



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

GLEIDSON NAYON BEZERRA DA SILVA

**NÍVEIS PRESSÓRICOS: Avaliação de Incidência de picos
hipertensivos em populações atendidas pelo Laboratório
Itinerante - LABIT**

**CAMPINA GRANDE-PB
2012**

GLEIDSON NAYON BEZERRA DA SILVA

NÍVEIS PRESSÓRICOS: Avaliação de Incidência de picos hipertensivos em populações atendidas pelo Laboratório Itinerante - LABIT

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB para apreciação e aprovação, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em enfermagem pela referida instituição.

Orientadora: Prof. Ms. Josefa Josete da Silva Santos

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S586n Silva, Gleidson Nayon Bezerra da.
Níveis Pressóricos [manuscrito] : avaliação de incidência de picos hipertensivos em populações atendidas pelo Laboratório Itinerante - LABIT / Gleidson Nayon Bezerra da Silva. – 2012.
25 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Ma. Josefa Josete da Silva Santos, Departamento de Enfermagem”.

1. Hipertensão arterial. 2. Medicina preventiva.
I. Título.

21. ed. CDD 613.132

GLEIDSON NAYON BEZERRA DA SILVA

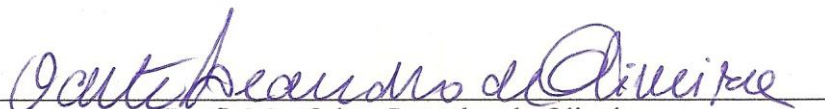
NÍVEIS PRESSÓRICOS: Avaliação de Incidência de picos hipertensivos em populações atendidas pelo Laboratório Itinerante - LABIT

Banca Examinadora


Data da aprovação: 25/06/2012.



Prof.^a Ms. Josefa Josete da Silva Santos
Universidade Estadual da Paraíba
Orientadora



Prof.^a Ms. Odete Leandro de Oliveira
Universidade Estadual da Paraíba
Examinadora



Prof.^a Eliane Maria Nogueira Costa Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por permitir esta oportunidade de crescimento profissional e pela luz nos momentos difíceis e no percorrer desta trajetória, inserindo uma grande dose de força e perseverança, cobrindo sempre meus caminhos com suas bênçãos;

Aos meus avós, Marieta Rodrigues e Antônio Bezerra (in memória) pelos ensinamentos deixados, bem como um legado de amor e fé, que pretendo levar por toda a vida. Essa vitória é em especial de vocês, que Deus os tenha no reino da glória;

Aos meus pais, Gidalva Bezerra da Silva e Jenilson de Moraes Clemente, alicerces e forças motrizes da minha caminhada longe de seus olhares atenciosos. Suas escolhas foram as minhas, seus exemplos me guiaram, suas presenças me fortificam. Amo-os pelo que são!

Aos meus irmãos, Jenilson Filho e Gleidially Nayara, que mesmo na distância, fez-se mais que presentes, me dando carinho e apoio durante essa minha trajetória;

A minha orientadora Josefa Josete, grande amiga, mestre e exemplo de ser humano a ser seguido, pela sua humildade e caráter. Obrigada pelos ensinamentos, disponibilidade, dedicação, contribuições, atenção e empenho durante a vida acadêmica, como também em todas as etapas da realização deste trabalho;

Aos membros da banca examinadora pela atenção, discussão e sugestões que enriqueceram este trabalho;

A todos os professores que contribuíram para a minha formação;

A Jaciara, Luiza, Suellen, Taynara, Thaís, Vagner e Valéria pelo companheirismo, compreensão, estudos, brincadeiras, enfim pela amizade verdadeira;

Aos acadêmicos e colaboradores que participaram da pesquisa, contribuindo para realização deste trabalho.

Muito obrigado!

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 01 - Classificação e valores de P.A para indivíduos maiores de 18 anos.

Figura 01 - Distribuição Sócio-demográfica dos resultados.

Figura 02 - Proporção de níveis pressóricos entre os entrevistados.

Figura 03 - Distribuição de hipertensos segundo medicamentos mais utilizados.

Figura 04 – Distribuição dos antecedentes familiares.

Figura 05 – Prática de exercício físico.

Figura 06 – Consumo de bebida Alcoólica.

Figura 07 – Tabagismo.

Figura 08 – Número de refeições e preferências alimentares.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	14
4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA.....	16
5 CONCLUSÃO.....	25
ABSTRACT.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICES.....	33
ANEXOS.....	36

NÍVEIS PRESSÓRICOS: Avaliação de Incidência de picos hipertensivos em populações atendidas pelo Laboratório Itinerante - LABIT

Gleidson Nayon Bezerra da Silva¹

RESUMO

O presente estudo objetiva avaliar a incidência de picos hipertensivos das populações atendidas nas ações de saúde e cidadania promovidas pelo Laboratório Itinerante (LABIT) da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo, com abordagem quantitativa. Foram acompanhadas as aferições da pressão arterial de repouso nas ações que ocorreram no período de fevereiro a maio de 2012 e que totalizaram 108 atendimentos. A coleta dos dados munuiu-se de questionário semi estruturado e para a obtenção dos valores da pressão arterial utilizou-se esfigmomanômetro devidamente calibrado e revisado antes de seu manuseio. O estudo trabalhou a incidência da hipertensão arterial, fatores de risco e atuação da enfermagem mediante a instalação do quadro hipertensivo, alertando não somente a população adulta jovem (foco do trabalho), mas também todos os hipertensos. Os resultados não implicaram valores preocupantes de picos hipertensivos na população atendida (com valores médios foram de 119,7 mmHg para P.A.S e 81,7 mmHg na P.A.D, sendo que 1,8% apresentou valores sistólicos acima de 150 mmHg e 2,8% valores diastólicos acima de 100 mmHg), mas ligaram o alerta para alguns fatores de risco, hábitos (tabagismo, alcoolismo, má alimentação) e os antecedentes familiares, que podem desencadeá-lo, visto que a média de idade entre os entrevistados variou dos 18 aos 39 anos e que a doença hipertensiva tende a aumentar com o avançar da idade. No que se diz respeito à hipertensão arterial, 23 (21,3%) afirmaram tê-la enquanto que 85 (78,7%) dos pesquisados apresentaram índices de normalidade da sua pressão arterial. A intervenção precoce seguida de um acompanhamento multiprofissional tornam-se então elementos indispensáveis para identificação e tratamento da doença hipertensiva antes do desenvolvimento de patologias associadas e incapacidade prévia das populações por elas acometidas. Novos estudos sobre essa temática possibilitaram novos horizontes não somente para pesquisa, mas principalmente para maiores atuações e intervenções a nível nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial. Fatores de Risco. Picos Hipertensivos.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Ferreira (2003), Woods (2005) e Smeltzer e Bare (2005), a hipertensão é distinguida pelo aumento da força do sangue exercida contra a parede das artérias, resultando, em uma pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde depois de uma triagem.

A pressão arterial (P.A) é aquela existente no interior das artérias e comunicada às suas paredes. Pela equação de Poiseuille-Hagen, a P.A pode ser calculada através do produto da resistência vascular periférica total pelo débito cardíaco (OIGMAN, 1987). Ela se alterna entre um valor máximo durante a sístole (pressão arterial sistólica - PAS) e um mínimo na diástole (pressão arterial diastólica - PAD) e é um dos mais importantes parâmetros de avaliação do sistema cardiovascular, pois retrata as condições funcionais do sistema circulatório e conseqüentemente a garantia do aporte de oxigênio às diferentes demandas do organismo (ARAUJO, 1998).

As variações dos referidos valores, quando permanentes, podem indicar o aparecimento de uma disfunção sistêmica caracterizada como hipertensão arterial (H.A), quando acima de 140/90 mmHg medidos em pelo menos dois momentos distintos. A H.A está intimamente ligada à ocorrência de picos hipertensivos, causas comuns de distúrbios neurológicos e cardiovasculares. Estudos nacionais de base populacional vêm sendo realizados desde a década de 90, em todas as regiões do país, exceto no norte brasileiro (PASSOS, 2006).

