

O PERFIL SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO DE PACIENTES MATRICULADOS NO PROGRAMA HIPERDIA EM BELÉM (PA)

Anderson Afonso do Amaral

Enfermeiro. Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém (PA) Brasil.

Beatriz do Nascimento Leal

Enfermeira. Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém (PA) Brasil.

Cristal Ribeiro Mesquita

Enfermeira. Mestre em Epidemiologia e Vigilância em saúde. Instituto Evandro Chagas. Belém (PA) Brasil.

Laura Maria Vidal Nogueira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém (PA) Brasil.

Renata Rodrigues

Enfermeira. Especialista em Saúde do Trabalho. Belém (PA) Brasil.

RESUMO: Analisar o perfil socioeconômico e clínico de pacientes hipertensos matriculados na Estratégia Saúde da Família, do bairro do Parque Verde, no programa HiperDia, em Belém, Pará, Brasil. Estudo transversal, descritivo, observacional, de natureza quantitativa. A amostra do estudo foi selecionada por amostragem não probabilística por conveniência constituída por 75 pacientes cadastrados no programa; foi aplicado um questionário, no período de outubro e novembro/2015, que constou de variáveis de caráter socioeconômico e dados clínicos. Dos 75 hipertensos, 65% são do sexo feminino, 58% se encontram na faixa etária de 60 anos ou mais e 42% na faixa etária de 30 a 59 anos, 45% são casados, 61% recebem até um salário mínimo, 68% com ensino fundamental incompleto. O perfil dos hipertensos da pesquisa não difere de estudos nacionais e locais. Dessa forma, é possível observar a necessidade de implementar ações de promoção à saúde, visando direcionar práticas para melhorar a qualidade de vida da população.

PALAVRAS-CHAVES: Hipertensão; Atenção primária a saúde; Saúde pública.

SOCIAL, ECONOMIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS ENROLLED IN THE HIPERDIA PROGRAM IN BELÉM, BRAZIL

ABSTRACT: The socio-economic and clinical profile of patients suffering from hypertension enrolled for the Family Health Strategy in the district Parque Verde, in the HiperDia program in Belém PA Brazil, is analyzed. The transversal, descriptive, observational and quantitative study comprised 75 patients enrolled in the program. Sample was selected by non-probabilistic, convenience sampling. A questionnaire, featuring socio-economic variables and clinical data, was applied in October and November 2015. 65% of the 75 hypertensive patients were female; 58% were within the 60-year-old bracket; 42% were within the 30-59-year-old bracket; 45% were married; 61% received minimum wage; 68% had incomplete basic education. The profile of these hypertension patients did not differ from those studied in nation and local research. Implementing activities for health promotion were required to direct practices for the improvement of the population's life quality.

KEY WORDS: Hypertension; Primary Health Care; Public Health .

Autor correspondente:

Cristal Ribeiro Mesquita
E-mail: cristalmesquita@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg), sendo considerada uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior impacto no Brasil. Nos últimos 20 anos, sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos^{1,2}.

Associam-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais¹.

A HAS é um importante fator de risco (FR) cardiovascular e torna-se mais preocupante quando associada a outros FR como obesidade, sedentarismo, tabagismo, dieta inadequada, raça negra, idade avançada e baixo nível socioeconômico. Esse grupo de sujeitos é responsável pela maior procura das emergências e urgências hospitalares^{3,4}. Além de ser considerada um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce⁵.

A causa das complicações da HAS pode ser advinda do processo denominado “crise hipertensiva”, que é considerada uma situação caracterizada pela elevação rápida e inapropriada, intensa e sintomática da PA, com (emergência) ou sem (urgência) risco de deterioração rápida dos órgãos-alvo, o que pode representar uma ameaça imediata ou potencial à sobrevivência do indivíduo⁶. Esta condição clínica necessita de uma redução imediata da PA, devendo ser tratada com agentes anti-hipertensivos parenterais³.

Os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico,

monitorização e controle da HAS, porém não tem o foco de tratar qualquer situação de emergência, como uma crise hipertensiva⁷.

Nesse contexto, o objetivo que direcionou esse estudo foi analisar o perfil socioeconômico e clínico de pacientes hipertensos matriculados na Estratégia Saúde da Família (ESF), Parque Verde, localizada no Município de Belém (PA), no Programa HiperDia.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal, descritivo, observacional, de natureza quantitativa, na Estratégia Saúde da Família (ESF), Parque Verde, localizada no município de Belém (PA), Brasil. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado do Pará, Brasil, parecer nº 1.232.698/2015, e é parte do Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde Redes de atenção à saúde, do Ministério da Saúde, em conjunto à Universidade do Estado do Pará.

