

REFLEXÕES SOBRE OS PERIGOS E PREJUÍZOS NA FALTA DE CUIDADOS EM RELAÇÃO A PRESSÃO ARTERIAL E SUA DISTINÇÃO QUANTO AO SEXO

Jesiane Marins Lopes (Mestre); Arandir de Souza Carvalho(Mestre); Patrícia Viana Costa (Mestre); Dinart Rocha Filho (Mestre)

Faculdade Santo Antônio de Pádua

Resumo: A presente pesquisa tem como objetivos analisar a pressão arterial (PA) de variadas idades e dos dois sexos a fim de obter uma medida sobre uma dada realidade em relação a esta preocupação de saúde pública, trazendo assim esclarecimentos sobre os problemas e malefícios que a pressão arterial descontrolada pode proporcionar à vida da pessoa, assim como entender os métodos de tratamento e prevenção e por último buscar propostas de intervenção. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo com 119 cidadãos, com o intuito de aferir nestes a pressão arterial e idade dos participantes. Sendo a amostra composta por 80 pessoas do sexo feminino (67,22%) e 39 homens (32,73%), com idade média de 37,29 entre os participantes. Os resultados apresentaram que as mulheres possuíam a PA como ótima e os homens como na média. Os dados agrupados, somando-se os dois sexos identificou que a amostra pesquisada possui a PA como ótima. Mesmo quando comparada a idades entre 60 e 75 anos de idade a PA não se apresentou como preocupante. Mesmo os resultados tendo sido apresentados de forma positiva, é preciso manter a população de Santo Antônio de Pádua-RJ, a qual foi pesquisada, consciente sobre os benefícios e malefícios do controle da pressão arterial e suas possíveis medidas de prevenção para que esta não seja descontrolada.

Palavras-chave: Pressão Arterial. Sexo. Idade. Medidas de Prevenção.

Study about blood pressure of a sample of the population of the Santo Antônio de Pádua-RJ City and its comparison relative to gender

Abstract: The current survey has as goals analyze blood pressure (PA) of varied ages and of both sexes for the purpose of get a measure about a specific reality on this public health concern, providing clarify about the problems and damage that uncontrolled blood pressure can provide the person's life, as well as understand the methods of treatment and prevention and finally seek proposals for action. To this end, it was conducted a field work with 119 people for the purpose of checking blood pressure and age of the participants. The search sample é comprised for 80 females (67.22%) and 39 men (32.73%), with

an average age of 37.29 among participants. The results showed that women had great blood pressure and the men with blood pressure on average. The classified data, adding to the two sexes we identified that the sample studied has the PA as excellent, even when compared to between 60 and 75 years old the blood pressure was not presented as worrisome. Although the results have been presented in a positive way, it's necessary to keep the population of Santo Antônio de Pádua-RJ, which was screened, conscious aware of the benefits and dangers of blood pressure control and possible prevention measures so that it will not be uncontrolled.

Keywords: Blood Pressure, Age, Prevention measures

1 INTRODUÇÃO

O trabalho, as obrigações cotidianas e as tarefas que são desempenhadas pelos seres humanos na atual sociedade têm acarretado uma série de preocupações para a Saúde Pública do Brasil e de outros países. A qualidade da alimentação e das atividades físicas não são mais eficazes como há séculos quando os homens tinham um tempo de tranquilidade para o lazer, para alimentação adequada e para o cuidado intensivo à saúde de uma maneira geral.

Os problemas traduzidos pela correria do dia-a-dia são obesidade, descontrole da pressão arterial, índices dos elementos do sangue (colesterol, glicose, triglicerídeos, entre outros) descontrolados, sedentarismos, doenças cardiovasculares entre outros, são acarretados pela pressa em dar conta das diversas atividades assumidas e pela facilidade da obtenção de alimentos não nutritivos.

O presente artigo tem uma preocupação em direcionar seus estudos para o descontrole da pressão arterial de uma amostra aleatória da sociedade do Município de Santo Antônio de Pádua-RJ, a partir de um evento em comemoração ao Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial, realizado pelos alunos de Enfermagem da Faculdade Santo Antônio de Pádua.