A H.A está associada à história familiar de doença hipertensiva e a outros fatores modificáveis como o excesso de peso, atividade física insuficiente, ingestão elevada de sódio, tabagismo, consumo abusivo de álcool, auto-medicação, utilização de drogas que afetam a pressão arterial, dislipidemias e diabetes mellitus. Neste contexto, o enfermeiro tem garantido inúmeros conceitos na detecção de dados hemodinâmicos precisos e na sua interpretação, o que requer sólido conhecimento teórico e prático no campo da esfigmomanometria (sphygmo=pulso), a fim de garantir a tomada de decisão e encaminhamento correto, bem como as orientações cabíveis simultânea à consulta de enfermagem.

Os serviços de saúde, principalmente os de atenção primária, são os maiores receptores dos indivíduos com problemas hipertensivos, que usualmente aparecem

associados a outras morbidades. Isso representa um número expressivo de internações hospitalares e um alto custo para a saúde pública, uma vez que a H.A já foi considerada a principal causa de incapacidade definitiva.

A H.A apresenta controle mundial insatisfatório e a busca de estratégias para o aumento do controle dos níveis pressóricos tem sido cada vez mais abordada na prática clínica, abrindo assim um vasto campo para pesquisa, uma vez que a escassez de dados e trabalhos já foi observada nessa área. O controle adequado da pressão arterial inicia-se com o diagnóstico correto e envolve custos elevados decorrentes principalmente de suas complicações. Quando atinge a população em idade produtiva, pode representar um déficit social e um risco com prognóstico negativo para o desenvolvimento populacional. Além disso, repercute no sistema produtivo, devido ao impacto decorrente de absenteísmo e licença médica para trabalhadores. Sendo assim, a avaliação da incidência de picos de pressão alta nesta população deve ser uma responsabilidade partilhada voltada para o aumento da qualidade de vida. Contudo, os profissionais de saúde, devem atuar na detecção e prevenção deste agravo a fim de prevenir a instalação da doença arterial sistêmica na população adulto jovem, evitando o surgimento de patologias associadas.

Os estudos de prevalência dos problemas hipertensivos são em geral extremamente caros e de abrangência restrita. A maioria das informações rotineiras sobre a doença depende de dados secundários, dentre os quais cabe destacar as estatísticas de mortalidade, as estatísticas de morbidade hospitalar, além de informações sobre incapacitações temporárias ou permanentes decorrentes da H.A. Estes dados permitem ter uma ideia de magnitude da H.A na sociedade (LOLIO, 1990).

Em 2006 políticas públicas foram lançadas para prevenir a hipertensão e promover a saúde na população brasileira. A política nacional de atenção integral à hipertensão e ao *diabetes mellitus* lançou um Manual Prático sobre Hipertensão com o objetivo de apresentar aos profissionais da área da saúde, especialmente aos da rede básica do Sistema Único de Saúde - SUS, de maneira prática e didática, as principais questões relacionadas às doenças, para reduzir o impacto delas na população brasileira. Já a política nacional de alimentação e nutrição, por meio do Guia Alimentar para a população, revela as diretrizes alimentares oficiais tanto para a prevenção de hipertensão, como promoção da saúde, fundamentados na Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde (Ministério da Saúde – MS, 2006).

O Brasil vem experimentando uma grande transformação no ritmo de crescimento e na estrutura de sua população. O processo de transição demográfica, fruto da queda das taxas de mortalidade e natalidade, tem provocado uma rápida mudança na estrutura etária brasileira, com uma redução da população jovem, uma elevação imediata da população adulta e uma elevação significativa, em longo prazo, da população idosa. O que acaba nos remetendo a tomar medidas que nos assegurem melhores condições de saúde desde a idade jovem até a velhice. O presente estudo tem por objetivo, avaliar a presença de picos hipertensivos e fatores de risco à hipertensão em adultos jovens atendidos nas ações de saúde do LABIT, dando ênfase à atuação da enfermagem frente o indivíduo hipertenso, a educação em saúde e as medidas que podem ser tomadas para reverter à instalação da doença hipertensiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os conhecimentos atuais sobre P.A baseiam-se na aplicação criteriosa dos princípios da hidrodinâmica ao sistema circulatório. Ainda que com limitações, esta aplicação da dinâmica dos fluídos contribuiu para o desenvolvimento da fisiopatologia cardiovascular (OIGMAN, 1987).

Para que a P.A possa ser determinada precisa ser cuidadosamente aferida por meio de um aparelho denominado esfigmomanômetro. Esse aparelho foi aperfeiçoado por Hamilton e colaboradores na década de 30 (HAMILTON et al., 1934), tornando-o mais sensível. Os instrumentos tradicionais para a medida, manômetros aneróides ou de mercúrio, não sofreram grandes modificações até os dias atuais. Assim, as mudanças que ocorreram nos esfigmomanômetros nas décadas seguintes, com base em estudos realizados, são grandemente relacionadas ao desenvolvimento dos aparelhos eletrônicos e à influência das dimensões da câmara de borracha inserida no manguito. Na prática clínica prevalecem os manômetros de mercúrio e aneróides em todo o mundo, com indicação de monitoração da pressão arterial em situações de difícil diagnóstico devido maior labilidade da pressão arterial.

As medidas usuais de P.A, quer para uso clínico, quer para uso epidemiológico, são baseadas na oclusão do fluxo da artéria braquial por um manguito pneumático ligado a um manômetro de mercúrio. Em 1905, Nicolai Korotkoff mostrou ser possível ouvir os ruídos produzidos quando o manômetro era esvaziado; a ausculta dos mesmos, com o auxílio de um estetoscópio aplicado sobre a artéria braquial durante a deflação do

manguito pneumático, permitiu a caracterização de "fases" destes ruídos, cujo início e fim podem ser usados para avaliar a P.A.S e a P.A.D (BEERVERS, 1987). Assim, considera-se hoje que o primeiro aparecimento dos sons ao se fazer a deflação do manguito constitui uma boa aproximação da P.A.S. O ponto em que os sons desaparecem (fase V) é usualmente tomado como a P.A.D por ser este ponto de identificação mais confiável e mais reproduzível.

Os valores da P.A podem indicar a implantação da doença hipertensiva, fator geralmente associado à presença de picos hipertensivos. A Organização Mundial da Saúde definiu a hipertensão arterial como sendo "uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica".

A conceituação utilizada implica a consideração dos seguintes aspectos:

- a) o diagnóstico da doença depende de *Medidas* de pressão arterial, que apresentam uma *Variabilidade*;
- b) estas medidas são consideradas *Elevadas* com relação a um determinado padrão de *Normalidade*;
- c) esta elevação é dita *Crônica*, sem maiores especificações de tempo.

Apesar desses diferentes aspectos caracterizarem os níveis hipertensivos nas diversas populações, a maior prevalência da hipertensão arterial é na população idosa, contudo, uma nova tendência tem atraído a atenção do Sistema de Saúde, a prevalência de hipertensos em idade jovem, mesmo sendo os limites de pressão arterial considerados arbitrários.

No entanto, a Sociedade Brasileira de Pressão Arterial (2010), classifica os indivíduos acima de 18 anos do seguinte forma:

Tabela 1 – Classificação e valores de P.A para indivíduos maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109

Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2010

Portanto, para a definição de H.A, deve-se considerar valores de P.A sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de P.A diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório ou em condições ideais.

A pressão arterial, para Guyton (2002), é nada menos que o produto do débito cardíaco e da resistência periférica. O débito cardíaco é determinado ao se multiplicar o volume sistólico pela frequência cardíaca e, segundo Krieger e Irigoyen (1999), um grande número de substâncias e de sistemas fisiológicos que interagem com redundância para manter a pressão arterial em níveis adequados.

