Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HOMENS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NO SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

Surellyson Oliveira Pereira da Silva[1]
Julie Helene de Xerez Miranda Felix[2]
Edineide Nunes da Silva[3]
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa[4]
Ocilma Barros de Quental[5]

RESUMO - A Hipertensão Arterial Sistêmica caracteriza-se pelo aumento intermitente ou constante da pressão arterial sistólica ou diastólica, apresenta-se de forma assintomática recebendo a denominação de assassino silencioso, sendo comum em homens. Assim, esta pesquisa tem por objetivo caracterizar o perfil epidemiológico de homens com hipertensão cadastrados na base de dados do SISTEMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, documental com uma abordagem quantitativa, realizado a partir de fichas de cadastro de 193 usuários de três Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de São João do Rio do Peixe – PB. Os dados foram coletados aplicando-se um roteiro e analisados com auxílio da estatística descritiva simples, à luz da literatura revisada neste estudo. Observou-se que todas as variáveis estudadas possuem maior prevalência na faixa etária maior de 60 anos. Fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e obesidade estão presentes em todas as faixas etárias exceto tabagismo em menores de 45 anos. A comorbidade de maior prevalência é o Diabetes Mellitus tipo 2, sendo que 100% da amostra só realiza o tratamento medicamentoso, o que implica a tomada de decisão, com ações, estratégias e práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas aos homens, principalmente idosos, pela sua vulnerabilidade.

[1] Enfermeiro. Especialista em Nefrologia.
[2] Enfermeira. Especialista em UTI.
[3] Enfermeira. Docente na Faculdade Santa Maria – Cajazeiras, PB.
[4] Enfermeira. Docente na Faculdade Santa Maria – Cajazeiras, PB.
[5] Enfermeira. Docente na Faculdade Santa Maria – Cajazeiras, PB.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão Arterial. Diabetes.

ABSTRACT - Systemic arterial hypertension is characterized by the intermittent or constant increase in systolic or diastolic blood pressure, it presents asymptomatically receiving the name of silent killer, being common in men. Thus, this research aims to characterize the epidemiological profile of men with hypertension enrolled in the HYPERTENSION SYSTEM AND DIABETES database. It is a descriptive, cross-sectional, documentary study with a quantitative approach, based on records of 193 users of three Family Health Units in the urban area of São João do Rio do Peixe - PB. Data were collected by applying a script and analyzed using simple descriptive statistics, in the light of the literature reviewed in this study. It was observed that all variables studied had a higher prevalence in the age group over 60 years. Risk factors such as smoking, sedentary lifestyle, overweight and obesity are present in all age groups except smoking in children under 45 years. The most prevalent comorbidity is Diabetes Mellitus type 2, and 100% of the sample only performs the drug treatment, which implies decision making, with actions, strategies and practices of health promotion and prevention of diseases directed at men, mainly elderly, due to their vulnerability.

Keywords: Primary health care. Arterial Hypertension. Diabetes.

INTRODUÇÃO

A partir das experiências vivenciadas nos serviços de atenção básica, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2008, um desafio à melhoria na assistência à saúde deste grupo populacional. Esta política foi instituída com o objetivo de promover ações de saúde que contribuam de forma significativa para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos, buscando sua qualificação a partir de linhas de cuidados que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL, 2008).

O desafio à melhoria na assistência à saúde do homem justifica-se pela realidade como se dá o acesso do homem aos serviços de saúde e efetividade das ações de saúde desenvolvidas com o usuário masculino. Diversos são os agravos que acometem o homem

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

e o colocam em situação de risco, acarretando aumento nos índices de morbimortalidade, entre esses agravos, destacam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com maior frequência para as Doenças Cardiovasculares (DCV), que têm como o seu principal agravante a Hipertensão Arterial, responsável pelo acometimento de 36% da população masculina adulta brasileira (SBC; SBH; SBN, 2010).

A doença denominada de Hipertensão Arterial (HA) caracteriza-se pelo aumento intermitente ou constante da pressão arterial sistólica ou diastólica, com níveis acima de 140/90 mmHg. Por apresentar-se de forma assintomática recebe a denominação de assassino silencioso (SMELTZER; BARE, 2009). Em função dessas condições ela constitui-se em problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% por doença arterial coronariana (BRASIL, 2006a).

A incidência deste agravo em homens é significativamente mais elevada que no grupo feminino, decorrente dos hábitos de vida adotados, tais como a carência na prática de exercícios físicos, alimentação desregrada, consumo exagerado de sódio, que introduzidos de forma inadequada contribuem para o desenvolvimento da hipertensão (POTTER; PERRY, 2009).

Para um melhor acompanhamento e gerenciamento deste agravo, bem como o monitoramento do impacto das ações da Atenção Primária a Saúde (APS) no seu controle, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação para acompanhamento de pessoas com Hipertensão e Diabetes (SIS HIPERDIA), caracterizado como um sistema de cadastramento e acompanhamento de indivíduos com hipertensão e diabetes captados em todas as unidades ambulatoriais de SUS (BRASIL, 2008). Esse instrumento permite o acompanhamento de homens e mulheres com hipertensão arterial. Como forma de avaliar o efeito da PNAISH no controle da hipertensão torna-se necessário o acompanhamento dos homens pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), utilizando o programa HIPERDIA como instrumento norteador.

Diante desse fato levantou-se uma questão para a qual se espera encontrar respostas: Qual o perfil epidemiológico dos homens cadastrados no HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe? Procurando respostas a esta questão norteadora, este estudo foi desenvolvido com o objetivo geral de Caracterizar o perfil epidemiológico de homens com hipertensão arterial, cadastrados na base de dados do SIS-HIPERDIA no município de São João do Rio do Peixe – PB. Teve como objetivos específicos: Apresentar as características gerais da hipertensão arterial; Evidenciar os principais

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

fatores de risco para Hipertensão Arterial; apresentar a morbidade prevalente; descrever os tipos de tratamento da Hipertensão Arterial adotados pelos homens.

O interesse pelo tema deve-se ao fato de que durante as atividades práticas do Estágio Curricular Supervisionado percebeu-se que os homens pouco têm se cuidado, e que a procura dos mesmos às Unidades de Saúde se dá de forma esporádica quando já estão doentes ou com alguma sintomatologia, e dentre as condições que os levam a frequentar o serviço de saúde está o acompanhamento e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, levado os profissionais a estabelecer um contato mais direto com os pacientes, ocasião muito oportuna para promoção da educação em saúde. A relevância do estudo apoia-se no fato de que a partir da caracterização dos homens hipertensos, seja possível sensibilizar os profissionais para que estes desenvolvam mais ações voltadas à prevenção da Hipertensão Arterial e consequente melhoria na qualidade de vida dos indivíduos acometidos desta doença.

MEODOLOGIA

O estudo se caracterizou como descritivo, transversal, documental com uma abordagem quantitativa. Vieira (2010) defende a pesquisa descritiva como aquela que expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelecendo correlações entre variáveis, definindo sua natureza. A autora coloca também que a pesquisa não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Na visão de Rouquayrol; Almeida Filho (2003) a pesquisa transversal é definida como um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico. Pádua (2000) refere-se à pesquisa documental como aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados). Enquanto que a pesquisa quantitativa ou metodologia quantitativa na visão de Severo (2007) possui a finalidade de descrever os dados de forma estatística através de gráficos e tabelas. Os dados deste estudo foram extraídos das fichas do SISHIPERDIA preenchidas para o cadastro dos hipertensos.

