



PESQUISA

HYPERTENSIVE PATIENTS WITH COMPLICATIONS REGISTERED AT HIPERDIA IN FORTALEZA, CEARA: IMPLICATIONS FOR NURSING CARE

HIPERTENSOS COM COMPLICAÇÕES CADASTRADOS NO HIPERDIA DE FORTALEZA, CEARÁ: IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PACIENTES HIPERTENSOS CON COMPLICACIONES REGISTRADOS EN HIPERDIA, EN FORTALEZA, CEARÁ: IMPLICACIONES PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

José Wicto Pereira Borges¹, Thereza Maria Magalhães Moreira², Malvina Thaís Pacheco Rodrigues³, Andressa Suelly Saturnino de Oliveira⁴, Daniele Braz da Silva⁵, Lindelvânia Matias de Santiago⁶

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and clinical characteristics of hypertensive complications associated with HIPERDIA registered in Fortaleza-Ceará, glimpsing possibilities of nursing care. **Method:** Cross-sectional quantitative runs from November 2008 to November 2010, with 187 people with hypertension and associated complications HIPERDIA registered in the municipality. The data were analyzed by software Predictive Analytics Software for Windows version 17.0. **Results:** In the results, 61% of women, elderly (66.3%), nonwhite (62.6%), low educational level (59.9%). Regarding clinical characteristics 47.6% and 71.6% had diastolic and systolic changed; 35.3% overweight, 38% stroke, 19.8% AMI. **Conclusion:** Nurses should take ownership of this data source and assume his role as one of the professionals responsible for monitoring individual and group those users seeking a closer relationship of care with a view to minimize the complications of hypertension. **Descriptors:** Hypertension, Complications, Nursing.

RESUMO

Objetivo: Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos hipertensos com complicações associadas cadastrados no HIPERDIA de Fortaleza-Ceará, vislumbrando possibilidades de cuidados de enfermagem. **Método:** Estudo transversal quantitativo, executado de novembro de 2008 a novembro de 2010, com 187 pessoas com HAS e complicações associadas cadastradas no HIPERDIA do município. Os dados foram analisados pelo software Predictive Analytics Software for Windows versão 17.0. **Resultados:** Nos resultados, 61% de mulheres, idosas (66,3%), não brancas (62,6%), com baixo nível escolar (59,9%). Em relação às características clínicas 47,6% e 71,6% tinham pressão diastólica e sistólica alteradas; 35,3% sobrepeso; 38% AVC; 19,8% IAM. **Conclusão:** O enfermeiro deve se apropriar dessa fonte de dados e assumir seu papel como um dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento individual e coletivo desses usuários, buscando o estreitamento da relação de cuidado com vistas à minimizar as complicações da hipertensão arterial. **Descritores:** Hipertensão, Complicações, Cuidados de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas de las complicaciones hipertensivas asociadas con HIPERDIA registrado en Fortaleza-Ceará, vislumbrando las posibilidades de atención de enfermería. **Método:** Estudio transversal cuantitativo de noviembre 2008 a noviembre de 2010, con 187 personas con hipertensión y las complicaciones asociadas HIPERDIA empadronados en el municipio. Los datos fueron analizados mediante el software Predictive Analytics Software para Windows versión 17.0. **Resultados:** En los resultados, el 61% de las mujeres, los ancianos (66,3%), no blancos (62,6%), el bajo nivel educativo (59,9%). En cuanto a las características clínicas 47,6% y 71,6% tenían diastólica y sistólica cambiado; 35,3% trazo sobrepeso, el 38%, el 19,8% del AMI. **Conclusión:** Las enfermeras deben tomar posesión de esta fuente de datos y asumir su papel como uno de los profesionales encargados del control individual y de grupo a aquellos usuarios que buscan una relación más estrecha de la atención con el fin de minimizar las complicaciones de la hipertensión. **Descritores:** Hipertensión, Complicaciones, Enfermería.

