

MARIANA ROSA BERNARDO^{1*}, RIELLEN VILANOVA FEITOSA¹, LUIS RÉGIS DE SOUSA NETO¹, GABRIELA ROSA BERNARDO¹, SANTINO CARVALHO FRANCO¹.

¹ Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém - Pará.

*E-mail: mariannabernardo@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil sociodemográfico de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) de uma unidade saúde da família (USF), em Belém - PA. **Método:** Estudo transversal e observacional realizado com dados coletados de visitas domiciliares e prontuários de pacientes hipertensos cadastrados em uma USF de Belém, PA, através de um questionário sociodemográfico e clínico. Projeto aprovado no comitê de ética em pesquisa (CEP) **Resultados:** Foram avaliados 19 participantes, sendo 68% mulheres, 53% idosos, 72% pardos, 53% com ensino médio completo, 74% não etilistas, 79% não tabagistas, 84% com histórico familiar de doenças cardiovasculares, 37% com excesso de peso, 63% possuem pressão arterial sistólica entre 110mmHg e 130mmHg, 68% possuem pressão arterial diastólica entre 90 mmHg a 110mmHg, classificando-os em PA normal e pré-hipertensão e 22% ou fazem uso somente de Losartana 50mg ou de Losartana 50 mg e Hidroclorotiazida 25mg combinados. **Conclusão:** A educação em saúde é fundamental para a população a fim de controlar e prevenir a hipertensão arterial sistêmica, além da necessidade de uma equipe multiprofissional para a realização das ações.

Palavras-chave: Atenção básica à saúde, Epidemiologia, Hipertensão arterial sistêmica.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE BELÉM-PARÁ**INTRODUÇÃO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças mais prevalentes na população mundial, configurando-se como um sério problema de saúde pública. No Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), afeta cerca de 18 a 29,2% da população adulta entre homens e mulheres. Por ser assintomática, torna-se ainda mais

grave, pois se constitui um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

A HAS é caracterizada por níveis altos e sustentados de pressão arterial e segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a HAS é responsável por 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração no mundo, além de ocasionar problemas renais (BRASIL, 2013).

Atualmente, a linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg. E alterações nos valores padrões mostram que a HAS além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (BRASIL, 2013).

Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco (BRASIL, 2013). Essa multiplicidade de consequências e ser uma das causas de maior redução da expectativa de vida dos indivíduos, a HAS é colocada como origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2013).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da Pressão Arterial (PA) maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão (MENDES, et al., 2014).

Cabe salientar que é necessário cuidado em se fazer o diagnóstico correto da HAS, por se tratar de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Por isso, deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições (MENDES, et al., 2014).

Ressalta-se que a HAS pode estar relacionada a fatores como hereditariedade, sexo, idade e etnia, entretanto também é possível relacionar ao tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta inadequada (MENDES, et al., 2014).

Segundo a literatura, o tratamento anti-hipertensivo consiste basicamente na terapia medicamentosa e não medicamentosa, tendo como objetivo principal a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares. O tratamento não farmacológico, caracterizado por mudanças no estilo de vida, compreende principalmente o controle do peso, padrão alimentar adequado, prática de atividade física, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool. As modificações de vida constituem a base do tratamento do paciente com hipertensão (MENDES, et al., 2014).

Também, importante pontuar que historicamente, desde a década de 1970, diversos países têm tomado medidas necessárias para inserir na comunidade programas de prevenção e promoção à saúde, enfatizando o combate aos fatores de risco das doenças cardiovasculares (CANTALEJO, et al., 2014).

Na atualidade, os serviços de saúde da família da rede de atenção primária à saúde no Brasil são responsáveis pela assistência a milhões de pessoas com HAS. Neste contexto, o Ministério da Saúde implantou o sistema HIPERDIA (Programa de Controle de Hipertensão e Diabetes), desenvolvido com os objetivos principais de permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática, a estes pacientes (SANTA-HELENA, et al., 2010).

Hoje em dia, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporciona acompanhamento longitudinal e atenção integral à saúde dos hipertensos, utilizando práticas que visam estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade. A ESF, através de equipes interdisciplinares, implanta estratégias de atuação, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde, interferindo positivamente no acesso e na adesão ao tratamento (SANTA-HELENA, et al., 2010).

Diante dessas informações, o objetivo da presente pesquisa foi conhecer o perfil sócio demográfico do usuário hipertenso para, então, criar estratégias para reverter essa situação.

MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ) sob CAAE: 62381116.4.0000.5701, realizou-se estudo transversal e

observacional realizado com amostra de conveniência composta por indivíduos hipertensos de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia Saúde da família da cidade de Belém, PA. Foi selecionada a microárea 3 com um total de 33 pacientes hipertensos, mas ao final foram selecionados 19 participantes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2017. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados foram: idade, sexo, raça, grau de escolaridade, questão ética e sobre tabagismo, além do histórico de doenças cardiovasculares na família, peso, altura, IMC, pressão arterial, tratamento e medicação feitos durante o período citado acima.

Como critério de inclusão, foi padronizada a inserção de pacientes de ambos os sexos, a partir de 18 anos, que apresentem hipertensão arterial sistêmica, cadastrados na Unidade Saúde da Família/PA durante o primeiro semestre de 2017, cujos respectivos prontuários estavam devidamente preenchidos e atualizados e que concordaram em colaborar com a pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critérios de exclusão, foram excluídos indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica que estiverem fora da faixa etária requerida ou ainda, que não sejam acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em questão. Assim como, indivíduos que apresentem omissão de informações em seus prontuários.

RESULTADOS

Os dados abaixo correspondem ao perfil sociodemográfico dos pacientes com hipertensão atendidos pela unidade de saúde escolhida pela pesquisa (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de usuários hipertensos da Unidade de Saúde da Família escolhida para a pesquisa de Belém/PA, em 2017.

Variável	Nº	%
Sexo		
Masculino	6	32
Feminino	13	68
Raça		
Branca	4	21
Parda	14	72
Negra	1	7
Amarela	0	0
Indígena	0	0
Faixa Etária		
18-39 anos	0	0
40-59 anos	9	47
>60 anos	10	53
Grau de escolaridade		
Fundamental incomp.	3	16
Fundamental comp.	6	31
Médio incompleto	0	0
Médio completo	10	53
Superior	0	0
Etilismo		
Sim	5	26
Não	14	74
Tabagismo		
Sim	4	21
Não	15	79
Histórico Cardiovascular		
Sim	16	84
Não	3	16

Fonte: Bernardo, et al., 2020.

Já a análise abaixo avalia diversos aspectos tais como IMC, pressão sistólica e diastólica além das medicações utilizadas para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Distribuição dos usuários hipertensos da Unidade de Saúde da Família município de Belém/PA, segundo IMC, Pressão e medicações em 2017.

Variável	Nº	%
IMC (Kg/m²)		
Abaixo do peso normal (<18,5)	0	0
Peso normal (18,5-24,9)	5	26
Excesso de peso (25-29,9)	7	37
Obesidade tipo I (30-34,9)	4	21
Obesidade tipo II (35-39,9)	2	11
Obesidade tipo III (≥ 40)	1	5
Pressão arterial sistólica (mmHg)		
110-130	11	63
140-160	5	29
170-190	3	8
Pressão arterial diastólica (mmHg)		
60-80	6	32
90-110	13	68
Medicamentos para tratamento		
Losartana 50mg	4	22
Atenolol 25mg	2	11
Nifedipina 10mg	1	5
Captopril 25mg	1	5
Press puss 5/10mg	1	5
Losartana 50mg e Hidroclorotiazida 25mg	4	22
Propranolol 20mg e Hidroclorotiazida 25mg	1	6
Nifedipina 20mg e Atenolol 50mg	1	6
Losartana 50mg e Nifedipina 25mg	1	6
Losartana 50mg e Atenolol 50mg	1	6
Losartana 50mg e Atenolol 25mg	1	6
Propranolol 40mg, Hidroclorotiazida 25mg e AAS 100mg	1	6

Fonte: Bernardo, et al., 2020.

DISCUSSÃO

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos brasileiros são hipertensos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A análise dos dados revelou que do total de 19 indivíduos estudados, 13 (68%) eram do sexo feminino e 6 (32%) eram do sexo masculino. Em estudos realizados sobre hipertensão arterial abordando o perfil, constatou-se a predominância do sexo feminino (ERNANI, et al., 2010; FREITAS, et al., 2012).

Contradizendo os dados apresentados, o qual revelou o predomínio do sexo feminino, um estudo sobre Prevalência, Consciência, Tratamento e Influência de Variáveis

Socioeconômicas sobre o controle da pressão arterial com 15.106 servidores públicos com idades entre 35 e 74 anos revelou prevalência de HA no sexo masculino (40.1%) em relação ao sexo feminino (32.2%) (CHORD, et al., 2015; BHATTA, et al., 2017).

