

Educação e Controle da Hipertensão Arterial

Área Temática de Saúde

Resumo

Com o objetivo de levantar os fatores de risco e as dificuldades do hipertenso para o autocontrole, foram coletados dados através da aferição da pressão arterial e entrevistas domiciliares, de uma amostra populacional constituída por 113 hipertensos em tratamento farmacológico e/ou dietético. O estudo foi realizado nos meses de março a dezembro de 2003, em um bairro urbano de Alfenas-MG, não atendido pelo Programa de Saúde da Família. Constatou-se que a hipertensão arterial teve maior prevalência no sexo feminino, nos sujeitos com baixo nível de escolaridade, alta incidência de complicações, principalmente a coronariopatia, seguida pela doença renal. O tratamento farmacológico foi predominante, com o uso de hipotensores fornecidos pelo SUS. Verificou-se o desconhecimento em relação a patologia, e medidas higieno-dietéticas. Os principais fatores de risco observados foram os antecedentes familiares para doenças cardiovasculares, tabagismo e consumo de bebida alcoólica.

Autores

Silvana Maria Coelho Leite Fava - Professora do Curso de Enfermagem

Fernanda Faria Botelho - Acadêmica de Enfermagem

Eveline Reinaldo Seabra - Acadêmica de Enfermagem

Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues - Acadêmica de Enfermagem

Ana Paula Nagaoka. - Acadêmica de Enfermagem

Instituição

Centro Universitário Federal de Alfenas - CEUFE

Palavras-chave: hipertensão arterial; visita domiciliar; doença renal

Introdução e objetivo

O modelo de atenção tem voltado para a saúde da família e proporcionado grandes mudanças no perfil do profissional de saúde, exigindo-lhes competências que possibilitem desempenhar suas atribuições de acordo com as necessidades de saúde da população. Em face desta realidade, implantou o projeto de extensão em 1997 com o objetivo de proporcionar uma experiência autêntica profissional além de contribuir para a qualidade de vida dos portadores de hipertensão.

É importante destacar que as condições de vida, o trabalho, modificações econômicas e políticas, assim como o aumento da expectativa de vida tem gerado uma significativa elevação de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças do aparelho circulatório. Dentre estas, a hipertensão arterial destaca-se pela sua alta incidência.

Rouquayrol (1999) relata que as doenças cardiovasculares vêm tendo liderança no quadro epidemiológico, sendo considerada a maior causa de mortalidade no país. São responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva, haja visto seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar sequelas para o resto da vida.

No Brasil, cerca de 12 a 13 milhões de brasileiros são hipertensos. A hipertensão arterial é causa de 85% dos casos de derrame e cerca de 40 a 50% de infartos do miocárdio (RIBEIRO, 2000).

De acordo com o Instituto Nacional de Seguro Social (2001), cerca de 40% das aposentadorias precoces são devidas aos problemas decorrentes da hipertensão arterial.

A prevenção, o tratamento da hipertensão arterial e o acometimento de órgãos alvos ainda são importantes desafios de saúde pública a serem abordados nos próximos anos, uma vez que a incidência de doença renal grave e a prevalência de doenças cardíacas estão aumentando progressivamente. Com isso, a conscientização da população frente às conseqüências da patologia, tratamento e as taxas de controle da hipertensão arterial tem aumentado nas últimas décadas.

No que se refere aos fatores de risco, Pessuto; Carvalho (1998), destacam a idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em gorduras e sódio.

Para Guimarães (2000), a pressão alta é mais problemática para as pessoas que possuem os chamados "fatores de risco", pois quanto maior for o número desses fatores, maior será a chance de desenvolvimento da hipertensão arterial e de complicações nos órgãos alvo.

Cassonati (1999) refere que as mulheres que fumam e fazem uso de anticoncepcional, com idade igual ou superior a 30 anos, são mais atingidas. Destaca ainda que a hipertensão arterial é uma doença familiar relacionada tanto a fatores genéticos como ambientais e suas conseqüências tornam-se um fator preocupante à família.

Quanto a obesidade Mano (2000); Ferreira, Zanella (2000) relataram que esta constitui um dos fatores de risco para a doença arterial coronariana, além da associação com a prevalência elevada da hipertensão arterial. Estima-se que para cada quilograma de peso adquirido a pressão arterial sistólica se eleva em 1 mmHg.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, a literatura revela que o etanol é uma substância tóxica que lesa órgãos como o cérebro, coração, fígado e pâncreas, além de elevar a pressão arterial e diminuir o efeito dos antihipertensivos (MION JÚNIOR, 1998).