A amostra do estudo foi selecionada de forma não probabilística, por conveniência, constituída por 75 pacientes cadastrados no programa HiperDia da unidade de saúde - área equipe I, representando 76,5% da população total de hipertensos da área. Os critérios de inclusão utilizados foram: estar cadastrado no programa HiperDia da ESF, Parque Verde e permitir a visita domiciliar das equipes. Os participantes foram localizados a partir do cadastro no Programa de Saúde da Família (PSF) e, ao concordarem, assinaram duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram obtidos pelos pesquisadores na companhia do Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável por cada área da equipe I. Na ocasião foi aplicado o questionário e a aferição da pressão arterial (PA), no período de outubro a novembro de 2015.

O questionário constou de variáveis de caráter socioeconômico e dados clínicos: sexo, idade, estado civil, renda, escolaridade, profissão, pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) (mmHg), tempo de diagnóstico, medicação utilizada, tratamento complementar, presença de comorbidades associadas,

complicação da hipertensão arterial e a as principais sintomatologias presentes em casos de crise hipertensiva.

Para a aferição da PA, foram seguidas as normas ditadas pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, publicada no ano de 2015. Foram considerados como valores pressóricos elevados os de PAS \geq 140 mmHg e/ou os de PAD \geq 90 mmHg, seguindo as orientações das Sociedades Brasileiras de Hipertensão, de Cardiologia e de Nefrologia.

A análise dos dados ocorreu por intermédio da estatística descritiva, sendo os dados agrupados em tabelas e gráficos com os valores percentuais, por meio do programa Microsoft Word Excel 2010[®]. Foram utilizados os parâmetros de distribuição de frequência: mediana, média aritmética e o desvio-padrão. E em seguida, receberam tratamento estatístico com o uso do programa SPSS 20.0 e Minitab 16.0 para execução da Correlação de Pearson. Aplicou-se o teste X^2 quadrado de Pearson para Tendência e Associação para as variáveis

qualitativas, considerando-se um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Do total estudado, 64% são do sexo feminino, 58% se encontram na faixa etária de 60 anos ou mais e 42% na faixa etária de 30 a 59 anos. A idade variou de 38 a 91, com média aritmética de 62 anos e desvio-padrão de ± 12 anos. Destes, 45% são casados e os outros 55% se distribuem em viúvo (19%), solteiro (13%), em união estável (12%) e separado/divorciado (11%). A união estável foi considerada como viver com o(a) companheiro(a). Desse total, a renda se distribuiu em 65% recebe até um salário mínimo (R\$ 788,00), 18% de um a três salários mínimos, 16% não possuem nenhuma renda e apenas 1% possui renda mensal de três a seis salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização socioeconômica e clínica dos pacientes cadastrados no sistema HiperDia da ESF do Parque Verde, Belém-PA, 2015

(Continua)

Variáveis	Características da amostra								Total		Valor de p
	Normotenso		Estágio 1		Estágio 2		Estágio 3		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Sexo											
Feminino	29	38,67	10	13,33	7	9,33	2	2,67	48	64,00	0.4360
Masculino	19	25,33	5	6,67	2	2,67	1	1,33	27	36,00	
Idade											
30 a 59 anos	17	22,67	10	13,33	3	4,00	2	2,67	32	42,67	0.0333*
60 ou mais	31	42,67	5	6,67	5	6,67	1	1,33	43	57,33	
Estado civil											
Solteiro (a)	10	13,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	13,33	0.2001
Casado (a)	19	25,33	8	10,67	4	5,33	3	4,00	34	45,33	
União estável	6	8,00	2	2,67	1	1,33	0	0,00	9	12,00	
Separado/ Divorciado (a)	4	5,33	3	4,00	1	1,33	0	0,00	8	10,67	
Viúvo (a)	9	12,00	2	2,67	3	4,00	0	0,00	14	18,67	
Escolaridade											

(Conclusão)