¹Enfermeiro, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Universidade Federal do Piauí - CAFS - Floriano, PI. Correspondência: BR 343, km 3,5 - Bairro Meladão - Floriano/PI. CEP: 64800-000. E-mail: wictoborges@yahoo.com.br. ²Enfermeira, Pós-Doutora em Saúde Pública. Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: tmmoreira@yahoo.com. ³Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva UECE/UFC/UNIFOR. Docente da Universidade Federal do Piauí. E-mail: malvinat@gmail.com. ⁴Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde (UECE). Docente da Universidade Federal do Piauí. E-mail: andressasuely@hotmail.com. ⁵Doutoranda em Saúde Coletiva UECE/UFC/UNIFOR. Estratégia Saúde da Família de Fortaleza - CE. E-mail: danibraz18@hotmail.com. ⁶Enfermeira, Mestre em Nutrição e Saúde (UECE). Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-CE. E-mail: lm-santiago@bol.com.br. Projeto financiado pelo CNPq.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um grave problema de saúde pública em virtude de sua elevada prevalência na população mundial e das altas taxas de mortalidade. Trata-se de um fator de risco para doença cardiovasculares, junto com o diabetes *mellitus*, o tabagismo e a dislipidemia. Além disso, é a principal responsável pela alta prevalência de acidentes vasculares cerebrais (AVC) estando associada a 40% dos casos, e a 25% dos casos de isquemias cardíacas, as duas maiores causas isoladas de morte no país.^{1, 2}

Esse panorama tende a se acentuar com as atuais mudanças demográficas que acontecem no mundo, associadas à disseminação cada vez mais intensa do estilo de vida ocidental, com destaque para uma alimentação não saudável e a diminuição da prática de atividade física.³

Neste contexto, problematiza-se o ônus gerado por essa doença crônica na vida dos sujeitos acometidos. A presença dessa morbidade gera transformações na vida das pessoas, incluindo as relacionadas ao autoconceito, justificadas pela possibilidade de agravamento em longo prazo, acarretando mudanças que requerem esforços para aceitação e adaptação à nova condição.⁴

Desse modo, essa doença requer instituição de um tratamento farmacológico e não farmacológico por toda a vida, a fim de se obter não só o controle da HAS, mas, também, reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares e melhorar a qualidade de vida.^{5, 6} Logo, a atenção à pessoa com HAS se pauta em estratégias que objetivam mobilizar o sentido atribuído ao comportamento de risco, assim como o processo de adesão ao J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):556-65

tratamento proposto, tendo suas próprias necessidades, possibilidades e expectativas como referência.⁷

Neste sentido, a prevenção e o tratamento da HAS envolvem orientações para introduzir novos hábitos de vida. Um profissional envolvido com essa temática é o enfermeiro, que desenvolve suas ações por meio da consulta de enfermagem (CE) ou em grupos de educação em saúde. O relacionamento entre os sujeitos influencia fortemente no seguimento terapêutico e se associa à maior adesão através de uma aproximação sistemática, culminando com a prevenção e/ou controle da pressão arterial (PA).⁸

Para o enfermeiro, o conhecimento de sua clientela portadora de HAS permitirá o delineamento seguro de ações voltadas para o cuidado e a adesão ao tratamento. Ante o exposto, o estudo desenvolvido teve como objetivo descrever as características sociodemográficas e clínicas dos hipertensos com complicações associadas cadastrados no HIPERDIA de Fortaleza - Ceará, vislumbrando possibilidades de cuidados de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa, que integra o projeto guarda-chuva *Análise da adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas, em Fortaleza, Ceará*, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e executado de novembro de 2008 a novembro de 2010.

O universo do estudo correspondeu a 14.200 cadastros de usuários no HIPERDIA de todos os Centros de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza, cujas informações foram tabuladas em banco de

Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP et al.

Hipertensive patients with...

dados do *software Predictive Analytics Software for Windows (PASW)* versão 17.0. Deste total, 1.315 fichas eram de hipertensos com complicações associadas e estavam distribuídas em 71 dos 92 CSF municipais. Por meio de fórmula para cálculo de amostra de população finita, obteve-se uma amostra correspondente a 415 pessoas cadastradas.