Nesta perspectiva de pensamento, a OMS (2002 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006, p. 5) alertam que [...] “até o ano de 2020,

as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento.”

Para tanto, o presente artigo tem como principal objetivo analisar a pressão arterial de variadas idades e dos dois sexos, a fim de obter uma medida sobre uma dada realidade em relação a esta preocupação de saúde pública. Portanto, primeiramente é preciso esclarecer os problemas e malefícios que a pressão arterial descontrolada pode trazer à vida da pessoa, assim como entender quais são os métodos de tratamento e prevenção e por último buscar propostas de intervenção e prevenção, por meio dos dados encontrados na presente investigação a campo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão arterial é definida pela persistência dos níveis da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg. É considerada uma patologia que provoca sérias consequências no sistema cardiovascular e renovascular devido aos seus sinais e sintomas, muitas das vezes, serem silenciosos. (MINAS GERAIS, 2006).

Segundo Ferreira (2010), a pressão arterial, presente no interior das artérias em contato com a camada interna do vaso, só pode ser medida com auxílio de aparelho, esfigmomanômetro, aneróides ou de coluna de mercúrio.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2006).

De acordo com Brasil (2006), a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial; cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise.

Segundo Brasil (2011), a prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos, sendo que 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica.

A hipertensão arterial e as doenças cerebrovasculares são enfermidades relacionadas com o excesso de gordura corporal e interferem no sistema cardiovascular, assim como o Diabetes mellitus tipo 2 e o Diabetes gestacional, ambos relacionados aos distúrbios endocrinometabólicos. (KOURY; CARVALHO 2008, p. 159).

A Hipertensão arterial sistêmica é um distúrbio causado pela elevação intermitente da pressão arterial sistólica, diastólica ou ambas e sua principal complicação é o acidente vascular cerebral (AVC). É responsável por 40% das mortes de mulheres, grupo mais atingido, e 20% destas mortes são causadas por doença coronariana. (PAULA; CORREA; MORAES; ABUHAB; LIRA 2011, p. 293).

“A Hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O Diabete melito configura-se hoje como uma grande epidemia mundial, e se traduz em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabete em todo o mundo. (MORAES; SILVA; YAMAMOTO; SPOLAORE; HIDAL; LIRA 2011, p. 320).

De acordo com Santos (2011), em 1996, havia 30 milhões de indivíduos com diabetes nas Américas; a previsão para 2010 era de um aumento de 50%. Logo, a doença é considerada prioridade em termos de política de saúde.

Os pacientes com diabetes mellitus são vulneráveis a desenvolverem hipertensão arterial. Estas duas doenças são a primeira causa de internações por causas sensíveis, consideradas fator de risco importante para a doença cardiovascular e cerebrovascular coronariana e para as complicações microvasculares como a retinopatia e a nefropatia. (BRASIL, 2006).

De acordo com Silva e Dib (2001), a Associação Americana de Diabetes e a Organização Mundial da Saúde propuseram a divisão da diabetes em diabetes tipo 1 em autoimune (DM1A) e idiopático (DM1B). A diabetes autoimune DM1A é causada pela deficiência absoluta do hormônio insulina devido a uma destruição progressiva das células beta das ilhotas de Langerhans no pâncreas.

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso. (BRASIL, 2006).

De acordo com Smeltzer (2008), a presença do diabetes tipo 1, pode levar à perda de peso acentuada, náuseas, vômitos que podem ou não cursarem com dores abdominais. O diabetes tipo 2 caracteriza-se por manifestações clínicas que incluem os “três Ps”: poliúria (micção aumentada), polifagia (aumento do apetite) e polidipsia (aumento da sede) e outros sintomas, como, fraqueza, náuseas, vômitos, alterações visuais, parestesias, pele seca, lesões cutâneas e outros.

Segundo Brasil (2009), o envelhecimento da população aliado ao sedentarismo, inatividade física, hábitos de vida pouco saudáveis, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas, a hipertensão arterial, conhecida como a “inimiga silenciosa” por ser na maior parte do seu curso assintomática.