A pesquisa foi realizada no município de São João do Rio do Peixe – PB, localizado entre os municípios de Uiraúna e Cajazeiras, distante 469 Km^2 da capital João Pessoa.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Possui uma população de 18.201 habitantes distribuída em uma área territorial de 474Km^2, sendo 6.885 da população urbana e 11.316 da população rural (IBGE, 2010).

No âmbito da saúde, o município está habilitado na gestão plena de Atenção Básica, prestando serviço de baixa e média complexidade, atuando na Atenção Primária à Saúde com oito Unidades de Saúde da Família, sendo três unidades localizadas na área urbana e cinco na área rural da cidade. Todas elas trabalham ativamente o HIPERDIA como sistema de acompanhamento de hipertensos. Os dados foram coletados nas unidades da zona urbana, que segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde têm as seguintes características:

. USF Unidade, composta por seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um auxiliar de consultório dentário (ACD), um auxiliar de serviços gerais (ASG), um enfermeiro, um médico, um odontólogo, um Técnico em Enfermagem, tendo sua programação para o atendimento dos hipertensos as segundas- feiras à sextas-feiras, cujo cadastro corresponde a 141 hipertensos no SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) e no Hiperdia.

. USF Gruta, composta por cinco ACS, um auxiliar de serviços gerais ASG, um médico, um enfermeiro, 2 Técnicos em Enfermagem, tendo sua programação para o atendimento dos hipertensos as segundas-feiras e quartas-feiras; cujo cadastro corresponde a 128 hipertensos no SIAB.

. USF Central, cinco ACS, um ACD, um ASG, um enfermeiro, um médico, um odontólogo, um Técnico em Enfermagem, tendo sua programação para o atendimento dos hipertensos as segundas-feiras e quartas-feiras, cujo cadastro corresponde a 118 hipertensos no SIAB.

Para o acolhimento dos usuários com hipertensão, o atendimento é iniciado com a aferição da PA pelo Técnico em Enfermagem, sendo em seguida encaminhado ao médico e, posteriormente, à consulta com o profissional enfermeiro, que caracterizando-se como a primeira consulta, realiza o preenchimento do cadastro no programa HIPERDIA, fornecendo as devidas orientações e procedendo a entrega de medicamentos prescritos pelo médico.

No referido município no ano de 2012 havia 966 homens com hipertensão cadastrados no SIAB, sendo 377 na zona urbana, o que constituiu a população do estudo. A amostra foi calculada através da aplicação da fórmula para uma população finita (Figura 1), tendo como referência o parâmetro de proporção de HAS para homens das VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBH; SBC; SBN, 2010), que é de 36%. Sendo assim

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

a amostra foi constituída de 193 hipertensos cadastrados que atenderam ao seguinte critério de inclusão: possuir ficha de cadastro no HIPERDIA das Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município.

Figura 1 – Fórmula para população Finita

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z\alpha/2)^2}{(N-1) \cdot (E)^2 + p \cdot q \cdot (Z\alpha/2)^2}$$

Inicialmente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, bem como um ofício de solicitação de autorização a Secretaria Municipal de Saúde de São João do Rio do Peixe, para que a pesquisa pudesse ser realizada no município após a aprovação pelo CEP. De posse do parecer do comitê, a pesquisa foi realizada em abril do corrente ano.

Nas unidades, foi solicitado o acesso das fichas de cadastro dos pacientes hipertensos, sendo xerografadas, com o intuito de poder manuseá-las com mais tranquilidade e garantir que não haja perdas dos originais. De posse das mesmas foram captados dados necessários para a caracterização dos sujeitos, bem como os fatores de risco e as complicações associadas a HAS. Além disso, foi analisado o preenchimento dos cadastros para avaliar a sua completitude e a consistência das informações geradas. Com os dados gerados, os mesmos foram agrupados e consolidados, utilizando uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2007, fazendo o tratamento estatístico simples.

Para a coleta de dados foi utilizada um roteiro elaborado a partir da própria ficha do HIPERDIA, objetivando o registro dos dados coletados, constando as variáveis que serão trabalhadas das categorias: dados sociodemográficos, perfil dos usuários, dados do agravo e comorbidades. Após o agrupamento dos dados, foi realizada a tabulação dos mesmos. Essa técnica consiste em trabalhar os dados, a fim de obter um retrato detalhado em termos de valores e estatísticas que possam demonstrar a realidade observável.

Depois de dispostos em gráficos e/ou tabelas, os dados foram analisados através de estatística descritiva simples, usando como parâmetro a proporção e como medida de

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

tendência central a média e analisados à luz da literatura pertinente, referenciando o estudo pré-estabelecido (SILVA; MENEZES, 2001).

Para a realização da pesquisa, foi levado em consideração a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que preconiza estudos envolvendo seres humanos, na qual estão defendidos os interesses dos sujeitos pesquisados em sua integralidade e dignidade (BRASIL, 2012). Assim, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, aprovado pelo Parecer nº 235.103, (Anexo B) e pela Instituição Co-Participante. A população-alvo também confirmou a participação no estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A pressão arterial é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica, e este por sua vez é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. Quando há alteração no débito cardíaco, na resistência periférica ou em ambas, pode ocorrer a hipertensão, também conhecida como "assassino silencioso", por na maioria das vezes ocorrer sem sintomas. Os medicamentos empregados para tratar a hipertensão diminuem a resistência periférica, o volume sanguíneo ou a força e a frequência da contração miocárdica (SMELTZER; BARE, 2009).

Para Santos et al. (2009), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma entidade clínica multifatorial, em que há presença de níveis tensionais elevados, alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos. Por essas características a HAS pode explicar 25% mortalidade por doença arterial coronariana e 40% por Acidente Vascular Encefálico (AVE), ainda com participação importante na etiologia dos quadros mórbidos de doença vascular periférica, Insuficiência Renal Crônica (IRC) e Insuficiência Cardíaca (IC), sendo esta última a principal responsável pelos internamentos por Doenças Cardiovasculares (DCV) no Brasil.

Os dados estatísticos mais atuais mostram que 23,3% da população brasileira sofrem com hipertensão arterial. Esta estimativa foi levantada em 2010 através de entrevistas com 54.339 adultos nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, conduzidas pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP). A maior prevalência em homens

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

se deu nas capitais de Belo Horizonte 25%, Recife 23,6% e no Distrito Federal com 28,8 % (BRASIL, 2010c).

A revisão feita neste estudo mostra pesquisas que relatam haver uma maior probabilidade de o indivíduo desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil devido á transição epidemiológica, onde as doenças degenerativas estão mais presentes, decorrentes também de mudanças na nutrição, com o maior consumo de produtos enlatados e processados, que traz na sua constituição gorduras, temperos e sal. Dentre estas são registrados altos índices de óbitos pela HA que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), acarreta um sério problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em fase de desenvolvimento (BRASIL, 2010).