A H.A e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta frequência de internações. Em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,283R\$ (IV Diretrizes de Brasileira de Hipertensão Arterial). Segundo o Vigitel 2011 (levantamento Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a hipertensão arterial atinge 22,7% da população adulta brasileira. O diagnóstico em mulheres (25,4%) é mais comum do que entre os homens (19,5%). A frequência da doença avança com o passar dos anos. Se entre 18 e 24 anos, apenas 5,4% da população relatou ter sido diagnosticada hipertensa, aos 55 anos a proporção é 10 vezes maior, atingindo mais da metade da população (50,5%) estudada. A partir dos 65 anos, a mesma condição é observada em 59,7% dos brasileiros.

A pesquisa também aponta que o nível de renda, ocupação e escolaridade tem forte influência no diagnóstico da doença entre a população feminina. Enquanto 34,4% das mulheres com até oito anos de escolaridade afirmaram ter diagnóstico médico de hipertensão arterial, o percentual é menor - 14,2 % - entre mulheres com nível superior de educação (Ministério da Saúde – MS, 2011).

Por outro lado, há outras evidências que estas mesmas variáveis (renda familiar, ocupação, escolaridade) estão associadas de perto com a situação urbana da moradia do entrevistado e ao estresse psicossocial, ainda que este termo não seja adequadamente definido. Isto é, quanto mais privilegiado o indivíduo na sociedade, menor a prevalência de hipertensão arterial (ROBERTS, 1981).

Contudo, reveste-se de especial importância nesse estudo, à população trabalhadora urbana, em idade ativa, que compreende o potencial de mão de obra com que pode contar o setor produtivo e representa grande motivo da preocupação para um país em plena ascensão e que depende de sua força de trabalho, como também, a representatividade de maiores gastos aos cofres públicos, uma vez instalada a H.A. Em virtude da H.A ser debilitante e está intimamente relacionado ao surgimento de outras doenças crônicas a nível cardíaco, vascular e cerebral, atualmente está sendo apontado como uma das causas principais de morbimortalidade principalmente em países emergentes.

Um relatório do Banco Mundial enviado em 2005 ao governo brasileiro e divulgado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), revela que o controle da pressão arterial dessa população resultaria em US\$ 2,153 milhões economizados com perdas financeiras decorrentes da incapacidade de pacientes, vítimas, por exemplo, de acidentes vasculares cerebrais (A.V.C's).

Os encaminhamentos para tratamentos e intervenções, acontecem diante da necessidade de cada cliente, dentro de sua estratificação de risco. De acordo com as V Diretrizes de Hipertensão, para a tomada da decisão terapêutica exige-se a confirmação diagnóstica, seguindo-se a estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco cardiovasculares, as lesões em órgãos-alvo e as doenças cardiovasculares.

Em diversas populações tem-se mostrado a correlação da ingestão de sódio com a prevalência de hipertensão arterial. Por outro lado, a forma de atuação do sódio, e também de eletrólitos relacionados como potássio e cálcio, se daria ao nível intracelular, no mecanismo da bomba de sódio. Tem-se descrito, também, que a grande ingestão de sódio está frequentemente associada à baixa ingestão de potássio, sendo que este último poderia, eventualmente, ter um efeito protetor sobre a pressão arterial, exercendo efeito anti-hipertensivo. Outras evidências a favor do papel fundamental desempenhado pela ingestão de sódio dizem respeito ao benefício das dietas com baixo conteúdo de sódio para o tratamento da hipertensão já instalada (JOINT, 1988).

Diante da estratificação de risco abordada, encontrou-se nos resultados a existência de fatores de risco importantes que justificam o encaminhamento para os profissionais especialistas. Atualmente na V Diretrizes de Hipertensão, onde se discute a importância da abordagem multiprofissional na atenção ao portador de hipertensão,

notou-se a necessidade dessa atuação, por ser uma doença multifatorial que envolve conduta/cuidados para vários objetivos, e assim, com uma abordagem multiprofissional, seu tratamento deve ser mais efetivo.

A orientação de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, cabe em grande parte ao enfermeiro, visto que o mesmo possui uma característica educativa inerente à profissão, a qual é redimensionada pelo contato constante junto ao paciente, favorecendo dessa forma o desenvolvimento da relação entre o profissional de saúde e o paciente, estimulando desse modo o vínculo pessoal com o intuito de incentivar mudanças radicais e profundas nos hábitos de vida desses pacientes (BUENO, VIANNA, 1998). O enfermeiro precisa explorar cada vez mais a comunicação, já que o diálogo representa o instrumento fundamental na relação enfermeiro/paciente.

Portanto, a análise da incidência dos picos hipertensivos como mecanismo de identificação dos portadores de H.A em idade jovem, antes do aparecimento dos agravos relacionados, é uma prioridade como ação de saúde e uma responsabilidade dos profissionais da área, que devem incentivar o desenvolvimento de terapêuticas para esta finalidade. De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a enfermagem desempenha ações específicas como a Consulta de Enfermagem (CE), promulgada pela Lei N° 7.498, de 25 de junho de 1986, com a regulamentação do exercício de enfermagem pelo Decreto N° 94.406/87.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O trabalho constitui-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em associação com as ações de saúde promovidas pelo Laboratório Itinerante (LABIT), vinculado a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Pro Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEAC).

As ações de saúde e cidadania promovidas pelo LABIT abrangeram apenas o estado da Paraíba, sendo a cidade de Campina Grande e municípios circunvizinhos os grandes beneficiados. A demanda de atendimento é espontânea e a divulgação das ações acontece através de mídia audiovisual, sites, folders e os veículos de transmissão dos locais contemplados. Ocorreram atendimentos em espaços públicos como o Clube de Mães Margarida Mota Rocha (Sítio Lucas, em Campina Grande - PB) e o V Mutirão da Saúde de Puxinanã (Puxinanã – PB), como também na Igreja Batista do Cruzeiro (Campina Grande – PB) e Serviço Nacional de Transportes/ Serviço Nacional de

Aprendizagem no Transporte (SEST/SENAT – Campina Grande – PB), que aconteceram no período de fevereiro a maio de 2012.

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual da Paraíba (CEP - UEPB), que segue as diretrizes e normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) para pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – CNS/MS). Os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à entrada do estudo, autorizando a sua participação nas avaliações, utilização dos dados e testes realizados.

Dentre os serviços oferecidos pelo grupo do LABIT, está à aferição da pressão arterial de repouso, foco deste estudo. A medida da pressão arterial foi obtida através de Esfigmomanômetros de mercúrio da marca Premium®, certificados pelo INMETRO desde 2002. Os participantes foram então submetidos à verificação da pressão arterial em posição ortostática, em intervalos de repouso de aproximadamente 2 minutos de acordo com o método estabelecido nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2006). Foram realizadas três mensurações da pressão arterial, utilizando-se um manômetro aneroide e a campânula de um estetoscópio para adultos. A pressão sistólica foi determinada no momento do aparecimento do 1º ruído (Fase I de Korotkoff) e a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (Fase V de Korotkoff); quando os ruídos persistiram até próximo ao nível zero do manômetro, a pressão diastólica foi determinada no momento do abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff). Ao final, foi feita a média da pressão arterial através das duas últimas medidas, considerando as pressões diastólica e sistólica do indivíduo. A primeira medida não foi considerada para análise estatística, já que poderia apresentar-se alterada em razão de não ter ocorrido ainda habituação dos sujeitos ao procedimento (LAMAS, 1999).

Aliado aos valores obtidos, tivemos a aplicação de questionário semi estruturado, onde foram documentados os dados de identificação dos participantes, estilo de vida, doenças pré-existentes, fatores relacionados e por fim, os valores pressóricos recém-colhidos. Os pesquisadores envolvidos passaram por processo de treinamento no intuito de serem fidedignos aos resultados. A revisão literária para comparar e analisar os dados encontrados permanecerá sendo realizada de modo contínuo através de livros, revistas, periódicos e bancos de dados do Medline, Scopus, Lilacs/sciELO, Biblioteca Cochrane e portal da CAPES.