Variáveis	Características da amostra								Total		Valor de p
	Normotenso		Estágio 1		Estágio 2		Estágio 3		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Analfabeto	3	4,00	0	0,00	1	1,33	0	0,00	4	5,33	0.3397
Fund. incompleto	36	48,00	9	12,00	4	5,33	2	2,67	51	68,00	
Fund. completo	2	2,67	3	4,00	1	1,33	1	1,33	7	9,33	
Médio incompleto	2	2,67	2	2,67	0	0,00	0	0,00	4	5,33	
Médio completo	5	6,67	1	1,33	2	2,67	0	0,00	8	10,67	
Superior completo	0	0,00	0	0,00	1	1,33	0	0,00	1	1,33	
Renda											
Nenhum	10	13,33	3	4,00	2	2,67	0	0,00	15	20,00	0.8856
Até 1s.m	31	41,33	9	12,00	4	5,33	2	2,67	46	61,33	
De 1-3 s.m	8	10,67	3	4,00	1	1,33	1	1,33	13	17,33	
De 3-6 s.m	0	0,00	0	0,00	1	1,33	0	0,00	1	1,33	
> 7 s.m	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Tempo de diagnóstico											
< 1 ano	4	5,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	5,33	0.6702
1-5 anos	19	25,33	9	12,00	3	4,00	1	1,33	32	42,67	
6-10 anos	9	12,00	4	5,33	3	4,00	1	1,33	17	22,67	
> 10 anos	15	20,00	3	4,00	2	2,67	1	1,33	21	28,00	
Não lembra	0	0,00	1	1,33	0	0,00	0	0,00	1	1,33	

Fonte: HiperDia da ESF do Parque Verde, Belém-PA, 2015.

Teste Qui-quadrado de Pearson para Tendência ($p \leq 0.05$).

* A associação é significativa.

A escolaridade que prevaleceu foi de ensino fundamental incompleto com 68% do total e apenas 1% apresentava ensino superior. A ocupação dos pacientes se concentrou em aposentado (33%) e doméstica (29%), as outras ocupações citadas foram autônoma, lavadeira, serviços gerais, costureira, merendeira, borracheiro, mecânico, segurança, vigia, articuladora política, salgadeira, pintor, agricultora, cobrador, ambulante, porteiro, vendedora, comerciante, marítimo fluvial e taxista.

Em relação ao diagnóstico de HAS, a maioria dos entrevistados foi diagnosticado há mais de dez anos (37%) e 36% de um a cinco anos, de modo que o tempo

de diagnóstico entre todos os pacientes variou, de um mês a 40 anos, com o desvio-padrão ± 10 anos. Quando se perguntou das comorbidades prevalentes, o *Diabetes Mellitus* (DM) esteve presente em 28 (31%) pacientes, estando associado ou não com outra doença e 47% não relataram outras doenças, além da HAS.

As outras doenças citadas foram: doenças que acometem o sistema urinário, respiratório, digestivo, dislipidemia, lúpus eritematoso sistêmico (LES), glaucoma, osteoporose, câncer de intestino, reumatismo e labirintite, correspondendo a 22%. Os medicamentos mais usados foram a Losartana Potássica 50 mg, em 67%, destes 61 pacientes, 46% a tem como único medicamento

usual para o controle da HAS e 54% associada com outro medicamento, como hidroclorotiazida, captopril, atenolol, anlodipino, ácido acetilsalicílico, sinvastatina, enalapril, metoprolol, propranolol, nifedipina e apresolina.

Quando questionados sobre a principal sintomatologia presente quando ocorre pico da PA, foram, principalmente, mencionados, cefaleia com 44% dos pacientes e 30% não apresentavam nenhum sintoma. Os outros mais citados foram a taquicardia (21%), a vertigem (20%), a dispneia (15%) e a dor na nuca (14%), a fadiga (9%), podendo um paciente se referir a mais de um sintoma. Em relação às complicações da HAS, 84% nunca tiveram nenhuma intercorrência da doença e 16% já sofreram um Acidente Vascular Encefálico (AVE).

O tratamento complementar mais predominante foi dieta (43%), seguida dos que informaram que não faziam nenhum (42%), e apenas 19% faziam dieta e exercício físico. Quanto aos participantes que citaram fazer dieta, referiam fazer uso da dieta hipossódica. A média da PAS para o total de 75 pacientes foi de 133 mmHg, variando entre 100 e 220 mmHg; enquanto a média da PAD foi de 85 mmHg, variando entre 70 e 130 mmHg.

A variável PA foi estratificada em quatro níveis: PA controlada-normotenso (<140/90), estágio 1 (140-159/90-99) mmHg, estágio 2 (160-179/100-109) mmHg e estágio 3 ($\geq 180/\geq 110$) mmHg. A correlação entre as variáveis tempo de diagnóstico e idade do paciente mostrou-se de intensidade moderada crescente, pois a medida que a idade aumenta, o tempo de diagnóstico também sofre acréscimo significativo ($p \leq 0,05$) (Figura 1).