Diversos estudos na literatura vêm demonstrando que um programa eficaz de tratamento para hipertensão arterial deve conter em seus pilares o combate á inatividade física, tendo em vista que a prática de atividade pode auxiliar positivamente no controle dos níveis pressóricos, bem como na redução do uso de medicamentos e complicações crônicas das doenças (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações, pois a decisão de mudar ou não de atitude é só dele. Porém, para que ele possa ser ativo, é importante que haja vínculo suficiente entre profissionais de saúde e paciente, porque na maioria das vezes os pacientes acabam ficando vinculados ao serviço, e não ao profissional de saúde específico. Esse cenário tem mudado com o aumento da cobertura da ESF, que reorganiza a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência (ATLAS et al., 2009).

Dentre os principais fatores de risco que colaboram com a instalação de doenças cardiovasculares estão: idade, gênero, grupo étnico, nível de escolaridade, status socioeconômico, obesidade, etilismo, tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais, tais fatores quando presentes no indivíduo contribuem ainda mais para a possibilidade de uso de medicamentos para controlar as alterações pressóricas (ZAINUTE et al., 2006).

Independente da faixa etária, juntamente com outros fatores de riscos, tais como dislipidemia, tabagismo, diabete, obesidade e hipertrofia ventricular esquerda, a hipertensão se destaca como principal fator de risco para doenças cardiovasculares incluindo a Doença Arterial Coronariana (DAC). A associação destes fatores eleva o potencial de risco (CARVALHO FILHO, PAPALEO NETTO, 2006).

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010), os fatores de risco para a hipertensão arterial são idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sódio, de álcool, sedentarismo, fator socioeconômico, genética e outros fatores cardiovasculares. Corroborando com esta temática, Monteiro e Sobral Filho (2004) afirmam que o sedentarismo aparece como fator de risco preponderante para HAS, pois indivíduos que não praticam exercício físico são mais propensos a desenvolvê-la e sendo assim, aumentarem a taxa de eventos patológicos cardiovasculares, bem como o número de mortes e sequelas decorrente da doença.

Tratando-se de idade, quanto mais elevada ela for maior será a chance de o indivíduo ser acometido pela hipertensão. Tratando-se do gênero masculino, quando este atinge idade > 50 anos e sendo da raça branca a hipertensão se torna mais prevalente. Ao associar excesso de peso e obesidade, independente da idade é possível observar um grande número de indivíduos com hipertensão, e nas pessoas obesas frequentemente ela se faz presente. O sedentarismo em muito contribui para a manutenção desse quadro, destacando-se ainda que a hipertensão é mais frequente na classe de baixa escolaridade. Por fim o hábito nocivo da população brasileira de consumir sal acima do recomendado e ingerir álcool por tempo prolongado além de contribuir para o aumento da pressão arterial (PA) eleva a mortalidade por agravos cardiovasculares (SBC; SBH; SBN, 2010).

No atual contexto social, a HA não tem cura, contudo, o tratamento com os anti-hipertensivos e mudança no estilo de vida ajudam a controlá-la, favorecendo uma redução nos indicadores de morbimortalidade. O devido tratamento divide-se em dois grupos: o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso.

O tratamento não medicamentoso consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo dispensa-los. Seu principal objetivo é favorecer a redução da pressão arterial e diminuir a morbimortalidade de DCV por meio de modificações no estilo de vida (OLIVEIRA, 2011). Várias medidas podem ser adotadas para promover mudança do estilo de vida; elas devem ser incentivadas pelos profissionais de saúde, mas a decisão de adotá-las é totalmente do usuário.

Oportuno se faz ressaltar que indivíduos com hipertensão, com excesso de peso devem emagrecer para alcançar medidas que lhe tirem da condição de risco. A circunferência abdominal adequada sofre variações de acordo com o sexo, sendo 102 cm nos homens e < 88 cm nas mulheres, além de um índice de massa corporal inferior a 25

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

kg/m^2. A perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg. Com esse impacto é considerada a medida não medicamentosa de melhor resultado.

Uma dieta com baixa caloria, associada ao aumento no gasto de energia com atividades físicas, são aliados fundamentais para a perda de peso. Assim, a alimentação do indivíduo com hipertensão deverá ser rica em frutas, fibras, minerais, hortaliças, além de lacticínios que apresentem baixo teor de gordura. Além disso, a redução no consumo de sal ajuda a diminuir os valores pressóricos. Uma dieta com essa composição demonstrou ser capaz de reduzir a pressão arterial sistólica em 8 a 14 mmHg (SOUZA, 2010). Quando o tratamento não medicamentoso não surte efeito, deve-se associar o tratamento farmacológico, que é composto por drogas anti-hipertensivas, prescritas por um médico a partir da identificação da situação clínica instalada.

Contudo, não se pode generalizar o tratamento, pois cada situação clínica tem o correspondente medicamento específico. Dependendo do estágio da doença pode ser instalado um esquema multidroga, com a associação de vários fármacos (BRASIL, 2006a).

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução dos níveis tensionais e de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Os anti- hipertensivos podem ser divididos nos seguintes grupos: Diuréticos; Inibidores adrenérgicos; Vasodilatadores diretos; Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA); Bloqueadores dos canais de cálcio e Inibidores dos receptores da angiotensina II (KATZUNG, 2006; SBC; SBH; SBN, 2010).

Os diuréticos são eficazes na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares. Seu mecanismo baseia-se, em uma primeira fase, na depleção do volume e, a seguir, na redução da resistência vascular periférica. Os diuréticos disponíveis no Brasil são: Tiazídicos (clortalidona, hidroclorotiazida, indapamida); Alça (bumetamida, furosemida, piretanida); Poupadores de potássio (Amilorida, espironolactona, triantereno) (SBC; SBH; SBN, 2010).

Os betabloqueadores adrenérgicos constituem uma classe terapêutica que apresenta como mecanismo de ação comum o bloqueio dos receptores beta- adrenérgicos, porém com perfis farmacológicos diferentes. As diferenças relacionam-se à seletividade dos receptores beta-adrenérgicos, à lipossolubilidade e às ações vasodilatadoras de alguns medicamentos da classe. Há indicação formal para seu uso em pacientes hipertensos com cardiopatias associadas. Os betabloquedores mais utilizados na prática clínica são: propranolol e atenolol (BORTOLOTTO; COLOMBO, 2009).

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Os vasodilatadores relaxam a musculatura lisa das arteríolas, diminuindo, assim, a resistência vascular sistêmica. A diminuição da resistência arterial e da PA média desencadeia respostas compensatórias, que são mediadas por barorreceptores e pelo sistema nervoso simpático, bem como renina, angiotensina e aldosterona. Essas respostas compensatórias opõem-se ao efeito anti-hipertensivo do vasodilatador. Dessa forma, os vasodilatadores atuam melhor em associação com outras drogas anti-hipertensivas que se opõem às respostas cardiovasculares compensatórias. A essa classe de drogas pertencem os vasodilatadores orais, hidralazina e minoxidil, utilizados na terapia ambulatorial em longo prazo da hipertensão (KATZUNG, 2006).