Para a seleção dos CSF que compuseram o estudo, foi traçado o percentil 75, ficando 23 centros, localizados em toda a extensão do território municipal e abrangendo as seis Secretarias Executivas Regionais. A amostra de usuários hipertensos com complicações associadas foi sorteada por meio de tabela de números aleatórios. Com a colaboração da equipe de saúde local e dos agentes comunitários de saúde foram identificadas, na comunidade, as pessoas sorteadas.

Após a identificação, organizaram-se oficinas para sensibilização dos usuários para a participação no estudo. A quase totalidade dos usuários convidados não compareceu às oficinas, sendo que somente cerca de 5,0% o fizeram (20 pessoas). Aqueles usuários que não compareceram às oficinas receberam visita domiciliar e puderam, igualmente, ser inseridos no estudo. Destaca-se que 118 pessoas foram excluídas do estudo pelos motivos descritos a seguir: áreas descobertas pelas equipes de saúde da família (37), endereços registrados no cadastro não foram encontrados (81). Com as visitas domiciliares e a realização das oficinas, outros 110 usuários foram excluídos do estudo, pois referiam não possuir/desconhecer a complicação indicada no cadastro ou qualquer outra complicação associada à HAS (56), trabalhavam o dia inteiro e não poderiam participar da entrevista (20), estavam impossibilitados de responder aos questionamentos devido à disartria/transtorno mental (10) ou foram à óbito após o cadastramento (24). Destarte, ao final, 187

J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):556-65

pessoas com HAS e complicações associadas cadastradas no HIPERDIA do município foram localizadas, atenderam aos critérios de inclusão do estudo e concordaram em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados de junho a setembro de 2010, após solicitação da anuência dos usuários em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O instrumento de coleta de dados continha as seguintes variáveis: sociodemográficas (idade, cor da pele, escolaridade e estado civil), comportamentais (sedentarismo, sobrepeso/obesidade e tabagismo), complicações associadas (hipertrofia ventricular esquerda - HVE, insuficiência cardíaca - IC, infarto agudo do miocárdio - IAM, doença arterial coronariana - DAC, doença renal e AVC).

Foi realizada a análise descritiva das frequências absolutas e relativas referentes às características sociodemográficas, comportamentais e complicações associadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, com parecer N° 08622921-4/2009. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução N° 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados sociodemográficos dos 187 usuários cadastrados que participaram do estudo permitiu verificar que grande parte era do sexo feminino (61,0%), da faixa etária correspondente aos idosos (66,3%), com cor da pele não branca (62,6%), com baixo nível de escolaridade (um a oito anos de estudo) (59,9%) e vivia com companheiro (60,9%), conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários com hipertensão arterial e complicações associadas, cadastrados no HIPERDIA (n=187). Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	F	%
Sexo		
Masculino	73	39,0
Feminino	114	61,0
Faixa etária		
< 60 years old	62	33,2
≥ 60	124	66,3
Not filled	1	0,5
Raça/cor da pele		
Branco	68	36,4
Não branco	117	62,6
Não preenchido	2	1,1
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	36	19,3
Até 8 anos de estudo	112	59,9
> 8 anos de estudo	35	18,7
Não preenchido	4	2,1
Situação familiar/conjugal		
Solteiro/divorciado/viúvo	73	39,1
Casado/união consensual	114	60,9

Referente às características clínicas dos usuários, foi possível observar, na Tabela 2, que, com relação aos níveis pressóricos sistólicos, a maior frequência foi observada entre os usuários com HAS estágio 1 (33,2%). A pressão sistólica classificada como normal estava presente em 16,6% dos entrevistados. Com relação à pressão arterial, na PA diastólica (PAD), 38,5% dos usuários apresentou cifra pressórica classificada como normal enquanto apenas 16,6% apresentaram PA sistólica (PAS) normal. Quanto à circunferência abdominal (CA), observou-se que no sexo masculino a maior frequência correspondeu aos usuários com CA normal (19,3%), enquanto quase metade das mulheres (46,0%) apresentou CA igual ou maior que 88 cm. A avaliação do índice de massa corpórea (IMC) indicou que 35,3% dos usuários apresentou sobrepeso.