A pressão arterial aumenta com a idade e a hipertensão atinge em torno de 60% de prevalência após os 60 anos de idade (FIRMO et al, 2004 e LIMA e COSTA, 2009). O envelhecimento populacional constitui a mais importante mudança demográfica observada tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Tem como consequência o aumento da importância de doenças crônicas como a hipertensão, e seus efeitos sobre as doenças cardiovasculares.

Quanto à classificação, existem dois tipos de hipertensão: a hipertensão primária – forma mais comum, cuja causa não é identificável em 90 a 95% dos casos -, e a hipertensão secundária – que responde por 3 a 10% dos pacientes e apresenta causa conhecida, consequente de outro distúrbio orgânico (doença vascular renal, feocromocitoma, síndrome de Cushing, disfunção da tireóide ou glândula pituitária, gestação e alguns transtornos neurológicos). (PAULA; CORREA; MORAES; ABUHAB; LIRA 2011, p. 295).

De acordo com Brum (2005), a hipertensão pode ter causa primária, desconhecida, e causa secundária, originária de algumas doenças, tais como: estenose da artéria renal e doença parenquimatosa, tumor cerebral, feocromocitoma, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo e disfunção tireóidea, hipofisária ou paratireóidea, anticoncepcionais orais, uso de drogas, estimulantes simpático, inibidores da monoaminoxiclase tomados com tiramina, terapia de reposição com estrogênio e anti-inflamatórios não esteróides entre outros.

Conforme Silva e Souza (2004), a hipertensão arterial é desenvolvida por meio de fatores de riscos não modificáveis, como a idade, a hereditariedade e o sexo e também por fatores de risco modificáveis, como o

estilo de vida e o uso de alguns medicamentos como os anticoncepcionais, além dos padrões alimentares e os aspectos físicos.

Azevedo (2007), diz que os fatores de risco para a hipertensão arterial são a história familiar, a raça negra, o estresse, a obesidade, a dieta com alto teor de sódio e gordura saturada, o tabagismo, o uso de anticoncepcionais hormonais, o etilismo inveterado, o sedentarismo e o envelhecimento.

Segundo Peniche e Leite (2010), a hipertensão também pode ser ocasionada por outros fatores como retenção urinária, retenção de dióxido de carbono, hipotermia levando a vasoconstrição, retenção urinária e agitação.

Em 2001, o Ministério da Saúde elaborou normas e diretrizes em um Plano de Reorientação da Atenção ao cliente com hipertensão arterial e diabetes mellitus; para isto ele incorporou o processo de cadastramento e acompanhamento dos clientes em um sistema de informação em saúde denominado SISHiperDia (Boing e Boing, 2007, apud REZENDE, 2007, p. 21).

De acordo com São Paulo (2011), é de extrema importância fornecer informações ao cliente da necessidade de uma mudança nos fatores que contribuem para o aumento da pressão arterial, uma vez que tais medidas podem representar uma redução relevante nos níveis de pressão arterial.

As formas de diagnóstico recomendadas pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Cardiologia são a investigação clínica-laboratorial, Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) e Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). Além disso, é recomendado que seja verificada a medida da pressão arterial fora do consultório para uma melhor definição do diagnóstico e eventual identificação da hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada. (ANVISA, 2010).

Brasil (2006) informa que as principais estratégias para o tratamento não farmacológico da hipertensão arterial envolvem o controle de peso, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono do tabagismo e a prática da atividade física regular.

Segundo Minas Gerais (2006), o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial alinhado ao tratamento não medicamentoso têm como objetivos a redução da morbimortalidade e a redução dos níveis pressóricos

abaixo de 140/90mmHg e abaixo de 130/80mmHg para diabetes, insuficiência cardíaca, comprometimento renal e prevenção de acidente vascular cerebral.

