

Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família

Hypertensives profile in a family health center

Patrícia R. Carlos¹; Pedro F. Palha²; Eugênia V. Veiga³; Lúcia M. Beccaria⁴

¹Enfermeira*, Especialista em UTI**; ²Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública*; ³Professora Associada ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada*; ⁴Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Especializada**

* Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP

** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Resumo O estudo caracteriza o perfil de hipertensos em um Núcleo de Saúde da Família do interior paulista. As variáveis sexo, idade, escolaridade, doenças associadas e tratamento foram obtidas da ficha A do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica); do prontuário médico e analisadas pelo programa Epi-Info. A população foi de 343 hipertensos. Destes, 188 são usuários do serviço, sendo 70% mulheres e 30% homens; 74,80% idosas, 66,66% idosos; 7,44% analfabetos, 65,42% com 1º grau de escolaridade, 15,95% com 2º grau e 5,31% com ensino superior. As doenças mais referidas foram as cardiovasculares que se destacam com os percentuais mais elevados atingindo 25,53%, o diabetes aparece em 22,34%; seguido da dislipidemia (20,74%), obesidade (17,02%), tabagismo (5,31%), doença cérebro vascular (4,78%) e doença renal (1,59%). Os fármacos mais utilizados foram os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina, Diréticos Tiazídicos, Anti-agregantes plaquetários e os Hipoglicemiantes orais. Tais resultados poderão subsidiar o desenvolvimento de estratégias para prevenção de complicações e retardo de agravos.

Palavras-chave Perfil de Saúde; Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família.

Abstract This study characterizes the hypertensives' profile in a Family Health Care Center from the interior of São Paulo. The variables such as the age, sex, years of study and treatment were taken from the registered card A from the BHIS (Basic Health Information System), and the medical record; these were analyzed by the Epi Info program. A total of 343 hypertensives comprised the population. Out of these, 188 were users of this service: 70% women and 30% men, 74.8% elderly women, 66.6% elderly men, 7.44% were illiterate, 65.42% had primary school, 15.95% had high school and 5.31% had university level. Cardiovascular disease was the leading reported disease, the highest percentual (25.53%), diabetes (22.34%), following dislipidemy (20.74%), obesity (17.02%), tobacco (5.31%), brain disease (4.78%) and kidney disease (1.59%). The drugs most used were Angiotensina converting enzyme inhibition, Diuretics, Aspirin, and Hipoglicemiantes. These results can provide the development of strategies for prevention of short and long-term complications.

Keywords Health Profile; Hypertension; Primary Health Care; Family Health Program.

Introdução

A Reforma do setor saúde no Brasil tem sido impulsionada pelo movimento sanitário ao longo de mais de três décadas e é decorrente da necessidade da reorganização dos serviços de saúde na busca de equidade do setor. Observa-se que as mudanças no setor saúde foram impulsionadas e motivadas a partir da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que trouxe o ideário de um “Sistema Único de Saúde” - SUS, permeado pelos princípios de *universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular*. Como “estado de direito” passou a tomar corpo após a incorporação na Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 e sua inserção nas Leis Orgânicas da Saúde editadas em meados de 1990 - lei 8.080 e lei 8.142, e NOBS 1991, 1993, 1996 e

NOAS 2001. Essa reforma foi caracterizada como Big Bang*¹. Com o intuito de otimizar os recursos e revertê-los em melhorias para as condições de vida e saúde, houve a necessidade de rever o paradigma organizacional focado apenas na assistência curativo/hospitalar. A partir de então, buscou-se subsídios na Atenção Básica como principal norteadora das ações de saúde e em 1991 o Ministro da Saúde criou o programa de agentes comunitários de saúde - PACs, onde inicia o enfoque na família e na prevenção de doenças através do levantamento das necessidades do nível local. A partir de seu êxito, e da necessidade de incorporar novos profissionais, ao final da reunião em 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo Ministro da Saúde Dr. Henrique Santillo, iniciou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), sob a

Coordenação da Saúde da Comunidade (COSAC) ².