Em relação a faixa etária, o presente estudo mostrou que 53% da população estudada tem 60 anos ou mais. Resultado semelhante foi constatado no estudo sobre Prevalência, Consciência, Tratamento e Influência de Variáveis Socioeconômicas sobre o controle da pressão arterial, o qual revelou que a faixa etária com maior número de hipertensos é entre 65 a 74 anos (MOONGA, et al., 2017). E o estudo sobre perfil de hipertensos também observou maior prevalência da população idosa (70.16%) (MIRANZI, et al., 2008; FREITAS, et al., 2012).

Há uma relação direta entre HAS e idade, sendo a prevalência de HAS em idosos igual a 60%, além disso, esse grupo etário apresenta maior risco de desenvolver doença cardiovascular (DCV) e contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV. Uma meta-análise de estudos realizados no Brasil com 13.978 idosos demonstrou 68% de prevalência de HAS (PICON, et al., 2013).

Segundo a raça, no presente estudo constatou-se que 14 participante (72%) se consideram pardos, representando a maioria da população estudada, seguido de 4 participantes (21%) que se consideram brancos e 1 participante (7%) se considera negro. Resultado semelhante foi observado no estudo sobre o perfil de hipertensos realizado no município de Ananindeua/PA, pois revelou predomínio da raça parda, caracterizando 88,37% de sua amostra (FREITAS, et al., 2012).

No entanto, o estudo Corações do Brasil observou que 34,8% de sua amostra encontra-se na raça negra (NASCIMENTO-NETO, et al., 2006). E o estudo ELSA-Brasil também observou predomínio da raça negra, caracterizando 49.3% de sua amostra (CHORD, et al., 2015).

Analisando os dados referentes ao grau de escolaridade, observou-se que 10 participantes (53%) possuem ensino médio completo, 6 (31%) ensino fundamental completo e 3 (16%) ensino fundamental incompleto. Não teve-se registros de analfabetos e com ensino superior completo.

Resultado divergente foi observado no estudo sobre hipertensão arterial, o qual revelou que adultos com menor nível instrucional (analfabetos ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA autorreferida (31,1%) (SCALA, et al., 2015).

Segundo dados acerca do hábito etilista, observou-se que 14 participantes (74%) não fazem consumo de bebida alcóolica e 5 (26%) fazem o consumo. Resultado similar foi observado no estudo sobre hipertensão arterial realizado em Vitória/ES, o qual mostrou que 207 participantes (62,0%) não ingerem bebida alcóolica (OLIVEIRA, et al., 2009). O que revela um ponto positivo para a população estudada, pois o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Ja sobre o hábito tabagista, dados revelam que 15 (79%) não fumam e 4 (21%) fumam. Resultado semelhante foi observado no estudo estudo sobre hipertensão arterial realizado em Vitória/ES, o qual mostrou que 172 hipertensos (51,5%) não fumam.²⁷ Vale ressaltar que esse é mais um ponto positivo para a população do estudo, pois a nicotina, substância presente no cigarro, aumenta os valores da PA (ROSEMBERG, 2007).

Em relação ao histórico familiar de DCV, observou-se que 16 participantes (84%) apresentam histórico e 3 (16%) não apresentam. Em um estudo semelhante realizado em Ananindeua também observou que a maioria de seus participantes (37,1%) possuíam histórico familiar de DCV (FREITAS, et al., 2012).

Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). O que causa uma preocupação perante a população do estudo, devido à alta prevalência do histórico familiar de DCV.

Em relação ao IMC dos participantes, observou-se que nenhum estava abaixo do peso, 5 (26%) estavam com peso normal, 7 (37%) estavam com excesso de peso, 4 (21%) estavam com obesidade tipo I, 2 (11%) estavam com obesidade tipo II e 1 (5%) estava com obesidade tipo III. Vale ressaltar que 14 participantes (73.6%) apresentam IMC acima do normal, sendo este grupo mais propenso a adquirir DCV. Em estudo semelhante realizado, observou-se que 135(40,4%) estavam com excesso de peso também (OLIVEIRA, et al., 2009).

Em relação a pressão arterial sistólica (PAS), observou-se que 11 participantes (63%) possuíam valores entre 110mmHg a 130mmHg, 5 (29%) com valores entre 140mmHg a 160mmHg e 3 (8%) com valores entre 170mmHg a 190mmHg. E analisando a pressão arterial diastólica, tem-se que 6 (32%) possuíam valores entre 60mmHg a 80mmHg e 13 participantes (68%) possuíam valores entre 90mmHg a 110mmHg.