MÉTODO

Instrumento e Amostra

Uma Instituição de Ensino Superior no Município de Santo Antônio de Pádua-RJ promoveu em 27 de abril 2011 um evento intitulado “Promovendo Saúde” em comemoração ao Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial com o intuito de aferir a pressão arterial da população presente, realizar a coleta de dados antropométricos, como peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corporal e orientar sobre as medidas de promoção e prevenção para a hipertensão arterial. No presente encontro os alunos de enfermagem puderam aferir a pressão e obter as idades dos voluntários que tinham interesse sobre esses dados.

Foram arrecadados 119 dados sobre pressão arterial e idade dos participantes. Sendo a amostra composta por 80 pessoas do sexo feminino (67,22%) e 39 homens (32,73%), com idade média de 37,29 entre os participantes. Estes foram escolhidos aleatoriamente, conforme o interesse individual de fornecer dados para a pesquisa.

Análise dos dados

O delineamento metodológico foi uma análise bivariada com tratamento dos dados no programa SPSS, versão 13.0, em que foram realizadas as

seguintes análises estatísticas: (a) limpeza do banco de dados; (b) análise de componentes principais; (c) análises correlacionais; (d) análises inferenciais.

Para obter a média da Pressão Arterial entre os sexos feminino e masculino considerou-se os critérios de normalidade e anormalidade definidos pela IV Diretrizes Brasileiras de Pressão Arterial (2002 apud Secretaria da Saúde de BH, 2006), que são:

Escore 1: menor que 120X80 (ótima)

Escore 2: 120X85 até 130X80 (normal)

Escore 3: 130X85 até 139X89 (limítrofe)

Escore 4: 140X90 até 159X99 (hipertensão leve)

Escore 5: 160X100 até 179X99 (hipertensão moderada)

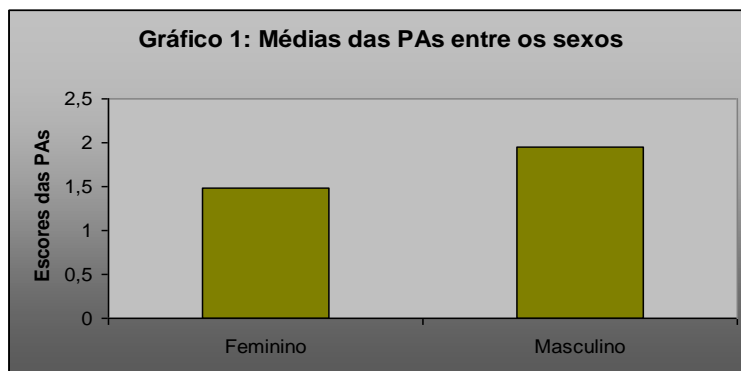
Escore 6: maior que 180X110 (hipertensão grave)

A Tabela 1 apresenta as médias e o testet das PAs entre os sexos feminino e masculino. A partir da observação dos presentes dados pode-se perceber que as mulheres apresentaram em sua maioria a pressão arterial menor ou igual a 120X80 (escore 1) o que é considerado como nível ótimo pelas Diretrizes de Pressão Arterial (2002). Os homens também não variaram muito nesta qualidade, mantendo os resultados da PA entre 130X85 até 139X89 (escore 2), resultado o qual também é considerado bom. O testet com o resultado de 0,00 mostrou que a diferença dos resultados entre homens e mulheres foi significativa, apesar de ambos terem apresentado um bom controle no que diz respeito a pressão arterial.