O PSF surge como estratégia governamental destinado a reorganizar o sistema de saúde com vista a garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Vem paulatinamente tornando-se unanimidade nacional, referido como uma das estratégias para solucionar os problemas da Saúde Pública seja no universo político-partidário, das corporações profissionais da saúde (abertura de mercado de trabalho), seja no setor de formação em saúde (pólos de capacitação), seja na própria sociedade civil (acesso aos serviços de saúde) ³.

*Para o autor reforma Big Bang “se caracteriza por um movimento de mudança realizado de cima para baixo, implantado mediante um amplo arco de intervenções, muitas vezes com restrita negociação com forças políticas antagonicas, com pouca base em evidências e sem prévios experimentos piloto, e que interferem sobre um conjunto significativo das macrofunções dos sistemas dos serviços de saúde ⁽¹⁾”.

Como parte do Sistema de Saúde Local, o PSF tem a família como seu objeto de atenção. Assim, o programa busca identificar o contexto social e histórico albergado na família o que permite olhar para a família no seu espaço/domicílio que se abre às relações sociais, que se fazem em todos os locais da comunidade⁴. O PSF busca a equidade através da discriminação positiva na qual são eleitos públicos (através do cadastramento das famílias, visitas domiciliares e formulação de indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos), pela forma de atuação (multiprofissional e intersetorial), não abolindo outros meios de complexidade. Busca a humanização da assistência, destacando a importância de reconhecer nas pessoas que buscam no serviço de saúde a resolução de suas necessidades, respeitando suas crenças, valores e desejos para poderem exercer a autonomia. Através dessa humanização é que se pode alcançar o processo educativo⁵.

Para uma eficácia na atenção à saúde é necessária a intervenção da equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), concomitantemente com o auxílio de diversas fontes de informação como o IBGE, cartórios, Secretaria de Saúde e o SIAB, para traçar o diagnóstico levando em conta o processo de transição demográfica e epidemiológica ocorrido nas últimas décadas em nossa sociedade e, desta forma, direcionar a assistência às morbidades mais frequentes. Essa estratégia inovadora entre nós, vem alcançando cobertura crescente quanto à identificação de novos casos, controle do tratamento e prevenção de agravos, sobretudo quando se trata de doenças crônicas.

O envelhecimento da população traz repercussões para os serviços de saúde, pois, o aumento da expectativa de vida vem acompanhado pelo aumento da prevalência de outras morbidades também crônico-degenerativas, destacando-se atualmente a Hipertensão Arterial (HA), hoje considerada como a principal morbidade em idosos o que traz um maior número de consultas, exames laboratoriais, medicamentos e internações, acarretando evidente aumento no financiamento e custos operacionais do setor saúde ^{6,7}.

A HA é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial (PA) frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos, acomete cerca de 15 a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e atingindo mais pessoas do sexo masculino até 45 a 50 anos; sendo que a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres⁸. 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 sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde interferem na observância ao tratamento ^{6,7}.

Para identificar a HA em um indivíduo, é preciso saber que ela ocorre quando há um aumento na resistência das paredes arteriais, relacionando-se, portanto, com o débito cardíaco e a resistência vascular periférica. É uma patologia praticamente assintomática – “assassina silenciosa”, identificada através da aferição da PA e quando apresentam valores persistentes iguais ou maiores que 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para a diastólica são consideradas hipertensão (aferindo 3 vezes, na posição sentada ou deitada e na primeira medição é feita nos dois braços) ⁸.

Dos indivíduos que apresentam pressão arterial elevada mais de 95% não apresentam causa ou doença que justifique a elevação de sua PA e nestes casos são classificados como Hipertensão Arterial Primária. Poucos são os hipertensos onde se conseguem definir uma doença orgânica, ou seja, uma causa como responsável pela elevação e manutenção dos níveis tensionais, sendo nestes casos classificada de Hipertensão Arterial Secundária. Geralmente estão relacionadas com doenças renais, endócrinas (Diabetes Mellitus, Hipertiroidismo, Doença de Cushing, Feocromocitoma), metabólicas (Nefropatia por gota), neurológicas (tumores intracranianos), infecciosas (Tuberculose renal), vasculares, toxemia da gravidez e iatrogênicas ^{7,8}.

