

Cómo citar este documento

Ximenes Neto FRG, Mendes dos Santos AL, Leite JL, Soares de Lima SB, Cunha ICKO. Factores de riesgo e perfil da clientela assistida em hospital cardiológico com crise hipertensiva. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(5). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0372.php>

FATORES DE RISCO E PERFIL DA CLIENTELA ASSISTIDA EM HOSPITAL CARDIOLÓGICO COM CRISE HIPERTENSIVA

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Enfermeiro Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA. Preceptor de Enfermagem Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família, Sobral - Ceará. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Saúde e Gerenciamento em Enfermagem – GEPAG da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Rua Sebastião Miranda, S/Nº, Centro, Cariré- Ceará, CEP- 62.184-000, e-mail - rosemironeto@gmail.com.

Ana Lúcia Mendes dos Santos

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Senador Sá.

Josete Luzia Leite

Profª Titular Emérita da UNIRIO. Membro do Núcleo de Gestão em Saúde, Exercício Profissional em Enfermagem da Escola de Enfermagem Ana Nery-EEAN. Pesquisadora IA do CNPq.

Suzinara Beatriz Soares de Lima

Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do GESPEn. Doutoranda em Enfermagem na EEAN/UFRJ. E-mail: suzibslima@yahoo.com.br

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta e Líder Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem-GEPAG da Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP, São Paulo-SP.

Resumo – Antecedentes: Nos últimos anos, percebe-se um aumento no número de patologias relacionadas com os problemas cardíacos, devido, principalmente ao estresse, que contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial, aliado a outros fatores como obesidade, sedentarismo, ingestão de alimentos gordurosos e com alto teor de sódio. Objetivo: Caracterizar o perfil sócio-demográfico e de risco. Métodos: O estudo é do tipo exploratório-descritivo. A coleta de dados se deu através de um formulário, aplicado no Serviço de Pronto-Atendimento do Hospital do Coração, Ceará. A amostra do estudo constitui-se de 75 pessoas com crise hipertensiva. Resultados: Obteve-se que 67% são mulheres, 37% com idade entre 31 e 50 anos, 40% somos domésticas ou donas de casa. O sedentarismo apresenta-se como principal risco, 76%. Os moradores da zona urbana têm mais probabilidade de desenvolver a hipertensão arterial, 72%. No que se refere à idade os riscos aumentam a partir dos 50 anos. Conclusão: Através do presente estudo percebemos os prejuízos que a hipertensão arterial causa aos portadores, seja incidência de doenças concomitantes, seja pelos medicamentos que os pacientes necessitam tomar, ou ainda pela mudança de hábitos que acabam por alterar a rotina das pessoas acometidas dessa patologia.

Palavras Chaves: Hipertensão Arterial, Perfil, Auto-cuidado, Epidemiologia.

Abstract (Risk factors and profile of clientele attended in the cardiological hospital with hypertension crisis)

Background: In the last years, perceives an increase in the number of pathologies related with the cardiac problems, due mainly to the stress, which contributes to the development of hypertension combined with other factors such as obesity, sedentary lifestyle, intake of fatty foods and that are high in sodium. Objective: To characterize the socio-demographic profile and risk. Methods: The study is the type exploratory-descriptive. Data collection has through a form, applied at the Ready-Hospital Care of the Heart, Ceará. The sample of the study consists of 75 people with hypertensive crisis. Results: obtained is that 67% are women, 37% with age between 31 and 50 years, 40% are domestic or housewife. The sedentary lifestyle is a major risk, 76%. Residents of the urban area are more likely develop high blood pressure, 72%. As regards the age the risks increase from the 50 years. Conclusion: Through the present study saw the damage that high blood pressure causes the carriers, either incidence of concomitant diseases, whether by medications that patients need to take, or by changing habits that ultimately change the routine of the involved this pathology.

Keywords: High Blood Pressure; Profile; Self-care; Epidemiology.