Quanto aos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), estes agem fundamentalmente pela inibição da enzima conversora, bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos. O captopril foi o primeiro inibidor da conversão da angiotensina utilizado. Na atualidade, são amplamente utilizados diversos IECA, incluindo enalapril, lisinopril, ramipril, perindopril e trandolapril, cada um dos quais difere na sua duração de ação e distribuição tecidual (RANG et al., 2004).

Os bloqueadores dos canais de cálcio além de seus efeitos antianginosos e antiarrítmicos, também dilatam as arteríolas periféricas e reduzem a PA. O mecanismo de ação na HA consiste na inibição do influxo de cálcio nas células musculares arteriais. O verapamil, o diltiazem e o grupo da diidropiridina (anlodipina, felodipina, isradipina, nicardipina, nifedipina e nisoldipina) são todos igualmente eficazes para reduzir a PA (KATZUNG, 2006).

Antagonistas de receptores de angiotensina II (AAIIs) foram principalmente concebidos para o tratamento da hipertensão. No entanto, os benefícios cardiovasculares do AAIIs foram cuidadosamente avaliados, não apenas em termos de sua capacidade de reduzir a pressão arterial em suas diversas formas clínicas, mas também a sua capacidade de prevenção de eventos cardíacos, derrames e lesões de órgãos-alvo. Atualmente, sete AAIIs estão disponíveis para o tratamento da hipertensão (losartan, candesartan, eprosartan, irbesartan, olmesartan, telmisartan e valsartan) (RIBEIRO; GAVRAS, 2006).

ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

A Atenção Primária à Saúde (APS), como alternativa para atender aos problemas da comunidade no âmbito da saúde coletiva, recebe maior destaque a partir da regulamentação da lei 8080/90, que surge do resultado da mobilização popular e que norteiam em todo o território nacional as ações dos serviços de saúde, como forma de incluir a saúde como um direito de todos e responsabilidade do Estado garantido na constituição federal (OHARA; SAITO, 2008). A ESF foi desenvolvida para reverter à forma de condição de assistência centrada no hospitalocentrismo, e a busca pela reorganização do (SUS) (BRASIL, 2008).

Desta forma a APS através da ESF atende a todos os grupos que estejam ou não em condição de vulnerabilidade, para lhes garantir melhores condições de saúde e desta forma melhores condições de vida. Nesse grupo encontra-se o masculino, que também é o mais prevalente na HA e que tem uma menor frequência nos serviços de saúde. O seu acolhimento, portanto, deve ser estimulado afim de que o controle da sua pressão seja estabelecido, com a incorporação das ações ofertadas no cotidiano da assistência. Além disso, deve-se envolver toda a família para que esse objetivo seja alcançado.

A atenção primária ao indivíduo com hipertensão, quando centrada na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções multiprofissionais, que vão além das práticas curativas, devendo ser realizada a partir de uma atuação integrada, com níveis de competências e habilidades bem estabelecidos, para se alcançar a diminuição do risco cardiovascular, através da implementação de medidas preventivas (BRASIL, 2002).

As estratégias para a realização de medidas preventivas dependem da atuação de equipes interdisciplinares, da adoção de políticas públicas, da elaboração e aplicação de atividades comunitárias, bem como da reorganização e planejamento dos serviços de saúde. Esses pontos são essenciais para construir o vínculo com o usuário, haja vista que o acesso do paciente a esses serviços e a qualidade do trabalho desenvolvido também interferem na adesão ao tratamento (MANFROI, OLIVEIRA, 2006).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da HA, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o hipertenso no seguimento de seu tratamento, pois evitar que o paciente abandone o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam no seu cotidiano. Destaca-se ainda como um ponto desafiador, o fato de que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, gerando implicações importantes em termos de

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

gerenciamento das ações terapêuticas, exigindo de profissional e paciente perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006a).

Os profissionais da área de saúde têm um papel importante e fundamental na aplicação de educação e saúde para os portadores de doenças crônicas, a exemplo hipertensão, que não sendo controlada, torna-se responsável por um valor significativo de óbitos, com ênfase no grupo masculino, explicada pelo fato destes não se cuidarem de forma adequada.

O trabalho de equipe multiprofissional poderá dar aos portadores e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes, com a introdução de novos hábitos de vida. Nesse sentido, a equipe multiprofissional, deverá constituir-se por profissionais que lidem com portadores de doença hipertensiva: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e ACS (BRASIL, 2002). Um bom relacionamento entre usuário e equipe de saúde é de extrema importância para dar-se continuidade ao tratamento. Para Gusmão; Júnior (2006), o relacionamento inadequado entre o usuário e a equipe de saúde e a falta de esclarecimento básico sobre a doença fazem com que o usuário venha a desistir do tratamento.

O enfermeiro além das muitas atividades, como aferir a pressão arterial, realizar avaliações físicas, interpretação de diagnostico e outros, cabe-lhe também a responsabilidade de administrar e acompanhar o tratamento dos pacientes com pressão arterial, fazer o encaminhamento ao médico nos casos em que a pressão não está devidamente controlada. Deste modo, a introdução de metodologias educacionais devem enfocar a adesão em relação a colaboração e sobre tudo a coresponsabilidade o que implica em troca de experiência, questionamentos e humanização dos pacientes. É importante torná-los participativos na conservação de sua saúde (STRELEC; PIERINI, 2003).

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO HIPERDIA

A produção de informação em saúde é um componente imprescindível para que o município, estado ou nação possa organizar suas ações com a otimização de recursos e insumos. No campo da hipertensão não é diferente, e para que haja dados suficiente e

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

estatisticamente significantes existe o SIS- HIPERDIA, que a partir da sua operacionalização subsidiará a tomada de decisões.

O HIPERDIA é um programa informatizado responsável pelo cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, permitindo a identificação dos fatores de risco para as doenças cardiologistas. Por esse motivo constitui-se uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS. Criado no ano 2002 constrói indicadores epidemiológicos, e como controla a entrada e saída de pacientes, permite uma programação do uso adequado de medicamentos em tipo e quantidade evitando desperdícios de recursos e insumos. Uma exigência para que ele funcione adequadamente é a completude de informações e sua atualização permanente, para assim poder constituir-se um instrumento de reformulação de conceitos e de planejamento de atividades (BRASIL 2012).

A criação deste sistema foi uma parceria entre o MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e outras instituições que mantêm relação direta com a HAS e o Diabetes Mellitus, e através do seu acompanhamento permite o recebimento dos medicamentos prescritos para os portadores destes agravos, levando a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e ao aumento da prevenção, diagnóstico, tratamento e controle desses agravos. Confere ao serviço de saúde resolutividade e qualidade no atendimento e tem como objetivo reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular (CASTRO, 2010).

Este sistema propicia a construção de estratégias de saúde pública que levem à modificação do quadro atual de morbidade, já que a identificação precoce e oferta de assistência e acompanhamento adequados aos portadores de HAS e DM, associado ao estabelecimento de vínculo com as Unidades de Saúde da Família, tornam-se elementos indispensáveis para o sucesso do controle desses agravos, pois reduz o custo social e o que incorre ao SUS (BRASIL, 2002).