A utilização de medidas não medicamentosas associadas a anti-hipertensivos tem sido o tratamento da HAS com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por intercorrência de alterações cardiovasculares e normalizar os níveis pressóricos. O tratamento ineficaz da HA pode trazer graves consequências para os órgãos alvo, como: hipertrofia cardíaca, encefalopatia hipertensiva ou insuficiência cardíaca, doenças hipertensivas de pequenos vasos: hemorragia cerebral, infarto lacunar, e doença arteriosclerótica de grandes vasos: angina do peito, infarto cerebral e do miocárdio⁹.

Os enfermeiros e membros da equipe, no PSF, vivenciam a pouca adesão e abandono ao tratamento anti-hipertensivo. Esforços devem ser reunidos no sentido de otimizar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, visando minimizar ou evitar esta problemática tão frequente⁰⁸

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil dos hipertensos assistidos em um Núcleo de Saúde da Família do interior paulista com a finalidade de trazer subsídios para identificar estratégias e definir ações de saúde para atender os clientes voltados para a atenção primária.

Método e casuística

População

Indivíduos cadastrados no Núcleo de Saúde da Família I (NSF I), do Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto, com diagnóstico de Hipertensão Arterial. Os dados foram coletados da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do prontuário médico. Dos 343 hipertensos cadastrados no Núcleo de Saúde da Família em estudo, 188 eram usuários deste serviço e constituíram a população estudada atendendo aos critérios de inclusão.

Crítérios de Inclusão

Indivíduos com diagnóstico de Hipertensão Arterial constando no prontuário médico e em acompanhamento no Núcleo de Saúde da Família no período da pesquisa.

Crítérios de Exclusão

Nenhuma menção de diagnóstico de Hipertensão Arterial no prontuário do paciente.

Amostra

O Teorema do Limite Central foi utilizado para ajustar o tamanho da amostra utilizada no presente estudo. De acordo com este teorema, amostras de número superior a trinta indivíduos se comportam da mesma maneira que a população desde que esta se enquadre em uma distribuição normal. Foi realizada uma análise de homogeneidade dos dados com o intuito de verificar o comportamento dos mesmos e constatou-se que os dados se ajustam a uma distribuição normal.

Foram analisados todos os prontuários dos pacientes cadastrados no NSF I e o total de hipertensos referidos nos prontuários médicos foi de 343 pacientes sendo que 188 indivíduos hipertensos estavam em acompanhamento no momento do estudo os quais atendiam aos critérios de inclusão e foram a amostra estudada.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por acadêmica do quarto ano de enfermagem integrada ao Programa Especial de Treinamento (PET) durante o período de janeiro a dezembro de 2005 a qual realizou visitas periódicas neste Núcleo de Saúde para coleta de dados utilizando instrumento de coleta de dados o qual era composto das variáveis: número do prontuário, data de nascimento, sexo, idade, escolaridade, ocupação, doença ou condição referida, tipo de moradia, destino do lixo, tratamento de água no domicílio, uso de medicamentos, tipo e dosagem do medicamento.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e aprovado em maio de 2003.

Análise dos dados

Os dados foram inseridos numa base de dados e analisados estatisticamente pelo Programa Epi Info V.6.04b¹⁰.

Resultados e discussão

Dos 188 hipertensos, como mostra a tabela 1, 70% (131) são mulheres e 30% (57) homens, revelando que as mulheres buscam mais frequentemente tratamento médico, ficando menos expostas a riscos¹¹ e acima dos 45-50 anos de idade são mais acometidas pela hipertensão devido à pós-menopausa com queda do estrógeno que tem efeito cardioprotetor⁸.

Em relação à escolaridade, 7,44% dos hipertensos são analfabetos; 65,42% possuem até o 1º grau de escolaridade; 15,95% chegaram ao 2º grau e 5,31% tem nível superior. Níveis baixos de instrução estão diretamente relacionados com altos níveis pressóricos, sendo fatores inversamente proporcionais. Isto ocorre porque a baixa instrução prejudica o entendimento e adesão ao tratamento, aumentando a hipertensão¹⁶. Por isso, a educação em saúde deve ser reforçada nesta população.