A amostra foi selecionada de acordo com a faixa etária do participante, que comprovou por meio de documentação oficial com foto que pertence ao grupo de adultos jovens entre 18 a 45 anos de idade. Foram excluídos da pesquisa aqueles que não atenderam esses critérios de inclusão. Esses adultos foram convidados a participar da pesquisa durante a realização das ações junto às comunidades atendidas pelo LABIT, e levaram-se em conta os antecedentes familiares para parentes de primeiro e segundo graus. Ao final do período de coleta, totalizaram-se 108 atendimentos, com uma média de idade entre os entrevistados de 18 a 39 anos. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva simples por meio de gráficos de porcentagens, e o programa SPSS (versão free), já para a confecção de gráficos e tabelas foi eleito o programa Microsoft Excel *versão* 2007. Utilizou-se um intervalo de confiança de 95%.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Como primeira etapa de análise, foi traçado o perfil sócio demográfico e o perfil dos fatores de risco para hipertensos, com o intuito de conhecer o grupo de usuários que fazem parte deste estudo. Sendo assim, foram observadas as variáveis de idade, sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação. Em seguida apresentaremos os dados referentes à presença de níveis pressóricos e hipertensão arterial identificados na amostra, antecedentes familiares, atividade física, alcoolismo, tabagismo e hábitos alimentares. A análise exploratória dos itens avaliados encontra-se exposta em gráficos para melhor compreensão dos resultados.

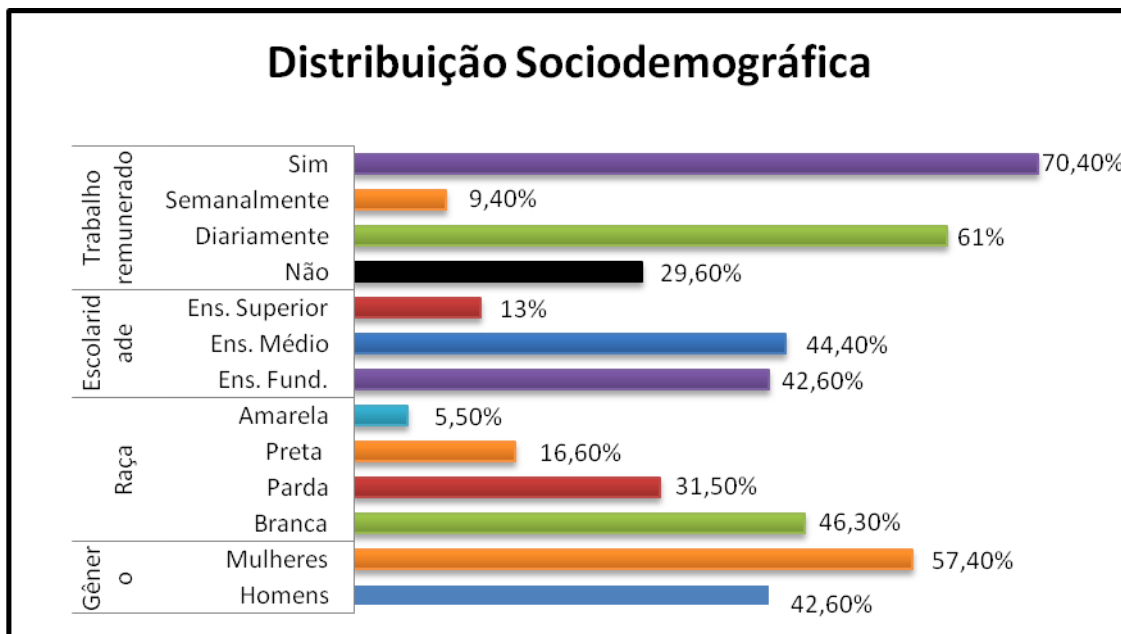


Figura 1 – Distribuição Sócio-demográfica dos resultados.

Fonte: Dados da Pesquisa - 2012

A população feminina obteve maior representatividade no estudo, juntamente com os de raça branca (50 pessoas, correspondendo a 46,30%) e parda (34 pessoas, que corresponde a 31,50%), de raça negra tivemos 18 entrevistados (16,60%) e 6 de raça amarela (5,50%), que ultrapassaram as médias nacionais e foram de encontro às literaturas que sempre colocam a população negra como a mais acometida. Segundo dados do Estudo Corações do Brasil, a porcentagem de sujeitos hipertensos (PA > 140/90 mmHg) é maior na população negra, abrangendo 34,8 % da população. Entre os Pardos/ Mulatos (as) a porcentagem é de 26,3%, Brancos 29,4 % e Amarelos 10% (SBC, 2010).

No entanto, em relação ao sexo feminino, isso não significa que o risco de ter a doença seja maior entre elas. A explicação para a diferença, segundo o Ministério da Saúde (M.S, 2011), é que o público feminino procura mais os serviços médicos que o masculino e, por isso, a prevalência é significativa entre elas. Por outro lado, a entrada definitiva da mulher no mercado de trabalho, a gestação em meio à prática de outras atividades, bem como a ocupação de funções outrora dita para homens, implicaram no aparecimento de patologias e fatores associados ao sexo feminino, requerendo assim maiores cuidados e atenção com relação aos seus níveis pressóricos.

Quanto à ocupação, renda familiar e escolaridade, que podem ser considerados indicadores de classe social, a hipertensão tem se mostrado mais frequente em

trabalhadores situados nas classes mais desfavorecidas e com menor escolaridade (DUNCAN, 1991). Entre os entrevistados, destacou-se aqueles que cursaram ou cursam o ensino médio, onde subentende-se que eles tenham um maior nível de instrução, informação e posicionamento mediante as condutas que visam o seu bem estar. A população com menos tempo de estudo e instrução, tende a não praticar exercícios físicos, alimentar-se mal, não procurar ajuda médica, o que acaba elevando as chances de desenvolver a doença hipertensiva. O fato de a maioria dos entrevistados trabalharem e terem jornadas de trabalho de quase 8 horas, contribui para o aumento do estresse, exaustão, alimentação desregrada, ausência de atividade física e assim, acabam predispondo o indivíduo a desenvolver a H.A, além dos antecedentes que cada um pode vir a apresentar.

A média final dos níveis pressóricos apontaram a P.A.S com 119,7 mmHg e a P.A.D 81,7 mmHg. Os maiores percentuais entre os valores foram, na P.A.S 66,7% (entre 90 e 120 mmHg) e na P.A.D 55,5% (entre 60 e 80 mmHg). Os valores considerados anormais e motivo de maior investigação e cuidados foram de 1,8% para aqueles com P.A.S acima de 150 mmHg e 2,8% para P.A.D acima de 100 mmHg, que felizmente encontram-se abaixo dos níveis de outras pesquisas, literaturas e que fizeram-se mais prevalentes em indivíduos do sexo feminino e de raça branca.

Nesse estudo foram realizadas três mensurações da pressão arterial num único atendimento, que demonstraram um comportamento decrescente, concordando com alguns autores, em que o número de aferições proporciona diminuição na prevalência dos níveis pressóricos elevados, visto que o fator ansiedade durante a aferição pode interferir na medida. Para tanto, utilizou-se a terceira medida de pressão arterial, já que Borges et al. (2007), indica ser tal medida a mais representativa dos níveis pressóricos basais.