Para a realização do cadastro no programa HIPERDIA se faz necessário o preenchimento de um formulário, que é a ficha de cadastro contendo diversos dados. O paciente cadastrado é acompanhado mensalmente pelo profissional que preencherá outro formulário, a ficha de acompanhamento, todas as vezes que ele retornar para consulta. É, por meio desses instrumentos, que serão alimentadas as informações do programa. Portanto, é necessário que os profissionais envolvidos na assistência compreendam a

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

importância do preenchimento dessas fichas, pois eles se tornam peças chave para a obtenção de dados fidedignos, no final do processo (BRASIL, 2001).

Portanto, esse programa contempla em sua proposta teórica uma maneira de trabalhar, na qual se estimula a formação de vínculos entre os profissionais da área e as famílias envolvidas, além do desenvolvimento de uma postura crítica e criativa ao encarar os problemas de saúde da comunidade. Visa principalmente à estruturação da atenção básica em saúde sobre novas bases, no sentido de consolidar o SUS. Propõe ainda a valorização do trabalho em equipe, creditando a esse aspecto a capacidade de dar novos contornos às relações sociais dentro do espaço de trabalho (FIGUEIREDO, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a consolidação dos dados realizou-se a análise estatística descritiva, e para melhor visualização destes, construiu-se tabelas. A primeira análise foi realizada sobre os dados sócio demográficos dos homens que apresentavam hipertensão, conforme dados da tabela 1.

Tabela 1 – Dados sócio demográficos dos homens hipertensos cadastrados no SIS- HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe, segundo a faixa etária, 2012.

Faixa etária Variáveis		**Até 45 Anos**	**%**	**46 a 59 Anos**	**%**	**60 Anos e +**	**%**	**Total**	**%**
Raça	Amarela	6	13.7	17	38.6	21	47.7	**44**	22.8
	Branca	0	0.0	7	38.9	11	61.1	**18**	9.3
	Parda	10	8.1	33	26.9	80	65.0	**123**	**63.7**
	Preta	0	0.0	1	12.5	7	87.5	**8**	4.2
Escolaridade	Não sabe ler	1	1.6	12	19.7	48	78.7	**61**	31.7
	Alfabetizado	4	5.6	24	33.3	44	61.1	**72**	**37.3**
	1º grau comp/incomp	3	9.3	14	43.8	15	46.9	**32**	16.6
	2º grau	1	16.7	0	0	5	83.3	**6**	03.1

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

	comp/incomp								
	Médio comp/incomp	6	46.1	4	30.9	3	23.0	**13**	06.7
	Superior	1	11.1	4	44.4	4	44.5	**9**	04.7
Situação conjugal	Vive só	5	9.8	20	39.2	26	51	**51**	26.4
	Vive com companheiro	11	7.7	38	26.8	93	65.5	**142**	**73.6**
Renda	Até 2 salários	14	10.1	46	33.3	78	56.6	**138**	**71.6**
	3 a 4 salários	2	4.3	6	13.0	38	82.7	**46**	23.9
	< 4 salários	0	0	6	66.7	3	33.3	**9**	04.7
	Total	**16**	**-**	**58**	**-**	**119**	**-**	**193**	**100**

Fonte: Ficha de Cadastro Hiperdia - São João Rio do Peixe, 2012.

Os dados revelam que a raça parda representa 63.7% (n=123) da amostra, com maior frequência na faixa etária > 60 anos com 65%(n=80). Ainda destaca-se que 68.4% (n=132) possuem algum tipo de escolaridade e apenas 31.6% (n=61) não sabem ler, sendo mais concentrada essa condição na faixa etária > 60 anos com 78.7% (n=48). No tocante a condição de situação conjugal 73.6% (n=142) convive com alguém, sendo esta variável bem distribuída nas três faixas etárias, mesmo tendo maior destaque no grupo >60 anos com 65.5%(n=93).

Todas as variáveis estudadas encontram no grupo de idosos sua maior concentração. Destaca-se que a raça parda, mesmo diante da miscigenação brasileira, também foi mais frequente, indo ao encontro de outros estudos que apontam a hipertensão como mais prevalente na raça não branca. Com isso, o presente estudo não corrobora com os achados da SBH, SBC, SBN (2010) que apontam uma maior prevalência de hipertensão na raça negra.

O fato da maioria dos homens possuir algum grau de escolaridade repercute como um ponto positivo, visto que estes certamente possuem maior entendimento sobre o tratamento, complicações e a forma de se cuidar. Por outro lado o grupo de analfabetos pode apresentar uma maior dificuldade em entender as orientações recebidas. De acordo com o estudo de Strelec et al. (2003), quanto ao nível de conhecimento, geralmente a

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

hipertensão tem se mostrado em maior incidência em indivíduos com menor grau de escolaridade.

Percebe-se que a maioria dos homens participantes deste estudo possui uma companheira, condição que favorece um maior autocuidado no tocante ao tratamento, alimentação, bem como acompanhamento na unidade de saúde, o que pode favorecer um maior controle nos níveis pressóricos. Em contrapartida, aqueles que vivem sozinhos, podem ter dificuldade em seguir o tratamento, a este respeito, Dantas (2013) destaca que os homens não são muitos adeptos a tratamentos prolongados, o que leva ao abandono do tratamento e ao não controle dos níveis pressóricos.

No tocante a renda, os dados revelam que a maioria dos homens recebem até 2 salários mínimos representando 71.6 % (n= 138), seguidos de indivíduos que recebem de 3 a 4 também na faixa etária > de 60 anos com 82.7% (n= 38). Isso representa que, mesmo com baixa renda, a maioria sustenta a família com base no salário da aposentaria. Isso gera uma dificuldade na manutenção do tratamento seja medicamentoso ou não, porque lhe tira o acesso devido a medicamentos e alimentação adequada.

Na sequência buscou-se apresentar o perfil de morbidade dos homens, segundo a faixa etária, de acordo com os dados da tabela 2 disposta a seguir, onde se observa que a faixa etária > 60 anos foi a mais atingida pelas comorbidades, destas, a mais incidente é o Diabetes tipo 2 representando 15.0 (n= 29), na faixa etária > 60 anos com 63 % (n= 29), a segunda comorbidade é o Diabetes tipo 1 que representa 3.1 % (n= 6) da amostra, com maior frequência na faixa etária > 60 anos com 50 % (n= 3). Entretanto, outras comorbidades foram encontradas tais como Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, Acidente Vascular Cerebral - AVC com 66.7% na faixa etária > 60 anos e apenas um caso de Doença Renal Crônica (DRC) representando 0,05% na referida faixa etária.

Tabela 2 – Perfil de morbidade dos homens hipertensos cadastrados no SIS-HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe, segundo a faixa etária, 2012.

Faixa etária variável		**<45 Anos**	**%**	**46 a 59 Anos**	**%**	**>60 anos**	**%**	**Total**	**%**
Diabetes tipo 1	Sim	1	16.7	2	33.3	3	50	6	3.1
	Não	15	0	56	0	**116**	0	187	96.9

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Diabetes tipo 2	Sim	1	3.4	10	34.5	18	63	29	15.0
	Não	15	0	48	0	**101**	0	164	84.9
IAM	Sim	0	0	0	0	**6**	03.1	6	3.1
	Não	16	0	55	0	0	0	0	-
AVC	Sim	0	-	2	33.3	**4**	66.7	6	3.1
	Não	16	0	0	0	0	0	0	-
Doença Renal	Sim	0	0	0	0	**1**	100	1	005
	Não	16	0	0	0	0	0	0	-
	Total	**16**		**58**		**119**		**193**	**100**

Fonte: Ficha de Cadastro Hiperdia - São João Rio do Peixe, 2012.