Tabela 1: Distribuição de hipertensos segundo sexo e escolaridade, Ribeirão Preto, 2005.

Escolaridade	Masculino	Feminino	Total	Porcentagem
Analfabeto	1	13	14	(7,44%)
1º grau	34	89	133	(65,42%)
2º grau	14	16	30	(15,95%)
3º grau	7	3	10	(5,31%)
Não consta	1	10	11	(5,85%)
Total	57(30%)	131(70%)	188	(100,00%)

Fonte: Ficha A do SIAB

Quanto à idade, 74,8% (98) mulheres e 66,6% (38) de homens hipertensos estão acima de 60 anos de idade, ou seja, são idosos, como mostra a tabela 2. Portanto, possuem necessidades de saúde específicas e possibilidades de já terem uma ou mais doenças estabelecidas, necessitando de orientações e controles que devem ser desenvolvidos. Estima-se que cerca de 65% dos idosos brasileiros sejam hipertensos^{12,13,14}. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo esta a principal doença crônica na população idosa¹⁵.

A hipertensão é o mais importante fator de risco cardiovascular modificável, estando associada a condições bastante frequentes em idosos, como doença arterial coronariana (DAC), doença cérebro-vascular, entre outras¹⁶. A importância do tratamento da hipertensão Arterial (HA) em idosos como estratégia visa a redução da morbimortalidade cardiovascular¹² e a redução do déficit cognitivo¹⁷.

Sendo o PSF definido como uma estratégia para organizar a atenção básica, este foi implantado a fim de trazer uma nova concepção de saúde, voltada para a promoção da qualidade de vida e intervenção em fatores de risco. Neste caso, no PSF a atenção à saúde do adulto e do idoso, tem como objetivos reduzir a morbi-mortalidade por meio de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças, visando prevenir complicações agudas e crônicas mediante ações educativas de promoção à saúde¹⁸. Este processo pode ser alcançado através de orientação aos idosos hipertensos através da educação da hipertensão arterial

pela enfermagem e agentes comunitários de saúde capacitados pela enfermeira orientando sobre dieta¹⁹ (hipossódica, com poucos alimentos gordurosos, muitas frutas, verduras, legumes e fibras), prática de exercícios físicos aeróbicos (caminhada, natação), abandono do tabaco e álcool, medidas para diminuir o estresse (modificação dos hábitos de vida prejudiciais) e tratamento farmacológico.

Tabela 2: Distribuição dos hipertensos segundo sexo e faixa etária, Rib. Preto, 2005.

Idade	Masculino	Feminino	Total
20 a 29 anos	1	0	1
30 a 39 anos	4	1	5
40 a 49 anos	4	10	14
50 a 59 anos	10	22	32
60 a 69 anos	17	30	47
70 a 79 anos	13	43	56
80 a 89 anos	7	20	27
90 a 99 anos	1	3	4
ignorado	0	2	2
Total	57	131	188

Fonte: Ficha A do SIAB.

Na análise sócio demográfica verificou-se que 100% dos usuários hipertensos residem em casas de alvenaria, com 05 a 06 cômodos, energia elétrica, coleta de lixo, água da rede pública e usam a filtração como meio de tratamento da água, portanto, com uma infra-estrutura básica de moradia adequada. A falta de uma casa, comida, educação, além de higiene deficiente e ausência de saneamento levam à debilidade orgânica, proporcionando déficit no desenvolvimento físico e mental²⁰. Em relação às doenças associadas, as cardiovasculares destacam-se com os percentuais mais elevados atingindo 25,53% dos indivíduos estudados, já o diabetes aparece em 22,34%; seguido da dislipidemia (20,74%), obesidade (17,02%), tabagismo (5,31%), doença cérebro vascular (4,78%) e doença renal (1,59%). Sabe-se que a hipertensão arterial, diabete melito, dislipidemia e a obesidade são importantes fatores de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares e esta já é citada como a comorbidade de maior frequência entre os hipertensos do núcleo. Embora seja reconhecida a dificuldade em iniciar e manter as modificações no estilo de vida, a abordagem sistemática utilizando esquema multiprofissional e envolvimento da comunidade tanto quanto possível, pode contribuir para o processo educativo, apoio e seguimento necessários aos pacientes¹⁷.