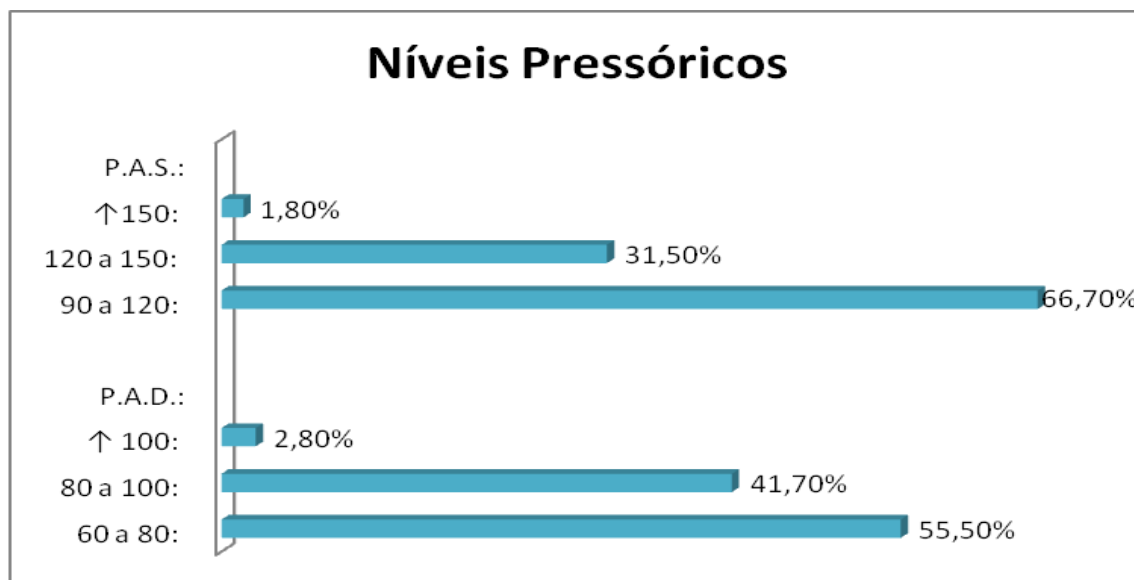


Figura 2 – Proporção de níveis pressóricos entre os entrevistados.

Fonte: Dados da Pesquisa – 2012

No Brasil, estudos de base populacional que estimam a hipertensão arterial por meio de níveis pressóricos elevados ainda são escassos, sendo assim, utilizamos para comparação estudos que abordam a doença, uma vez que esses níveis estão associados a ela. Mas há dois estudos que, apesar de serem antigos, mostram-se completos: o estudo realizado com a população de Volta Redonda-Rio de Janeiro, que utilizou o critério adotado pela OMS, na ocasião com pontos de corte de P.A de 160/95 mmHg, evidenciou uma prevalência baixa de H.A (2,9 %) (KLEIN, 1985), e o outro (ALMEIDA, 1978), realizado com estudantes entre 16 e 25 anos de idade na cidade de Botucatu–São Paulo, com pontos de corte de PA de 140/90 mmHg, que evidenciou uma prevalência de 5,04 %.

Quanto à H.A, 23 (21,3%) afirmaram tê-la enquanto que 85 (78,7%) dos pesquisados apresentaram índices de normalidade da pressão arterial. Destes, os considerados hipertensos faziam uso de medicação anti-hipertensiva como: Captopril, Atenalo, Losartano, Inalopril, Hidroclorotiazida, Anlodipina, Corus, Diovan, Indapen, Propanolol, Cardiozepina. Outros 4 (17,39%), não souberam relatar qual o fármaco utilizado no seu tratamento. O mau uso de medicamentos pela população é um problema fortemente enraizado no Brasil e pode causar sérios danos à saúde dos usuários.

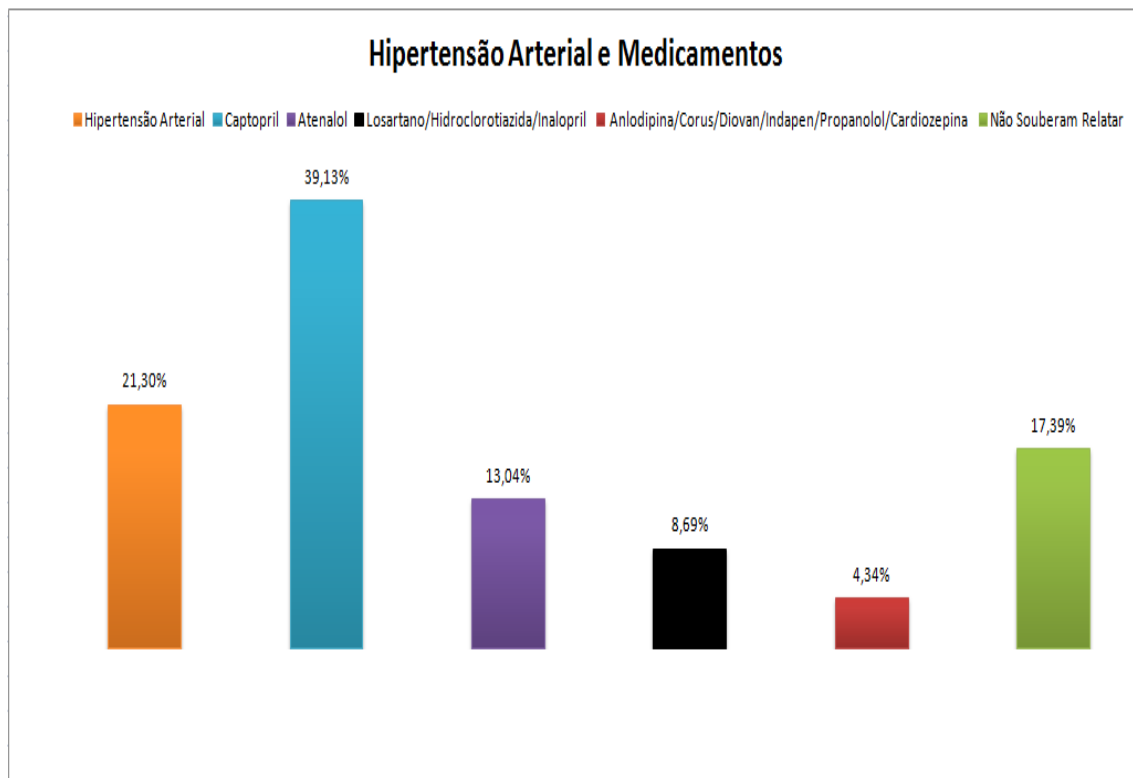


Fig. 3 – Distribuição de hipertensos segundo medicamentos mais utilizados.

Fonte: Dados da Pesquisa - 2012

A prevalência dos hipertensos está abaixo da média estipulada para a população adulta brasileira (22,7%), mas, uma vez que a doença avança com o passar dos anos já se torna, desde então, motivo para maior investigação, tratamento e orientação. Além disso, os usuários hipertensos costumemente fazem uso da prática da automedicação, que pode significar desequilíbrio orgânico, insensibilidade aos medicamentos, alergias ou até mesmo a morte, além do aspecto econômico causado pelo uso desnecessário de medicamentos e o emprego errado do seu dinheiro.

Diante desses dados, o Governo Federal viu a necessidade de criar um programa que, através de um sistema pudesse cadastrar e acompanhar pessoas hipertensas e diabéticas. Sendo assim, criou-se em 04 de março de 2002, através da Portaria nº 371/GM, o programa Hiperdia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Hiperdia é um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes de Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de (SUS). Além do cadastro, o sistema permite acompanhar e monitorar de forma contínua a qualidade clínica da população assistida e garante o recebimento dos medicamentos prescritos (para Hipertensão – Captopril 25mg, Hidroclorotiazida 25mg e Propranolol

40mg), ao mesmo tempo em que, em médio prazo, pode se definir um perfil epidemiológico da população e conseqüentemente desenvolver políticas de saúde pública que levem à modificação do quadro atual e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (DATASUS, 2006).

Em relação aos antecedentes familiares, os entrevistados foram perguntados quanto à presença de quadros de H.A e Diabetes Mellitus na sua família, obtendo assim os valores de 82,4% e 55,5%, respectivamente. O estudo também se preocupou com o histórico de patologias cardiovasculares, onde: 38% responderam ter casos de Infarto Agudo do Miocárdio (I.A.M) e 41,7% Acidente Vascular Cerebral (A.V.C), para parentes de primeiro e segundo graus.