Tabela 2. Características clínicas dos usuários com hipertensão arterial e complicações associadas, cadastrados no HIPERDIA (n=187). Fortaleza-CE, 2010.

Variáveis	F	%
Pressão arterial sistólica*		
Ótima (< 120 mmHg)	22	11,8
Normal (< 130 mmHg)	31	16,6
Limítrofe (130-139 mmHg)	38	20,3
Hipertensão estágio 1 (140-159 mmHg)	62	33,2
Hipertensão estágio 2 (160-179 mmHg)	16	8,6
Hipertensão estágio 3 (≥ 180 mmHg)	16	8,6
Não preenchidos	2	1,1
Pressão arterial diastólica*		

Ótima (< 80 mmHg)	26	13,9
Normal (< 85 mmHg)	72	38,5
Limítrofe (85-89 mmHg)	7	3,7
Hipertensão estágio 1 (90-99 mmHg)	45	24,1
Hipertensão estágio 2 (100-109 mmHg)	22	11,8
Hipertensão estágio 3 (≥ 110 mmHg)	13	7,0
Não preenchidos	2	1,1
Circunferência abdominal		
Sexo masculino		
< 102 cm	36	19,3
≥ 102 cm	34	18,2
Sexo feminino		
< 88 cm	26	13,9
≥ 88 cm	86	46,0
Não preenchidos	5	2,7
Índice de massa corporal		
Normal (< 25 kg/m ²)	51	27,3
Sobrepeso (25 - 30 kg/m ²)	66	35,3
Obesidade (≥ 30kg/m ²)	46	24,6
Não preenchidos	24	12,8

* Classificação segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

No que se refere às complicações associadas à HAS, a mais frequente referida pelos usuários foi o AVC (38,0%), seguida do IAM (19,8%) e da IC (9,6%). Outras complicações foram relatadas por 19,8% dos usuários.

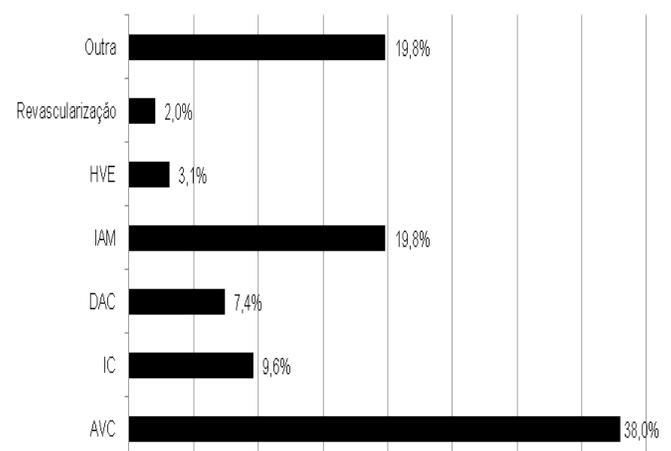


Figura 1. Complicações associadas à hipertensão arterial relatadas pelos usuários entrevistados (n=187). Fortaleza-CE, 2010.

A maior frequência relativa aos usuários do sexo feminino foi verificada em outros estudos.⁹⁻¹³ Tal fato pode ser explicado pelo superior número de mulheres cadastradas no HIPERDIA, certamente devido à maior busca das mulheres por assistência médica, sobretudo porque geralmente têm maior percepção das doenças e apresentam maior tendência para o autocuidado, aumentando a

Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP et al.

Hipertensive patients with...

probabilidade de ter a HAS diagnosticada.¹⁴ Entretanto, as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão apontam a equivalência da prevalência global de HAS entre homens e mulheres, sendo mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década.¹

Na perspectiva de gênero, o enfermeiro pode utilizar a potencialidade da procura dos serviços de saúde pela mulher, utilizando-a como uma mobilizadora da categoria masculina para o cuidado com a HAS, sensibilizando os seus companheiros para o seguimento terapêutico.