De acordo com a Associação Americana de Diabetes, existem quatro classificações de Diabetes Mellitus: Tipo 1 ou insulinodependente (DM1); Tipo 2 ou não insulinodependente (DM2); gestacional; e secundário a outras patologias. Independente da classificação, a principal característica do Diabetes Mellitus (DM) é a manutenção da glicemia em níveis acima dos valores considerados normais (FRAGA et al., 2012).

Com relação à comorbidade mais prevalente, o Diabetes tipo 2, os achados deste estudo corroboram com a ideia dos autores supracitados, quando estes afirmam que a HAS apresenta inter-relações significativas com o Diabetes tipo 2, sendo portanto, de suma importância estabelecer a correlação entre estas comorbidades, uma vez que ambas possuem diversos efeitos sistêmicos e necessitam de um correto tratamento.

A Hipertensão é uma das causas de acidente vascular cerebral (AVC), doença cardíaca e insuficiência renal, suas complicações ocorrem nas fases avançadas da doença e podem acometer qualquer sistema do organismo (SAITO; OHARA, 2010). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se em uma das principais causas de doença renal crônica (DRC) no Brasil, representando o principal fator de risco para doença cardiovascular morbidade e mortalidade. Em pessoas com necessidade de terapia renal substitutiva (diálise ou transplante renal) entre 80% e 90% dos indivíduos apresentam hipertensão arterial. A principal ação para retardar a progressão desse processo é o controle rigoroso da pressão arterial. Podem ser utilizadas todas as classes de anti-hipertensivos, entretanto os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) são mais eficazes em retardar a progressão da doença renal (BRASIL, 2006a).

Malta (2011) ressalta que a hipertensão arterial é mais incidente em homens maiores de 60 anos, bem como a procura ao serviço de saúde e pela prevenção primaria

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

nesta faixa etária e bem mais frequente. Estudos de Cippulo et al. (2009) descrevem que a hipertensão arterial é uma doença crônica fatal, que progressivamente e significativamente, atinge indivíduos com idade > de 60 anos de idade.

No tocante ao tratamento, 100% (n= 193) dos homens com hipertensão aderiram somente aos medicamentos, tal achado corrobora com o estudo de Rosário (2009), quando afirma que o tratamento medicamentoso é o mais utilizado pela sociedade, e seu objetivo é reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares.

De acordo com Oliveira (2011), a hipertensão arterial não tem cura, mas com o tratamento pode-se evitar sérias complicações, tais como problemas cardíacos, renais, IAM, AVC e outros. Entretanto, somente o tratamento medicamentoso por si só não basta, é necessário associar drogas à mudança no estilo de vida, considerando que estas possuem valor comprovado na redução da PA e diminuição do risco para eventos cardiovasculares.

Por fim, conclui-se a partir dos achados deste estudo que o fato dos homens aderirem somente ao tratamento medicamentoso constitui-se em um fator negativo para a sua saúde, uma vez que para a eficácia do tratamento, é importante que o homem além do tratamento medicamentoso, seja adepto de uma alimentação saudável associada à prática de atividades físicas.

Tabela 3 – Presença dos fatores de risco para hipertensão nos homens hipertensos cadastrados no SIS-HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe, 2012.

Faixa etária variável		<45 anos	%	46 a 59 Anos	%	>60 anos	%	Total	%
Tabagismo	Sim	0	0	9	45	11	**55**	20	10.3
	Não	16	9.2	49	28.3	108	62.5	173	89.6
Sedentarismo	Sim	9	7.0	36	28.1	83	**64.9**	128	66.3
	Não	7	10.8	22	33.9	36	55.3	65	33.6
Sobrepeso	Sim	7	6.1	35	30.4	73	**63.5**	115	59.5
	Não	9	11.6	23	29.4	46	59	78	40.4

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Obesidade	Sim	4	4.5	27	30.7	57	**64.8**	88	45.5
	Não	12	11.4	31	29.6	62	59	105	54.4
	Total	**16**	**-**	**58**	**-**	**119**	**-**	**193**	**100**

Fonte: Ficha de Cadastro Hiperdia São João Rio do Peixe, 2012.

Buscou-se identificar a presença de fatores de risco para hipertensão nos homens cadastrados no HIPERDA, e conforme exposto na tabela 03, para a variável tabagismo o maior destaque para o consumo e o não consumo deu-se na faixa etária > 60 anos, com valores respectivos de 55% (n=11) e 62.5%(n=108), mais uma vez confirmando a prevalência de fatores na referida faixa etária. Observou-se ainda que os homens inseridos na faixa etária < 45 anos 9.2% (n=16) não fazem o uso do tabaco, o que nos leva a crer que as suas condições de saúde são melhores do que os homens idosos, visto que não fazem uso do tabaco, principal causador do câncer de pulmão e outras comorbidades.

Conforme alerta a OMS, o tabagismo é uma das maiores causas de morte evitáveis no mundo, sendo a prevenção a melhor maneira de controlar essa epidemia. Naturalmente os homens precisam se conscientizar que o tabaco trás vários malefícios a sua saúde corporal (BRASIL, 2006b).

A exposição ao tabaco é fator de risco cardiovascular bem demonstrado, e deixar de fumar é, provavelmente, a medida de estilo de vida singular mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares (SAITO; OHARA, 2010). O uso do cigarro é um fator de risco para seis das oito doenças principais que causam fatalidade no mundo, tais como: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares cerebrais, infecções das vias inferiores, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tuberculose e cânceres de pulmão, traquéia e brônquio (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008).

Com relação ao fator de risco sedentarismo, verifica-se que o mesmo está presente em todas as faixas etárias estudas, sendo mais incidente na população com idade superior a 60 anos com 64.9% (n=83), seguido de 28.1% (n=36) relativos aos homens inseridos na faixa etária de 46 a 59 anos. Deste modo, cabe considerar a necessidade de refletir e inserir no cotidiano dos homens a prática de atividades físicas, estimulando-os a uma vida mais saudável, evitando deste modo o sedentarismo, grande fator de risco para a obesidade e doenças cardiovasculares, conforme afirma o Ministério da Saúde, o excesso de massa corporal é fator predisponente para a HAS, doenças cardiovasculares e Infarto Agudo do Miocárdio. (BRASIL, 2006b).

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

O sedentarismo apresenta um conceito mais abrangente na saúde publica, envolvendo a ausência ou irregularidade da atividade, de maneira insuficiente para promover benefícios à saúde (ARAÚJO, 2007). Enquanto que Santos et al, (2006) definem o sedentarismo como ausência ou grande diminuição de atividade física, Palma (2009) assegura que o termo sedentarismo, tem sido utilizado de várias maneiras, parecendo problemático, por se tratar de um conceito banal comum e não cientifico, talvez por isto não receba grande importância por parte dos homens.