Tabela 1: Média e Testet da PA entre os sexos

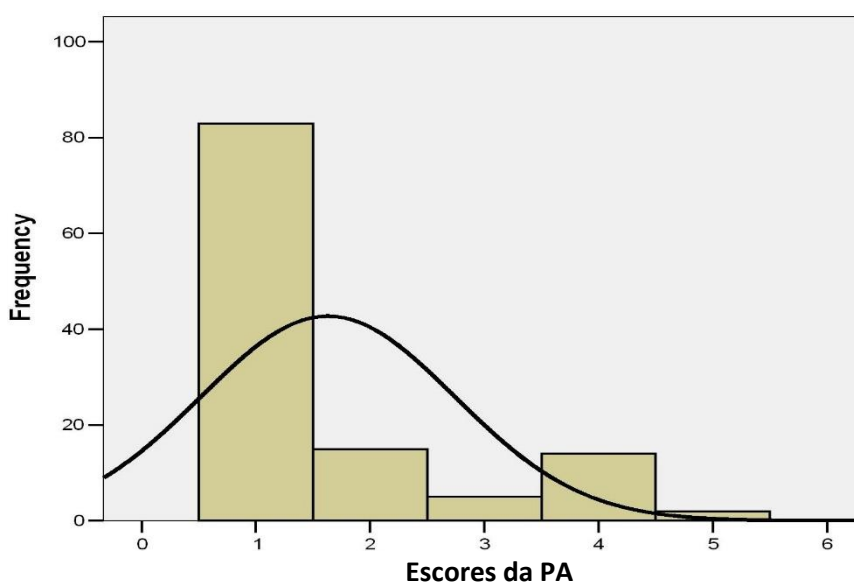
| Sexo | N | Médias | Desvio padrão | Teste T |
|-----------|----|--------|---------------|---------|
| Feminino | 80 | 1,48 | 0,96 | 0,00 |
| Masculino | 39 | 1,95 | 1,31 | |

O presente gráfico 1 abaixo apresenta claramente as médias comparadas entre os sexos femininos e masculinos, podendo perceber que os resultados foram próximos, mas considerados pela estatística como discrepantes entre si.



No gráfico 2 é apresentada a frequência da presença dos participantes no total nos escores 1, 2, 3, 4, 5 e 6. Percebe-se, portanto que o índice de maior frequência dos participantes é da pressão arterial menor que 120X80 em relação ao escore 2 (120X85 até 130X80), sendo bem próximo aos resultados deste ao escore 4 (140X90 até 159X99).

Gráfico 2: Frequência sobre a presença da PA em cada escore



Já na Tabela 2 são apresentadas as médias agrupadas, ou seja, referentes ao total da amostra (119 participantes). Eles variaram seus resultados entre uma ótima (escore 1) e boa pressão arterial (escore 2). Nenhum dos participantes apresentou hipertensão arterial e tampouco resultados de medidas da pressão arterial no escore 6 (maior que 180X110).

A média geral da amostra pesquisada foi de 1,33, a qual nos indica que a população mantém a pressão arterial menor que 120X80 (escore 1), considerada como ótima, podendo portanto caracterizá-los como saudáveis neste aspecto.

Tabela 2: Média comparativa entre os escores com a amostra total

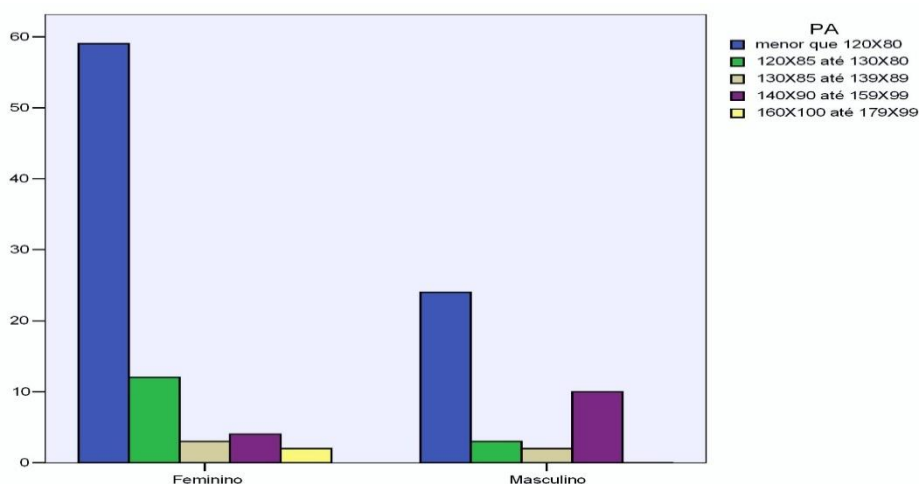
| Escores | Pressão arterial | Médias | Números | Desvio padrão |
|----------|--------------------|--------|---------|---------------|
| 1 | menor que 120X80 | 1,29 | 83 | 0,45 |
| 2 | 120X85 até 130X80 | 1,20 | 15 | 0,41 |
| 3 | 130X85 até 139X89 | 1,40 | 5 | 0,54 |
| 4 | 140X90 até 159X99 | 1,71 | 14 | 0,47 |
| 5 | 160X100 até 179X99 | 1,00 | 2 | 0,00 |
| De 1 a 5 | Total | 1,33 | 119 | 0,47 |