No que concerne à faixa etária predominante correspondente aos idosos, demonstra a confirmação de que a HAS é uma das doenças que mais frequentemente acomete as pessoas com 60 anos ou mais. A relação existente entre a idade e a PA é direta e linear, sendo a prevalência da HAS superior a 60,0% acima de 65 anos.¹ Nessa questão, o profissional deve estar atento ao seguimento terapêutico desses idosos, observando quais os suportes de cuidado utilizados, visualizando a família como foco de discussões e mobilização para o cuidado desses sujeitos. A participação da família e de outros sistemas sociais (grupo religioso, de trabalho) na adesão ao tratamento é primordial.¹⁵

Ao visualizar a família como foco do cuidado de enfermagem, é essencial o estabelecimento de uma parceria desta com a equipe de saúde, para que juntas formem uma unidade de cuidado de saúde e que, ao tomar parte nas ações com possibilidade de transformação, a família possa auxiliar a enfermagem a detectar os problemas e as necessidades, discutir o diagnóstico, participar na determinação dos objetivos e colaborar na aplicação do planejamento e avaliação.¹⁶

Assim, o tratamento da doença crônica deve ser um processo colaborativo entre o paciente, a família, o enfermeiro e outros profissionais de saúde. A colaboração não se limita

J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):556-65

aos ambientes hospitalares ela é importante em todos os ambientes e durante toda a trajetória da doença.¹⁷ Passar a compreender o cuidado ao hipertenso em um contexto sistêmico de relacionamentos, é vislumbrar o processo de reciprocidade e desse modo bilateral ou dialógico de cuidado.⁸

Quanto ao destaque para a raça não branca, corrobora com um estudo realizado em Salvador-BA com 1.439 adultos dos quais 74,3% eram da raça parda ou negra. A prevalência de HAS nessas pessoas foi de 66,4%.¹⁸ Tem sido verificado que algumas etnias estão mais expostas às complicações da HAS do que outras, por razões não totalmente esclarecidas.¹⁹

Quanto à predominância de baixo nível de escolaridade, resgata-se que este é um dos fatores determinantes da adesão terapêutica, haja vista a baixa escolaridade poder dificultar a assimilação de orientações dispensadas pelos profissionais de saúde às pessoas com HAS, necessárias para manter ou melhorar seu bem-estar.²⁰

Neste sentido, a orientação ao paciente e à família é um dos aspectos mais significativos do cuidado de enfermagem e pode fazer a diferença na capacidade dos pacientes e de suas famílias para se adaptarem às condições de saúde crônicas. Pessoas bem informadas e educadas, em geral, preocupam-se mais com a saúde e fazem o que é necessário para mantê-la.¹⁷

Desse modo, as sessões de educação em saúde desenvolvidas pelo enfermeiro deverão possuir metodologias educativas que possibilitem melhor compreensão desses sujeitos, como a utilização de recursos lúdicos, culturais e a formação de grupos.

O processo de cuidado voltado as pessoas com hipertensão, principalmente no que diz respeito ao processo educativo, carrega consigo grande ônus no que se refere à comunicação no binômio enfermeiro-paciente, sendo um dos pontos cruciais para uma maior adesão ao

Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP et al.

Hypertensive patients with...

tratamento da HAS. A comunicação com todas as suas nuances permite uma troca dialética de saberes, os quais denotam comandos que quando entendidos e construídos mutuamente pelo emissor-receptor permitem uma relação de troca bilateral, indispensável para a construção de um plano terapêutico.²¹

Com uma abordagem prática da comunicação terapêutica, o enfermeiro pode utilizá-la em consultas para casais, a fim de potencializar o vínculo terapêutico entre o profissional e o usuário, e o vínculo afetivo de cuidado entre o casal. O acometimento de uma doença crônica requer tomada de decisões expressivas para mudanças no estilo de vida, o que deve ocorrer em comum acordo com o companheiro e familiares.