Com relação ao sobrepeso, verifica-se que assim como o sedentarismo, o mesmo encontra-se presente em todas as faixas etárias com prevalência nos homens com idade superior a 60 anos com 63.5% (n=73), entretanto, um achado importante é que do total geral de homens estudados 40.4% não estão de sobrepeso, sendo este um achado muito positivo para pesquisa, posto que o Ministério da Saúde afirma que o excesso de massa corporal é reconhecido como um grande fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011).

No tocante a obesidade, esta também está presente em todas as faixas etárias, com predomínio na população acima de 60 anos com 64.8% (n=88), esta realidade nos permite pensar que os indivíduos hipertensos necessitam se reeducar com relação a sua alimentação, e que a nutrição é um fator importante para o controle da HAS, uma vez que pode interferir positivamente ou negativamente em sua qualidade de vida.

A incidência de obesidade, por sua vez, aumentou de forma alarmante nas últimas décadas atingindo proporções epidêmicas em todo o mundo e aumentando nos homens hipertensos. Estudos apontam que há relação entre obesidade e hipertensão, um destes estudos mostrou que 78% dos casos de homens hipertensos estão relacionados ao excesso de massa corporal (PINHEIRO, 2002).

Potter; Perry et al. (2010) demonstram que obesidade está associada a níveis mais elevados de pressão arterial (PA) e investigações prospectivas confirmam que o ganho de peso que ocorre ao longo da vida é um importante preditor para o desenvolvimento de hipertensão arterial em homens > de 60 anos.

Deste modo, para se ter melhor qualidade de vida, os indivíduos com hipertensão devem evitar ou diminuir a incidência dos fatores de risco para a HAS, evitando o tabaco, aderindo à prática de atividades físicas, além de procurar manter uma vida saudável com dieta hipossódica e hipolipídica para a regularização de sua pressão arterial.

Para Kilpp (2009), a obesidade é uma doença de origem multicausal, o enfoque para corrigi-la deve ser multidisciplinar. O seu tratamento consiste em dieta, exercício

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

físico, modificação no comportamento alimentar, acompanhamento psicológico e, eventualmente, drogas anorexígenas. Porém, mesmo com variadas opções terapêuticas, o sucesso na perda de peso, frequentemente é difícil de ser alcançado ou mantido. De acordo com Brasil (2006a) a HAS e a obesidade acomete mais homens do que mulheres, com destaque para a faixa etária >60 anos. Estimativas apontam que para o ano de 2025 se prevê na população mundial um aumento de homens hipertensos.

Os hábitos dos brasileiros estão levando a população à obesidade. E, consequentemente, a ter problemas de saúde ligados ao excesso de peso. Nos homens, especialmente, o que cresce é o número de pacientes hipertensos e com problemas cardiovasculares, grande parte da culpa está ligada ao comportamento do homem, o qual costuma preocupar-se menos do que a mulher quando o assunto é saúde ou vaidade. Com isso, não mantém uma alimentação saudável e não se aborrecem tanto quanto elas se estão fora de forma e só procuram um tratamento quando ficam doentes e, muitas vezes, é tarde demais (SALLES, 2013).

CONCLUSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica constitui-se um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo, portanto, um grande problema de saúde pública que requer intervenções por parte do Estado para a sua resolução. A realização deste estudo nos permitiu identificar o perfil epidemiológico de homens hipertensos cadastrados no HIPERDIA do município de São João do Rio do Peixe – PB, tal estudo foi realizado em três Unidades de saúde da zona urbana do referido município com um total de 193 hipertensos.

Esta pesquisa alcançou os seus objetivos, a sua realização nos permitiu compreender que dos 193 homens hipertensos estudados a maioria é da raça parda, com renda concentrada em torno de dois salários mínimos, o que nos leva a crer que suas condições financeiras lhes impõem limitações e certamente está relacionada à aposentadoria, que muitas vezes é utilizada para o sustento da família não favorecendo a adesão de uma alimentação balanceada e até mesmo a aquisição de medicamentos, itens importantes ao seu tratamento.

Observou-se também que a grande maioria vive acompanhada, sendo este um achado muito importante, pois nos leva a crer que há incentivos ao seu tratamento de

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

saúde, diferente daqueles homens que vivem sozinhos e não recebem nenhum estímulo para cuidar de sua saúde. Outra questão importante refere-se ao fato de que todas as variáveis estudadas possuem maior incidência na população de homens com idade acima de 60 anos, evidenciando-nos a sua vulnerabilidade e a necessidade de maior atenção com os nossos idosos.

Com relação aos fatores de risco, constatou-se que o tabagismo, sedentarismo, sobrepeso, obesidade estão presentes em todas as faixas etárias estudadas, com exceção do tabagismo que felizmente não foi notificado nos homens com idade inferior a 45 anos, sendo este um achado muito importante e que nos leva a creditar que os homens mais jovens possuem entendimento acerca dos malefícios do tabaco e os prejuízos que este acarreta a sua saúde. O sedentarismo, sobrepeso e obesidade estão presentes na vida dos homens estudados, como fatores de risco que devem ser combatidos, visto que se constituem como preditores de alterações na pressão arterial e consequente aparecimento de comorbidades para a HAS.

No tocante às comorbidades verificou-se que os hipertensos são acometidos por Diabetes mellitus tipo 1 e 2, IAM, AVC e DRC, sendo o DM tipo 2 o mais incidente corroborando com os estudos que apontam a correlação entre DM e HAS, sendo muito importante o favorecimento das orientações e tratamento de ambas patologias. Verificou-se ainda que existem outras comorbidades, entretanto, ocorrem em menor escala.

Quanto ao tratamento os resultados evidenciam que 100% da amostra são adeptos do tratamento medicamentoso e em nenhum deles encontrou-se adesão ao tratamento não medicamentoso, sendo este um fato muito negativo que requer intervenção por parte dos profissionais de saúde, posto que a atenção básica baseia-se na prevenção de agravos e promoção da saúde, deste modo, os hipertensos acompanhados devem ser estimulados e aderirem aos dois tratamentos, o medicamentoso e não medicamentosos e não somente o primeiro conforme fora constatado. Isto denota que há fragilidade no tratamento e que certamente este não terá boa eficácia.

Destarte, esta pesquisa tornou-se relevante, uma vez que nos permitiu conhecer o perfil epidemiológico dos homens hipertensos e com base nisto apresenta subsídios para a tomada de decisão por parte os profissionais de saúde acerca da realidade estudada, de modo especial este estudo aponta para a necessidade de aumentar a adesão do homem no cuidado a sua saúde.

O estudo nos remete a pensar na necessidade de intensificar as práticas de prevenção e promoção da saúde, evidenciando a adesão dos homens hipertensos a uma

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

vida alimentar saudável, bem como a prática de atividade física, o que pode ser mediado a partir de uma maior motivação vinda dos profissionais de saúde através de ações e campanha educativas, foco da integralidade proposta pelo Sistema Único de Saúde, cujo objetivo é estreitar e fortalecer a participação na comunidade na atenção básica.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, P. **Prevalência de sedentarismo na população adulta de Firminópolis**, Goiás, 2007. 107f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ciência da Saúde, Convênio Rede Centro – Oeste (UnB, UFG , UFMS), Goiânia, 2007.