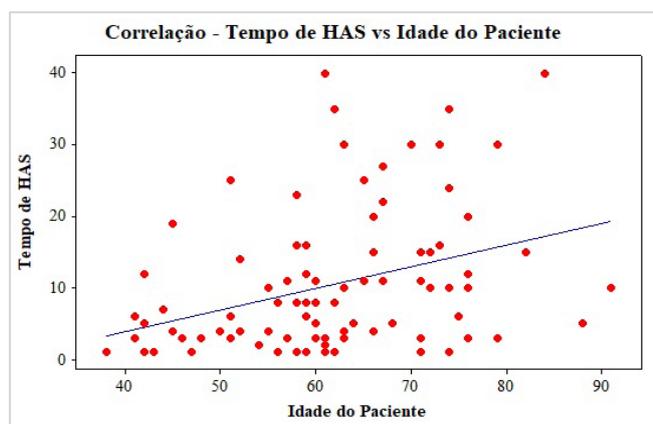


Figura 1. Correlação de Pearson entre as variáveis: Tempo de Diagnóstico e Idade do Paciente.

Grau de correlação: Moderada crescente ($r^2 = 0.352$) / $p \leq 0.05$.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo corroboraram predominância de hipertensos idosos, do sexo feminino, casados e baixo nível de escolaridade. Em adição, mostra-se o *diabetes* como a comorbidade mais presente entre os participantes, o que mostra concordância com estudos nacionais e locais que afirmam prevalência da hipertensão em idosos, sendo este grupo etário mais propenso às doenças cardiovasculares, por consequência o aumento na mortalidade^{1,8-11}. Este fato demonstra a necessidade de implementar políticas públicas para essa população, no intuito de maior controle da doença⁹.

A HAS está mais presente no sexo feminino, dado compatível com estudos realizados em diversas unidades de atenção primária em saúde em: Jequié (BA) (58,8%), Ananindeua (PA) (66,13%), Belém (PA) (68%) e Santa Maria (RS) (66,5%)^{12,9-11}. Fato que pode ser explicado devido às mulheres procurarem mais os serviços de prevenção à saúde do que os homens, ou mesmo por terem maior tempo de sobrevivência¹¹. Outro fato que pode justificar é as alterações hormonais pelo climatério e menopausa que pode fragilizar a mulher no contexto cardiovascular¹³.

Em se tratando do grau de escolaridade, observou-se maior proporção de indivíduos com ensino fundamental incompleto (68%) e renda familiar baixa (1 salário mínimo). Conforme afirma a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão que, no Brasil, a HAS é mais prevalente em indivíduos com baixa escolaridade¹. A baixa escolaridade e menores rendas são fatores preocupantes, por estes pacientes crônicos necessitarem de um cuidado especializado, tais como medicamentos, novos hábitos alimentares e a prática de atividade física, sendo este o tripé essencial para o controle da doença^{10,12,14}.

Quanto à presença de comorbidades, o *Diabetes Mellitus* (31%) se apresentou como a principal doença associada à hipertensão corroborando com estudos realizados em Recife (PE)⁸ (36,5%), Flor da Serra (PR)¹⁴ (19,6%) e Ribeirão Preto (SP)¹⁵ (33,06%). Pode ser explicado, pois essas duas doenças apresentam basicamente os mesmos fatores de risco: maus hábitos de vida e alimentares, idade, sedentarismo. Essa associação de enfermidades caracteriza um fator de risco

para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, necessitando de medidas de promoção à saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, visando diminuir as taxas de mortalidade.

No estudo de Toledo et al (2013)¹⁶, a losartana continua sendo o mais prescrito com 42%, seguido da hidroclorotiazida (34%). Fato este que pode ser explicado devido estes medicamentos estarem inseridos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do Sistema Único de Saúde, serem medicamentos de baixo custo e boa adesão. No estudo de Ribeiro et al (2015)¹⁷, mostrou que o tempo de diagnóstico foi superior a 12,5 anos, corroborando com este estudo. Isto se mostra pelo fato de a HAS ser uma doença crônica, quase sempre de longa duração, e na maior parte do tempo assintomática, o que induz muitas pessoas a não se reconhecerem como doentes, provocando a demora por diagnósticos, até que HAS se mostre de maneira sintomática, levando o cliente a procura por serviço de saúde.

