

**FACULDADE DE ADMINISTRACAO E NEGÓCIOS DE SERGIPE  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO SENSU"  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOLÓGICA**

**ALMERINDA SILVA BARRETO**

**LUCIANA TEIXEIRA DA SILVA**

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DOS  
INDIVÍDUOS HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS  
MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SERGIPE**

Aracaju - SE  
2007

**ALMERINDA SILVA BARRETO  
LUCIANA TEIXEIRA DA SILVA**

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DOS  
INDIVÍDUOS HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM DOIS  
MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-graduação da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, como exigência para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Cardiológica.

**BANCA EXAMINADORA**

---

1º Examinador

---

2º Examinador

---

3º Examinador

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.



**Aos nossos pais, pelo amor, carinho e  
compreensão.**

## **AGRADECIMENTOS**

**A Deus, por permitir mais uma boa realização nas nossas vidas.**

**Aos nossos pais e irmãos, pela dedicação, atenção, força, carinho, amor e incentivo.**

**Aos nossos respectivos namorados, pelas contribuições, apoio e compreensão nos momentos de ausência.**

**A minha amiga Almerinda, pela excelente companhia durante a realização deste trabalho e durante todo o curso, por sua amizade e ensinamentos.**

**A minha amiga Luciana, por todos os momentos compartilhados com a nossa amizade. Por sua ajuda e apoio durante essa etapa da minha vida.**

**A nossos colegas de curso, pela agradável companhia durante vários fins de semana, uns mais interessantes, outros nem tanto.**

**A nossos professores, por compartilhar seus conhecimentos e experiências, fazendo de todos nós, pessoas e profissionais melhores.**

**Ao Hospital do Coração, pela excelente equipe de profissionais, receptividade e estrutura organizacional, e pelos saborosos lanches servidos durante todas as aulas.**

**A FANESE, pela organização e administração de um excelente curso, ofertado pela primeira vez em nosso Estado.**

**Ao nosso orientador Dr. Hyder, pela dedicação, paciência, disponibilidade, e por ser tão atencioso, e contribuir para o nosso crescimento.**

**As USF José Augusto Barreto e Povoado Piçarreira, por permitir a realização desta pesquisa.**

**Enfim, a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho e para a conclusão deste curso.**

**MUITO OBRIGADA!!!!!!!**

## RESUMO

Esse estudo objetivou identificar o Perfil Epidemiológico dos Indivíduos Hipertensos Acompanhados pelo Programa de Saúde da Família em dois Municípios do Estado de Sergipe. Desejou-se, também, fazer um estudo comparativo da HAS entre essas duas localidades; identificar possíveis fatores de risco; verificar quais as complicações cardiológicas de maior frequência decorrentes da HAS e também, observar o perfil laboratorial dos pacientes pesquisados. Desenvolveu-se na Unidade de Saúde da Família José Augusto Barreto, em Aracaju, e, na Unidade de Saúde da Família Povoado Piçarreira, localizada na zona rural do município de Santa Luzia do Itanhi. Foi utilizado o método quantitativo. A amostra compreendida de 229 pacientes hipertensos dessas duas localidades. Verificou-se um número aproximado de indivíduos hipertensos do sexo masculino em ambas as cidades. Observou-se também que a média da idade dos indivíduos hipertensos foi semelhante e que com relação à raça predominante no município de Aracaju foi a parda, já no município de Santa Luzia do Itanhi a predominância foi da raça branca. Relacionando-se com as variáveis pesquisadas e consideradas como prováveis fatores de risco (tabagismo; etilismo; sedentarismo e dieta) os resultados obtidos foram semelhantes em ambas as cidades. Já o perfil laboratorial (glicemia; colesterol total; uréia; creatinina) desses indivíduos informou que os valores desses exames encontram-se em sua maioria acima do normal. Essas informações refletem a necessidade de uma discussão mais profunda a respeito do atendimento aos Hipertensos no Programa de Saúde da Família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão Arterial Sistêmica; Programa de Saúde da Família; Perfil Epidemiológico.

## ABSTRACT

The aimed of this study was to identify the Epidemiological Profile in hypertension individuals attended by the Family Health Program in Two Cities of Sergipe. It was desired, also, to make a comparative study of the high pressure between these two localities; to identify possible risk factors; and also to verify which cardiological complication was most frequent and to observe the laboratorial profile of these searched patients. It was developed in a Basic Unit of Health called by Jose Augusto Barreto, in Aracaju, and, in other one, called Piçarreira , located in the BR 101 Cambuí, in rural zone of Santa Luzia Itanhi . It was used quantitative method .The understood sample of 229 hypertension individuals in these two localities. An approach number of male hypertensions were verified in both cities. It was also observed that the average of age of their was similar and according race, in Aracaju city, the most frequent was medium brown race and in Santa Luzia Itanhi was white one. Becoming related with some variable considered as probable risk factors (tobaccoism; alcoholism; sedentary and diet) the results had been similar in both cities. Already the laboratorial profile (glicemia; total cholesterol; urea; creatinina) of these patients informed that the values of these examinations meet in its above-normal majority. This information reflects the necessity of a deeper quarrel regarding the attending of the hypertension individuals in the Family Health Program.

**KEY-WORDS:** Sistemic High Pressure; Program of Health of the Family; Profile Epidemiological.

## **LISTA DE TABELAS**

|                  |                                                         |    |
|------------------|---------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 01</b> | Distribuição por sexo, idade e raça.....                | 49 |
| <b>Tabela 02</b> | Distribuição quanto aos possíveis fatores de risco..... | 50 |
| <b>Tabela 03</b> | Distribuição quanto ao perfil laboratorial.....         | 51 |



# SUMÁRIO

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                  | <b>11</b> |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>                                                  | <b>14</b> |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                                      | <b>16</b> |
| 3.1 Definição e Epidemiologia .....                                       | 16        |
| 3.2 Classificação e Estratificação de Risco .....                         | 20        |
| 3.3 Avaliação Clínico-laboratorial .....                                  | 22        |
| 3.4 Fatores de Risco .....                                                | 24        |
| 3.5 Programa de Saúde da Família (PSF) e Sistema Único de Saúde(SUS)..... | 30        |
| 3.6 Complicações.....                                                     | 37        |
| 3.7 Prevenção.....                                                        | 40        |
| <b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>                                      | <b>44</b> |
| 4.1 Tipo de Pesquisa .....                                                | 44        |
| 4.2 Característica da Área de Estudo .....                                | 44        |
| 4.3 População e Amostra.....                                              | 46        |
| 4.4Técnica, Instrumento e Coleta de Dados.....                            | 47        |
| <b>5 ANALISE E DISCUSSAO DOS RESULTADOS.....</b>                          | <b>49</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                        | <b>54</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                   | <b>58</b> |



|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| <b>APÊNDICE .....</b> | <b>64</b> |
|-----------------------|-----------|

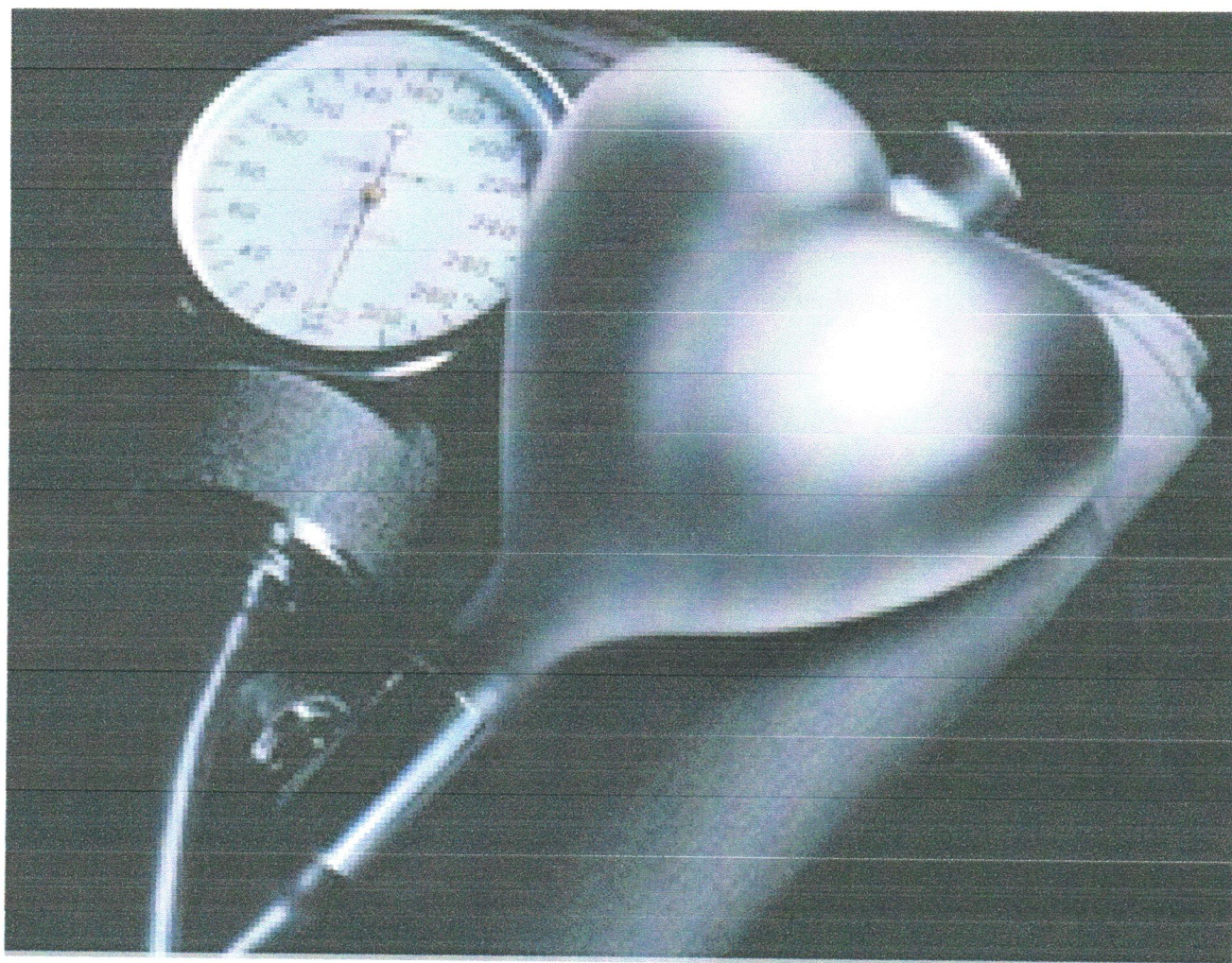
|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| APÊNDICE A –Planilha de Coleta ..... | 64 |
|--------------------------------------|----|

## **ANEXOS**

|                        |    |
|------------------------|----|
| Anexo A – Ficha A..... | 66 |
|------------------------|----|

|                     |    |
|---------------------|----|
| Anexo B – SSA2..... | 67 |
|---------------------|----|

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Anexo D – Ficha B – HÁ..... | 68 |
|-----------------------------|----|



## INTRODUÇÃO

---



## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a Hipertensão Arterial não pode ser definida como apenas uma elevação dos níveis tensóricos, e sim como um contexto de saúde, com alterações hemodinâmicas, e metabólicas, entre as quais a própria elevação dos níveis tensionais, as dislipidemias, a resistência insulínica, a obesidade centrípeta, a redução da complacência arterial e a alteração do funcionamento do coração (MANO, 2007).

De acordo com o BRASIL (2001), através da Hipertensão Arterial tem-se um impacto social e econômico enorme já que são observados elevados índices de mortes prematuras e invalidez permanente, além do elevado número de internações prolongadas às quais geram altos custos hospitalares. Por tudo isso convém ressaltar que a hipertensão arterial representa um dos maiores desafios em saúde pública, particularmente pela complexidade dos recursos necessários para o controle da doença, dos serviços médicos, de pessoal treinado, dos medicamentos e etc.

Ainda de acordo com Mano (2007), no Brasil, a hipertensão arterial tem uma prevalência de 15% da população geral adulta, com uma maior incidência na população negra, e tem sua prevalência aumentada progressivamente de acordo com a idade.