É presumível que as ações do tabagismo sobre o aparelho cardiovascular ocorram basicamente pela ação da nicotina e do monóxido de carbono. O ato de fumar aumenta as chances de dano vascular por induzir a um maior tônus simpático, maior adesividade e reatividade plaquetárias, maior produção de radicais livres, maior dano endotelial e por oscilar repentinamente os níveis da pressão arterial.

No que se refere aos exercícios físicos, o III Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial (1998), preconiza que esse reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das deslipidemias, da resistência à insulina, do abandono ao tabagismo e do controle do estresse. De acordo com o 6º Relatório da Comissão Nacional Conjunta de Hipertensão Arterial (1997), indivíduos sedentários com pressão arterial normal têm um risco de 20 a 50% maior de desenvolver a hipertensão arterial.

No que tange ao estresse, Pessuto; Carvalho (1998), descrevem que os mecanismos mal adaptados como, por exemplo, manter a raiva deprimida, são fatores que contribuem para elevar a pressão sanguínea diastólica, mais do que a raça, sendo que o relaxamento pode contribuir para a redução dos efeitos antiestressantes.

Merece destaque como fator de risco, a alimentação rica em sódio e gorduras. O excesso de sal pode contribuir para piora da pressão alta prejudicando o efeito dos remédios e tornando mais difícil o controle da hipertensão arterial.

Segundo Benett; Plum (1997) uma redução da ingesta de gorduras reduz a pressão arterial, além de uma redução de outros fatores cardiovasculares.

Mion Júnior (1998) ressalta que o colesterol alto associado ao hábito de fumar e a pressão alta são as causas mais importantes de infarto do miocárdio.

De acordo com Car (1998), merecem ser investigados o desconhecimento do diagnóstico da hipertensão arterial, os problemas de organização e de acesso ao sistema público de saúde e as questões individuais relativas a não adesão dos hipertensos ao tratamento, a fim de subsidiar as intervenções que visem o controle da hipertensão arterial.

Quanto ao tratamento, o III Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão (1998) ressalta que seu objetivo primordial é reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular, sendo utilizadas para estas tanto medidas não medicamentosas isoladas como associadas à hipotensores. Nas medidas higieno-dietéticas incluem conforme as diretrizes de Brasil (2001), redução do peso, combate ao fumo, sedentarismo, reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, sal e alimentos com alto teor de gorduras. Quanto ao tratamento farmacológico, Brasil (2001) ressalta que deve ser respeitada as seguintes situações: idade do paciente, presença de outras doenças, estado mental, uso de outras medicações, dependência de álcool ou drogas, cooperação ao paciente e restrição financeira.

Benett; Plum (1997) destaca que o número e a variedade cada vez maior de fármacos disponíveis, ao lado da rápida expansão do conhecimento acerca da fisiopatologia da hipertensão arterial e dos efeitos adversos em grupos específicos de clientes possibilitam cada vez mais a individualização do tratamento anti-hipertensivo.

As medidas higieno-dietéticas, devem ser enfatizadas à todos os hipertensos e aos indivíduos normotensos, mas de alto risco cardiovascular.

As razões para adoção destas medidas devem-se ao: baixo custo e riscos mínimos, redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco, aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e redução do risco cardiovascular.

No que se refere as complicações, os níveis pressóricos elevados produzem lesão vascular, desenvolvendo nestas, diminuição da luz e espessamento das paredes até rupturas.

A alta prevalência das doenças cardiovasculares é observada mundialmente. No Brasil, este grupo de doenças constitui a primeira causa de óbito, sendo que em 1996 de acordo com Brasil (2001), ocorreram 246.613 óbitos por essas doenças correspondendo a 28% do total de óbitos.

Bergono (2000), refere em seus estudos que o infarto agudo do miocárdio é considerado o assassino número um do país, tirando mais de meio milhão de vidas todos os anos.

No que se refere à insuficiência cardíaca, Mano(2000) descreve que esta tem sido vista como uma doença da circulação e não apenas do coração. Quando o débito cardíaco cai após agressão miocárdica, mecanismos neuro-hormonais são ativados com o objetivo de preservar a homeostase circulatória, No entanto, esta liberação de hormônios vasoconstritores, parece exercer papel deletério no desenvolvimento da insuficiência cardíaca congestiva, pelo aumento da sobrecarga de volume e da pós-carga do ventrículo com contratilidade já diminuída.