Desse modo, a situação conjugal apresentada pelos usuários do presente estudo mostrou que a maioria vivia com companheiro, fator importante para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois o cônjuge, em investigação anterior, foi a pessoa mais referida como incentivadora ao seguimento do tratamento.²²

Ter cônjuge é, muitas vezes, indicação de alto nível de apoio social disponível, pois os cuidadores cônjuges geralmente vivem com o indivíduo e fornecem compromisso e proximidade. Além disso, o cônjuge geralmente é o principal sistema de suporte da pessoa e, embora não se saiba exatamente o tipo de apoio fornecido (emocional, instrumental ou funcional), o companheiro desempenha papel crucial na adesão ao tratamento, contribuindo para a redução do risco de hospitalização e de mortalidade.²³

Referente ao valor da PA, observou-se que um percentual significativo das pessoas com HAS e complicações associadas estava com a PAS e PAD alteradas. Esses dados são bastante relevantes, pois se trata de pessoas em acompanhamento em CSF de Fortaleza e que já possuem complicações associadas, o que preocupa ainda mais. Sabe-se J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):556-65

que quanto maior é o valor da PA, maior é a chance de acometimento por IAM, IC, AVC e doença renal.²⁴⁻²⁶

Esse resultado pode ser problematizador para a mudança do esquema terapêutico em uso e, desse modo, o enfermeiro pode acionar uma rede multiprofissional para o delineamento de uma nova abordagem que diminua essas cifras pressóricas.

Com relação ao IMC, a classificação, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mostrou que grande parte dos usuários apresentou sobrepeso/obesidade. Com relação à CA, sabe-se que, segundo *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATPIII), a medida da CA maior que 102 cm em homens e maior que 88 cm em mulheres corresponde a um risco aumentado de acometimento por doenças cardiovasculares (DCV).²⁷ Este estudo demonstrou que a maior frequência das mulheres apresentou valores de CA acima do parâmetro recomendado. Diante disso, o profissional pode pensar na busca de dispositivos na comunidade que trabalhe com a realização de atividades físicas e/ou orientações alimentares. A formação de grupos na comunidade que desenvolvam atividades físicas regularmente pode ser um foco da assistência de enfermagem no âmbito da atenção primária.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, apontam o sobrepeso como fator de risco para HAS e tanto a CA quanto o IMC apresentaram forte associação com a ocorrência de HAS, sendo o IMC mais influente no sexo masculino.¹ Recomenda-se a manutenção do peso ideal com IMC inferior a 25 kg/m², pelo aumento da atividade física e dieta hipocalórica. O excesso de peso associado ao acúmulo de gordura na região mesentérica, obesidade denominada do tipo central, visceral ou androgênica está associado a maior risco de doença aterosclerótica²⁸⁻²⁹.

Quanto às complicações, observou-se elevada frequência de casos de AVC entre os hipertensos avaliados. O AVC é uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo³⁰. Essa elevada frequência revela um grave problema de saúde pública, pois, no Brasil, os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que os AVC (isquêmicos e hemorrágicos) representam a maior causa de morte com cerca de 90 mil casos/ano. Além da alta mortalidade, o AVC representa a maior causa de incapacitação em adultos, gerando altos custos ao SUS.³¹

Essa problemática demanda ao enfermeiro inserido nos CSF o acompanhamento dessas pessoas por meio de visitas domiciliares, observando as demandas de cuidado por eles necessitados, as quais dependerão do grau de incapacidade adquiridos após o AVC. Nessas visitas é importante o mapeamento e estratificação desses sujeitos quanto às demandas nutricionais, de higiene, de deambulação, de comunicação, de comprometimento dermatológico e de suporte social já envolvido naquele cuidado.

Cabe salientar o uso de metodologias de mapeamento comunitário que serve de suporte a assistência de enfermagem. A escolha de instrumentos como o genograma e o ecomapa permitem vislumbrar cada família, em sua complexidade e dinamicidade. Em estudo que realizou mapeamento de famílias com portadores de HAS e diabetes através desses instrumentos, observaram na família nuclear a presença de comorbidades como cardiopatias, AVC, IAM entre outras.³²