As classes sociais mais pobres são aquelas que possuem maior prevalência de hipertensão e também as maiores complicações como acidentes vasculares. Outro fator está relacionado ao fato de que as regiões rurais apresentam menor prevalência de hipertensão em relação à metropolitana já que, a urbanização, os hábitos sociais e a vida profissional são fatores influenciadores para a hipertensão arterial.

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para a doença cardiovascular, seja na forma de doença isquêmica, de insuficiência cardíaca ou de doença cerebrovascular. Em virtude disso, ressalta-se a importância de todos os profissionais da área da saúde atuar na

prevenção, orientando a hábitos de vida saudáveis, na detecção precoce da doença e a partir do momento da detecção, no controle adequado para evitar as complicações (MANUAL DE ENFERMAGEM, 2001).

A hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença com elevada prevalência, que acomete indivíduos de forma progressiva, muitas vezes, de forma assintomática e sem causa definida, e que necessita de atendimento individual, personalizado, por um longo período de tempo.

Em decorrência desse fato, surgiu o seguinte questionamento: Os perfis dos indivíduos hipertensos atendidos nessas duas unidades básicas de saúde, Aracaju e Santa Luzia do Itanhi, são semelhantes?

Pretende-se com essa pesquisa identificar o perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos nessas duas localidades, para assim, fazer um estudo comparativo entre eles e, a partir dos resultados, contribuir com desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de programas para um melhor controle da HAS e consequentemente reduzir as complicações decorrentes dessa patologia.





## OBJETIVOS

---

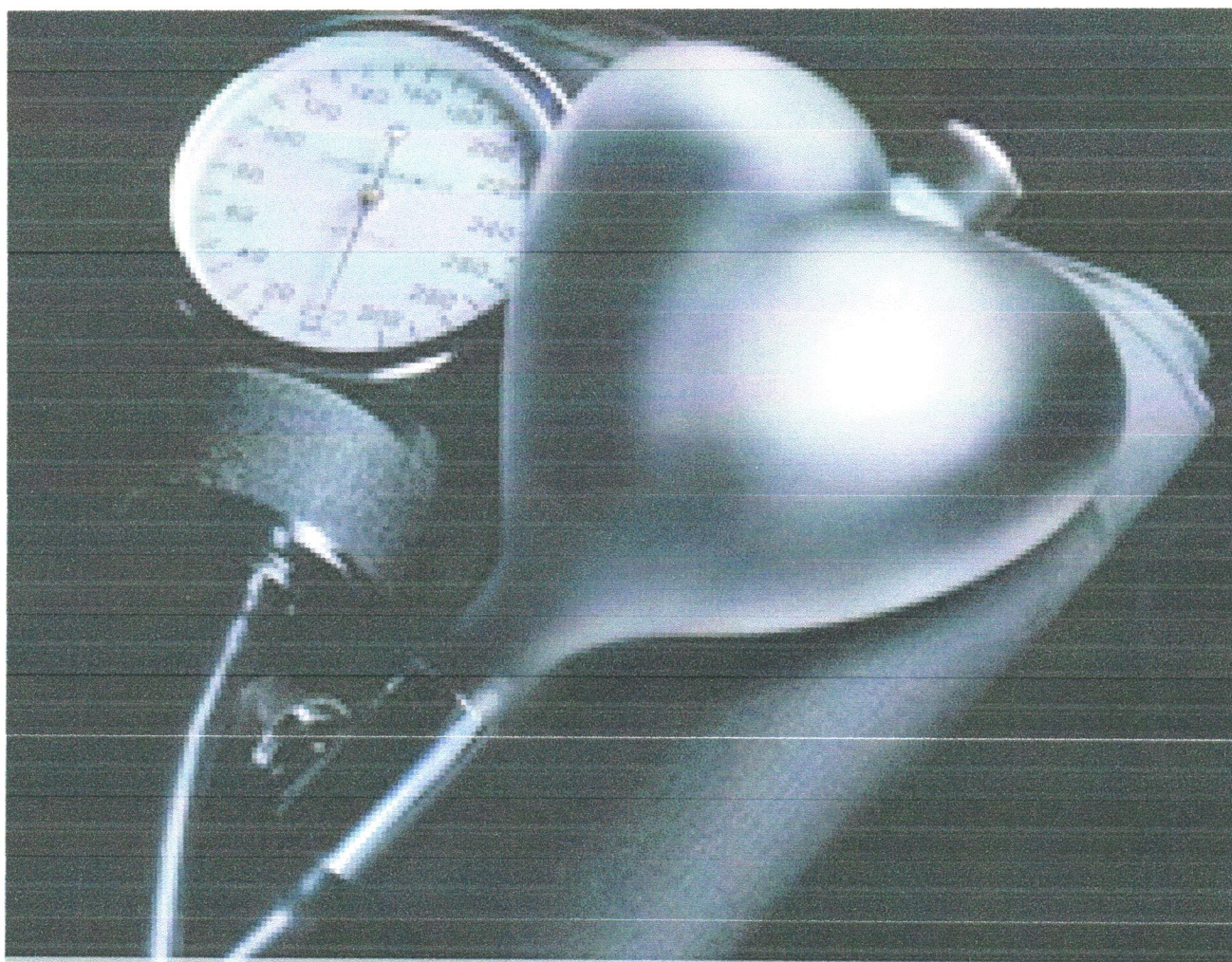


## **2. OBJETIVOS**

2.1 Objetivo Geral: Identificar o perfil epidemiológico de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em dois municípios do Estado de Sergipe.

2.2 Objetivos Específicos:

- Fazer um estudo comparativo da HAS entre essas duas localidades;
- Identificar possíveis fatores de risco;
- Verificar quais as complicações cardíacas de maior frequência decorrentes da HAS;
- Identificar o perfil laboratorial dos pacientes pesquisados.



## REVISÃO DE LITERATURA

---



### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Definição e Epidemiologia:**

A hipertensão arterial é oficialmente definida como uma elevação da pressão arterial sistólica acima dos 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg e esse diagnóstico só deve ser feito após duas ou mais mensurações da pressão arterial e correlacionando com outros dados clínicos durante a avaliação (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

De acordo com Pierin (2004), o diagnóstico dessa patologia é estabelecido através da mensuração de níveis tensionais acima do limite da normalidade, utilizando-se de métodos e condições apropriadas. Nessa fase do diagnóstico deve-se também considerar fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e co-morbidades associadas.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é atualmente descrita como uma patologia multifatorial que se caracteriza por níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos nutricionais (GAMBOA, 2005).

A HAS constitui um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais frequentes decorrentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca.

A PA no indivíduo normal é mantida por vários mecanismos em níveis que asseguram perfusão adequada dos órgãos, com mínimo desgaste dos vasos sanguíneos. Níveis pressóricos abaixo de 60 mmHg determinam não só parada da filtração glomerular como diminuição do fluxo sanguíneo para o cérebro. Por outro lado, se a PA for muito elevada, existe grande risco de ocorrer lesão vascular grave (MARCONDES, 1984).



A ausência ou presença de lesão nos órgãos-alvo (coração, rins, artérias e retina) é muito importante na avaliação clínica da severidade do processo hipertensivo. Um paciente que apresente proteinúria e hipertrofia cardíaca apresenta uma forma severa de hipertensão arterial, mesmo que a PA não esteja tão elevada. Por outro lado, um paciente com níveis tensionais muito elevados também deve ser considerado como portador de hipertensão severa e receber tratamento intensivo, pela grande possibilidade de lesão nos órgãos-alvo (LOPES, 1993).

Para Pierin (2004), a hipertensão arterial é considerada atualmente como um dos fatores de risco para morbimortalidade dos indivíduos no mundo inteiro. Porém, com uma diferença significativa entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, na medida em que, nos países ricos a mortalidade de indivíduos ocorre na faixa etária entre 60-70 anos já, em países pobres esse fato vem acontecendo precocemente na fase em que o indivíduo é considerado economicamente ativo, acarretando assim em grandes despesas sociais e econômicas. E, essa mudança de comportamento acontece em decorrência da mudança no estilo de vida, dieta e diminuição da atividade física.

Gamboa (2005) cita que:

*Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são as primeiras causas de morte no Brasil, atingindo 32,3% da população. A hipertensão arterial é responsável por 35% de todos os grandes eventos cardiovasculares, sendo fundamental uma abordagem diagnóstica e terapêutica adequada visando diminuir a alta morbimortalidade*

Para Souza; Silva (2007) a hipertensão arterial sistêmica é considerada um grave problema de saúde pública em nosso país não apenas considerando a sua prevalência na

medida em que, atualmente, atinge 20% de nossa população, mas também pela elevada parcela da população que não foi diagnosticada ou não tratada de forma inadequada e ainda o abandono ao tratamento, fatores esses que são agravados pelo estilo de vida nos centros urbanos.

Stefanini (2004) relata que a Hipertensão Arterial Sistêmica diminui a expectativa de vida e aumenta a morbidade em indivíduos de ambos os sexos. Implica também em doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico. Estudos realizados na década de 80 demonstraram que as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelo maior número de morte entre os indivíduos, ultrapassando inclusive as de origem externa e as neoplasias.

Pesquisas de base populacional realizadas em algumas cidades brasileiras mostram prevalência de hipertensão arterial (níveis pressóricos acima de 140x90 mmHg) de 22,3% a 43,9%. No ano de 2003, em nosso país, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares e, chegando até 37% quando excluídos os óbitos por violência ou causas mal-definidas. A mortalidade causada pela doença cardiovascular é aumentada significativamente com o aumento progressivo da elevação da pressão arterial. Com isso, tem também um aumento no número de internações, ou seja, a hipertensão arterial e as doenças relacionadas a ela são responsáveis pela alta frequência de internações (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Segundo Mano (2007), estima-se que existiam, em 1995, 13 milhões de brasileiros hipertensos com cifras de Pressão Arterial acima de 160 x 95 mmHg. Se considerarmos as cifras entre 140-159 e/ou 90-94 estima-se 30 milhões de hipertensos no Brasil em 1995. Provavelmente 50% destes (aproximadamente 15 milhões), desconhecem ser hipertensos.

O aumento da taxa de mortalidade por doenças hipertensivas no estado tem preocupado cardiologistas sergipanos. Com uma população estimada em 1.967.791, cerca de 25% é hipertensa. A preocupação do presidente da Liga Sergipana de Hipertensão Arterial, é que muitas vezes as pessoas não se preocupam em medir a pressão e das que medem, a maioria não procura tratamento. A preocupação dele é que a hipertensão arterial já faz parte do "quarteto da morte" (hipertensão, diabetes, colesterol alto e obesidade), e é um inimigo silencioso (ANDRADE, 2006).



### 3.2 Classificação e Estratificação de Risco:

Segundo Rio de Janeiro (2007), mesmo sabendo que toda classificação da Hipertensão Arterial é arbitrária, é indispensável agrupar os pacientes por critérios que estratifiquem seu grau de risco cardiovascular, não apenas do ponto de vista operacional, como é o caso de programas de grande porte, mas também pela necessidade de dar suporte à abordagem clínica individual. É fundamental a adoção dos níveis pressóricos sistólicos e diastólicos para fins de classificação da Hipertensão Arterial.

De acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006), a classificação da PA de acordo com a medida casual em pacientes acima de 18 anos de idade pode ser representada pela tabela abaixo descrita:

| CLASSIFICAÇÃO                 | PRESSÃO SISTÓLICA | PRESSÃO           |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
|                               | (mmHg)            | DIASTÓLICA (mmHg) |
| Ótima                         | <120              | <80               |
| Normal                        | <130              | <85               |
| Limítrofe                     | 130-139           | 85-89             |
| Hipertensão estágio 1         | 140-159           | 90-99             |
| Hipertensão estágio 2         | 160-179           | 100-109           |
| Hipertensão estágio 3         | >180              | >110              |
| Hipertensão sistólica isolada | >140              | <90               |

Tabela 1: Classificação dos níveis pressóricos, V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2006.