ATLAS, S. J., et al, Patient-physician connectedness and quality of primary care. Ann Intern Med. 2009; 150:325-35.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*.** Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. 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, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 12 - Obesidade** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Brasília, 2008.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.**
Série B. Textos Básicos de Saúde. 82p. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012.

BORTOLOTTO, L. A.; COLOMBO, F. M. C., Betabloqueadores adrenérgicos. Rev Bras Hipertens. vol.16 (4):215-220, 2009. Disponível: http://www.scielo.br\scielo.php? script=sci_arttex&pid=S5153-96547130000800009. Acesso em: 20 de julho de 2013.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALEO NETTO, M. **Geriatria fundamentos, clínica e terapêutica.** 2ª ed., São Paulo: Atheneu, 2006.

CASTRO, N. G. de. HIPERDIA: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão. Caderno de pesquisa. São Luís, v. 17, n. 2, maio/ago. 2010. Disponível em:http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/vi ew/249. Acesso em: 27 de Fevereiro de 2013.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

CIOLAC, E. G., GUIMARÃES, G. V., Exercício Físico e Síndrome Metabólica. Revista brasileira de Medicinado Esporte. 10(4): 319-324, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922004000400009&script=sci_arttext. Acesso em: 15 de março de 2013.

CIPPULO, J. P., et. al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma população urbana Brasileira. Arq. Bras. Cardiol. 2009; 92 (1): 42-49. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/aop00810.pdf. Acesso em 10 de Outubro de 2013.

DANTAS, R. C. O. **Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária à saúde /** Rosimery Cruz de Oliveira – João Pessoa, 2013. 151f. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN.

FRAGA, P. L., et al, **A interface entre o Diabetes Mellitus tipo II e a hipertensão arterial sistêmica: aspectos bioquímicos.** Cadernos UniFOA. Edição nº 20 - Dezembro/2012. Disponível em: http://www.foa.org.br/cadernos/edicao/20/95- 103.pdf, acesso em: 06/12/13

FERREIRA, C. Hipertensão Arterial. Emedix – Portal de saúde com informações sobre doenças. 2010. Disponível em: http://emedix.uol.com.br/doe/index.php Acesso em: 22/11/2012.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Práticas de enfermagem:** ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Difusão, 2006.

GUSMÃO, J. L. de; JUNIOR, D. M. Adesão ao tratamento – conceitos. Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo, v.13, n.1, p.22-25, 2006. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf. Acesso em: 28 de fevereiro de 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de População, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 20 de maio de 2013.

DOI: 10.29327/213319.18.3-25
Páginas 461 a 490

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

KATZUNG, B. G., Farmacologia: Básica e Clínica. 9ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

KILPP, R. **Influência da Obesidade na Hipertensão Arterial**, 2009 Disponível em: http://www.gramadosite.com.br/estilo/saudeebeleza/vincere/id:19953. Acesso em: 05/11/2013.

MALTA, D. C., et al, Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):2011-2022, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/35.pdf. Acesso em: 05/11/2013

MANFROI, A; OLIVEIRA, F. A., Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Com. 2006; 2(7): 165-76. Disponível em: http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/52. Acesso em: 18 de abril de 2013.

MINAYO, M. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília, DF, 2007.

MONTEIRO, M. S. M., FILHO D. C. S., Exercício físico e o controle da pressão arterial. Revista de Saúde Pública. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008>. Acesso em: 10 de janeiro de 2013.

OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. Saúde da Família: Considerações teóricas e aplicabilidade. 2ª ed. São Paulo, Martinari, 2010.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

OLIVEIRA, A. F.; VALENTE, J. G.; LEITE, I. C. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública, vol. 42, n. 2, p. 335-345, abr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200020. Acesso em: 15 de setembro de 2013.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão.** São Paulo, SP, 2011. Disponível em: **<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>. Acesso em: 10/01/2013.**

PÁDUA, E. M. M. de. **Metodologia da pesquisa:** abordagem teórico-prática. 6. ed. Campinas: Papirus, 2000.

PALMA, A., Exercício físico e saúde, sedentarismo e doença: epidemia, causalidade e mortalidade. Motriz, Rio Claro, V.15, n.1, jan. 2010. Disponível em: http://www.efdeportes.com/efd151/o-mito-do-sedentarismo.htm. Acesso em: 03 de outubro de 2013.

PINHEIRO, R. S., et al, Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Rev. Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.4 p 687- 707, 2002. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&ex prSearch=337445&in. Acesso em 04 de fevereiro de 2013.

POTTER, P. A., PERRY, A. G., Fundamentos de Enfermagem. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, et.al]. – 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RANG, H. P. et al. Farmacologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

RIBEIRO, A. B.; GAVRAS, H., Antagonistas da angiotensina II a experiência clínica no tratamento da hipertensão, prevenção de desfechos cardiovasculares e proteção renal na nefropatia diabética e proteinúria. Arq Bras Endocrinol Metab. vol.50 no.2 São Paulo abr 2006. Disponível em:

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

http://www.scientificcircle.com/pt/124220/antagonistas-angiotensina-ii-experiencia-clinica-tratamento/. Acesso em: 15 de maio de 2013.

ROSARIO, T. M., et.al., Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres, Arq. Bras. Card., n. 6, P. 672-678, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf. Acesso em: 22 de Setembro 2013.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SALLES, R. N. J. **Obesidade aumenta doenças nos homens.** 2013. Disponível em: http://www.itodas.com.br/beleza/obesidade-aumenta-doencas-nos-homens/. Acesso em: 05/11/2013.

SANTOS, J. F. S., et. al., Atividade Física na sociedade tecnológica. Revista Digital, Buenos Aires, nº 94, abr. 2006. Disponível em: http: // www.efcleportes.com /efd 94, / tecnog. htm. Acesso em: 01 de setembro de 2013.

SANTOS, T. S., et al, Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico. Odontologia. **Clín.-Científ**., Recife, 8 (2): 105-109, abr/jun., 2009. Disponível em: http://www.unifoa.edu.br/portal/plano_aula/arquivos/04054/Artigo%202%20-%20para%202AVD%20-%20doen%C3%A7a%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20e%20odontologia.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2013.

SCHRAIBER, L. B., GOMES, R., COUTO, M. T., Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Rev. Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 7-17, 2005. Disponível em:< http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/a02v10n1.pdf>. Acesso em **13/09/13.**

SEVERO, A. J**. Metodologia do trabalho científico.** 23Ed, São Paulo: Cortez; 2007.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 3
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertações.** Florianópolis, Laboratório de Ensino a Distancia da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirurgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBC/SBH/SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010, 95 (supl.1): 1-51. Disponivel em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 19 de maio de 2013.

SOUZA, M. S., Tratamento da hipertensão arterial. Revista Banco de Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.bancodesaude.com.br/hipertensaoarterial/hipertensao- arterial-referencias>. Acesso em: 22/11/2012.

STRELEC, M. A. A. M., PIERINI, A. M. G. MION JUNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 81, n, 4, março 2003. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf. Acesso em: 28 de julho de 2013.

VIEIRA, J. G. S., **Metodologia de pesquisa científica na prática**. Curitiba: editora Fael. 2010.