Resumen - Antecedente: Estos últimos años, se percibe un aumento en el número de las patologías relacionadas con los problemas cardíacos y tiene como principal causa el estrés, que contribuye para el desarrollo del hipertensión arterial, aliado a otros factores como obesidad, sedentarismo, ingestión de alimentos grasientos y con el alto contenido de sodio. Objetivo: Caracterizar el perfil socio-demográfico y de riesgo. Métodos: Estudio de tipo exploratorio-descriptivo. La recogida de datos se hizo a través del servicio de urgencias del hospital del corazón, Ceará. La muestra del estudio consiste en 75 personas con crisis hipertensiva. Resultados: el 67% son mujeres, de las

cuales el 37% tienen una edad comprendida entre los 31 y 50 años y el 40% son amas de casa. El sedentarismo se presenta como riesgo principal en el 76% de los casos. Los habitantes de la zona urbana tienen más probabilidad de desarrollar hipertensión arterial, el 72%. En cuanto a la edad, los riesgos aumentan a partir de los 50 años. Conclusión: A través del presente estudio percibimos los perjuicios que la hipertensión arterial causa a estas personas, ya sea por su incidencia en las enfermedades concomitantes, sea por los medicamentos que los pacientes necesitan tomar, o incluso por el cambio de hábitos que acaban por alterar la rutina de las personas que padecen esta patología.

Palabras Claves: Hipertensión Arterial, Perfil, Auto-cuidado, Epidemiología.

1 Introdução

As doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública no Brasil, constituindo-se, em 2000, a principal causa de morte no país. Entre as doenças, encontra-se a hipertensão arterial sistêmica, cuja prevalência é estimada em 20 a 30% da população adulta > 18 anos de idade.¹ A cada dia aumenta o número de sujeitos acometidas por essa patologia, tanto na população de idosos como na população de adultos jovens, levando os mesmos ao risco para doenças cerebrovascular, coronária, insuficiência cardíaca e renal.

No Brasil, embora não exista um estudo nacional, os estudos regionais realizados com rigorosos critérios de definição da doença e de medida de pressão arterial mostram que na região Nordeste, as prevalências vão de 7 a 40%, no Sudeste, de 5 a 38%, no Sul, de 1 a 27% e, no Centro Oeste, de 6 a 17%.² Estima-se que 15 a 20% da população adulta urbana seja acometida por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).³

Apesar dos elevados indicadores, quando muitos sujeitos procuram o serviço de saúde, já é tarde demais para começar um tratamento mais adequado para o controle da hipertensão arterial. Normalmente, a procura pelo serviço ocorre nas crises hipertensivas ou em situações mais graves, nos casos de acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio.

Na revisão dos poucos estudos populacionais sobre HAS no Brasil, as prevalências descritas são elevadas, sendo que esses estudos concentram-se, sobretudo nos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul. Os grandes reflexos da HAS no país aparecem: a) nas estatísticas de mortalidade, com a doença cerebrovascular ocupando a primeira causa de morte; b) nas estatísticas de hospitalização por doenças cardiovasculares pagas pelo Sistema Único de Saúde no país; c) nas elevadas taxas de hospitalização por urgências pela própria hipertensão ou suas complicações, além dos demais custos sociais.⁴

Uma das formas de apresentação ou de complicação da hipertensão arterial é a crise hipertensiva. Esta se caracteriza por uma elevação rápida, inapropriada, intensa e sintomática da pressão arterial, com ou sem risco de deterioração rápida dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e artérias), que pode conduzir a um risco imediato ou potencial de vida. Os níveis tensionais estão elevados, levando-se em consideração a pressão arterial diastólica, geralmente >120 mmHg. Estima-se que cerca de 1% dos hipertensos pode apresentar crise hipertensiva, na forma de hipertensão maligna.¹

Alguns estudos demonstram que em sujeitos com idade acima de 18 anos atendidos no setor de emergência clínica de um hospital universitário de atendimento secundário e terciário de São Paulo, chegaram a perfazer 34,4% do total de atendimentos da emergência hospitalar, sendo que a prevalência de crise hipertensiva correspondeu a 1,7% do total das emergências clínicas e 0,5% do total das emergências clínico-cirúrgicas.¹