Podemos observar que o Programa Saúde da Família (PSF) em Aracaju utiliza de um protocolo baseado nas Diretrizes Brasileira de Cardiologia, segundo a

qual, o que deve ser levado em conta ao tomar a decisão terapêutica, é avaliar também a presença ou não de lesões em órgãos-alvo, fatores de risco e doenças cardiovasculares associadas. Os fatores de risco maiores são: tabagismo, dislipidemias, diabetes mellitus, idade acima de 60 anos e história familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos de idade e em homens com menos de 55 anos. As lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares associadas que requerem maior atenção são: Hipertrofia ventricular esquerda; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca; episódio isquêmico ou AVC; nefropatias; doença vascular arterial periférica; retinopatia hipertensiva; e outras doenças cardíacas.

A estratificação de risco, de acordo com o fator de risco individual, pode ser caracterizada conforme a tabela abaixo:

| <b>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO</b> | <b>LESÃO EM ÓRGÃO-ALVO</b> | <b>PRESENÇA DE FATORES DE RISCO</b> |
|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| <b>GRUPO A</b>                 | NÃO                        | NÃO                                 |
| <b>GRUPO B</b>                 | NÃO                        | SIM                                 |
| <b>GRUPO C</b>                 | SIM                        | SIM                                 |

Tabela 2: Estratificação de risco dos indivíduos hipertensos; Manual de Enfermagem, 2001.

OBS: Os fatores de risco no Grupo B, não inclui o Diabetes Mellitus. Já para o Grupo C, a presença de tal patologia é considerada como fator de risco.

### 3.3 Avaliação Clínico-Laboratorial:

De acordo com Pierin (2004), propõe-se que seja feita uma avaliação clínico - laboratorial nos indivíduos hipertensos com os seguintes objetivos: identificar fatores de risco para a HAS e, também, fatores de risco associados à doenças cardiovasculares; avaliar a repercussão de lesões em órgãos-alvo e identificar através de exames laboratoriais, possíveis distúrbios metabólicos associados à função renal ou algum outro tipo de alteração bioquímica.

O Diabetes Mellitus é uma doença provocada por uma deficiência na produção e/ou ação da insulina, que é responsável pelo metabolismo da glicose (nível de açúcar) no sangue. Esse distúrbio tem graves conseqüências e se constitui, nos dias atuais, em um problema de saúde pública no Brasil. O diagnóstico laboratorial é feito através da glicemia no sangue (soro ou plasma) após um jejum de 8 a 12 horas. Os valores normais estão entre 70 a 110 mg/d; e dois resultados consecutivos acima de 126 mg/dL, o indivíduo é diagnosticado como diabético. O diabetes tem como fator de risco também a Hipertensão Arterial (CZEPIELEWSKI, 2006).

A associação da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) aumenta duas vezes o risco de morbidade cardiovascular em relação ao risco de um não diabético. A associação de DM chega a 7% da população hipertensa; 50% dos óbitos relacionados a diabetes são de origem cardiovascular. A redução da PA em pacientes diabéticos com alto risco cardiovascular produz redução da mortalidade total, dos óbitos por AVC, dos eventos cardiovasculares e do infarto do miocárdio e diminui a progressão da doença renal associada ao diabetes. Por esses motivos, o controle da pressão arterial em pacientes também diabéticos deve ser rígido (MANO, 2007).



Os níveis de colesterol também são determinados através de análise da amostra de sangue e são medidos em miligramas por decilitro (mg/dL). O nível desejado é um valor menor que 200 mg/dL. O valor limítrofe situa-se entre 200 e 239 mg/dL. E o colesterol total é considerado alto em um valor acima de 240 mg/dL (FONTES, 2006).

Quanto maior o número de fatores de risco para as doenças cardiovasculares, pior para o coração. Isoladamente, a pressão alta (hipertensão) aumenta em duas vezes o risco de complicações cardiovasculares, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e infartos. Quando ela está acompanhada de colesterol elevado, esse número é de três vezes. Geralmente, pressão alta é acompanhada de mais um fator de risco. E também é comum que esse segundo fator seja o colesterol elevado. Estima-se que de 25% a 30% da população brasileira adulta seja hipertensa. Já o colesterol elevado atinge 40% das pessoas. Como ambos não provocam sintomas, o desafio é diagnosticar precocemente. A partir dos 40 anos, é recomendável dosar o colesterol anualmente. Porém, se a pessoa tem histórico de doença cardiovascular na família, esses controles devem começar mais cedo. Diminuir em apenas 10% a pressão arterial e o nível de colesterol reduz em 43% o risco de doença cardiovascular (COSTA, 2002).

Outro fator importante na análise clínico-laboratorial são os valores de uréia e creatinina, pois avaliam a função renal, órgão também responsável pela regulação da pressão arterial. Os valores normais de uréia no sangue variam entre 10 e 50 mg/dL; e os valores normais de creatinina ficam entre 0,5 e 1,3 mg/dL. A hipertensão arterial pode ser a causa ou também o resultado da enfermidade renal. Seu controle também é função dos rins. Estes órgãos controlam as concentrações de sódio e a quantidade de líquido no corpo. Quando os rins falham e não cumprem com estas funções vitais, a

pressão sanguínea pode elevar-se. Os rins também secretam uma substância que se chama renina a qual, eleva a pressão sanguínea à medida que os rins não funcionam adequadamente. Uma HAS prolongada danifica os vasos sanguíneos causando assim a insuficiência renal (ROMÃO JUNIOR, 2004).

### **3.4 Fatores de Risco:**

Os fatores de risco para a HAS e Doenças Cardiovasculares são divididos em: modificáveis e não-modificáveis. Os caracterizados como modificáveis são: dislipidemias; tabagismo; obesidade; estresse; alcoolismo; sedentarismo e Diabetes Mellitus. Já os não-modificáveis são: idade, sexo e antecedentes familiares.

Para a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006), o risco de desenvolver HAS varia absolutamente com o avanço da idade. E, de acordo com pesquisas realizadas, o sexo não é considerado um fator de risco, embora sua prevalência seja maior em indivíduos do sexo masculino. E, por fim, indivíduos com antecedentes familiares para HAS e Doença Coronariana (DAC) têm maiores chances de desenvolvê-la.

Com relação aos hábitos modificáveis, também ditos como Tratamento não-medicamentoso, a sua alteração, tem por finalidade a redução da morbimortalidade cardiovasculares e também redução dos níveis pressóricos através de modificações no estilo de vida.

Vale destacar os seguintes fatores de risco:

- ***Tabagismo:***

Lolio (1993) informa que o tabagismo é um hábito bastante freqüente na sociedade brasileira, com uma estimativa de que em 1988 que 41% dos homens adultos e 37% das mulheres adultas brasileiras eram fumantes.

Segundo dados do Banco Mundial, o tabagismo gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano. Já que ocorre a sobrecarga dos sistemas de saúde, mortes e aposentadorias precoces, menor rendimento e maior índice de falta no trabalho (TABAGISMO..., 2007).

De acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006), o tabagismo é a mais importante causa modificável de morte, sendo responsável por 1 em cada 6 óbitos.

A nicotina e outros elementos do cigarro fazem com que as camadas arteriais se contraíam, portanto passando menos sangue pelo interior dessas artérias. Esta constrição é um mecanismo causador de hipertensão arterial sistêmica. Outro efeito do cigarro é que as suas substâncias causam uma irritação da parede interna dos vasos, favorecendo a deposição de "grumos" de células sanguíneas e gorduras. Ocorre ainda um aumento da viscosidade do sangue secundário ao uso do cigarro, favorecendo as trombozes (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Dentre outras medidas, o tabagismo deve ser combatido por colaborar com o risco de câncer e de doenças pulmonares, e por constituir risco para doença coronariana, acidente vascular encefálico e morte súbita. Para tanto, é essencial o aconselhamento médico e de enfermagem precoce, repetido e consistente até o abandono definitivo.

- ***Sedentarismo:***



De acordo com Neto (2007), o sedentarismo é definido como sendo a falta ou a grande diminuição da atividade física.

O risco de indivíduos sedentários em desenvolver a HAS é aproximadamente 30% maior que em indivíduos ativos (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Para Neto (2007), o sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças. Hipertensão arterial, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol, infarto do miocárdio são alguns dos exemplos das doenças às quais o indivíduo sedentário se expõe. Além disso, o sedentarismo é considerado o principal fator de risco para a morte súbita, estando na maioria das vezes associado, direta ou indiretamente, às causas ou ao agravamento da grande maioria das doenças.

- *Alcoolismo:*

Para Mano (2007), o consumo excessivo de álcool está relacionado com o aumento da pressão arterial.

O efeito da elevação da PA varia de acordo com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência da ingestão. Em outros estudos foi observado que o consumo de bebida alcoólica fora das refeições aumenta os riscos de hipertensão, independente da quantidade de álcool ingerida (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Vale destacar também que, o consumo excessivo de álcool além de elevar a pressão arterial ocasiona também uma variabilidade pressórica. Sendo então, um fator de risco para acidente vascular encefálico (AVE), além de ser uma das causas de

resistência à terapêutica anti-hipertensiva (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

- ***Obesidade:***

O aumento de peso é, comprovadamente, um fator predisponente para a hipertensão arterial. Assim, conseqüentemente, a obesidade é fator preponderante no aparecimento e progressão da aterosclerose e de todas as suas complicações cardiovasculares. Dessa maneira, deve ser combatida, com uma dieta apropriada e exercícios físicos regulares, adequado a cada pessoa, mas sempre sob orientação médica. Outro fator importante, é que a redução do peso corporal provoca a diminuição dos níveis elevados de colesterol e da pressão arterial (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

- ***Dislipidemias:***

O aumento dos níveis de colesterol causa a obstrução das artérias coronárias fato esse que denominamos de *aterosclerose*, conseqüentemente, levando ao aparecimento de doenças cardiovasculares (Angina de Peito, Infarto do Miocárdio e Morte Súbita) e, também a HAS. As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de mortalidade, de aposentadoria por invalidez e de licença temporária do trabalho. O conhecimento dos níveis de colesterol sanguíneo circulante é de extrema importância para a prevenção da doença coronariana e da HAS. É necessária a medição do colesterol periodicamente em todos os indivíduos adultos (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

- ***Estresse:***

Há evidências de possíveis efeitos do estresse psicossocial, emocional na pressão arterial, tais como pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego, inatividade física e, em especial, aquelas atividades profissionais caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixo controle dessas situações.

- ***Diabetes Mellitus:***

Pesquisas informam que as doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 80% dos óbitos nos diabéticos. Assim, a prevenção e o tratamento do diabetes é fator primordial para se evitar a progressão das doenças cardiovasculares, já que está comprovada a estreita associação deste distúrbio metabólico com outros fatores de risco, como obesidade, dislipidemias e hipertensão arterial, bem como o seu efeito maléfico sobre a função do músculo cardíaco (CARDIOLOGIA, 2007).

O diabetes está entre os fatores que predispõe a HAS, ou seja, o indivíduo que tem diabetes tem duas vezes mais chances de desenvolver a hipertensão já que, em primeiro lugar a hipertensão está relacionada diretamente a um maior grau de resistência à insulina e, segundo, alguns medicamentos usados para o tratamento da hipertensão pioram essa resistência, favorecendo o aparecimento do diabetes (BEZERRA, 2006).

- ***Dieta:***



De acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006), o excesso de consumo de sal contribui para a ocorrência da hipertensão arterial. A relação entre o aumento da PA e o avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Pessoas que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade.

Os pacientes hipertensos podem ser divididos em sensíveis e não sensíveis ao sal. Apesar da resposta heterogênea a restrição de sódio é recomendável de uma forma geral uma ingestão de sal menor que 6g/dia ou cerca de 2,3g de sódio. Os mecanismos envolvidos na redução da pressão arterial relacionados à perda de peso incluem: a redução da atividade adrenérgica, do colesterol plasmático e da resistência insulínica. Mesmo reduções pequenas de peso possuem efeito protetor sobre o risco cardiovascular. A dieta utilizada também preconiza vegetais, frutas, baixo consumo de gorduras (saturadas e total), sendo rica em potássio e cálcio. A adoção da dieta com medidas alimentares mais completas possui um efeito hipotensor muito maior que a restrição isolada do sódio e do uso isolado de qualquer outra medida (MANO, 2007).