A abordagem multiprofissional e suas ações educativas geram queda de internações por doenças hipertensivas, por infarto agudo do miocárdio, por DM e por doenças cerebrovasculares. Essas informações comprovam não somente a prioridade à prevenção e ao acompanhamento da HAS, mas também a dimensão dessas ações na população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, os usuários do sistema passam a identificar as doenças, a adotar medidas de redução dos fatores

de risco e a receber um tratamento capaz de evitar conseqüências mais graves e, assim, garantir ao paciente uma vida com dignidade²¹.

O Diabete melito associado à hipertensão favorece a ocorrência de complicações cardiovasculares, especialmente doença coronariana. A prevenção tem como fundamentos a redução de ingesta calórica, especialmente açúcares simples (doces, bolos) e prática regular de exercícios aeróbicos como caminhada e natação¹⁶. Na consulta médica ou no grupo multidisciplinar de atendimento, os hipertensos devem ser informados sobre os alimentos mais saudáveis como a ingesta de carboidratos complexos, fibras, verduras e legumes que retardam o esvaziamento gástrico e conseqüentemente não ocorre pico glicêmico. Sugere-se então, a implantação de um grupo de atividade física como o PIC (Programa de Integração Comunitária), já existente em outros Núcleos de Saúde da Família desta cidade, para aumentar a queima calórica e melhorar o controle glicêmico e também favorecendo os pacientes com obesidade, doenças cardiovasculares, dislipidemias e demais doenças associadas.

A obesidade é um fator independente para as doenças cardiovasculares, tanto em homens quanto nas mulheres e tem uma relação indiscutível com a hipertensão, ou seja, obesos apresentam maior frequência e neste estudo 70% dos homens e 61% das mulheres obesas tinham hipertensão. Os principais mecanismos pelos quais a obesidade eleva a pressão arterial são: hiperatividade simpática; retenção aumentada de sódio; hiperinsulinemia e resistência insulínica; expansão do volume intravascular e aumento do débito cardíaco. O coração sob níveis tensionais elevados crônicos tenta compensar hipertrofiando-se, e assim, levando o indivíduo a riscos oito vezes maiores de mortalidade cardiovascular e a desenvolver arritmias e insuficiência cardíaca¹⁶.

Quanto à hipercolesterolemia, dieta e terapia com drogas são medidas adjuvantes e o nível de colesterol deve ser mantido abaixo de 200mg/dl e LDL abaixo de 130mg/dl. Para a hipertrigliceridemia (acima de 200mg/dl), deve ser orientada dieta reduzida em carboidratos e bebidas alcoólicas, redução de peso e, se necessário, drogas hipolímiantes prescritas pelo médico²². Estas medidas podem ser implementadas com verificação de exames e posterior ação educativa em grupo informal para hipertensos e consultas de enfermagem e médica ou visita do agente comunitário de saúde capacitado e orientado para informar o paciente.

Como citado anteriormente, sugere-se que um grupo de atividade física deva ser implantado no Núcleo (PIC) porque segundo as IV Diretrizes da HA, o treinamento físico dinâmico promove a queda da pressão arterial de repouso, bem como modifica o comportamento da pressão arterial durante 24 horas e isto se deve pela diminuição da atividade nervosa simpática periférica, diminuição da sensibilidade de receptores vasculares adrenérgicos e diminuição da volemia¹⁶.

Quanto ao tabagismo, sabe-se que são inúmeras as substâncias químicas contidas no tabaco que causam sérios malefícios ao organismo. O monóxido de carbono e a nicotina inegavelmente estão associados à maior morbimortalidade por doença

cardiovascular e provocam taquicardia e hipertensão arterial, além de vasoconstrição periférica com diminuição da temperatura cutânea e aumento da resistência periférica. No indivíduo tabagista, o risco de doença coronariana é cerca de duas a quatro vezes maiores que nos indivíduos não fumantes, sendo que na mulher, no período pós-menopausa, o risco é ainda maior, cerca de seis vezes. O tabaco também é responsável por diminuir o efeito protetor das drogas anti-hipertensivas¹⁶. Portanto, o tabagismo deve ser evitado e campanhas que estimulam seu uso devem ser restringidas bem como aumentar o custo sobre estes produtos.