Assim, devido a conseqüências que deixam seqüelas e a óbitos ocasionados pela hipertensão arterial é necessário um tratamento para que seja reduzida a

morbidade e, principalmente a mortalidade, podendo o tratamento ser medicamentoso ou somente, por meio da mudança do estilo de vida do cliente. A eficácia do tratamento anti-hipertensivo é medida pela diminuição da morbidade e da mortalidade decorrentes da elevação crônica da pressão arterial. O tratamento pode ser medicamentoso ou não medicamentoso. De todos os tratamentos o mais eficaz é à força de vontade do próprio portador de HAS em permanecer no tratamento.⁵

A iniciativa da busca ao tratamento e o controle da hipertensão deve vir do cliente. O mesmo deverá ir a Unidade Básica de Saúde (UBS) buscar os benefícios e recursos necessários ao controle da doença. O cliente, ao se dirigir para a unidade de saúde deverá sair da mesma com um plano assistencial definido e com todas as informações necessárias, que devem ser repassadas por meio de linguagem clara para que o mesmo não interprete erroneamente as orientações.

Na assistência à saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios, está o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas, figura como destaque na atenção básica. Essas ações, previstas a serem executadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), são apontadas pelo Ministério da Saúde como principal estratégia de organização da assistência primária. Percebe-se que, apesar da orientação da vigilância à saúde das famílias e dos seus entornos, predomina, em grande parte do país, a falta de vínculo entre os portadores de hipertensão arterial e as unidades de saúde⁽⁶⁾. Por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) pode-se evitar que os sujeitos adquiram determinadas doenças, especialmente quando elas requerem medidas relacionadas a qualidade de vida.

A atenção secundária é realizada a partir de consultas ambulatoriais especializadas e do atendimento no primeiro nível de atendimento hospitalar. O cliente deve ser assistido por uma equipe multiprofissional, que busque uma assistência qualificada, personalizada e humanizada. Podemos considerar hoje que a assistência secundária ainda é muito utilizada ao invés da APS (considerada como ideal), devido a não universalização da ESF, da não organização da mesma levando a uma baixa resolutilidade.⁷ Através deste modelo de assistência ou prevenção busca-se reduzir ou erradicar as complicações que por ventura possam acontecer como consequência da Hipertensão Arterial.

A atenção terciária tem por finalidade prevenir ou retardar o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas da HAS e também evitar mortes precoces. Nesta fase, faz-se também necessária uma atuação visando reabilitar os sujeitos já acometidos pelas complicações insuficiência cardíaca e insuficiência renal.^{7:34}

Também não se deve deixar de destacar que em muitas situações os atendimentos ocorrem de modo não sistemático ou nos serviços de emergência, identificando-se dificuldades da rede de agir baseada em critérios de risco. As equipes não estão preparadas para atuar programaticamente, sobressai o atendimento à demanda espontânea em contraposição à alternativa do trabalho programático e da oferta organizada, expressando ausência de planejamento para uma base populacional e despreparo no monitoramento e na avaliação da efetividade das ações desenvolvidas.⁶

A atenção terciária é realizada em longo prazo, por especialistas que tratam de doenças mais complicadas e incomuns. Este modelo de assistência se dá geralmente em hospitais e é uma seqüência da atenção primária e secundária. Muitas vezes a atenção terciária também pode ser realizada em hospitais-escolas.

É nesta atenção que são realizados muitos dos diagnósticos de casos (diagnóstico clínico); cadastramento dos portadores (alimentação e análise dos sistemas de informação); busca ativa de casos (medição de pressão arterial de usuários, visita domiciliar); tratamento dos casos (acompanhamento ambulatorial e domiciliar, fornecimento de medicamentos, acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações); diagnóstico precoce de complicações (realização ou referência para exames laboratoriais complementares, realização ou referência para ECG, Realização ou referência para RX de tórax); 1º Atendimento de urgência (1º Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações, Acompanhamento domiciliar, Fornecimento de medicamentos); Medidas preventivas (Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações.

Este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil sócio-demográfico e de risco da clientela assistida em um hospital de referência terciária no Ceará, com crise hipertensiva.