* Não houve nenhum participante com a PA no escore 6

O Gráfico 3 nos traz uma comparação bem clara sobre a presença da PA entre os sexos, nos apresentando separadamente o quanto os escores estiveram presentes mais frequentemente. Portanto, pode-se perceber que os escores 1, 2, 3 e 5 foram maiores nas mulheres e que nos homens apenas o escore 4 foi maior. O que indica que os homens apresentaram uma pressão na casa de 140X90 até 159X99 (hipertensão leve) mais frequentemente quando comparado com as mulheres, o que não quer dizer que elas também não foram detectadas com esta medida. Por outro lado as mulheres apresentaram resultados, mesmo que em sua minoria, de hipertensão moderada (160X 100

até 179X99, escore 5), enquanto nenhum homem apresentou este resultado. Sobre o escore 6 (160X100 até 179X99) ninguém foi detectado com esta medida da pressão, o que é um indicativo muito bom e menos preocupante sobre uma camada da população.

Gráfico 3: Frequência comparativa das médias PAs entre os sexos



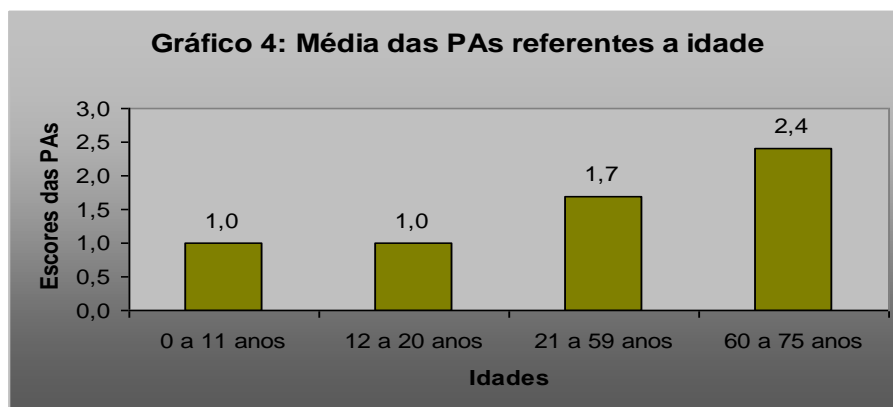
Na Tabela 3 são divididas as faixas etárias conforme o desenvolvimento humano e as idades obtidas em Papalia (2006). Nela é possível observar que os participantes que se encontram nas fases da vida da Infância (0 a 11 anos) e Adulta (12 aos 20 anos) apresentaram a pressão arterial como ótima (120X80), com escore 1. Já os adultos (21 a 59 anos) e idosos (60 anos em diante) apresentaram a PA como normal, com escore 2. Apesar de ter havido diferença de valor nas faixas etárias, pode-se afirmar que todos os

participantes da pesquisa não apresentaram nenhum dado preocupante quanto às suas medidas da pressão.

Tabela 3: Médias das PAs em relação a idade

| Idade | N | Média PA |
|--------------------------------|----|----------|
| 0 a 11 anos (Infância) | 1 | 1,00 |
| 12 a 20 anos (Adolescência) | 14 | 1,00 |
| 21 a 59 anos (Adulto) | 87 | 1,70 |
| 60 anos em diante (velhice) | 10 | 2,4 |

O Gráfico 4 facilita a visualização sobre a distribuição da PA em relação a idade, o qual nos possibilita perceber que o valor varia conforme o avanço da idade, mas que a presente amostra pesquisada não nos ressaltou nenhum resultado discrepante significativamente que exigisse alguma proposta de intervenção imediata.