- *Nível socio-econômico:*

O indivíduo de nível sócio-econômico baixo, em geral, fuma mais, é mais obeso, mais sedentário, ou seja, possui todos os fatores de risco que aumentam a probabilidade de vir a ter eventos cardiovasculares, seja uma trombose cerebral, seja um infarto do miocárdio. Portanto, os estudos brasileiros têm mostrado que o fator sócio-econômico é fundamental, se constituindo na base do problema (KOHLMANN JUNIOR, 2007).

### 3.5 PSF e SUS:

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, pelo Ministério da Saúde, em decorrência da crise vivida no Setor da Saúde naquela época. O PSF tem como objetivo, proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Sendo assim, o PSF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente. E, com uma dinâmica centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite, por exemplo, a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos, tais como os diabéticos e hipertensos (PAIVA, 2006).

Pesquisas citam que o Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica e, do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco através da incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Estruturou-se, assim, o PSF, na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (REVISTA, 2000).

O Programa Saúde da Família é definido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geograficamente delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da

saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e, também pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), a expansão de tal projeto comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. O PSF tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e assim, produzindo resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas (ATENCAO BASICA, 2007).

A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas. A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias (BRASIL, 2005).

O PSF enfoca principalmente as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos. O atendimento a esses cidadãos é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família.

Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).



Outros profissionais como, por exemplo, dentistas, assistentes sociais e psicólogos poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2005).

Dentre as principais atribuições das equipes do PSF podemos destacar: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação; discutir os problemas comunitários de saúde na área de abrangência, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, dentre outros (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

De acordo com pesquisas:

*“A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde”* (BRASIL, 2007).

O modelo de atenção preconizado pelo Programa de Saúde da Família já foi testado em vários países, com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis

diferenciados de desenvolvimento socioeconômico, como, por exemplo Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos casos, o percentual restante destina-se a unidades mais complexas. Além do mais, o programa permite uma forte integração entre o Ministério, as secretarias estaduais, os municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos (REVISTA, 2000).

Da mesma forma do Sistema Único de Saúde, o Programa Saúde da Família também incorpora e reafirma os mesmos princípios básicos, são eles: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

A implantação do PSF como um novo modelo assistencial à saúde, tendo como princípios a descentralização, municipalização, integralidade e qualidade das ações, tem como uma de suas partes principais a produção de informações em saúde, dessa forma então surgiu o Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2001).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), e esse sistema tem o objetivo de acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2007).

O SIAB é um sistema de informação territorializado cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da estratégia Saúde da Família. As informações são coletadas em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pelos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. O fato da coleta de dados se referir a populações bem delimitadas possibilita a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência\* dos programas, que podem ser agregadas em diversos níveis: a microárea do agente comunitário de saúde, que corresponde a um território onde residem de 100 a 150 famílias; a área da equipe de

saúde da família, cuja população é de cerca de 1.000 famílias; um ou vários segmentos territoriais de um município; um município; estado; região e país.

*\*OBS: Área de abrangência é definida como aquela que está sob a responsabilidade de um determinado serviço de saúde ou equipe de PSF, na qual deverão trabalhar em prol da resolutividade dos agravos à saúde que acometem os membros daquele território, bem como da prevenção dos agravos e da promoção da saúde naquele espaço.*

O SIAB foi desenvolvido para gerenciar os Sistemas Locais de Saúde e agregou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. E, portanto, é através do SIAB são obtidas informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

A territorialização do sistema possibilita, ainda, a localização espacial de problemas de saúde e a identificação de desigualdades, constituindo-se em ferramenta importante para a implementação de políticas de redução de iniquidades, favorecendo, também, a avaliação da efetividade das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

O SIAB é composto por um programa de computador (*software*) e por algumas fichas (A, B, C, D) e relatórios (SSA-2, SSA-4, PMA-2, PMA-4 e A1 ao A4). A ficha A representa a ficha de cadastro familiar e, portanto, contém dados básicos de características sócio-econômicas, de saúde (morbidade referida) e moradia das famílias



e seus indivíduos. As fichas B são utilizadas pelos ACS para o acompanhamento domiciliar de grupos prioritários, como: hipertensos, diabéticos, gestantes, hansenianos e tuberculosos. A ficha C presta-se ao acompanhamento das condições de saúde e seguimento médico de crianças menores de dois anos, sendo o próprio Cartão da Criança fornecido pelo Ministério da Saúde. A ficha D é utilizada por toda a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) para o registro das atividades diárias (consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames complementares, encaminhamentos), bem como para a notificação de algumas doenças (por exemplo: pneumonia em menores de cinco anos).

Já os relatórios representam um consolidado dos dados presentes nas fichas de cadastro e acompanhamento: (1) SSA2 consolidado dos dados das fichas A, B, C e D; (2) SSA4 consolidado dos dados contidos nos relatórios SSA2 de um município; (3) PMA2 consolidado das fichas D; (4) PMA4 consolidado dos relatórios PMA2 do município; (5) relatórios A1 ao A4 consolidado dos dados presentes nas diversas fichas A. Os números 1, 2, 3 e 4 referem-se aos níveis de agregação correspondente: 1 micro-área, 2 área, 3 seguimento e 4 município (SILVA, 2005).

De acordo com Brasil (2007), nas diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos agentes comunitários de saúde (1999), é proposto um conjunto de atribuições que podem ser resumidas no tripé: identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/ comunicar à equipe os casos e situações identificadas. Esse conjunto de atribuições deve ter como pano de fundo as questões de cunho político e social, principalmente as ligadas à competência de promoção da saúde.

O preenchimento das fichas do SIAB é função do agente comunitário de saúde, a partir dos dados coletados nas visitas domiciliares e, devem ser sempre

atualizadas a partir de um nascimento ou morte, inclusão de parentes ou surgimento de um outro evento. Essas fichas possibilitam o planejamento do trabalho da equipe priorizando-se as famílias que necessitem de um acompanhamento mais freqüente (BRASIL, 2001).

Na prática, a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, têm um papel fundamental. Na realidade, o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, deve participar das diferentes ações, na dimensão técnico-assistencial ou político-social. Não há a menor dúvida de que o ACS deve contribuir para o processo de transformação social. No entanto, é preciso ter em mente que a transformação social é um processo lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos (TOMAZ, 2002).

No processo de produção de informações do PSF, o ACS tem um papel de fundamental importância já que ele é o interlocutor entre as famílias e a equipe responsável por essas, assim, registrar de maneira correta esses dados é uma grande contribuição do agente no processo de diagnóstico e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2001).

O SIAB enquanto instrumento de informação possibilita a equipe de PSF discutir as questões de saúde, modo de vida e enfrentamento dos problemas de saúde por essas famílias, permitindo assim, a identificação e os determinantes do processo saúde-doença na área geossocial onde determinada equipe está inserida.

### 3.6 Complicações:

A HAS é uma doença de evolução insidiosa e que progride de forma assintomática na maioria dos indivíduos, dado esse muito relevante no que diz respeito as suas complicações.

Conforme pesquisas, as complicações mais comuns são:

- *Aterosclerose:*

A aterosclerose ocorre pelo aumento contínuo da pressão arterial, fazendo com que cause danos nas artérias de diversas partes do organismo vivo. Como qualquer artéria do corpo pode ser obstruída pela aterosclerose, virtualmente todos os órgãos podem sofrer alterações decorrentes da hipertensão, sendo freqüentes: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Insuficiência Renal. A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica na qual ocorre a formação de ateromas dentro dos vasos sanguíneos. Ateromas são placas compostas especialmente de lipídeos e tecido fibroso, que se formam na parede dos vasos. Levam progressivamente à diminuição do diâmetro do vaso, podendo chegar a obstrução total do mesmo (HIPERTENSÃO..., 2007).

- *IAM:*

Infarto agudo do miocárdio (IAM) é o desenvolvimento rápido da necrose miocárdica, devido a um desequilíbrio crítico entre provisão de oxigênio e demanda do



miocárdio. Isto normalmente é o resultado de placas que rompem com formação de trombos em um vaso coronário que resulta em redução aguda de sangue para uma porção do miocárdio. A causa mais comum IAM , é o estreitamentos das vasos de sangue do epicárdio , devido a placas ateromatosas. As placas se rompem com exposição subsequente da membrana , que resulta em agregação de plaquetas , formação de trombos, acumulação de fibrina e vasoespasmio. Isto pode resultar em oclusão parcial ou completa do vaso e isquemia do miocárdio subsequente. Oclusão total do vaso por um período de 4 a 6 horas resulta em necrose do miocárdio irreversível. A reperusão dentro deste período de tempo pode salvar o miocárdio e pode reduzir morbidez e mortalidade (INFARTO..., 2007).

É importante compreender o significado do infarto do miocárdio, pois esse fenômeno possui algumas especificidades, dada à singularidade da situação. Conhecer o significado dessa enfermidade é saber o sentido expresso pelo paciente de tudo o que vivenciou, seus desejos, vontades, medos, aspirações e intenções. Isso possibilita verificar o âmbito de atuação da enfermagem, para posterior atendimento das necessidades do paciente, e sua melhor adaptação a uma diferente circunstância de vida (REVISTA, 2003).

- **AVC:**

É uma doença de início súbito, que pode ocorrer por dois motivos: isquemia ou hemorragia. O primeiro tipo, e o mais comum deles, é devido à falta de irrigação sanguínea numa determinada região do cérebro, causando morte de tecido cerebral - é o AVC isquêmico. O AVC hemorrágico é menos comum, e mais grave, e

ocorre pela ruptura de um vaso sanguíneo intracraniano, levando à formação de um coágulo que afeta determinada função cerebral. O processo de reabilitação pode ser mais ou menos longo, dependendo das características do próprio AVC, da região afectada e do apoio que o doente tiver. Existem diversos fatores considerados de risco para a chance de ter um AVC, sendo o principal a hipertensão arterial sistêmica não controlada e, além dela, também aumentam a possibilidade o diabetes melitus, doenças reumatológicas, trombose, uma arritmia cardíaca chamada fibrilação atrial, estenose de valva mitral entre outras (HIPERTENSÃO..., 2007)

- ***INSUFICIÊNCIA RENAL:***

A insuficiência renal é a alteração da função dos rins na qual esses órgãos são incapazes de excretar as substâncias tóxicas do organismo de forma adequada. As causas da insuficiência renal são muitas, algumas das quais acarretam uma diminuição rápida da função renal (insuficiência renal aguda), enquanto outras acarretam uma diminuição gradual da função renal (insuficiência renal crônica). A insuficiência renal aguda é a diminuição rápida da capacidade dos rins de eliminar as substâncias tóxicas presentes no sangue, acarretando um acúmulo de produtos da degradação metabólica (p.ex., uréia) no sangue. A insuficiência renal aguda pode ocorrer em decorrência de qualquer condição que diminua o suprimento sanguíneo aos rins, que obstrua o fluxo de urina após ela haver deixado os rins ou que lesa os rins. As substâncias tóxicas podem lesar os rins. Essas substâncias tóxicas podem ser medicamentos, venenos, cristais precipitados na urina e anticorpos que reagem contra os rins. A insuficiência renal

crônica é uma diminuição lenta e progressiva da função renal que acarreta o acúmulo de produtos da degradação metabólica no sangue (DISTÚRBIO, 2007).

Em função das alterações da hemodinâmica glomerular que podem ocorrer em pacientes hipertensos portadores de doença renal, onde a hipertensão glomerular pode, se não iniciar, pelo menos contribuir para a progressão da doença e da perda de função renal, passa a ser importante, no aspecto terapêutico, o tratamento visar não apenas à redução da pressão arterial sistêmica, mas também influir na hemodinâmica glomerular, objetivando uma proteção renal mais específica (LOPES, 1993).

### **3.7 Prevenção:**

De acordo com Pierin (2004), o fato de a hipertensão arterial ser considerada como um problema de Saúde Pública surgiu em decorrência de ser considerada um dos maiores fatores de risco de doença cardiovascular, cerebral e renal e, com perspectiva de agravamento a medida que a longevidade aumenta.

Com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à hipertensão arterial, o Ministério da Saúde, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e Sociedade Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia e Diabetes para apoiar a reorganização da rede de saúde. Então, passou-se a disponibilizar para estados e municípios um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores da hipertensão, o seu acompanhamento, a garantia do recebimento dos



medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à HAS e ao Diabetes Melitus, assumiu o compromisso e criou o sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, **Sistema Hiperdia**, o qual é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças.