Brasil (2000), menciona que o glomérulo, sendo uma unidade morfofuncional do rim e caracterizado como tufovascular, qualquer aumento da pressão neste território, leva à diminuição progressiva de sua função, que na maioria das vezes é silenciosa.

Em relação às doenças vasculares dos membros, Gyton; Hall (1997), descrevem que a baixa resistência da comunicação direta entre a artéria e veia resulta em alto influxo arterial para a veia, gerando aumento na pressão venosa. A elevada pressão venosa ingurgita e distende a veia, podendo levar à veias varicosas.

Entre os órgãos mais afetados pela hipertensão arterial, o cérebro talvez seja o órgão mais acometido BRASIL (2001).

No acidente vascular cerebral, a perda repentina da função cerebral é resultante do rompimento do suprimento sanguíneo ao cérebro. Em 80% dos casos são isquêmicos, devido a súbita falta de sangue em determinada região do cérebro. Já os hemorrágicos são mais raros e em geral mais graves, sendo o coágulo intracerebral uma complicação importante (Azevedo, 1998).

A prevenção, o tratamento da hipertensão arterial e o acometimento de órgãos alvos ainda são importantes desafios de saúde pública a serem abordados nos próximos anos, uma vez que a incidência de doença renal grave e a prevalência de doenças cardíacas estão aumentando progressivamente. Com isso, a conscientização da população frente às conseqüências da patologia, tratamento e as taxas de controle da hipertensão arterial tem aumentado nas últimas décadas.

Para Toscano-Barbosa (2000), o ambicioso objeto de solução do problema "hipertensão arterial" tem, de um lado, a tarefa humanitária de salvar a população brasileira exposta a graves complicações e de outro, minimizar os pesados encargos que a história da humanidade já conheceu.

É imprescindível para o controle da hipertensão arterial um reforço suplementar para as famílias, outros profissionais da área de saúde e empregadores, pois deles depende também o sucesso para o controle da pressão arterial a longo prazo.

Diversos aspectos têm sido considerados para que a hipertensão arterial possa ser controlada. Dentre estes, o de reduzir a morbidade e mortalidade resultantes da hipertensão não controlada. Para atingir esse objetivo, faz-se necessário o envolvimento dos profissionais de saúde, família e cliente.

O tratamento não farmacológico deve ser enfatizado como medida primária e prioritária para o controle da hipertensão arterial.

O compromisso com o tratamento constitui uma das tarefas mais complexas tanto para o cliente como para família assim como para profissionais envolvidos no tratamento. É fundamental desenvolver abordagens que estimulem e facilitem o comprometimento dos pacientes. Deve-se conhecer e aplicar as teorias do comportamento e comprometimento para o alcance dos objetivos.

Dentre as teorias, o modelo educacional crê que os pacientes conhecem pouco sobre sua doença e o tratamento, prejudicando o comprometimento. Portanto as estratégias educacionais resultarão em maior compromisso. Também destaca-se a teoria da autorregulação, ou seja, o papel do sujeito e seu comportamento frente a um problema de saúde.

O sujeito é a soma total de suas experiências e suas ações são reguladas pela integração de suas experiências passadas com as condições atuais.

A teoria do aprendizado comportamental postula que é possível ensinar a alguém sem recompensas e sim fazendo com que a pessoa observe a outra executando o comportamento desejado. Assim, um profissional de saúde que se identifique com a população dos pacientes em termos de crenças, valores e culturas, tem maiores chances de obter o comprometimento dos sujeitos com o tratamento. E finalmente a crença na saúde, na qual observa-se um modelo de comportamento que prevê a probabilidade de um determinado comportamento baseado no risco de saúde, na crença de que a ação recomendada que impede o comprometimento pode ser superada.

No entanto, algumas variáveis interferem no grau de comprometimento, dentre essas a sócio-demográfica como a renda, idade, sexo e religião. Ressaltam-se também as prioridades, percepções e motivações como fator que afeta o comprometimento. Para tanto, os profissionais de saúde devem conhecer os estilos de vida do cliente e família, podendo identificar as prioridades. Acredita-se que uma maior interação entre os clientes e profissionais aumentam o comprometimento, principalmente quando realizada em pequenos grupos de indivíduos.

A variável relacionada aos efeitos colaterais dos hipotensores também contribui para a não adesão ao tratamento. Observa-se frequentemente esta variável como motivo para o não comprometimento. O acesso ao tratamento médico, dificuldade para marcação de consultas, disponibilidade da medicação também exercem grande influência no grau de comprometimento.

