atuais da pressão aferida de todos os pacientes. Como resultado detectou-se um decréscimo na porcentagem de pacientes com pressão ótima, hipertensão limítrofe e hipertensão leve ao passo que houve um aumento no número de pessoas com hipertensão moderada, hipertensão grave e hipertensão sistólica isolada.

Tanto a da P.A.S. quanto da P.A.D. médias não sofreram grande alteração entre os dois períodos; a diferença entre a P.A.S. média inicial e final foi de apenas 2,83 mmHg e a diferença entre a

P.A.D., de 0,04 mmHg.

Existe uma forte relação entre massa corporal e P.A., sendo que o excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco de um indivíduo desenvolver hipertensão. A prevalência de H.A. pode ser explicada em 20 a 30% por sua associação com o aumento de peso. A perda de peso, mesmo que pequena resulta em melhor controle da P.A., pois leva à queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso simpático. O IMC recomendado para a manutenção do peso ideal é de 20 a 25 Kg/m² ^{14, 19, 20 e 21}. Nos grupos pesquisados não detectou-se decréscimo nas médias de IMC dos pacientes em geral ao longo do tempo de atendimento nos grupos, pelo contrário, a média manteve-se na mesma classificação entre ambos (sobrepeso), sendo 25,85 ± 8,84 Kg/m² no início e 27,54 ± 6,49 Kg/m² no período atual.

Estes dados evidenciam a necessidade de busca de estratégias mais assertivas, que favoreçam uma conscientização aceitável e, conseqüentemente, a adesão desses pacientes aos esquemas terapêuticos e, para tanto faz-se necessária, primeiramente, uma análise detalhada que possibilite a detecção dos pontos falhos, tanto por parte dos pacientes quanto da equipe multiprofissional que atua junto aos mesmos. Em relação aos pacientes é preciso tomar ciência sobre a maneira como estes vêm sendo em prática as medidas de prevenção e controle e no que diz respeito aos profissionais, os métodos que vêm sendo utilizados pelos mesmos, bem como sua capacitação e empenho na implementação tanto das ações em comum, quanto das específicas e individuais de cada profissional devem ser revistas.

Segundo as IV Diretrizes Brasileiras de H.A. ¹⁴, as ações em equipe são de fundamental importância na obtenção da motivação dos pacientes a fim de que estes possam tomar medidas efetivas e permanentes para a prevenção e o controle da H.A.

Dentre os medicamentos mais utilizados pela população estudada, o inibidor da ECA foi o anti-hipertensivo mais utilizado, o que leva à inferência de que provavelmente haja uma quantidade considerável de pacientes que tenham sofrido infarto agudo do miocárdio, pacientes com insuficiência cardíaca, bem como pacientes com alto risco para doença aterosclerótica nesta população, já que a indicação deste medicamento dá-se para tais casos. Os diuréticos apareceram em segundo lugar, sendo utilizados por 24,41% dos pacientes. Em seguida apareceram os beta-bloqueadores, que são primeira opção em caso de HA associada com doença arterial coronária ou arritmias cardíacas. Apenas 26 pacientes faziam uso de bloqueadores dos canais de cálcio, porém de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, tais anti-hipertensivos, em relação aos demais, levam a uma menor diminuição das taxas de hospitalização por insuficiência cardíaca e infarto do miocárdio embora também sejam eficazes na redução da morbi-mortalidade ¹⁴.

Em relação à frequência nos encontros dos grupos de Hipertensão, 84,15% dos pacientes eram freqüentes. Considerou-se a assiduidade de acordo com a rotina do Centro de Saúde, pela qual seriam assíduos aqueles que não faltassem a três ou mais reuniões dos grupos em que estavam incluídos.

Dados relacionados aos hábitos de vida:

Diversos estudos afirmam que há uma relação inversa entre atividade física e aumento da P.A. ⁽¹⁴⁾. Segundo Negrão e Rondon (2001) ³, o exercício físico regular com treinamento de baixa intensidade provoca redução do tônus simpático do coração e, assim, bradicardia de repouso, levando à diminuição do débito cardíaco e da P.A. Portanto, a atividade física tem efeito benéfi-

co sobre a P.A., constando de um importante elemento não medicamentoso para o seu controle ²².