Por ser definida como uma doença de origem multifatorial, a HAS envolve orientações para vários objetivos, e, seu tratamento e sua prevenção exigem, portanto, apoio de uma equipe multiprofissional.

Uma equipe multiprofissional é composta por: médicos; enfermeiros; auxiliares de enfermagem; psicólogos; nutricionista; assistentes sociais e agentes comunitários de saúde. E, tem como objetivo: além da prevenção e tratamento, deve-se também trabalhar com educação em saúde, motivando aos indivíduos com HAS a vencer o desafio e adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes. Dentre suas ações vale ressaltar: promoção e prevenção à saúde; educação em saúde; ações assistenciais individuais e em grupos; encaminhamento a especialidades; capacitação dos profissionais e por fim, gerenciamento do programa (ARACAJU, 2007).

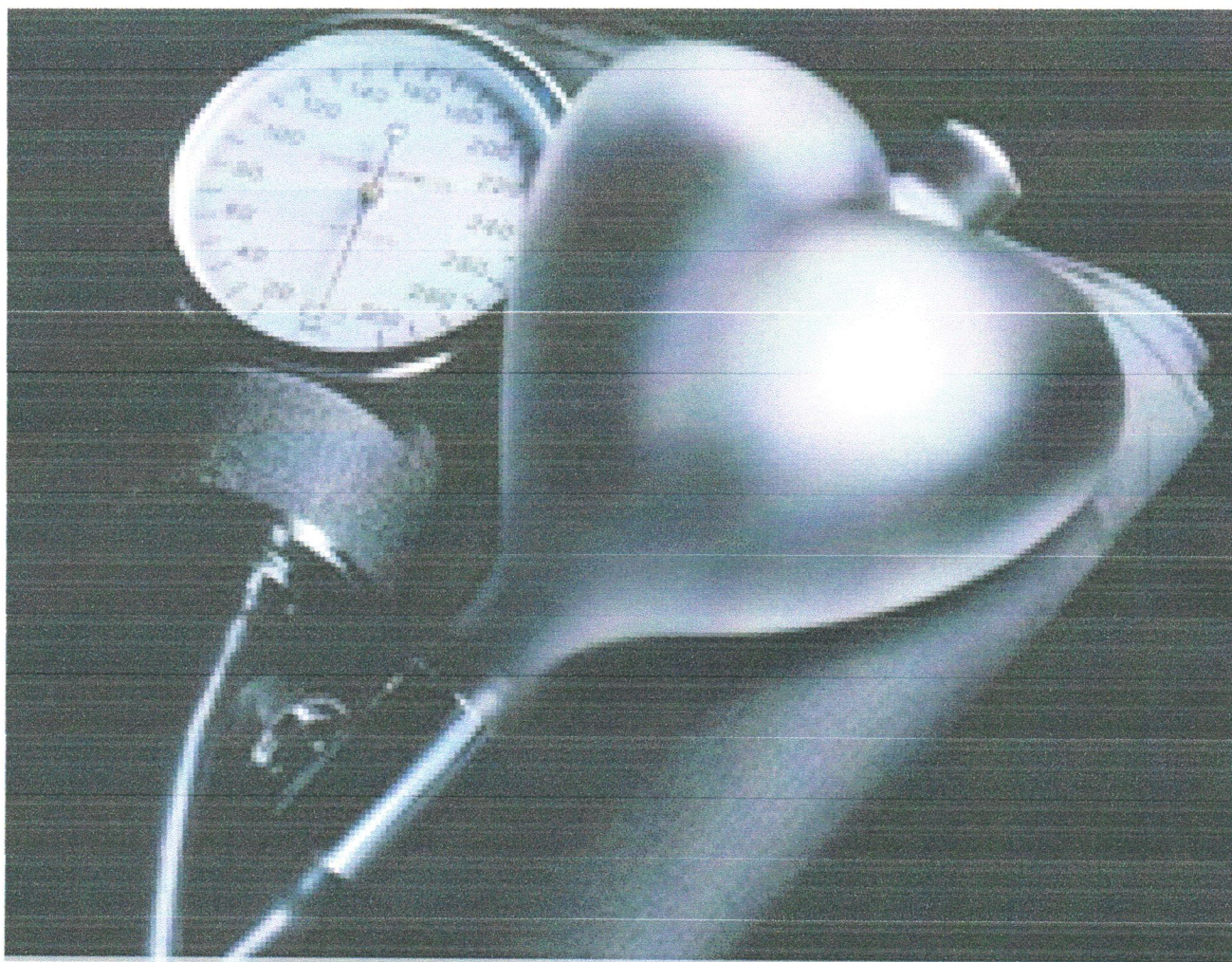
Pierin (2004) cita que as evidencias para a prevenção da HAS são muitas, pode-se evitá-las, retardar o seu aparecimento ou atenuar suas manifestações e, como conseqüência reduzir suas complicações mais sérias.

Conforme Gamboa (2005), essa prevenção pode ser realizada em duas etapas. A primária, a qual engloba uma alimentação saudável, atividade física regular, manutenção de peso, controle do estresse e reduzido o consumo de álcool. A prevenção secundária é realizada com a verificação rotineira da pressão arterial na população como um todo, e com o tratamento das pessoas nas quais forem detectadas a HAS.

Para Ferreira (2007), a maneira ideal de prevenir a HAS é através de modificações no estilo de vida. E, essas envolvem um maior empenho do paciente e de seus familiares. E essa prevenção pode ser feita adotando tais medidas: A redução do peso; evitar o alcoolismo e também o tabagismo; prática de atividades físicas regulares; moderação no consumo de dietas *hipersódicas e hiperlipídicas*.

A prevenção da HAS e de suas complicações deve receber atenção prioritária, mas, o grande desafio está na implementação dessas estratégias preventivas em todos os níveis. Sendo fundamental a educação em saúde voltada principalmente para a identificação dos riscos e as respectivas medidas essenciais para o seu controle. Outro fator importante é a preparação dos profissionais da saúde, através de capacitações. Além, de um apoio da mídia colaborando com informações para a prevenção da HAS (PIERIN, 2004).





## PERCURSO METODOLÓGICO

---



## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de Pesquisa:

O tipo de pesquisa utilizada nesse trabalho foi o quantitativo porque tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (POLIT; HUNGLER, 1995). De acordo com Oliveira (1997, p.115), em uma pesquisa com abordagem quantitativa *“procura-se descobrir e classificar a relação entre as variáveis, assim como na investigação de casualidade entre os fenômenos de interesse ou modelo da realidade”*.

Trata-se de um estudo descritivo, pois, *“tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos”* (MARTINS, 2002, pg.36).

Caracteriza-se por ser uma pesquisa documental já que, a fonte para a coleta de dados está registrada em documentos escritos, constituindo-se estes em fontes primárias. Nesse tipo de pesquisa, os dados podem ser colhidos tanto no momento em que o fato ocorre ou posteriormente (LAKATOS, 1999).

### 4.2 Característica da Área de Estudo:

A pesquisa teve como unidades de observação a Unidade Básica de Saúde José Augusto Barreto situada no Bairro Cidade Nova, no município de Aracaju, também conhecida como Japãozinho. Essa unidade foi a escolhida para realização dessa pesquisa,

pois, é a unidade de trabalho de uma das autoras e, também, pelo alto índice de pacientes hipertensos.

A USF José Augusto Barreto está localizada na avenida Euclides Figueiredo, s/n, situada na zona Norte de Aracaju. Essa unidade de saúde faz parte da sexta região do município de Aracaju de um total de oito regiões. Recentemente passou por uma reforma sendo re-inaugurada no mês de Maio de 2005. Na estrutura de antes, o espaço era dividido entre a USF e o Pronto-Atendimento (PA). Atualmente, após as obras de reforma, a demanda do PA foi transferida para o Hospital de Urgência Dr. Nestor Piva. Todo o ambiente foi estruturado para atender a comunidade apenas na área de Atenção Básica (ARACAJU, 2006).

A nova estrutura dispõe de oito consultórios, um gabinete odontológico com duas cadeiras, salas de vacina, observação, curativo, nebulização e sala de espera e sala de reunião.

Na USF José Augusto Barreto são ofertados a comunidade programas para saúde integral do idoso, da mulher, do adulto e da criança, todos esses, sendo acompanhados por consultas de enfermagem e médica. Tem-se acolhimento, o qual é realizado todas as manhãs, onde é atendida a demanda espontânea. Além disso, temos também as visitas domiciliares para aqueles pacientes com um quadro clínico mais delicado, palestras na comunidade e, também o programa de saúde bucal.

A segunda USF pesquisada foi a Unidade de Saúde da Família Povoado Piçarreira, localizada na BR 101 Cambuí, s/n, na zona rural do município de Santa Luzia do Itanhi. Sua estrutura física é composta de 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico, 01 sala de espera e 01 sala de reunião.

José Augusto Barreto, e da área 003 da USF Povoado Piçarreira, fazendo ou não acompanhamento nessa unidade de saúde.

#### **4.4 Técnica, Instrumento e Coleta de Dados:**

De acordo com Lakatos (1999, p.34), a coleta de dados inicia-se “*com a aplicação dos instrumentos e das técnicas selecionadas, a fim de se efetuar a coleta de dados prevista*”.

Os dados obtidos foram registrados em planilhas de coleta e analisados pelo programa estatístico SPSS 12.0. As variáveis estudadas foram: sexo, raça, faixa etária, dieta, complicações, tabagismo, etilismo, resultado de exames (glicemia, colesterol total, creatinina e uréia).

De acordo com Oliveira (2000, p. 86):

*“As variáveis são decorrentes da hipótese e servem para mostrar em termos de valores, aspectos, propriedades, quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços, peso, forma, que se alteram na hipótese, possibilitando que estas sejam submetidas a teste”.*



São ofertados programas de saúde da criança e do adolescente, da mulher, do idoso, do adulto, e saúde bucal; acompanhamento especial p/Hipertensão, Diabetes, Hanseníase e Tuberculose com palestras educativas e visitas domiciliares.

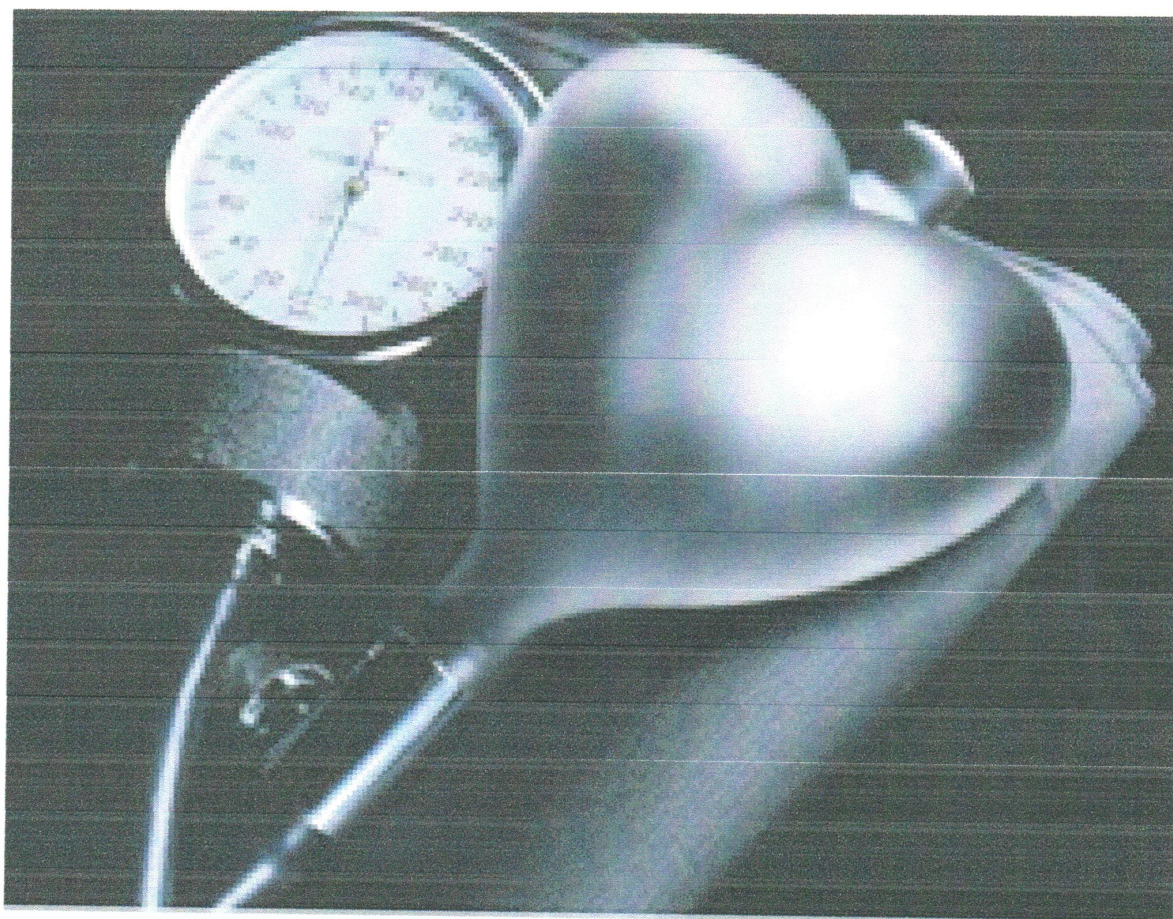
#### **4.3 População e Amostra:**

Fizeram parte dessa pesquisa todos os indivíduos hipertensos atendidos por essas duas equipes de PSF e, também aqueles que não são acompanhados pelo PSF, mas que são cadastrados no SIAB, onde a maioria faz acompanhamento particular.