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, há uma classificação da PA em: normal, pré-hipertensão, hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 e hipertensão estágio 3 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Analisando os dados acima, pode-se classificar a maioria dos participantes em “normal” e “pré-hipertensão”, mas há uma parcela que se encontra nos estágios de hipertensão, apesar de fazerem uso de medicação para controlar a HAS.

Comparando com um estudo semelhante (ROSEMBERG, 2007), encontra-se semelhanças e diferenças, pois observou-se que 78% dos participantes estão classificados como “normal”, sendo este o ponto de semelhança, e “hipertensão estágio 1”, sendo esse o ponto de divergência já que os indivíduos do presente estudo são “pré-hipertensos”.

Analisando a medicação utilizada para controlar a HAS, observou-se que 4 participantes (22%) fazem uso somente da Losartana 50mg, 4 (22%) fazem uso combinado de Losartana 50mg e Hidroclorotiazida 25mg e 2 (11%) fazem uso somente de Atenolol 25mg, os outros medicamentos listados possuem 1 participante em cada. Em estudo semelhante observou-se que a medicação mais prescrita é o Captopril (LIMA, et al., 2010).

Para a realização desse estudo, enfrentou-se diversas dificuldades, como a periculosidade da área de abrangência da Unidade Saúde da Família, organização da USF quanto ao armazenamento dos prontuários, mas a maior dificuldade foi encontrar prontuários preenchidos corretamente, com letra legível, completo.

CONCLUSÃO

O presente estudo concluiu que o perfil dos usuários hipertensos da Unidade de Saúde da Família é caracterizado em sua maioria por mulheres, cor parda, idade >60 anos, alta escolaridade, na faixa do excesso de peso, não etilista, não tabagista, com história familiar de DCV, com a PA entre normal a pré-hipertensão e utilizando Losartana 50mg ou Losartana 50 mg mais Hidroclorotiazida 25mg.

A partir desse perfil percebe-se a necessidade de implementação de ações de promoção da saúde, dirigidas para a educação em saúde e práticas de prevenção dos fatores de risco, como prática de atividade física, orientações dietéticas e outras. Ressaltando a importância de uma equipe multiprofissional no controle e prevenção da HAS.

REFERÊNCIAS

1. BHATTA A, et al. Obesity-induced vascular dysfunction and arterial stiffening. *Cardiovasc Res.* 2017, 7(3).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
3. CANTALEJO MC, et al. Intervenções em Dieta e Pressão Arterial na América Latina - Revisão Sistemática e Meta-Análise. *Arq. Bras. Cardiol.* 2014, 102(4).
4. CHOR D, et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. *PLOS One.* 2015;10(6):e0127382.
5. ERNANI TSH, et al. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Cad. Saude soc.* 2010, 19(3).
6. FREITAS LC, et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. *Rev Bras Med fam comunidade.* Florianópolis, 2012 Jan.-Mar.; 7(22): 13-9.
7. LIMA TM, et al. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2010; 1(2):113-120;
8. MENDES GS, et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014;9(32):273-8
9. MIRANZI SSC, et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9.
10. MOONGA I, et al. Hypertension is associated with worse cognitive function and hippocampal hypometabolism in Alzheimer's disease. *Eur J Neurol.* 2017 Sep; 24(9): 1173-1182.
11. NASCIMENTO-NETO RM et al; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atlas corações do Brasil. Rio de Janeiro; 2006.
12. OFORI S, et al. Comparison of 3 risk estimators to guide initiation of statin therapy for primary prevention of cardiovascular disease. 2017 Oct 3. pii: S1933-2874(17)30457-9.

13. OLIVEIRA EA, et al. Perfil de hipertensos em uma unidade saúde da família. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3):383-7.
14. PICON RV, et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. Am J Hypertens. 2013;26(4):541-8.
15. POLLIANA RP, et al. O perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados por uma unidade de saúde da família de um município do interior do leste mineiro; 2008.
16. ROSEMBERG J. Nicotina Droga Universal. INCA; 2007.
17. SANTA-HELENA ET, et al. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010, 26(12):2389-2398.
18. SCALA LC, et al. Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira. Arq Bras Cardiol. 2015;105 (3 supl 1):20.
19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.
20. UBRICH R, et al. Sex differences in long-term mortality among acute myocardial infarction patients: Results from the ISAR-RISK and ART studies. PLoS One. 2017 Oct 20;12(10):e0186783.