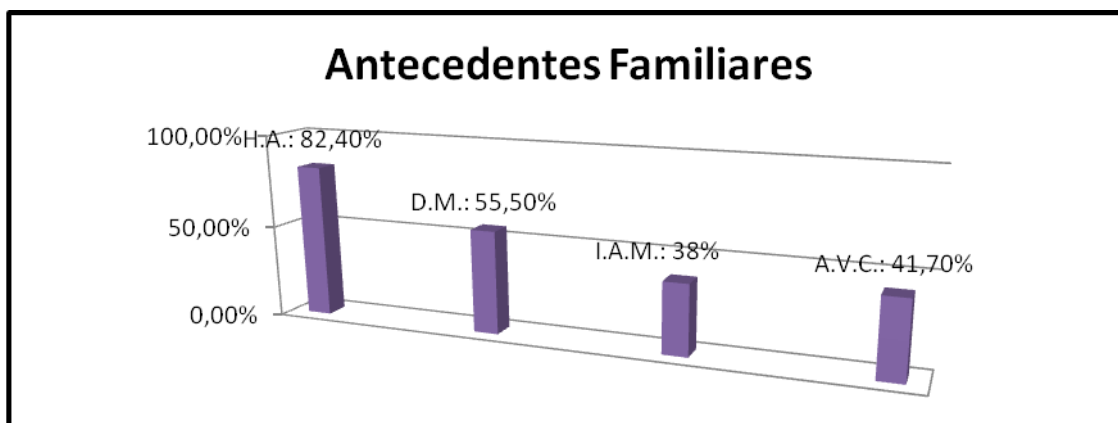


Figura 4 – Distribuição dos antecedentes familiares.

Fonte: Dados da Pesquisa – 2012

Os antecedentes familiares fizeram-se presentes no estudo, alertando assim para as conseqüências que os mesmos trazem bem como para maior investigação por parte dos indivíduos que tem na família uma predisposição à instalação de determinadas patologias, uma vez que a intervenção precoce seguida de tratamento evitará a instalação da H.A e dos conseqüentes picos hipertensivos. É fato reconhecido, entretanto, que a presença de antecedentes familiares para diabetes, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, e para doenças cardiovasculares tem relevância para o subseqüente desenvolvimento de tais enfermidades (LAUER, 1991).

O aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (D.C.N.T's), na qual a hipertensão e diabetes estão incluídas, torna clara a necessidade de um modelo de atenção à saúde, capaz de contemplar e integrar ações eficazes para seu controle e prevenção, onde se deve incorporar na agenda de saúde pública e nas políticas de saúde do Brasil, o controle e prevenção das D.C.N.T's, enfatizando a necessidade de estruturar

ações de educação em alimentação e nutrição, capazes de alcançar de modo eficaz todos os estratos econômicos da população.

De acordo com Rosini, Machado e Xavier (2006) são de reconhecida importância a participação dos múltiplos fatores de risco (F.R) no desenvolvimento das doenças cardiovasculares, implicados diretamente na gênese, progressão e ocorrência dos eventos cardiovasculares futuros. Opinião semelhante à de (GORDON e KANNEL, 1986 apud IRWIN; TECKLIN, 2003) que cita, ainda, fatores como hipertensão, tabagismo, colesterol ou triglicérides sérico elevado, tolerância anormal à glicose, estilo de vida sedentário, histórico familiar de doença coronariana, idade e sexo masculino são fatores que, isoladamente ou em combinação aumentam o risco de transtornos cardiovasculares, não somente em adultos jovens, mas também em outros grupos etários. Em concordância a este autor encontramos parcela importante de adultos jovens que apresentam fatores de risco associados que podem, em conjunto ou isoladamente, predispor à maior risco cardiovascular e outras patologias associadas.

A realização de atividades físicas está relacionada com um estilo de vida saudável, e foi constatado que 64 (59,3%) não praticam nenhum tipo de atividade física, restando somente 44 (40,7%) praticantes, com maior destaque para as atividades praticadas diariamente que corresponderam a 24%.

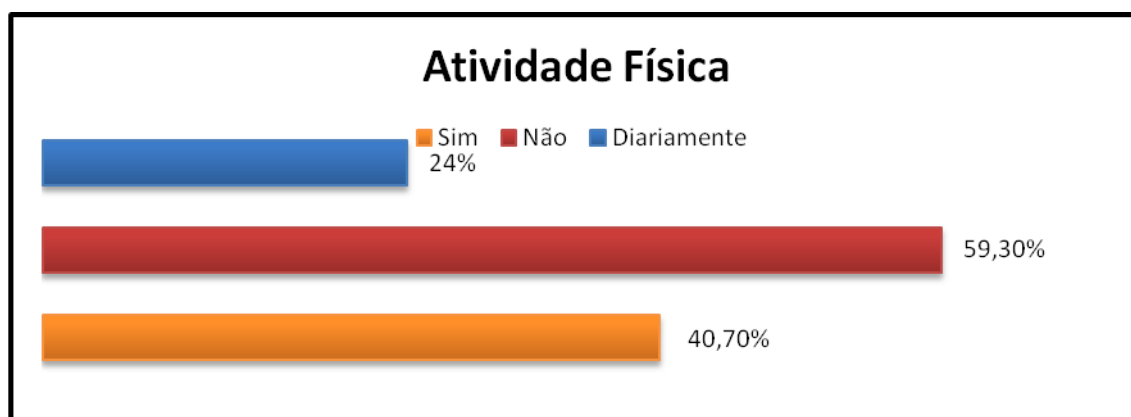


Figura 5 – Prática de exercício físico.

Fonte: Dados da Pesquisa - 2012

Segundo Monteiro e Filho (2004) o sedentarismo também constitui importante fator de risco, já estando bem estabelecida a ocorrência de maior taxa de eventos cardiovasculares, H.A e maior taxa de mortalidade em indivíduos com baixo nível de condicionamento físico. Segundo Plavnik et al. (2002), a prática de exercícios físicos também auxilia na redução da pressão arterial, a falta da atividade física é um fator de risco para doença cardiovascular, sendo responsável por aproximadamente a 12% do

total de mortes. “Um estilo de vida sedentário é um dos fatores de risco para hipertensão” (WOODS, 2005).

É sabido que o sedentarismo aumenta a incidência de H.A, indivíduos sedentários apresentam risco 30% maior de desenvolver H.A que os ativos (V Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2006). Outro fato alarmante é a irregularidade da oferta dos exercícios, desenvolvida por aqueles que representam os 40,7% que praticam alguma atividade física, os intervalos bem como a frequência não obedeceram a um padrão considerado eficaz e ideal para atender às necessidades anti-hipertensivas e sedentárias. Para Plavnik et al. (2002), é indicado exercícios isotônicos, como caminhadas, natação e ciclismo, a frequência dos exercícios físicos devem ser de 3 a 6 vezes por semana, por um período de 30 a 60 minutos.

A falta de exercício físico entre os entrevistados, pode implicar o aparecimento de outras patologias, além do ganho de peso. O aconselhamento de pacientes hipertensos com excesso de peso a respeito da redução do mesmo é importante, como medida preventiva e como tratamento independente ou complementar para H.A, cabendo também à enfermagem fazer o trabalho de orientação, monitoração de índice de massa corporal (IMC), condições de dieta, medição de circunferência abdominal, direcionamento para especialistas, entre outras intervenções, buscando sempre a melhoria do estado geral do paciente e o uso de meios que interveiam antes da instalação de patologias associadas.