A Unidade Básica de Saúde José Augusto Barreto abrange 125 pacientes hipertensos cadastrados na área 117, desses 40 não fazem acompanhamento na USF. A USF Povoado Piçarreira possui 104 pacientes hipertensos cadastrados na área 003.

Essa pesquisa tem como critério de inclusão indivíduos, de ambos os sexos, com diagnóstico de hipertensão arterial e que residam na área de cobertura dessas duas USF. A coleta de dados foi realizada, de acordo com dados retirados das fichas B – HA, como também dos prontuários de todos os pacientes diagnosticados como hipertensos nessas duas equipes de PSF. O critério utilizado para a caracterização deles como indivíduos hipertensos, não tivemos acesso, já que esse diagnóstico foi dado pelo respectivo médico e com pacientes diagnosticados mais antigos e outros mais recentes. Vale ressaltar que, um dos critérios para tal diagnóstico, e observados durante a coleta dos dados foi os valores tensóricos acima do nível normal em mais de duas aferições, ou seja, acima de 140x90 mmHg, fato esse também encontrado na literatura pesquisada. Qualquer outro fator que não esses, serão caracterizados como fator de exclusão

Para a realização dessa pesquisa foi escolhido, como público alvo, todos os indivíduos caracterizados como hipertensos e cadastrados no SIAB da área 117 da USF



## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---



## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

| VARIÁVEIS      |         | ARACAJU       | SANTA LUZIA   | <i>p</i> VALOR |
|----------------|---------|---------------|---------------|----------------|
| Sexo Masculino |         | 33,1%         | 35,6%         | -              |
| Idade          |         | 52,54 (25-82) | 60,50 (25-98) | 0,0000         |
| Raça           | Branca  | 17,7%         | 40,4%         | -              |
|                | Negra   | 29%           | 23,1%         | -              |
|                | Parda   | 53,2%         | 28,8%         | -              |
|                | Amarela | -             | 7,7%          | -              |

Tabela 1: Distribuição por sexo, idade e raça.

De acordo com os resultados mostrados na tabela 1, observou-se o índice aproximado de indivíduos hipertensos do sexo masculino em ambas as cidades. Também foi constatado que a maior parte dos indivíduos hipertensos era do sexo feminino. Com relação à idade, foi observado que não houve diferença estatística significativa, conforme mostra o valor de *p*, entre as médias das duas cidades. Identificamos também com essa pesquisa, que a raça mais prevalente em um dos municípios foi a parda, e em outro foi a raça branca.

De acordo estudos recentes, Mano (2007) cita que a prevalência de indivíduos com HAS aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos, e, na população negra tem-se sempre uma maior prevalência independente da idade. Tem-se demonstrado também que a prevalência da HAS na população brasileira encontra-se em torno de 15% da população adulta. Conforme a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial as taxas de HAS mais elevadas são encontradas em homens de até 50 anos e



mulheres por volta dos 60 anos e, ainda para essa Diretriz, a raça mais atingida é a afro descendente.

Comparando-se os resultados dessa pesquisa com a literatura, observamos que: a média de idade obtida dos pacientes hipertensos pesquisados está de acordo com o encontrado na revisão de literatura já que foi focado uma maior prevalência na população adulta e, na faixa etária compreendendo dos 50 aos 60 anos. Observou-se nessa pesquisa, com relação à raça, que não houve concordância com a literatura pesquisada. Já que a mesma informa, que a raça com maior prevalência de HAS é a negra.

| VARIÁVEL     | ARACAJU | SANTA LUZIA | <i>p Valor</i> |
|--------------|---------|-------------|----------------|
| Tabagismo    | 12,1%   | 11,5%       | 0,426          |
| Etilismo     | 16,1%   | 20,2%       | 0,426          |
| Sedentarismo | 75%     | 94,2%       | 0,000          |
| Dieta        | 86,3%   | 91,3%       | 0,232          |

Tabela 2: Distribuição quanto aos possíveis fatores de risco.

Com relação à tabela 2, observou-se que não houve diferença significativa entre as duas cidades, nas variáveis estudadas, exceto no sedentarismo.

Estudos recentes comprovam que o tabagismo é um dos principais fatores de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares. Porém, esse risco diminui em ambos os sexos após a interrupção do hábito de fumar (PIERIN, 2004). Com relação ao

alcoolismo (o consumo elevado de qualquer tipo de bebida alcoólica aumenta drasticamente os níveis tensionais), mas que podem reduzir a partir do momento em que ocorre a redução no consumo de álcool (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). O sedentarismo também é outro fator de risco para o desenvolvimento da HAS e doenças cardiovasculares. Pesquisas demonstram que indivíduos sedentários apresentam risco de 30% maior de desenvolver HAS do que aqueles que são ativos (V DIRETRIZ V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). Para Molina (2003), dentre todos os fatores nutricionais estudados e que se relacionam à alta prevalência de hipertensão arterial estão o elevado consumo de sódio.

Vale ressaltar que, apesar dessas variáveis serem definidas na literatura como fatores de risco, não se pode comprovar que os mesmos foram fatores de risco causadores da hipertensão arterial sistêmica nos indivíduos pesquisados.

| VARIÁVEL   | ARACAJU               | SANTA LUZIA           | <i>p Valor</i> |
|------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Glicemia   | 110,31 ( $\pm$ 54,61) | 104,01 ( $\pm$ 42,30) | 0,472          |
| Colesterol | 209,72 ( $\pm$ 56,41) | 206,10 ( $\pm$ 36,93) | 0,691          |
| Uréia      | 34,25 ( $\pm$ 25,77)  | 26,95 ( $\pm$ 9,8)    | 0,137          |
| Creatinina | 1,20 ( $\pm$ 1,16)    | 1,30 ( $\pm$ 0,44)    | 0,675          |

Tabela 3: Distribuição quanto ao perfil laboratorial.

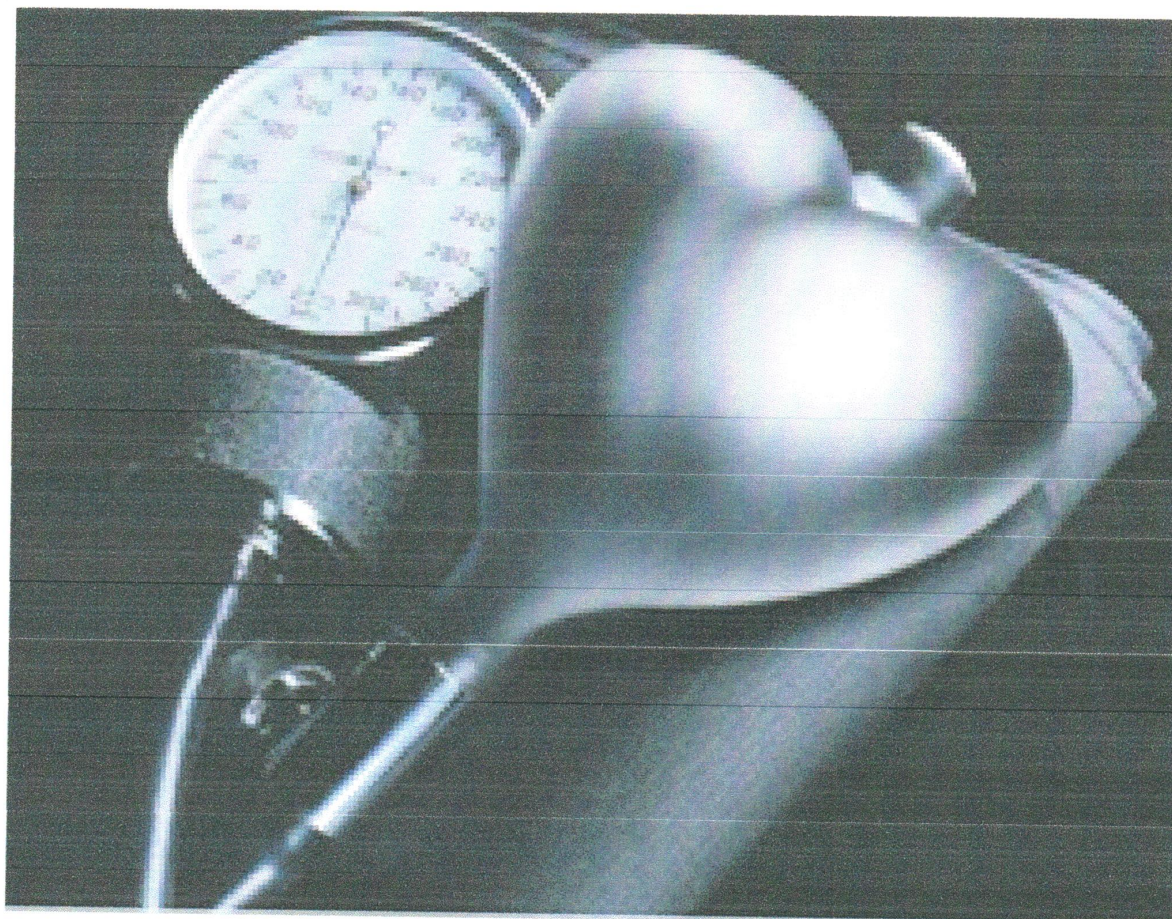
Com relação às variáveis relacionadas ao perfil laboratorial (tabela 3) observou-se que, nas duas cidades pesquisadas, os valores encontram-se acima do nível normal, caracterizando populações estatisticamente iguais.

Níveis alterados de glicemia acarretam em uma probabilidade sete vezes maior de mortalidade por doenças cardiovasculares (MANO, 2007). Um outro fator de risco para a doença arterial coronariana são as dislipidemias, as quais também são fortes influenciadoras na alteração dos níveis tensionais.

Pierin (2004), diz que indivíduos que apresentam níveis pressóricos constantemente elevados têm grande probabilidade de desenvolver, além das complicações cardiovasculares, as renais. E estas, são identificadas precocemente através de métodos laboratoriais.

Observa-se com os resultados obtidos com essa pesquisa que todas as variáveis observadas, com relação aos resultados de exames desses pacientes, encontram-se alteradas, ou seja, são fatores de risco para o surgimento de doença coronariana, aliadas a uma HAS, como também são indícios de pacientes que podem levar a um comprometimento renal.





## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a pesquisa realizada nas USF José Augusto Barreto e USF Povoado Piçarreira, com o intuito de levantar o perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos nessas duas localidades, para assim fazer um estudo comparativo entre eles, observou-se uma prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos do sexo feminino nas duas cidades. Com relação à faixa etária, prevaleceu a hipertensão arterial em indivíduos, com a média acima de 50 anos de idade. Também se observou que a maioria dos indivíduos pertence às raças parda e branca, respectivamente em cada cidade.