Em vista do exposto, a fim de facilitar o compromisso do cliente ao tratamento deve-se levar em consideração que sempre as interpretações erradas devem ser esclarecidas, que as percepções e crenças adequadas devem ser reforçadas, que as prioridades para o tratamento devem ser enfatizadas, os objetivos e as expectativas devem ser determinados em conjunto, estabelecer comunicação eficaz, incorporar a família ao tratamento, transmitir confiança, fornecer apoio sempre que necessário, mostrar-se satisfeito com o progresso do cliente, agendar as consultas médicas, garantir as medicações, estimular a equipe para demonstrar entusiasmo ao cliente, motivar a equipe a participar e promover serviços para o controle da hipertensão arterial.

De acordo com Kochar; Woods, (1999) o trabalho interdisciplinar compreendem o respeito e a confiança mútuos, identificação dos limites de cada um, divisão de responsabilidades, utilização e aplicação adequada das normas previstas no serviço para garantia da qualidade da assistência prestada.

Considerando a magnitude da hipertensão arterial e a importância de sua detecção precoce, o projeto tem por objetivos: cadastrar hipertensos do bairro Santa Rita da cidade de Alfenas-MG; levantar o perfil dos portadores de hipertensão arterial; e prevenir as complicações, envolvendo fundamentalmente ensinamentos para que se processem mudanças no estilo de vida; incentivar a participação do hipertenso na prevenção, controle e tratamento da doença; proporcionar ao aluno uma experiência autêntica da prática profissional.

Assim o projeto volta-se à democratização do conhecimento acadêmico para a participação efetiva da comunidade e para atividades interdisciplinares que possam favorecer a integração social, procurando viabilizar a relação transformadora entre a universidade e a sociedade.

Metodologia

É um estudo epidemiológico descritivo, realizado no bairro Santa Rita da cidade de Alfenas-MG, no período de março a dezembro de 2003. A amostra em estudo foi constituída por hipertensos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18 anos, submetidos a tratamento farmacológico e/ou dietético.

Os dados foram coletados pelas autoras, por meio do preenchimento dos formulários, HIPERDIA, do Ministério da Saúde e outro elaborado pelas autoras constituído por oito questões estruturadas e duas não estruturadas, permitindo a caracterização da amostra em estudo, fatores de risco, tratamento e complicações. Os formulários foram aplicados na primeira visita domiciliária sendo que neste momento realizou-se a aferição da pressão arterial. Na segunda visita domiciliária, realizaram-se orientações individualizadas, estimulando o hipertenso e família para o auto controle, favorecendo assim maior adesão ao tratamento. Com o objetivo de uniformizar a coleta de dados e as orientações, realizaram-se reuniões semanais com a coordenadora, colaboradora do projeto e profissionais envolvidos nesta temática.

Resultados e discussão

Foram realizadas 286 visitas domiciliárias durante os meses de março a dezembro de 2003. Verificou-se que 113 sujeitos eram hipertensos, constatando uma incidência de 39,5%, maior que a preconizada por Brasil (2001) em que estima-se 10 a 20% da população adulta hipertensa.

De acordo com a amostra em estudo, 41,59% (47) pertenciam ao gênero masculino, enquanto 58,41% (66) feminino. Em relação ao sexo, estudos de Pessuto; Carvalho (1998), a hipertensão arterial predomina em mulheres após a menopausa. Estes dados são confirmados nos estudos de Casonati (1999) e Braunwald (1999) que relataram que mais mulheres do que homens sofrem de complicações cardiovasculares relacionadas à hipertensão, porque existem mais mulheres idosas.

Quanto ao grau de escolaridade, 53% (60) pertenciam ao grupo fundamental incompleto. A hipertensão arterial incide nos sujeitos com baixo nível de escolaridade. Resultados semelhantes foram obtidos por Pessuto e Carvalho (1998). Esta variável merece atenção especial, pois pode interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias ao tratamento.

Em relação aos hábitos de vida, 31,86% (36) eram fumantes, 34,51% consumiam bebida alcoólica e 42,48% praticavam atividade física.

Verificou-se que 85,84% (97) possuíam antecedentes familiares para doenças cardiovasculares. O caráter hereditário das doenças cardiovasculares é nitidamente revelado nos estudos e nestes, pode-se atribuir como principal causa a hipertensão arterial.