Estima-se que cerca de 18 milhões de pessoas terão AVC em 2015 e aproximadamente um terço desses casos resultará em óbito. As análises indicam que, na próxima década, devido ao envelhecimento progressivo das populações e ao não controle dos fatores de risco, a mortalidade por AVC aumentará 20,0% nos países J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):556-65

em desenvolvimento e 10,0% nos países desenvolvidos.³³

Quanto ao IAM, apareceu com 19,8% e a DAC com 7,4%, perfazendo um total de 27,2% de acometimento de artérias coronárias, corroborando com a literatura que mostra que a HAS está presente 30% das mortes por DAC.¹ O seguimento de cuidado a esses sujeitos que já foram acometidos por esse agravo é essencial, pois a HAS desempenha importante papel na progressão da doença no sujeito pós-IAM, contribuindo para remodelação ventricular, IC e aceleração da aterosclerose, sendo seu rigoroso controle, conseqüentemente, alvo de interesse.³⁴

Ante o exposto e levando em consideração que o enfermeiro inserido nos CSF pode prescrever medicamentos nos programas do Ministério da Saúde, o saber sobre farmacologia deve permear as ações de enfermagem voltadas para a prescrição e transcrição dos medicamentos, a fim de maior acurácia quanto à adequação da terapêutica, buscando sempre parcerias multidisciplinares para a instituição de um tratamento seguro. Deve-se, ainda, atentar para os aspectos do tratamento não medicamentoso, uma vez que estes também interferem no controle da PA.

Assim, mostra-se fundamental o estreitamento da relação de cuidado entre os profissionais de saúde e o usuário com HAS de forma a minimizar as complicações e os custos para o SUS e proporcionar aos hipertensos uma melhor qualidade de vida. Deve-se atuar, permanentemente, com ações voltadas para a aquisição de conhecimento que garanta aos usuários uma boa adesão ao tratamento, questão esta fundamental na minimização de eventos cardiovasculares.³⁵

CONCLUSÃO

A análise das características sociodemográficas dos usuários hipertensos com

Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP et al.

Hipertensive patients with...

complicações associadas, cadastrados no HIPERDIA de Fortaleza, permitiu verificar que se tratam, predominantemente, de mulheres idosas, não brancas, com baixo nível de escolaridade, casadas ou vivendo com companheiro em união consensual.

No computo geral, os usuários cadastrados, apresentaram HAS com níveis pressóricos alterados, circunferência abdominal acima da faixa considerada adequada e sobrepeso. No tocante as complicações associadas à HAS, às de maior frequência foram o AVC, o IAM e a IC.

Verificou-se que o HIPERDIA é um instrumento valioso para acompanhar os usuários com HAS, sendo fonte importante para embasar a assistência de enfermagem no desenvolvimento de planos terapêuticos que busquem minimizar e reduzir as complicações decorrentes do não controle da pressão arterial.

O enfermeiro deve se apropriar dessa fonte de dados e assumir seu papel como um dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento individual e coletivo desses usuários com hipertensão arterial, devendo lançar mão de um maior número de estratégias educativas objetivando ampliar o conhecimento dos indivíduos acometidos com a morbidade, bem como promover o autocuidado e uma maior adesão ao tratamento.

No cuidado a essas pessoas, o enfermeiro pode se utilizar de estratégias como a mobilização da categoria masculina por meio de sensibilização dos usuários de sexo feminino, já que se trata de grande parte das pessoas cadastradas. Considerando a faixa etária e o nível de escolaridade dos usuários, estratégias de educação em saúde, como a orientação individual ou em grupos se mostra essencial para a adesão ao tratamento proposto e, por conseguinte, controle do impacto da complicação associada à HAS já adquirida e prevenção de acometimento por outra(s). Essas estratégias devem incluir a família, J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):556-65

pois se trata de dispositivo de apoio direto à pessoa com doença crônica, em virtude do convívio de cotidiano e por compartilhar as dificuldades de convívio com a(s) doença(s).