Os fatores de risco pesquisados, que foram tabagismo, sedentarismo, etilismo e dieta, mostraram que a grande maioria dos indivíduos pesquisados não fuma e nem faz uso de bebidas alcoólicas, segue a dieta recomendada corretamente, apesar de ser sedentária e não praticar atividade física, sendo considerada atividade física a realização de caminhadas e / ou frequência em academias. Demonstrando populações hipertensas com baixos fatores de risco (tabagismo, etilismo e má dieta). Vale ressaltar que esses resultados são coletados nas fichas de cadastramento do PSF, citada anteriormente, e que os agentes comunitários de saúde, muitas vezes, são induzidos a acreditar, ou até mesmo, “obrigados” a confiar na palavra do paciente e / ou seu familiar, já que, geralmente eles não terão como provar sua sinceridade ou não. A partir daí, faz-se necessário rever a estratégia de coleta de dados do PSF.

Um outro ponto a se observar é o preenchimento das Fichas SSA2 durante as avaliações mensais com os ACS já que com relação aos hipertensos existem dois campos de preenchimento (cadastrados e acompanhados). Fato esse que



nos coloca em dúvida já que o campo *acompanhados* refere – se aos acompanhados pelos ACS em suas visitas mensais mesmo esses indivíduos hipertensos não fazendo acompanhamento pela equipe na USF, isto é, sem consultas freqüentes, exames dentre outros. Ou, refere-se a apenas aqueles hipertensos que são acompanhados de forma correta pela USF além do acompanhamento mensal pelo ACS. Atualmente esse preenchimento é feito independentemente se o indivíduo é ou não acompanhado pela USF, tendo como pré-requisito apenas o acompanhamento pelo ACS. Surgiu então o seguinte questionamento: A responsabilidade do estado de saúde; do controle dos níveis da PA; perfil laboratorial; prevenção das complicações, dentre outros. São da responsabilidade de quem? Sendo que, com qualquer alteração nesses dados seja por internamento, complicações ou óbitos, as Secretarias Estaduais ou Municipais notificam o ocorrido a tais equipes, mesmo que as mesmas estejam isentas desse acompanhamento. Então, sugerimos uma, possível, alteração nessa ficha SSA2 com um novo campo de acompanhamento ou, então, registrar apenas aqueles que façam acompanhamento com a Equipe de Saúde da Família porque sendo assim teremos uma avaliação mais eficaz do PSF e de seus programas.

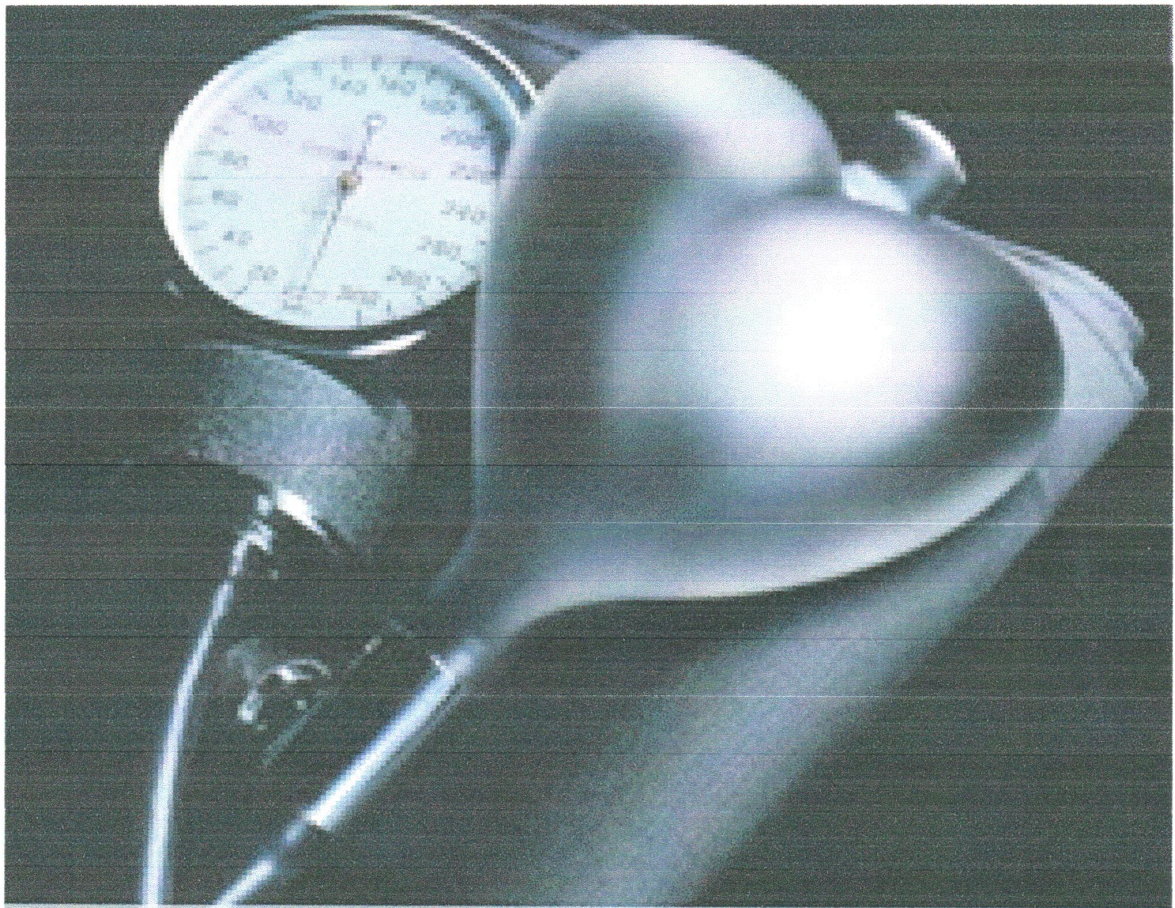
Foi traçado também o perfil laboratorial dos indivíduos pesquisados, e foi constatado que, em quase metade da amostra pesquisada, os níveis de glicemia e colesterol total se encontraram acima do limite da normalidade, constituindo um fator agravante para a descompensação da HAS. Já na maioria, os valores pesquisados de uréia e creatinina, que avaliam a função renal, se mostraram ainda nos padrões da normalidade.

Outro fator que vale ressaltar, com essa pesquisa, é a semelhança do perfil do hipertensos do município de Aracaju com o de Santa Luzia do Itanhi. Já que imaginávamos que pelo fato de se comparar duas USF sendo uma delas no interior,



esse perfil deveria divergir sendo que um melhor resultado fosse encontrado na capital devido a facilidade de acesso à saúde seja para as consultas, realização de exames, medicação e etc. Mas, tem-se também, diferentes padrões de vida onde, na cidade, temos indivíduos mais estressados com o trabalho, padrão alimentar inadequado, o absenteísmo às consultas e exames dentre outros, fatores que podem ser considerados como desencadeantes ou agravantes da HAS.

Concluimos, também, que se faz necessário, um aperfeiçoamento dos programas de educação em saúde, para as populações pesquisadas, com o objetivo de ter um melhor controle dos fatores de risco e das doenças associadas, para uma possível redução das complicações decorrentes dessa doença.



## REFERÊNCIAS

---

## REFERÊNCIAS

**V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSAO ARTERIAL.** São Paulo, 2006.

ANDRADE, C. **25% da população sergipana é hipertensa.** Disponível em: <<http://www.correiodesergipe.com/lernoticia.php?noticia=14231>>. Acesso em: 29 abr. 2007.

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo – Programa de Saúde do Adulto**, 2004.

**ATENCAO BASICA – PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA.** Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em 09 mar.2007.

BARROS NETO, T.L. **Sedentarismo.** Disponível em <[http://www.emedix.com.br/doe/mes001\\_1f\\_sedentarismo.php#texto1](http://www.emedix.com.br/doe/mes001_1f_sedentarismo.php#texto1)> Acesso em 03 mar. 2007.

BEZERRA, B. **Diabetes e Hipertensão: Cuidado Duplo.** 2006. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/imprensa/entrevistas/index.php?id=266>> Acesso em 03 mar. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 7 – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo.** Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Manual de Enfermagem – Programa de Saúde da Família.** São Paulo, 2001.



**Hiperdia- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.** Disponível em: <  
[http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D655E2F361G85H011Jd10L410MON&VInclude=../site/din\\_sist.php&VSis=1&VCoit=655&VAba=0](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B371C6D655E2F361G85H011Jd10L410MON&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=655&VAba=0)>  
 Acesso em: 12 mar. 2007.

BRUNNER, L.S. ; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

**CARDIOLOGIA - FATORES DE RISCO- FATORES MODIFICÁVEIS.**  
 Disponível em < [http://www.infonet.com.br/cardiologia/cardiologia\\_fatores\\_mod.htm](http://www.infonet.com.br/cardiologia/cardiologia_fatores_mod.htm)>  
 Acesso 03 mar.2007.

COSTA, A. R. da. **Hipertensão e colesterol alto: dupla de risco para o coração.** 2002. Disponível em: <  
[http://www.cardioclick.com.br/site/content/area\\_paciente/sala\\_imprensa/sala\\_det.asp?noticia\\_ano=2006&noticia\\_id=1404&noticia\\_mes=FEVEREIRO](http://www.cardioclick.com.br/site/content/area_paciente/sala_imprensa/sala_det.asp?noticia_ano=2006&noticia_id=1404&noticia_mes=FEVEREIRO)>. Acesso em: 05 abr. 2007.

CZEPIELEWSKI, M. A. **Diabetes Mellitus.** Disponível em:<  
<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?127>>. Acesso em: 13 abr. 2007.

**DISTÚRBIO DOS RINS E DO TRATO URINÁRIO.** Manual Merck Saúde para a Família. Disponível em:< [http://www.msd-brazil.com/msd43/m\\_manual/mm\\_sec11\\_123.htm](http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec11_123.htm)>. Acesso em: 24 mar. 2007.

FERREIRA, C. **Hipertensão Arterial.** Disponível em <  
[http://www.emedix.com.br/doe/car001\\_1f\\_hipertensao.php](http://www.emedix.com.br/doe/car001_1f_hipertensao.php)> Acesso em 25 fev. 2007.

FONTES, H. A. F. **Alto Colesterol.** 2006. Disponível em:<  
<http://www.copacabanarunners.net/alto-colesterol.html>>. Acesso em: 29 mar. 2007.

GAMBOA, T. **Hipertenso**. Disponível em <  
[http://www.olharvital.ufrj.br/ant/2005\\_10\\_20/materia\\_saudeeprevencao.htm](http://www.olharvital.ufrj.br/ant/2005_10_20/materia_saudeeprevencao.htm)> 2005.  
Acesso em 15 fev.2007.

**HIPERTENSÃO ARTERIAL**. Disponível em:<  
[http://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o\\_arterial](http://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o_arterial)>. Acesso em: 28 mar. 2007.

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**. Disponível em: <  
<http://paginas.terra.com.br/saude/fisioajuda/infarmi.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2007.

KOHLMANN JUNIOR, O. **Entrevista**. Disponível em:<  
<http://www.sbh.org.br/entrevistas/entrevista4.htm>>. Acesso em: 28 mar. 2007.

LAKATOS, E. M. ; MARCONI, M. de A. **Técnicas de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo:  
Atlas, 1999 p.34-41; 53-58; 64-73.

LOLIO, C. A.; et al. **Prevalência de tabagismo em localidade urbana da região sudeste do Brasil**. *Rev. Saúde Pública* vol.27 no.4 São Paulo Aug. 1993 Disponível em < [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101993000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101993000400005&script=sci_arttext)> Acesso em 15 mar. 2007.

LOPES, A. C. ; CARDOSO FILHO, M da C. **Clínica Médica Contemporânea**. São Paulo: Sarvier, 1993.

MANO, R. **Manuais de Cardiologia: Considerações Gerais sobre HAS**. Disponível em: < <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/Pag17.htm> > Acesso em: 20 fev. 2007.

MARCONDES, M. ; SUSTOVICH, R. R. ; RAMOS, O. L. **Clínica Médica: Propedêutica e Fisiopatologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

MENEZES, R. M. ; SANTOS, L.C. dos ; de **O Impacto do Programa de Saúde a Família na Cobertura de Saúde em Comunidades de Aracaju**. Aracaju, 2005.