Em relação ao tipo de tratamento, o farmacológico foi prescrito em 97% dos prontuários dos hipertensos. Os fármacos mais utilizados são os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), Ex: Captopril, que destacam-se em relação aos demais fármacos, seguidos dos Diuréticos Tiazídicos (Ex: Hidroclorotiazida), Anti-agregante plaquetários (Ex: Ácido Acetil Salicílico - AAS) e os Hipoglicemiantes orais (Ex: Glibenclamida e Metformina). Em associação os IECA + Diuréticos tiazídicos tem ação cientificamente benéfica, já que utiliza fármacos de classes diferentes, proporcionando a diminuição da dose de ambos além de diminuir os efeitos adversos e os IECA têm poucos efeitos colaterais^{14,15,16}.

O AAS aparece em 3º lugar e tem comprovada eficácia na redução de eventos cardiovasculares em hipertensos com pressão arterial (PA) controlada e sem contra-indicação¹⁶. O custo, distribuição governamental (Programa Dose Certa), associação de fármacos (diminui nº de tomadas diárias, maior tolerabilidade, pois quando faz associação diminui a dose de ambos), efeitos adversos e explicação clara e simples devem ser condição imprescindível entre os profissionais que atendem essa população especial de hipertensos (idosos, baixa escolaridade e com doenças crônicas) realizando a orientação domiciliar e também devem ter suma importância nas decisões governamentais em relação à saúde desta população para favorecer a adesão ao tratamento desta doença crônica degenerativa.

Capacitar o idoso ou seu cuidador deve ser uma estratégia a ser implementada para facilitar o uso dos medicamentos e adesão ao tratamento. Deve-se explicar o efeito do fármaco e a continuidade do tratamento mesmo que idoso não apresente sintomatologia. O tratamento medicamentoso poderá ser facilitado se o hipertenso, sobretudo o idoso (aposentado), conseguir os fármacos na rede pública através do Programa Dose Certa. No Núcleo, os fármacos mais utilizados estão dispostos na rede, o que é um ponto positivo para o tratamento, mas a administração deste deverá ser explicada, bem como a dose, efeitos, ação e a capacitação do idoso e /ou seu cuidador deverá ser realizada pela equipe

O tratamento não medicamentoso apareceu em apenas 3,0% dos prontuários dos usuários hipertensos do Núcleo. É difícil afirmar se a orientação foi realizada, pois não havia registro na prescrição médica. A redução de apenas 5% do peso corporal resulta em melhora na PA, nas alterações metabólicas associadas (diabete e dislipidemia) e na regressão da hipertrofia ventricular esquerda^{23,24}. No Núcleo em estudo, ainda não há grupo de

atividade física e nem grupo multidisciplinar para hipertensos e são estratégias que podem ser instituídas neste local para assistir essa população com fatores de risco cardiovascular, idosos e com baixa escolaridade.

Esta atuação multiprofissional na atenção primária à saúde tem sido recomendada pelo Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturado em uma unidade de saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional²⁵.

Grupos pequenos de hipertensos acompanhados por seus familiares, amigos e cuidadores em espaços e horários planejados previamente, podem auxiliar na troca de novas informações, discussões de dúvidas e esclarecimentos que se fizerem necessários entre eles e os diferentes profissionais da equipe de saúde sem dispensar custos adicionais para o Núcleo.

Este processo de educação em saúde proporciona o desenvolvimento de ambientes educativos, que podem promover a interatividade mútua, a autonomia e a cooperação entre os profissionais e participantes. Desenvolvem assim, laços de compromissos e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população²⁶.

Esta estratégia direciona o tratamento para doenças que são de longa estadia e devem ser medidas eficazes para controle da morbimortalidade, dos custos e garantir uma qualidade de vida digna e capacidade do paciente fazer seu auto-gerenciamento²⁷.