REFERÊNCIAS

01. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 supl.1):1-51.
02. Soares GP, Brum JD, Oliveira GMM, Klein CH, Silva NAS. Mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil, 1980 a 2006. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2010 Oct [cited 2011 Feb 06] ; 28(4): 258-266. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892010001000004&script=sci_abstract&tlng=pt
03. Benseñor IM, Lotufo PA. A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In.: Pierin AMG. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole, 2004.
04. Pierin AMG. Adesão ao tratamento: conceitos. In.: Nobre F, Pierin AMG, Mion JR D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
05. Gravina CF, Rosa RF, Franken RA *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em cardiogeriatría. Arq Bras Cardiol. 2010;95(3, supl 2):1-112.
06. Souza ACC, Moreira TMM, Borges JWP, Andrade AM, Andrade MM, Almeida PC. Caracterização clínico-epidemiológica da clientela com crise hipertensiva atendida em um serviço de emergência de um hospital municipal de Fortaleza-CE. Reme - Rev. Min. Enferm. 2009; 13(1):13-18.
07. Ide CA. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em resignificação. In.: Pierin AMG. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole, 2004.

Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP et al.

Hypertensive patients with...

08. Borges JWP. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: estudo da comunicação de saberes e práticas de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde da Família; 2008. 118p. Monografia (graduação) - Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade Integrada da Grande Fortaleza; 2008.
09. Ferreira SRG, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(supl.2):98-106.
10. Castro RAA, Moncau JEC, Marcopito LF. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88(3):334-9.
11. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(1): 32-9.
12. Ramos JN, Damacena LC, Stringhini MLF, Fornés NS. Perfil socioeconômico, antropométrico, bioquímico e estilo de vida de pacientes atendidos no programa “controle de peso”. *Comun Ciênc Saúde*. 2006;17(3):185-192
13. Teodósio MR, Freitas CLC, Santos NTV, Oliveira ECM. Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco - Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):158-62.
14. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(2):285-294.
15. Moreira TMM. Cuidando de pessoas com hipertensão arterial. In: Kalinowski CE (Org.). *PROENF- Programas de Atualização em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007; 2 (Mod 2):77-108.
16. Moreira TMM, Araújo TL, Pagliuca LMF. Alcance da Teoria de King junto a Famílias de J. res.: *fundam. care. online* 2013. out./dez. 5(4):556-65
17. Smeltzer S, Bare BG. Brunner & Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
18. Lessa Í, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2006;87(6):747-756.
19. Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, Pozzan R. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2003; 13 (1): 7-19.
20. Guedes NG et al. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Rev. Esc. Enf. USP*. 2005;39(2).
21. Borges JWP, Andrade AM, Souza ACC, Pinheiro NMG. Pragmática da Comunicação Humana: uma contribuição para a Consulta de Enfermagem frente à hipertensão arterial. *Enfermagem Brasil*. 2010; 9(3):56-62.
22. Moreira TMM, Araújo TL. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes hipertensos não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. *Acta Paul Enf*. 2002;15(3):35-73.
23. Chung ML, Lennie TA, Riegel B, Wu JR, Dekker RL, Moser DK. Marital status as an independent predictor of event-free survival of patients with heart failure. *Am J Crit Care* 2009;18(6):562-70.
24. Luna RL. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.
25. Fuchs SC. Fatores de risco para hipertensão arterial. In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD. Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
26. Ribeiro RC, Lotufo PA. Hipertensão Arterial: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Ed. Sarvier, 2005. 117p.
27. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic.

Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP et al.

Hypertensive patients with...

Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva:WHO; 1998.

28. Sarno F, Monteiro CA. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. Rev. Saúde Pública. 2007;41(5): 788-796.

29. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardio. 2007;88(S1):2-19.

30. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. Neuroepidemiology 2008; 30:205-6.

31. André C, Curioni CC, Cunha CB, Veras R. Progressive decline in stroke mortality in Brazil from 1980 to 1982, 1990 to 1992, and 2000 to 2002. Stroke. 2006; 37(11):2784-789.

32. Pereira APS, Tixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):407-16.

33. Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. Lancet Neurol. 2007;6(2):182-87.

34. III Diretrizes sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 83, Suplemento IV, Setembro 2004.

35. Florêncio RS. Análise do tratamento farmacológico anti-hipertensivo de idosos com hipertensão arterial e complicações associadas cadastrados no HIPERDIA de Fortaleza-Ceará. 2011. 70p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza; 2011.

Recebido em: 27/05/2012

Revisão requerida: no

Aprovado em: 10/01/2013

Publicado em: 01/10/2013

J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):556-65