CONCLUSÃO

O perfil dos hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do Parque Verde, Belém-PA, não difere de estudos nacionais e locais, visto que a maioria é do sexo feminino, idosos, casados, com renda igual a um salário mínimo e apresentarem o *diabetes* como principal comorbidade.

A manutenção do paciente hipertenso com níveis pressóricos de pressão arterial dentro do padrão de controlado é um desafio para os profissionais da área da saúde que atuam nas Estratégias de Saúde da Família. Porém, reconhecendo o perfil dos pacientes mais acometidos pode influenciar em melhores estratégias de prevenção para aqueles que se enquadram no grupo de risco e/ou pode viabilizar alternativas de tratamentos e controles para os já hipertensos.

Dessa forma, é possível observar a necessidade de implementar ações de promoção à saúde, visando direcionar práticas para melhorar a qualidade de vida da população para mulheres idosas, bem como a equipe de saúde deve estar atenta aos fatores de risco para esta população, de forma a prevenir as complicações de doenças crônicas, reduzindo assim o índice de hospitalizações por doenças crônicas.

AGRADECIMENTOS

A toda equipe e pacientes da ESF da Unidade do Parque Verde, que foram sempre muito prestativos aos pesquisadores; e ao Ministério da Saúde em conjunto com a Universidade do Estado do Pará, pela concessão de bolsa de estudos para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde Redes de atenção à saúde, edital nº 50/12.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010;95(1 supl.1):1-51.
2. Lima HN, Gonçalves ARR, Silva AL, Olivo AF, Miura TY, Martins L. O Entendimento do Paciente sobre Hipertensão Arterial: uma Análise com Base no Risco Cardiovascular. International Journal of Cardiovascular Sciences. 2015;28(3):181-88.
3. Velasco IT, Neto AS, Martins HS, Neto RAB. Emergências clínicas: Abordagem prática. Manole. 2014;9.
4. Siqueira DS, Riegel F, Tavares JP, Crossetti MGO, Goes MGO, Arruda LS. Caracterização dos pacientes atendidos com crise hipertensiva num hospital de pronto socorro. Rev Enf Ref. 2015;4(5).
5. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. Arq Bras Cardiol. 2013;100(2):164-74.
6. Silva MAM, Rivera IR, Santos ACS, Barbosa CF, Filho CASO. Crise Hipertensiva, Pseudocrise Hipertensiva e Elevação Sintomática da Pressão Arterial. Rev Bras Cardiol. 2013;26(5):329-36
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Cavalcanti FCR, Gomes ET, Veiga EV, Bezerra SMMS. Perfil de saúde e avaliação da qualidade de vida de

- hipertensos pelo instrumento específico Minichal-Brasil. Rev Enferm UFPE on line. 2013;7(12):6732-40
9. Freitas LC, Rodrigues GM, Araújo FC, Falcon EBS, Xavier NFX, Lemos ELC, et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis. 2012;7(22).
10. Lima TM, Soler O, Meiners MMMA. Perfil de adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en la Unidad Municipal de Salud de Fátima, em Belém, Pará, Amazonía, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2010; 1(2):311-8.
11. Pereira C, Marinho M, Cassola T, Seerig AP, Mussoi TD, Blümke AC. Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos em uma Estratégia da Saúde da Família de Santa Maria/RS. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde. 2014;15(2):195-203.
12. Ferreira LN, Costa MC, Sousa JT. Perfil sociodemográfico e variáveis clínicas dos Hipertensos atendidos na clinica escola de fisioterapia da ESB. Rev. Saúde. Com. 2011;7(1):23-32.
13. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):50-8.
14. Cenatti JL, Lentsck MH, Prezotto KH, Pilger C. Caracterização de usuários hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde da Família. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. 2013; 2(1):21-31.
15. Vieira LB, Cassiani SHB. Avaliação da Adesão Medicamentosa de Pacientes Idosos Hipertensos em Uso de Polifarmácia. Rev Bras Cardiol. 2014;27(3):195-202
16. Toledo TR, Romão MMS, Crespo JMRS, Soares AC. Abordagem farmacoepidemiológica dos pacientes hipertensos frequentadores de uma drogaria de um município de Minas Gerais. Revista Científica Da Faminas. 2013;9(1).
17. Ribeiro IJS, Boery RNSO, Casotti CA, Freire IV, Teixeira JRB, Boery EN. Prevalência e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com hipertensão arterial. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. 2015;29(3):250-60.

Recebido em: 20/01/2018

Aceito em: 13/06/2018