2 Material e Método

O estudo é do tipo exploratório-descritivo. A pesquisa foi realizada no Setor de Pronto-Atendimento do Hospital do Coração da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, em novembro de 2003. O Hospital do Coração é uma referência na atenção terciária para a Zona Norte do Estado do Ceará, prestando assistência a 54 municípios que compõem a Macrorregião de Saúde de Sobral, englobando as Microrregiões de Saúde de Acaraú, Sobral, Crateús, Tianguá e Camocim. A amostra compreendeu 75 sujeitos com crise hipertensiva, sendo que o instrumento de coleta de dados utilizado no estudo foi um formulário. Os dados foram coletados durante a admissão do cliente.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução N.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o Protocolo de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA.

3 Resultados e Discussão

Tabela 1 Perfil sócio-demográfico da clientela com crise hipertensiva assistida no Hospital do Coração, Sobral - Ceará, nov. 2003.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	50	67,0
Masculino	25	33,0
Total	75	100,0
Idade (anos)		
20 – 30	2	3,0
31 – 40	10	13,0
41 – 50	18	24,0
51 – 60	22	29,0
61 – 70	11	15,0
71 e mais	12	16,0
Total	75	100,0
Estado Civil		
Casado (a)/Com companheiro fixo (a)	49	65,0
Viúvo (a)	11	15,0
Separado (a)/Divorciado (a)	8	10,0
Solteiro (a)	7	10,0
Total	75	100,0
Profissão/Ocupação		
Doméstica	16	21,0
Dona de casa	14	19,0
Costureira	7	9,0
Agricultor (a)	6	8,0
Comerciante	6	8,0
Vendedor	5	7,0
Aposentado	4	5,0
Professor	3	4,0
Estudante	2	3,0
Outros	2	16,0
Total	75	100,0

Na Tabela 1 percebe-se que o percentual da doença nas mulheres é maior que nos homens, o primeiro grupo tem 67% e o segundo 33% e também que os casados/ com companheiro fixo apresentam mais da metade do total de entrevistados, 65%, ou seja, 49 sujeitos.

Estes dados estão de acordo com os encontrados em outros estudos, sendo que a prevalência de crise hipertensiva correspondeu a 1,7% do total das emergências clínicas e 0,5% do total das emergências clínico-cirúrgicas. Entre as urgências hipertensivas, 38% ocorreram nos homens e 62% nas mulheres; enquanto nos casos de emergência hipertensiva, 55,3 % ocorreram nos homens e 44,7% nas mulheres, observando-se predominância de casos de urgência hipertensiva nas mulheres.¹

O gênero também influi no desenvolvimento da doença, sendo que as mulheres têm mais probabilidade de desenvolver a doença que os homens.

Há um predomínio marcante de mulheres, sendo que as mulheres apresentam maior frequência de uso de anti-hipertensivos e tempo mais longo de estabelecimento do diagnóstico de hipertensão arterial em comparação aos homens, salientando a maior conscientização das mulheres nos cuidados da saúde e maior aderência ao tratamento em relação aos homens.⁸

A predominância da hipertensão em mulheres, não está de acordo com resultados de outros antigos estudos nacionais, em diversos estados, sendo que os homens apresentaram prevalências mais elevadas. Isto se deve provavelmente ao atual mundo moderno, onde a mulher entra no mercado de trabalho, tanto quanto o homem, adquirindo também todos os riscos da vida e do trabalho, aumentando seu stress. Esse resultado também se contrapõe 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. Contudo, existem também contradições de gênero nos Estados Unidos, com registro do predomínio da hipertensão em mulheres.⁴

Em uma pesquisa no Brasil, dos 1.439 participantes analisados 830 (57,7%) eram mulheres e 609 (42,3%) eram homens, sendo que as médias de idade foram de $41,9 \pm 14,6$ anos de idade para mulheres e de $40,3 \pm 14,1$ para os homens ($t = 2,08$, $p > 0,05$). A prevalência total da HA foi de 29,9%, sendo 31,7%, IC 95% (28,5 – 34,9) em mulheres e 27,4%, IC (23,9 – 31,2) em homens. As prevalências mostraram-se crescentes com a idade em ambos os sexos, já elevadas abaixo dos 50 anos e excepcionalmente elevadas a partir dessa idade.⁴

Sujeitos com emergência hipertensiva apresentaram significante maior média de idade e de pressão arterial diastólica do que aqueles com urgência hipertensiva, sendo que, cerca de 18% dos portadores desconheciam seu estado hipertensivo anterior.¹

No tocante à profissão percebemos que o maior número está entre as domésticas 21% e as donas de casa com 19% dos entrevistados.