Conclusão

Os resultados evidenciaram a complexidade do perfil da clientela exposta, sendo a população deste Núcleo de Saúde da Família do interior paulista, predominantemente de idosos, em sua maioria mulheres, com o 1º grau de escolaridade, com doenças associadas e que podem vir a desenvolver e/ou agravar doenças cardiovasculares, portanto, sugere-se que se invista em educação para a população em grupos informais quanto ao conhecimento dessas doenças, especialmente a HA, suas causas, fatores de risco, tratamento e agravos, como preconizam as diretrizes dos PSFs, sendo que essa compreensão poderá facilitar a motivação na observância ao tratamento. Sugere-se ainda que este processo educativo deva ser realizado periodicamente e não somente no dia do grupo, mas nas visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem.

Os fatores de risco devem ser previamente identificados e a busca pela mudança comportamental de hábitos inadequados deve ser iniciada e os hábitos saudáveis já desenvolvidos entre eles devem ser fortalecidos e estimulados, contribuindo com o controle dos níveis pressóricos. Um grupo de atividade física deve ser iniciado no Núcleo (PIC) para garantir assistência, acompanhamento e minimizar os fatores de risco cardiovasculares e controle pressórico do hipertenso, além de ser um momento de socialização, sendo que estas estratégias poderão ser alcançadas se o paciente for considerado protagonista no tratamento, participando ativamente deste

processo e com isso contribuindo com a adesão ao tratamento.

Referências bibliográficas

1. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. v. 2.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para orientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília (DF); 1998.
3. Antunes MJM, Egry EY. O PSF e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. Rev Bras Enferm 2001;54(1):98-107.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília (DF); 1996.
5. Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo, organizadores. Manual de enfermagem: programa de saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. v. 1, p. 34-42.
6. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
7. Feliciano AB, Moraes SA. Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde de São Carlos-SP. Rev Latino-am Enfermagem 1999;7(3):41-7.
8. Pierin AMG, Mion Jr D. Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo, organizadores. Manual de enfermagem: programa de saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. v. 1, p. 149-53.
9. Silva MVS. Avaliação dos medicamentos anti-hipertensivos como tecnologia na rede básica de saúde em Londrina, PR [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, da Universidade de São Paulo; 2002.
10. Oliveira MS, Hojo TL, Tachibana VM. O Epi Info como uma ferramenta estatística. In: 7º Escola de Modelos de Regressão; 2001; São Carlos. Resumos. São Carlos; 2001.
11. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. v. 1.
12. Machado CA. Hipertensão arterial no idoso. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. Palestra.
13. Monteiro PC, Santos FS, Fornazari PA, Cesarino CB. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. Arq Ciênc Saúde 2005 abr./jun.;12(2):73-9.
14. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2004;82(Supl 4):7-22.
15. Fonseca FAH, Kuymijian W, Izar MCO, Ihara SSM. Hipertensão e dislipidemias. Rev Bras Hipertens 2002;9(3):268-72.
16. IV Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens 2002;9(4):359-408.
17. Giannini SD. Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundária. São Paulo: Atheneu; 2000.
18. São Paulo. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem: atenção à saúde do adulto. 3ª ed. São Paulo; 2004.
19. 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.
20. Siqueira FPC. Estilo de vida e hipertensão [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Proposta de educação permanente em hipertensão arterial e diabetes mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
22. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Consenso brasileiro sobre dislipidemias: detecção, avaliação e tratamento. Arq Bras Cardiol 1996;67(2):109-28.
23. Lopes HF, Barreto-Filho JAS, Riccio GMG. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2003;13(1):148-55.
24. Feijão AMM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial em uma população urbana de baixa renda. Arq Bras Cardiol 2005;84(1):29-33.
25. Anderson MIP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de família e comunidade: especialistas em integralidade. Rev APS 2005;8(1):49-60.
26. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comun Saúde Educ 2005;9(16):39-52.
27. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília (DF); 2003.

Correspondência:

Patrícia Rezende Carlos
Rua Monte Alegre, 480 ap. 84
Ribeirão Preto – SP
Tel.: (68)9971-8637
e-mail: patyrezende@terra.com.br