Considerando-se-se como 100% o total de citações, observa-se que uma grande parcela da população (47,56%) relatou praticar algum exercício físico, sendo a caminhada a atividade mais citada (68,18%). No entanto, quase metade dos pacientes não praticava nenhuma atividade física, todavia, o fator idade deve ser considerado, haja vista que a população encontra-se, predominantemente, na fase de terceira idade, quando as deteriorações fisiológica e estruturais são marcantes em todos os sistemas do corpo; nesta faixa etária são freqüentes doenças associadas os traumas debilitantes ²⁴.

O uso crônico da alimentação com elevado conteúdo de sal está associado à elevação da PA. Portanto, a restrição de sal tem sido recomendada como fator determinante no controle não medicamentoso da H.A. A dieta também deve conter baixo teor de gordura para que seja possível a manutenção do peso ideal ^{14, 15, 23, 28, 23}. A maioria (67,68%) dos pacientes pesquisados relataram fazer uma dieta especial (hipossódica e/ou hipogordurosas).

Apesar de o consumo de etanol em excesso ser um fator freqüentemente considerado como de risco para H.A. por elevar consideravelmente a pressão arterial, tanto a aguda quanto a crônica e, mesmo a população brasileira sendo uma das que mais ingere álcool, apenas 3,65% dos pacientes afirmaram fazer uso do mesmo ^{14, 29, 30, 31}. E muito embora o hábito de fumar, segundo a literatura, seja uma característica de indivíduos que possuem maior risco de desenvolver hipertensão ²⁶, o índice de tabagismo foi semelhantemente baixo; somente 8,54% dos pacientes relataram ser tabagista.

Conclusão

No presente estudo observou-se que a maior parte dos pesquisados (33,54%) possuíam entre 60 e 69 anos, 78,83% eram do sexo feminino, 57,93% eram casados, 46,95% tinham ensino fundamental incompleto, 85,98% encontravam-se em fase de acompanhamento, 84,15% eram assíduos nos grupos de hipertensão, 47,56% praticavam algum tipo de atividade física, 67,68% realizavam uma dieta especial (hipossódica e/ou hipogordurosas), 3,65% consumiam bebida alcoólica e 8,54% eram tabagistas.

Apesar de a maioria dos pacientes hipertensos ter sido considerada freqüente nos grupos de H.A., tendo recebido, teoricamente, todas as orientações necessárias ao controle da H.A. e seus fatores de risco, houve aumento considerável da porcentagem de pacientes com classificações mais graves de hipertensão e não pôde-se observar a redução esperada dos índices pressóricos (P.A.S. variou de 140,88 ± 20,6 mmHg para 143,71 ± 21,03 mmHg e P.A.D. variou de 85,19 ± 12,3 mmHg para 85,15 ± 12,9 mmHg); o IMC também não apresentou redução significativa (IMC inicial de 25,85 ± 8,84 Kg/m² e atual de 27,54 ± 6,49 Kg/m²) ao longo do tempo de tratamento, o que evidencia a necessidade de melhoria da resolutividade por parte da assistência primária junto a esses pacientes através da análise dos pontos fracos de atuação e busca de novas estratégias para o controle da P.A. e redução de peso. Este estudo dará subsídios para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Referências Bibliográficas

1. Brunner LS, Suddart DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
2. A pressão da vida moderna. Urbanização abala a saúde de moradores do interior da Amazônia. Pesqui FAPESP 2003 abr.;(86):36-7.
3. MEDlife. Hipertensão arterial [citado 2004 Abr 16]. Disponível em:

<http://www.members.tripod.com/medlife-ua/cardiologia.html>

4. Timerman A, editor. Manual de Cardiologia SOCESP. São Paulo: Atheneu; 2000.

5. Hipertensão arterial (Pressão Alta) [citado 2004 Abr 16]. Disponível em: <http://www.fiumari.med.br/hipertensaoarterial.htm>

6. Dicas de Saúde. Hipertensão: prevenção; perguntas e respostas. [citado 2004 Abr 16]. Disponível em: <http://www.csst.com.br>

7. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report. JAMA 2003;289(19):2560-72.