A idade é um fator de risco no caso da hipertensão arterial e estima-se que 65% dos idosos são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominantemente da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso.⁹

No que se refere a faixa etária, o estudo concorda com a literatura, em que a distribuição de crise hipertensiva, segundo a faixa etária, mostrou uma maior prevalência de casos de urgência hipertensiva entre 31 e 60 anos para os homens e entre 21 e 60 anos para as mulheres, enquanto houve um maior número de casos de emergência hipertensiva entre 41 e 70 anos para o sexo masculino e um pico maior de ocorrência entre 61 e 70 anos para o sexo feminino.¹

Embora não tenhamos estudos que comprovem, observamos um maior número de portadores de hipertensão entre os casados 58%, seguido pelos viúvos em torno 16%.

Tabela 2 Distribuição da clientela com crise hipertensiva assistida no Hospital do Coração, conforme variáveis sócio-demográfico, Sobral - Ceará, nov. 2003.

Variáveis	N	%
Religião		
Católica	65	87,0
Evangélica	10	13,0
- Praticante		
Sim	48	64,0
Não	27	36,0
Zona de Habitação		
Urbana	54	72,0
Rural	21	28,0
Renda Familiar (Salários Mínimos- SM)		
Menos de 1 SM	1	1,3
1 – 2 SM	67	89,4
3 e mais	7	9,3
Raça/Cor		
Branca	30	40,0
Moreno	26	35,0
Pardo	12	16,0
Preto	7	9,0
Escolaridade		
Analfabeto	12	16,0
Ensino fundamental	46	62,0
Ensino médio	12	16,0
Ensino superior	5	6,0
Total	75	100,0

A maioria dos entrevistados é católica, que soma 87% e que destes 64% não se consideram praticantes, embora não percebamos nenhuma relação com a doença, os costumes alimentares muitas vezes, são determinados pela religião dos indivíduos. No desenvolvimento dessa patologia são considerados vários fatores e não um só como em outras doenças.

Os fatores que podem causar a hipertensão são denominados modificáveis e estão relacionados ao estilo de vida, como: tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada. Os segundos fatores, como idade, raça, sexo, hereditariedade, são chamados constitucionais. Já os terceiros fatores são aqueles relacionados com o ambiente, aspectos psicossociais e económicos.^{10:26}

Estes fatores não são considerados como causa da hipertensão arterial, mas influenciam o desenvolvimento da patologia.

Na pesquisa o índice da doença foi maior entre os brancos, esse fato pode ser explicado pelo preconceito na definição da cor, pois dificilmente o indivíduo moreno vai afirmar que é negro. Este dado confirma-se por outros estudos que referem que duzentos e vinte e oito (83,5%) dos casos de urgência e 155 (86,6%) de emergência hipertensiva ocorreram na raça branca. Quarenta e cinco indivíduos com urgência e 24 com emergência eram negros (incluindo os miscigenados).¹ Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são

maior, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos.⁹ Também se podem observar freqüências de 46,4% de pardos e 27,9% de negros.⁴ Há também que se observar que a hipertensão arterial afeta mais as mulheres do que os homens; no entanto os homens, sobretudo os negros, têm menos tolerância à doença.¹¹

Outro dado importante e que interfere no agravamento da doença e nas conseqüências da mesma é o grau de instrução dos sujeitos acometidos desta patologia, sendo que 62% possuem o ensino fundamental e somente 6% com ensino superior. Em outros estudos a baixa e média escolaridade foram 47,2% e 49,5%, respectivamente, e poucos tinham escolaridade elevada.⁴ A classe social baixa concentrou 59,3% dos participantes e a alta somente 6,2%. A prevalência de hipertensão em mulheres tanto decresceu linearmente da baixa para alta escolaridade quanto da baixa para a alta classe social. O padrão masculino foi inverso, crescente dos brancos para os negros, e mais elevado na alta escolaridade, sem tendência marcante.⁴