Quanto aos hábitos alimentares, os dados revelaram que 40,71% (46) informaram seguir as orientações, 28,31% (32) parcialmente e 30,98% (35) não as cumpriam. Quando investigados acerca das complicações verificou-se que 42,48% (48) relataram ter sido acometidos por uma das complicações da hipertensão arterial, dentre essas, 52% (25) por coronariopatias seguida por 29,1% (14) doença renal.

No que se refere ao tratamento, 59,29% (67) afirmaram fazer uso apenas do tratamento farmacológico para o controle da hipertensão arterial, enquanto 40,71% (46), faziam tratamento farmacológico associado ao dietético. Os dados revelaram que o tratamento dietético é pouco adotado pelos portadores de hipertensão arterial. O III Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial (1998), preconiza que as medidas higieno dietéticas devem ser adotadas por todos e que o tratamento farmacológico deve ser prescrito somente nos casos que não obtiveram sucesso com a terapia não farmacológica. Em relação ao tratamento farmacológico 85,84% (97) faziam uso de hipotensores fornecidos pelo SUS. Dentre esses verificou-se que 62,8% (61) consumiam hidroclorotiazida, 14,4% (14) propranolol, 22,6% (22) captopril. Ao serem investigados sobre o conhecimento da patologia, observou-se que 37,17% (42) desconheciam a patologia, 35,40% (40) conheciam parcialmente e 27,43% (31) responderam o significado da patologia em questão. Este dado pode ser explicado pela predominância dos sujeitos com baixo nível de escolaridade, conseqüentemente dificuldade na compreensão das orientações fornecidas ou mesmo acesso às informações.

Conclusões

Os dados deste estudo nos permitem concluir que a incidência da hipertensão arterial é de 39,5%, acomete predominantemente o gênero feminino (58,41%) e nos sujeitos com grau de escolaridade fundamental incompleto.

Nos hábitos de vida destacados neste estudo, 31,86% eram tabagistas e 31% consumiam bebida alcoólica.

Quanto ao conhecimento acerca da patologia, verificou-se que 37,17% desconheciam-na e dentre as complicações apresentadas a coronariopatia foi predominante acometendo 52% seguida pela doença renal, 29,1%. Dentre os fatores de risco destacaram-se o estresse (32,30%) sal (29,25%), seguido pelo consumo de bebida alcoólica (12,27%). Quanto ao tratamento, predominou o farmacológico 59,29%, enquanto 40,71% utilizavam o farmacológico associado ao dietético.

Em face do exposto, concluímos que a falta de conhecimento e o cumprimento ineficaz das orientações constituem um dos fatores dificultadores da adesão ao tratamento contribuindo para altas taxas de complicações.

Sugere-se através deste estudo: acompanhar a população em estudo, visando maior adesão ao tratamento; conhecer outros fatores que interferem na adesão ao tratamento; estimular a participação dos hipertensos nos grupos de apoio.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica. Protocolos. Brasília, 2001. Cad.7, p.09-87.

CAR, M.R. A mortalidade cardíaco-cerebrovascular e os problemas da prática no controle da hipertensão arterial. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.32, n.2, p.140-143.ago.1998.

Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial, 1998. Disponível em: <http://www.SBH.org.br/documentos/documento.htm> acesso em 21 mar.2001.

RIBEIRO, B.A. Hipertensão da manhã é a principal causa de acidentes cardiovasculares no país, 2000. Disponível em : <http://www.belezainteligente.com.br/saúde/hipermanhã.htm> acesso em: 14 mar. 2001.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. de. Doenças crônicas não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. Cap.12. p. 285-299.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Revista Latino-Americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v.6., n.1, p.33-39, jan.1998.

GUIMARÃES, V. Fatores de risco coronariano. 2000. Disponível em: <http://www.elogica.com.br/users/vanildo/p05.html>> acesso em: 25 abr.2001.

CASONATTI, G.P. Orientações ao hipertenso.1999. Disponível em: <http://www.cardio@splicenet.com.br>. Acesso em 13 fev.2001.

FERREIRA, SRG; ZANELLA, MT. Epidemiologia da Hipertensão Arterial associada à obesidade. Revista Brasileira de Hipertensão. 2000; 2; 128-35. Disponível em <http://www.cardiol.br/dha/revista/vol#n.2/pdf>> publicado em 6 fev.2000. Acesso em 26 mar.2001.

MION JÚNIOR, D. Pressão Alta: orientações para vencer esse problema. Revista Merck Sharp & Dohme-on-line, 1998.