Hábitos de vida como alcoolismo e tabagismo foram investigados, uma vez que o papel do uso crônico do álcool e tabaco implica em maior risco cardiovascular e consequentemente afeta a P.A dos indivíduos, resultando no aparecimento de níveis pressóricos além da normalidade. De acordo com Bastos (2002), a prática do tabagismo dobra a possibilidade de doença coronariana e quando associado à hipertensão arterial quadriplica este risco. Nas últimas décadas, o consumo de álcool em níveis elevados vem sendo apontado como fator de risco para um número crescente de doenças (BRODY, 1978). Dentre estas doenças, as doenças cardiovasculares assumem um papel de maior destaque, em particular AVC e a H.A (CLARK, 1984).

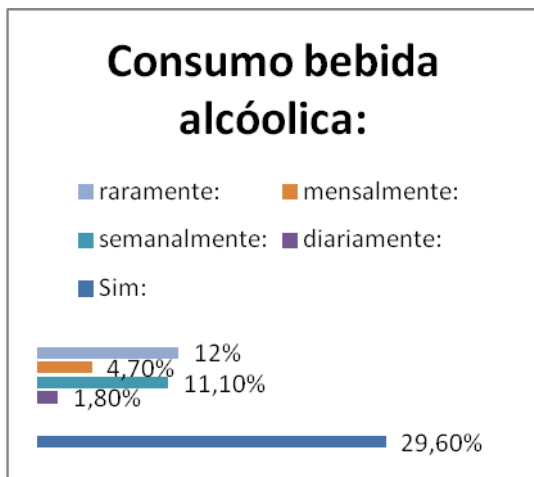


Fig. 6 - Consumo de bebida Alcoólica.
Fonte: Dados da Pesquisa – 2012

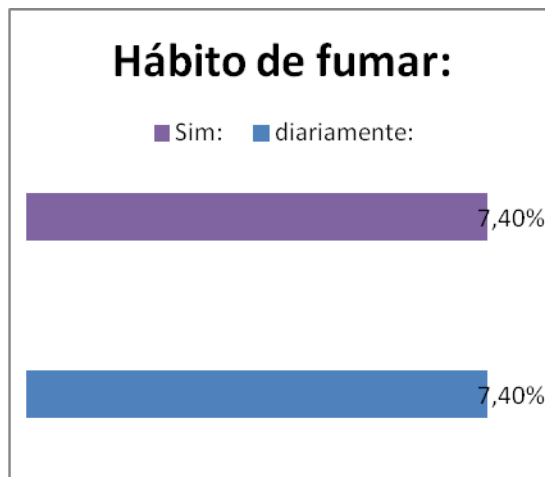


Figura 7 – Tabagismo.
Fonte: Dados da Pesquisa – 2012

Os hábitos alimentares também foram investigados e com eles constatou-se o hábito de ingerir alimentos preparados com excesso de sal, juntamente com um intervalo mínimo de 3h ou mais entre as refeições, para 82,4% dos entrevistados.

Atualmente, essa atenção (acompanhamento) é realizada pelo enfermeiro e pela equipe de saúde nos diferentes níveis de atendimento da rede de Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no nível primário, que tem como objetivo acompanhar o portador de pressão alta orientando e oferecendo informações pertinentes ao novo estilo de vida que a patologia exige (BRASIL, 2002). A prevenção primária da elevação da pressão arterial, bem como do risco de um evento cardiovascular pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida que incluam o controle do peso, do hábito de fumar e da prática de atividade física regular.

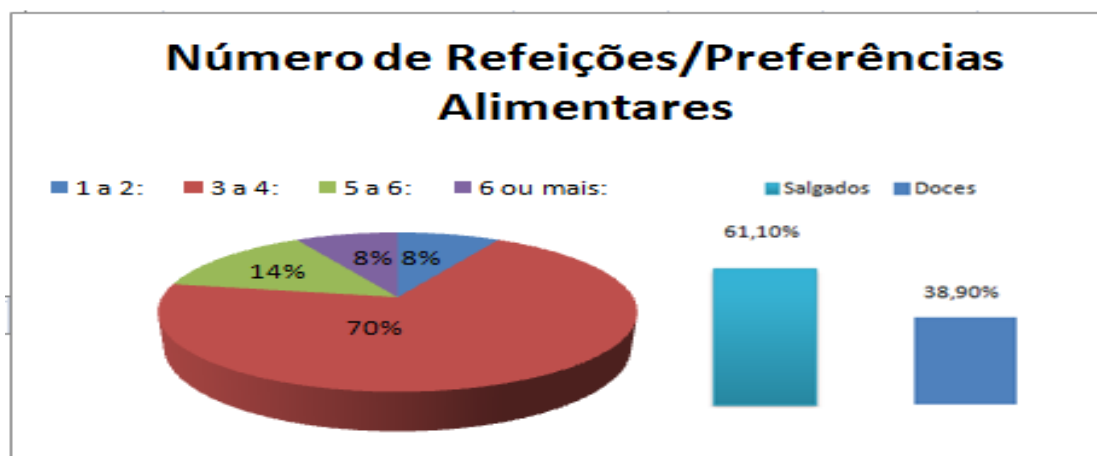


Figura 8 – Número de refeições e preferências alimentares.
Fonte: Dados da Pesquisa – 2012

A adoção de hábitos alimentares saudáveis é componente importante na prevenção primária da H.A e de outras D.C.N.T (KRAUSS, 2000). O consumo de alimentos rico em sal, pela maioria dos entrevistados, reflete a falta de acompanhamento nutricional dos usuários. O sal (cloreto de sódio - NaCl) é há muito tempo considerado importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial.

A restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral. De acordo com Woods et al. (2005), o JNC VI (VI Joint National Committee) e Carpenito (1999), recomenda-se uma meta de ingestão de sódio de não mais que 100 mmol por dia, o que é equivalente a aproximadamente 6g de cloreto de sódio ou 2,4g de sódio por dia.

A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade. Em população urbana brasileira, foi identificada maior ingestão de sal nos níveis socioeconômicos mais baixos (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006).

O consumo de alimentos doces, também merece uma maior atenção, já que atingiu a preferência de 38,90% entre os entrevistados. A prevalência de H.A em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que em não diabéticos, e adultos diabéticos que chegam aos 65 anos sem H.A, têm aproximadamente 90% de chance de se tornarem hipertensos (MCKEOWN, 2002).

A importância de manter uma dieta com níveis aceitáveis de sal, bem como de açúcares, passa a ser um desafio mais que preciso ao grupo de pacientes com H.A, cientes de que o seu consumo desenfreado pode levá-los ao desenvolvimento de patologias associadas e a elevação dos seus níveis pressóricos. Cabendo aos mais diversos níveis da atenção, uma maior investigação no momento que o paciente procura o serviço, seja ela na consulta médica ou de enfermagem. Traçando novos meios para substituição ou diminuição do sódio na dieta, introdução de novos alimentos e informações que encorajem o paciente na sua mudança de hábitos alimentares.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que a existência de alta prevalência de fatores de risco (isolados ou em associação) nos indivíduos avaliados os torna mais susceptível a

eventos cardiovasculares e coronarianos, bem como ao desenvolvimento da H.A e ao consequente aparecimento de picos hipertensivos, paralelo a isso, ainda temos o fato de que o avançar da idade dessa população, associada a estes fatores de risco é uma combinação sabidamente perigosa e que precisam da intervenção precoce e diretiva.

Em vista do exposto, as intervenções da enfermagem, tornam-se indispensáveis à implementação de ações básicas de diagnóstico precoce, educação em saúde, bem como o controle destas condições através dos seus clássicos fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento, especialmente no nível primário, uma vez que o mesmo representa menos gastos e maior eficácia na investigação, já que possibilita um maior diálogo paciente/profissional e o acompanhamento através das atividades e programas ali desenvolvidos.

Pode-se apontar como estratégia para reduzir a prevalência de níveis pressóricos elevados à ampliação do acesso à atenção básica, o incentivo à educação popular em saúde, o estímulo à adesão da família ao tratamento, a garantia à alimentação adequada, evitando assim o sobrepeso, sedentarismo, o diabetes mellitus. Além da prevenção do hábito do tabagismo e o uso de álcool abusivo e incentivando a prática regular de atividade física. Para isso, é fundamental a reorganização do cuidado primário fundamentada na integração de uma equipe multiprofissional, com competências definidas e centradas no binômio médico–enfermeiro, como é o caso do PSF.