Identificou-se que o maior número de sujeitos acometidos, 72%, por crise hipertensiva é residente na zona urbana dos municípios. As taxas de prevalência na população urbana brasileira em estudos selecionados variam de 22,3% a 43,9%.⁹

Podemos relacionar o alto número de portadores de HAS na zona urbana ao estresse da vida moderna, isso porque o estresse emocional pode aumentar a pressão arterial, mas não está comprovado o seu papel na gênese da hipertensão.⁹

Vale ressaltar que as pessoas moradoras de áreas rurais exercem suas atividades ocupacionais com a execução de exercícios físicos, tanto no percurso para o local de trabalho como as caminhadas, sendo que o serviço é normalmente braçal.

Quadro 1 Distribuição da clientela com crise hipertensiva assistida no Hospital do Coração, conforme os fatores de risco e/ou doenças concomitantes, Sobral - Ceará, nov. 2003.

Fatores de Risco	N	%
Sedentarismo	57	76,0
Tabagismo	56	75,0
Sobrepeso/Obesidade	41	55,0
Acidente vascular cerebral	33	44,0
Infarto agudo do miocárdio	27	39,0
Doença renal	24	32,0
Diabetes tipo I	20	27,0
Outras coronariopatias	20	29,0
Diabetes tipo II	11	15,0
Pé diabético	10	13,0
Amputação por diabetes	8	11,0

A hipertensão arterial é uma doença crônica de evolução assintomática, ou seja, muitos sujeitos têm a doença sem saberem, no Quadro 1, acima vemos os fatores de risco.

O portador de hipertensão deve estar atento para alguns fatores de risco e doenças concomitantes, como orienta o Ministério da Saúde. O hábito de

fumar, o uso exagerado de sal, aumento de peso, sedentarismo, estresse, antecedentes pessoais de diabetes, gota, doença renal, doença cardíaca e cérebro-vascular.¹²

Quanto aos fatores de risco associados, que atinge os sujeitos com crise hipertensiva, 75% eram tabagistas e, aproximadamente, 27% diabéticos, salientando que o diabetes foi um fator de risco estatisticamente significativo para o desenvolvimento da emergência hipertensiva.¹

Destacam-se elevadas freqüências de sedentários, com sobrepeso ou obesidade, que também estão presentes na literatura encontrada. As prevalências de hipertensão foram elevadas para todas as variáveis analisadas, sendo mais baixa para o tabagismo em ambos os sexos. Prevalências de hipertensão acima de 50% foram detectadas em sujeitos com diabetes e com obesidade, em ambos os sexos, e na presença de obesidade central e da menopausa em mulheres.⁴

Por outro lado, esses achados corroboram com as evidências de que a crise hipertensiva ocorre mais em sujeitos com hipertensão conhecida, que não fazem uso correto dos anti-hipertensivos prescritos ou que recebem tratamento inadequado. Encontramos maior prevalência de urgência do que de emergência hipertensiva, com aproximadamente 2/3 dos casos, correspondendo à urgência hipertensiva. Apesar da menor incidência, a emergência hipertensiva é muito mais importante por sua gravidade em virtude das lesões em órgãos-alvo, fato constatado pela média de pressão arterial diastólica significativamente maior em comparação à urgência hipertensiva. Os fatores de risco cardiovascular tabagismo e diabetes associaram-se à crise hipertensiva em 1/4 e 1/5 dos pacientes, respectivamente.¹

É interessante notar que nesse estudo observou-se uma freqüência maior de urgência entre as mulheres. Em uma análise multivariada, mantiveram-se associados à HAS entre as mulheres: todos os grupos etários a partir dos 40 anos, cor da pele parda e negra, sobrepeso, obesidade central, diabetes, e menopausa. Para os homens mantiveram-se associados: idade a partir dos 40 anos, classe social elevada e sobrepeso.⁴

4 Considerações Finais

Por meio do presente estudo percebe-se que os prejuízos que a HAS, causa aos portadores, seja incidência de doenças concomitantes, seja pelos medicamentos que os pacientes necessitam tomar, ou ainda pela mudança de hábitos que acabam por alterar a rotina das pessoas acometidas dessa patologia.