Considerações Finais

A diferença dos resultados da pressão arterial entre homens e mulheres é perceptível apesar de ambos apresentarem um bom controle da pressão

arterial. Dados da pesquisa realizada por Rego (1990) revelam que a hipertensão é mais presente entre os homens em estudos realizados em São Paulo, com 1914 pessoas:

Em relação à hipertensão arterial, a prevalência obtida no presente estudo revelou-se maior que a encontrada por Ribeiro em 1978, para trabalhadores de diversos ramos da indústria, comércio e serviços da Grande São Paulo, que foi de 18,6% para homens e de 10,4% para mulheres (critérios: PA diastólica > 90 mmHg, população de 15 a 65 anos, padronizado por idade segundo população do presente estudo). (REGO, 1990, p. 281)

Assim o comportamento das PAs observada entre os sexos obedece aos padrões já estudados em outros casos, pois pesquisas realizadas em 1978 no Rio Grande do Sul também confirmam esta diferença, segundo estudos realizados Rego (1990): “que verificou uma prevalência de 13,7% para homens e 10,0% para mulheres (critério OMS, população de 20 a 74 anos), pode-se observar certa semelhança de resultados”

Na análise da frequência da pressão arterial, observa-se que o índice de maior predominância entre os participantes é da pressão arterial menor que 120X80, já que ao analisar as médias agrupadas na Tabela 2 os resultados variam entre uma ótima (escore 1) e boa pressão arterial (escore 2). Nenhum dos participantes apresentou hipertensão arterial e tampouco resultados de medidas da pressão arterial no escore 6 (maior que 180X110). Estes dados encontram confirmações nos estudos de Passos (2006), em pesquisa realizada na Ilha do Governador, no estado do Rio de Janeiro entre 1991 e 1992 onde os níveis de hipertensão apresentam-se bem baixos. A prevalência global da hipertensão foi igual a 24,9%, 24,8% em homens e 22,2% em mulheres.”

Em geral os homens apresentam uma pressão na casa de 140X90 até 159X99 (hipertensão leve) mais frequentemente quando comparado com as mulheres. Porém as mulheres apresentam resultados, mesmo que em sua minoria, de hipertensão moderada (160X 100 até 179X99, escore 5), como dados do Gráfico 3. Dados pesquisados sobre a diferença de pressão arterial entre os sexos revelam que:

Os homens apresentaram prevalências mais elevadas. Esse resultado contrapõe-se à maioria das informações de outros países, com relatos de prevalências mais elevadas no sexo masculino. Estados Unidos e Canadá têm prevalências de HA semelhantes, em torno dos 30,4% para homens e 24,8% para mulheres, enquanto em 6 países europeus a variação ficou entre 44,8% e 60,2% nos homens e 30,6% a 50,3% nas mulheres, em faixas etárias 35-74 anos. (LESSA, 2006, p. 753)

A análise do comportamento da PA entre as faixas etárias apresentou-se como normal apesar de verificadas pequenas diferenças de valores entre elas, conforme a Tabela 3 e o Gráfico 4.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2006)

A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (MS, 2005). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres e aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002 apud SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).

A Hipertensão arterial atinge 22,7% de brasileiros. A pesquisa aponta uma incidência maior entre as mulheres (25,4%) do que entre os homens

(19,5%) e afirma que a frequência da doença tende a avançar com o passar dos anos. Entre os mais jovens apenas (de 18 a 24 anos), apenas 5,4% foram diagnosticados hipertensos. Aos 55 anos esta população é 10 vezes maior e atinge 50,5% da população. (DROPS COMUNICAÇÃO E SAÚDE, 2012)

A Hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. (BRASIL, 2006).

Segundo levantamento do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas (InCor), apenas 13,5% dos pacientes com pressão alta conseguem seguir a dieta indicada para controlar a pressão arterial. A pesquisa mostrou que há uma diferença entre o que os pacientes afirmavam e o que os pacientes faziam, isso porque a confirmação foi feita com base em exames de urina. A pressão desregulada aumenta também o risco de derrame, infarto e insuficiência renal. (DROPS COMUNICAÇÃO E SAÚDE, 2012).

O envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos. Estudos nos Estados Unidos mostram que a raça negra é mais propensa à Hipertensão Arterial que a raça branca. No Brasil, não há essa evidência. (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos: a atividade física regular diminui a pressão arterial. O consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e ao maior risco de doenças cardiovasculares. (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).

A principal estratégia para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular.

Educação pressupõe construção de novos entendimentos a respeito do processo de saúde e de doença, assim como de mecanismos envolvidos na prevenção e no controle das situações de saúde já existentes, partindo sempre do conteúdo já alcançado pelo indivíduo. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).

REFERÊNCIAS:

- 1- ANTCZAK, Susan E.; BERGER, Nancy.; CONROY, Wendy T.; CRAIG, Lillian. et al. **Fisiopatologia básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 2- AZEVEDO, Maria F. **Doenças: da sintomatologia ao plano de alta**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- 3- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Saúde e Economia**. n. 4, ano II, jun. 2010.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica**, n. 51, ano IX, mar./abr. 2009.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 8 jul. 2011.
- 9- DROPS COMUNICAÇÃO E SAÚDE. **Boletim Eletrônico produzido pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais**. 02 maio 2012.
- 10-KOURY, Josely C.; CARVALHO, Cecília N. M. A obesidade como problema de saúde pública. In: SANTOS, Iraci dos; DAVID, Helena M. S. L.; SILVA, Delson da.; TAVARES, Claudia M. M. **Enfermagem e**

- campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções.** São Paulo: Atheneu, 2008.
- 11-LESSA, Ínes et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) -Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 6, p. 747-756, 2006.
- 12-MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.
- 13-MORAES, Márcia W. de; SILVA, Adriana M. da; YAMAMOTO, Magda T.; SPOLAORE, Elisa H. G.; HIDAL, Jairo T.; LIRA, Andréia R. Diabetes melito em saúde coletiva. In: MOHALLEM, Andréa G. D. C.; FARAH, Olga G. D.; LASELVA, Claudia R. **Enfermagem pelo método de estudo de casos.** São Paulo: Manole, 2011.
- 14-PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional Hypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.
- 15-PAULA, Maria D. F. C.; CORREA, Alessandra D. G.; MORAES, Márcia W. de.; ABUHAB, Abrão.; LIRA, Andréa R. Hipertensão arterial sistêmica em saúde coletiva. In: MOHALLEM, Andréa G. D. C.; FARAH, Olga G. D.; LASELVA, Claudia R. **Enfermagem pelo método de estudo de casos.** São Paulo: Manole, 2011.
- 16-PENICHE, Aparecida D. C. G.; LEITE, Rita D. C. B. D. O. In: PADILHA, Katia G.; VATTIMO, Maria D. F. F.; SILVA, Sandra C. D.; KIMURA, Miako. **Enfermagem pelo em UTI: cuidando de paciente crítico.** São Paulo: Manole, 2010.
- 17-PEREIRA, Sílvia Helena Cruz. **Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial no bairro Piratininga de Osasco.** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- 18-REGO, Ricardo A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 277-285, 1990.
- 19-REZENDE, Ana Maria Bartels. **Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. 2011.** Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- 20-SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. **Manual de orientação clínica: hipertensão arterial sistêmica.** São Paulo: SES/SP, 2011.

- 21-SANTOS, Regiane P. Estratégias educacionais para pacientes e famílias. In: BORK, Anna M. T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- 22-SILVA, Jorge L. L.; SOUZA, Solange L. Fatores de Risco para Hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, p. 330-335, set./dez. 2004.
- 23-SILVA, Regina D. C.; DIB, Sergio A. Patogênese e prevenção do diabetes mellitus tipo 1. In: BRAGA, Walter D. R. C. **Diabetes mellitus**, Rio de Janeiro: Medsi, 2011. v. 3.
- 24-SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; HINKLE, Janice L.; Cheever, Kerry H. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 2.
- 25-Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras. Cardiol.**, n. 95 (supl.1): p. 1-51, 2010;