**O CONSUMO DE CIGARRO NO BRASIL**. Disponível em <  
[http://www.tabagismoumadoenca.hpg.ig.com.br/doencas\\_causadas.htm](http://www.tabagismoumadoenca.hpg.ig.com.br/doencas_causadas.htm)> Acesso em 02 mar.2007.

OLIVEIRA, S. L. de **Tratado de Metodologia Científica**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

PAIVA, D.C.P. de; et al. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública v.22 n.2 Rio de Janeiro. 2006. Disponível em <  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=pt) > Acesso em 07 mar. 2007.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão Arterial – uma proposta para o cuidar**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2004.

POLIT,D.F. ; HUNGLER,P.B. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto alegre: Artes Médicas,1995.p.6-22; 163-198.

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA - SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE**. Rev. Saúde Pública vol.34 n.3 São Paulo, 2000. Disponível em <  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000300018](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018)> Acesso em 07 mar. 2007.



REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM. **Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente.** Rev. Latino-Am. Enfermagem v.11 n.6 Ribeirão Preto nov./dic. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000600007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600007&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2007.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. **Classificação da Hipertensão Arterial.** Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/classificacao.doc>>. Acesso em: 12 abr. 2007.

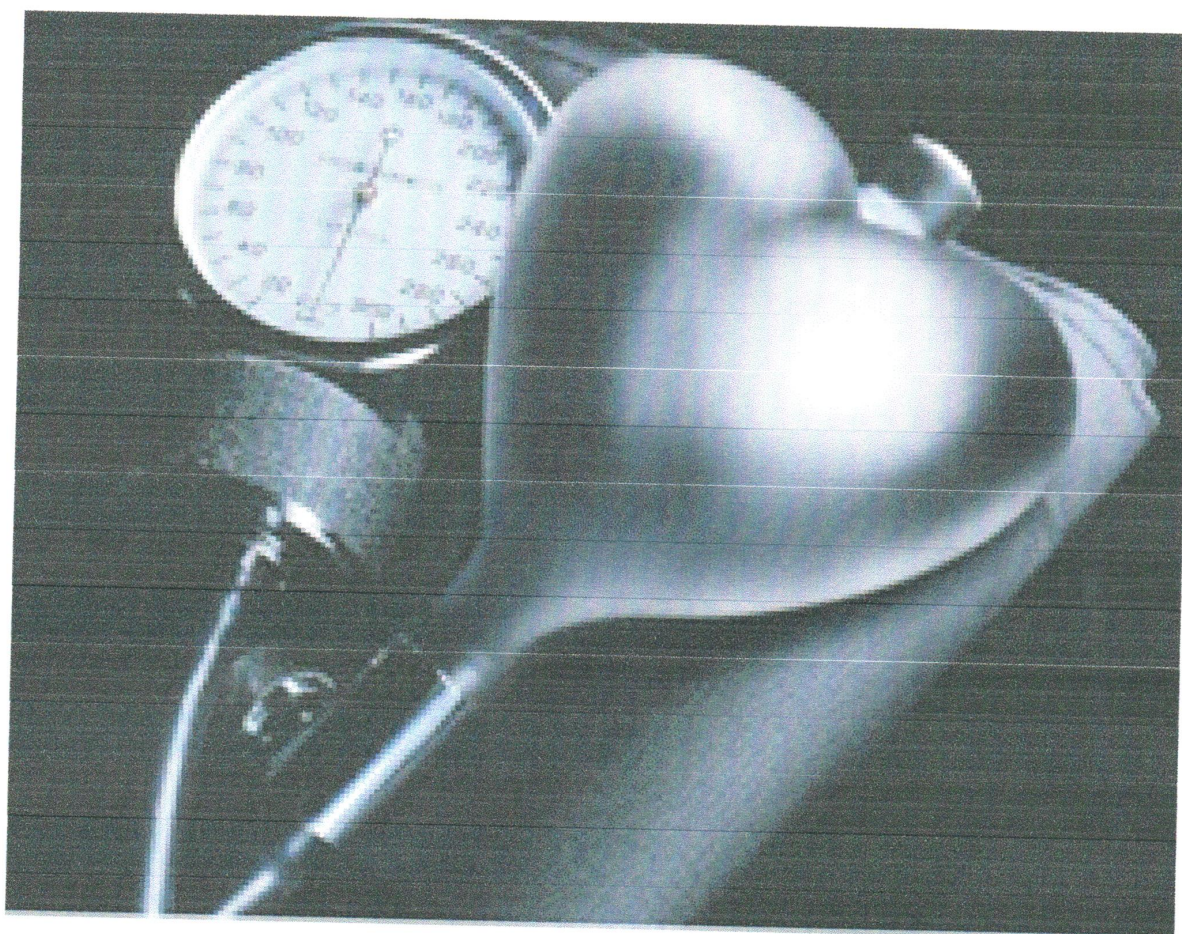
ROMÃO JUNIOR, J. E. **O rim e suas doenças.** Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Publico/rim.htm>>. acesso em: 03 abr. 2007.

SILVA, A. S. S. **Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.21 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000600031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600031)>. Acesso em: 26 mar. 2007.

SILVA, J.L.L. da; SOUZA ; S.L. de. **Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica Versus Estilo de Vida Docente.** Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_3/03\\_Original.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/03_Original.html)> Acesso em 02 mar. 2007.

STEFANINI, E; KASINSKI, N.; CARVALHO, A.N. **Cardiologia – Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina.** São Paulo: Manole, 2004.

TOMAZ, J. B. C. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.** Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/cedem/did/atencao/debates2.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2007.



## APÊNDICE

---

**Planilha de coleta**

Nome:

Sexo: M( ) F( )

Idade:

Raça: Negro( ) Pardo( ) Branco( )

Dieta: sem sal( ) não faz dieta( )

Uso de medicamento corretamente: sim( ) não( )  
quais? \_\_\_\_\_

Ativ. Física: sim( ) não( )

Tempo de HAS: \_\_\_\_\_

Alguma complicação cardiológica: IAM( ) AVC( ) cirurgia( )

Tabagismo Sim ( ) Não( )

Etilismo: sim ( ) não( )

Diabetes mellitos: sim ( ) não ( )

Exames regularmente: Sim ( ) não ( )

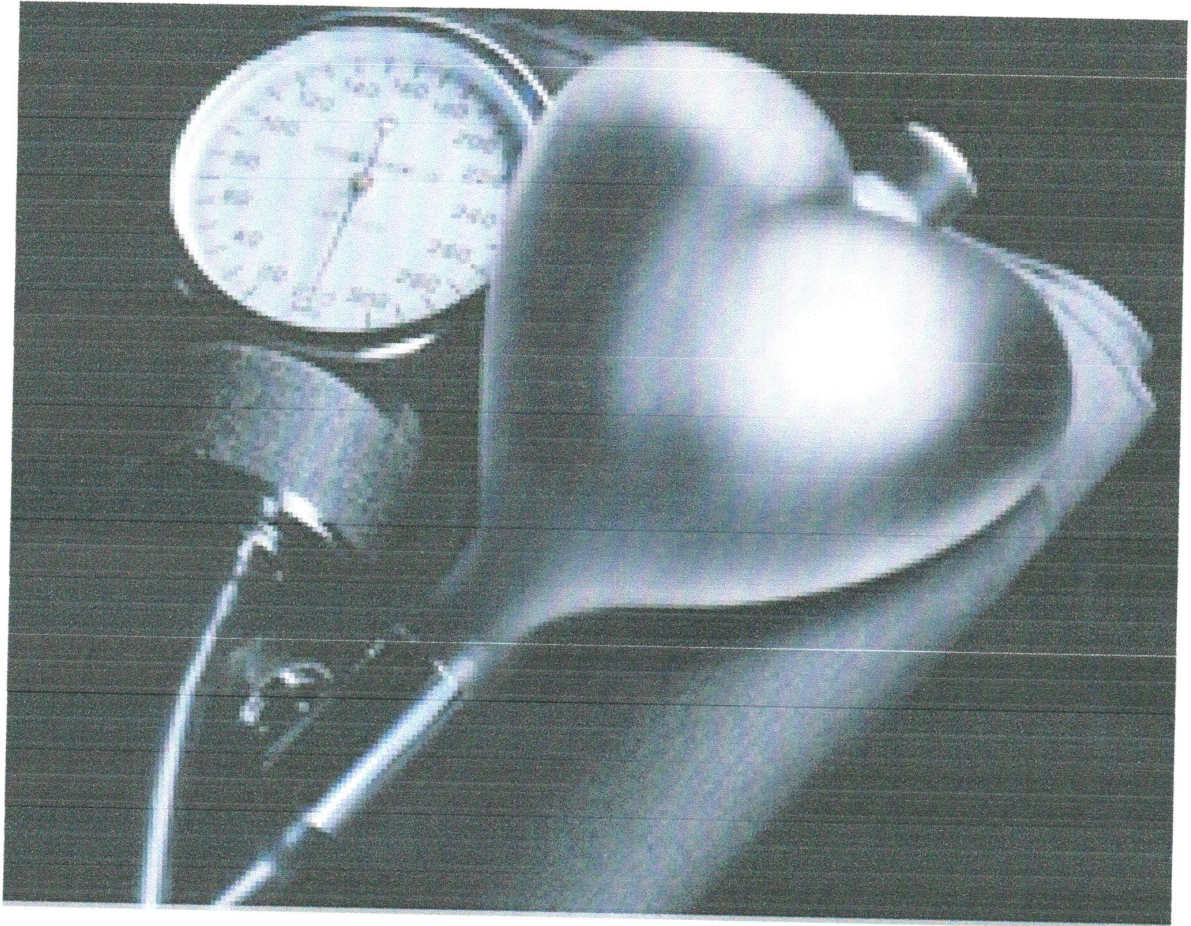
Glicemia:

Colesterol total:

Creatinina:

Uréia:





ANEXOS

---



|           |         |         |       |           |              |
|-----------|---------|---------|-------|-----------|--------------|
| MUNICÍPIO | SEMENTO | UNIDADE | ÁREA  | MICROÁREA | NOME DO ACS: |
| _____     | _____   | _____   | _____ | _____     |              |

# ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

[illegible]



# ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

[illegible]



|                                                |                      |                                      |                      |                      |                      |                                |                      |
|------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| <b>FICHA A</b>                                 |                      | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> |                      |                      |                      | <b>UF</b> <input type="text"/> |                      |
| <b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b> |                      |                                      |                      |                      |                      |                                |                      |
| ENDEREÇO                                       |                      |                                      |                      | NÚMERO               | BAIRRO               |                                | CEP                  |
| <input type="text"/>                           |                      |                                      |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                                | <input type="text"/> |
| MUNICÍPIO                                      | SEGMENTO             | ÁREA                                 | MICROÁREA            | FAMÍLIA              | DATA                 |                                |                      |
| <input type="text"/>                           | <input type="text"/> | <input type="text"/>                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                                |                      |

| CADASTRO DA FAMÍLIA                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|------------------------------------|---------------|-------|------|-----------------------|-----|----------|----------------------------------------------|
| PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS<br>NOME | DATA<br>NASC. | IDADE | SEXO | FREQUENTA A<br>ESCOLA |     | OCUPAÇÃO | DOENÇA OU<br>CONDIÇÃO<br>REFERIDA<br>(sigla) |
|                                    |               |       |      | SIM                   | NÃO |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                    |               |       |      |                       |     |          |                                              |

| PESSOAS DE 0 A 14 ANOS<br>NOME | DATA<br>NASC. | IDADE | SEXO | FREQUENTA A<br>ESCOLA |     | OCUPAÇÃO | DOENÇA OU<br>CONDIÇÃO<br>REFERIDA<br>(sigla) |
|--------------------------------|---------------|-------|------|-----------------------|-----|----------|----------------------------------------------|
|                                |               |       |      | SIM                   | NÃO |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |
|                                |               |       |      |                       |     |          |                                              |

*Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas*

ALC - Alcoolismo  
CHA - Chagas  
DEF - Deficiência  
DIA - Diabetes

EPI - Epilepsia  
GES - Gestação  
HA - Hipertensão Arterial  
TB - Tuberculose

HAN - Hanseníase  
MAL - Malária