A pesquisa realizada permitiu definir o perfil dos portadores que sofrem de hipertensão arterial e que são assistidos a nível hospitalar (Hospital do Coração), dessa forma percebemos que os moradores da zona urbana têm mais probabilidade de desenvolver a HAS, 72%. Quanto ao sexo, percebemos

que as mulheres são em maior número, 67%. No entanto no que se referem à idade os riscos aumentam a partir dos 50 anos, conforme observado pela pesquisa que a faixa etária de 51 a 60 anos apresenta índice mais elevado da doença.

Os casados/com companheiro fixo apresentaram um percentual bem maior que os solteiros 65%; e no fator ocupação ou profissão as domésticas tiveram um índice de 21% e as donas de casa 19%, relacionando que estas realizam quase as mesmas tarefas.

Observamos que, embora os indivíduos de pele escura segundo os estudos epidemiológicos têm mais probabilidade de desenvolver a doença, nossa pesquisa teve um percentual maior com os sujeitos de pele branca, ressaltando que muitas vezes as pessoas têm preconceito de cor e não se percebem como morenos ou negros. Este grupo teve índice de 40%, os pardos de 16% e os negros apenas 9%.

Como profissionais do setor saúde sabemos a importância do medicamento para o controle ou cura de qualquer doença. Consideramos que o auto-cuidado é imprescindível para os portadores da HAS.

Acreditamos que a ESF pode fazer um trabalho melhor no que se refere à prevenção da HAS, com medidas educação e promoção da saúde sobre a importância do exercício físico, a mudança de hábitos alimentares e do perigo do tabagismo para redução da mortalidade ou morbidade por esta doença.

A partir dos resultados mostrados, observamos o quanto à HAS interfere na vida de seu portador, e prejudica a sua vida nos mais diferentes aspectos necessitando de atenção por parte dos profissionais de saúde na orientação aos seus portadores, para que estes possam compreender melhor sua doença juntamente com o tratamento, buscando sua adequação aos sinais e sintomas, diminuindo assim o impacto da mudança no estilo de vida com o objetivo de propiciar aos portadores qualidade de vida.

Referências

1. Martin JFV, Higashiana É, Garcia E, Luizon MR, Cipullo JP. Hypertensive crisis profile: prevalence and clinical presentation. *Arq. Bras. Cardiol.* 2004 Aug; 83(2): 125-130.
2. Meltzer F, Lawrence E. *Enfermagem na Unidade Coronária*. Rio de Janeiro. McGraw Hill; 2002.
3. Lima SG, Nascimento LS, Santos Filho CN, Albuquerque MFPM, Victor EG. Systemic hypertension at emergency units: the use of symptomatic drugs as choice for management. *Arq. Bras. Cardiol.* [serial on the Internet]. 2005 Aug [cited 2008 Feb 28]; 85(2): 115-123. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005001500008&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0066-782X2005001500008.
4. Lessa Í, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Arterial hypertension in the adult population of Salvador (BA) - Brazil. *Arq. Bras. Cardiol.* [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2008 Feb 28]; 87(6): 747-756. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001900011&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0066-782X2006001900011
5. Arone EM, Philippi MLS. *Enfermagem médico-cirúrgico aplicada ao sistema*

- cardiovascular: Série Apontamentos. São Paulo: SENAC; 1994.
6. Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.*, Out 2006, vol.87, no.4, p.496-503.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensos e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 8. Noblat ACB, Lopes MB, Lopes GB, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arq. Bras. Cardiol* 2004, 83(4): 308-313.
 9. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. S. B. H. A. Campos do Jordão. 2002; p.09.
 10. Couto AA, Kaiser SE. Manual de hipertensão do Estado do Rio de Janeiro. São Paulo: SOHERJ / Lemos Editorial; 2003, p.38-39.
 11. Smeltzer SC, Bare BG. Assistência a Saúde do Idoso. In. Bruner/Suddarth. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. v. 2.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas. São Paulo; 2001. p. 119-176.