8. Souza ALL. Hipertensão arterial: perfil da morbidade referida na região sudoeste da Grande São Paulo, 1989-1990. Rev Eletrôn Enferm 2000;2(1). [citado 2004 Abr 16]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>

9. Fuchs FD, Gus M, Zaslavsky R, Cruz MS. Pressão arterial e risco cardiovascular: a evidência definitiva. Hipertensão 2003;6(2):58-60.

10. Fernandes J, Gus M, Nunes D. Epidemiologia da insuficiência cardíaca. Hipertensão 2000;3(4):148-9.

11. Castro I. Cardiologia: princípios e prática. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 1999.

12. Pierin A, Mion DJ. A atuação da equipe de PSF na hipertensão arterial. São Paulo 2001 [citado 2004 Abr 16]. Disponível em: http://is-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema4/texto25_5.asp.

13. Esqueceu de novo?! Pesquisa FAPESP 2003 dez.;(94):28.

14. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002. Arq Bras Cardiol 2004;82(Supl IV):1-14.

15. Cesarino CB, Cardoso SS, Machado MR, Braile DM, Godoy MF. Abordagem educativa sobre a restrição salina ao paciente hipertenso. Arq Ciênc Saúde 2004;11(4):234-7.

16. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev Latinoam Enfermagem 1998 jan.;6(1):33-9.

17. Rocha R, Porto M, Morelli MYG, Maestá N, Waib PH, Burini RC. Efeito do estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. Rev Saúde Pública 2002 out.;36(5):568-75.

18. Lólio, CA, Pereira JC, Lotufo PA, Souza JMP. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. Rev Saúde Pública 1993 out.;27(5):357-62.

19. Cesarino CB. Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2000.

20. Lopes HF, Barreto-Filho JAS, Riccio GMG. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2003 jan.-fev.;13(1):148-55.

21. AMM Feijão, FV Gadelha, AA Bezerra, AM Oliveira, MSS Silva, JWO Lima. Prevalência do excesso de peso e hipertensão arterial em uma população urbana de baixa renda. Arq Bras Cardiol 2005;84(1). [citado 2005 Jun. 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000100007&lng=en&nrm=iso

22. Negrão CE, Rondon MUPB. Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo da pressão arterial. Rev Bras Hipertens 2001 jan.-mar.;8(1):89-95.

23. Monteiro MF, Sobral F, Dário CN. Exercício físico e controle da pressão arterial. Rev Bras Med Esporte 2004;8(6). [citado 2 Jun 2004]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151786922004000600008&lng=en&nrm=iso.

24. Souza JAG, Iglesias ACRG. Trauma no idoso. AMB Rev Assoc Med Bras 2002;48 (1):79-86.

25. Ruivo GF, Heimann JC. O efeito do sal na resistência à insulina: evidências clínicas e experimentais. J Bras Nefrol 2003 mar.;25(1)34-40.

26. Klein CH, Araújo JWG. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 1985 abr.-jun.;1(2):160-76.

27. Lima CTS, Carvalho FM, Quadros CA, Gonçalves HR, Silva Jr JAS, Peres MFT et al. Hipertensão arterial e alcoolismo em trabalhadores de uma refinaria de petróleo. Rev Panam Salud Pública 1999 sep.;6(3):185-91.

28. Faintuch JJ. Repercussões cardiovasculares do alcoolismo. Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo 1995 jan.-fev.;50(1):76-9.

Correspondência:

Paula Costa Monteiro

Rua Floriano Peixoto, 256 ap. 21

15025-110 - São José do Rio Preto - SP

Tel.:(17)3231-6548/9101-7211

e-mail: paullamail@yahoo.com.br