Para a facilitação deste processo, os enfermeiros contam com o programa instituído pelo ministério da saúde, o Programa de Saúde da Família, que tem como objetivo a promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2007). As intervenções realizadas pelo enfermeiro, no âmbito da atenção básica, em relação à hipertensão arterial, conseguem demonstrar de forma clara, a real necessidade de prevenção e promoção da saúde, pois somente a prevenção, o controle e a eficácia na detecção da doença poderão diminuir a incidência, como também a possibilidade de complicações tardias.

É fundamental que mais estudos epidemiológicos sobre a hipertensão arterial sejam conduzidos no Brasil, visando à construção do conhecimento sobre os níveis pressóricos e fatores de risco dos diversos estratos populacionais, a fim de se planejarem intervenções mais eficazes. Com o objetivo de incentivar, cada vez mais, políticas de saúde pública que intervenham na identificação e no tratamento precoce a fim de diminuir a prevalência da implantação da doença arterial sistêmica, visto que o

tratamento é oneroso para o Sistema de Saúde vigente e que mais vale a prevenção que o consequente cuidado ao portador desta patologia.

ABSTRACT

The present study aims to evaluate the incidence of hypertensive peaks of the populations served in health care and citizenship promoted by the Itinerant Laboratory (Labit) of the State University of Paraíba - UEPB. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative approach. We followed the blood pressure measurements at rest in the actions that occurred during the period February to May 2012 and totaled 108 calls. Data collection mustered the semi structured questionnaire to obtain the blood pressure values was used sphygmomanometer duly calibrated and reviewed prior to handling. The study worked the incidence of hypertension, risk factors and nursing performance by installing the framework hypertensive, prompting not only the young adult population (focus of the work), but also all hypertensive patients. The results do not implied values worrying surge in hypertensive population attended (with mean values were 119.7 mmHg to 81.7 mmHg in SBP and DBP, and 1.8% had values above 150 mmHg systolic and 2.8% diastolic values above 100 mmHg), but turned on the alert for some risk factors, habits (smoking, alcoholism, poor nutrition) and family history, which can unleash it, since the average age of respondents ranged from 18 age 39 and that hypertension increases with advancing age. As regards hypertension, 23 (21.3%) reported having it while 85 (78.7%) of respondents had normal levels of blood pressure. Early intervention followed by a multidisciplinary monitoring then become indispensable for the identification and treatment of hypertension before the development of associated pathologies and incapacity prior populations affected by them. New studies on this topic allowed new horizons not only for research, but mostly for more performances and interventions at national level.

KEYWORDS: Hypertension. Risk Factors. Shares of Health

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, D. B. et al. **Estudo comparativo de pressão arterial e da prevalência de hipertensão arterial em duas coortes sucessivas (1975-1976) de estudantes de 16 a 25 anos, Botucatu, SP, Brasil.** Rev. Saúde Públ., S. Paulo, v. 12, p.497-505, 1979.
2. ARAUJO, T.L. **Medida indireta de pressão arterial: caracterização do conhecimento do enfermeiro.** São Paulo, 1994. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
3. BASTOS, D. S. **Cuidando de pessoas portadoras de hipertensão arterial: contribuindo para a superação dos déficits de autocuidado.** Trabalho de conclusão do curso (Mestrado em enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
4. BEEVERS, D. G. & MACGREGOR, G. A. **Hypertension in practice.** London, Martin Dunitz, 1987.
5. BORGES, L.M, PERES, M.A, HORTA, B.L. **Prevalência de níveis pressóricos elevados em escolares de Cuiabá, Mato Grosso.** Rev Saude Publica. 2007; 41:530-8.
6. BUENO, O.M.L.; VIANNA, F.M. **Proposta para elaboração de um programa de orientação na prevenção secundária da doença coronariana.** Trabalho apresentado no Instituto Dant e Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, 1998. p. 2-15.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica; 16/ Série A. Normas e Manuais Técnicos).
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenadoria Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília; 2006.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardio-vasculares. **Controle de hipertensão arterial: urna proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro, CDCV/NUTES, 2011.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: 26 Maio. 2012.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Programa Hipertensão**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807> Acesso em: 23 março. 2012
12. BRODY, J.A.; MILLS, G.S. **On considering alcohol as risk factor in specific diseases**. Am J Epidemiol 1978;107(6):462–466.
13. CARPENITO L.H, **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 6a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
14. CLARK, L. **Alcohol use and hypertension: clinical considerations and implications**. Postgrad Med 1984;75(8):273–276.
15. DUNCAN, B.B. **As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não- transmissíveis**. Porto Alegre, 1991. [Tese de Doutorado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre].
16. GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
17. HAMILTON, W.F. et al. **Pressure pulse contours in the intact animal I: analytical description of a high frequency hypodermic manometer with illustrative curves on simultaneous arterial and intracardiac pressures**. Am.J.Physiol., v.107, p.427-40, 1934.
18. IRWIN, S.; TECKLIN, J. **Fisioterapia Cardiopulmonar**. 3ª edição São Paulo, 2003. Manole.
19. JOINT National Committee on Detection, **Evaluation and Treatment of High Blood Pressure**; the 1988 report-4th report. Arch. int. Med., v.148, p.1023-38, 1998.
20. KLEIN, C. H. **Hipertensão arterial em estratos socioeconômicos do Rio Grande do Sul**. Rio de Janeiro, 1981. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].
21. KLEIN, C. H. et al. **Inquérito epidemiológico sobre hipertensão arterial em Volta Redonda, RJ**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.1, p. 58-70, 1985.
22. KRAUSS, R.M.; ECKEL, R.H.; HOWARD, B.; APPEL, L.J.; DANIELS, S.R.; DECKELBAUM, R.J.; et al. **AHA dietary guidelines: revision 2000: A statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association**. Circulation. 2000;102:2284-299.

23. LAMAS, JLT. **Medida da pressão arterial em locais alternativos: comparação de valores diretos e indiretos em função da largura do manguito** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
24. LAUER RM. **A family history of risk factors and cardiovascular diseases.** *Circulation* 84: 1445-1446, 1991.
25. LOLIO, C. A. de et al. **Decline in cardiovascular disease mortality in the city of S. Paulo, Brazil, 1970 to 1983.** *Rev. Saúde públ., S. Paulo*, v.20, p. 454-64, 1990.
26. MCKEOWN, N.M.; MEIGS, J.B.; LIU S.; WILSON, P.W.F.; JACQUES, P.F.; **Whole-grain intake is favorably associated with metabolic risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease in the Framingham Offspring Study.** *Am Clin Nutr.* 2002;76:390-98.
27. MONTEIRO, Maria de Fátima and SOBRAL FILHO, Dário C.. **Exercício físico e o controle da pressão arterial.** *Rev. Bras. Med Esporte* [online]. 2004, vol.10, n.6, pp. 513-516. ISSN 1517-8692.
28. National Institutes of Health. **The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.** Washington DC; 1997. (NIH, Publication N° 98-4080).
29. OIGMAN, W. **Bases hemodinâmicas da hipertensão arterial.** *Arq. Bras. Cardiol.*, v.49, 303-8, 1987.
30. PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO S.M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2006; 15 (1): 35-45. – norte brasileiro
31. PLAVNIK, F.L. & JÚNIOR, O. K. **Hipertensão arterial.** *Revista Brasileira de Medicina*, v. 59, n. 12, p. 49-60, dez., 2002.
32. ROBERTS, J. Hypertension in adults 25-74 years of age, United States, 1971-1975. **Vital Hlth Statist. Ser., v.11**, 1991.
33. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. - BRUNER & SUDDARTH - **Tratado de enfermagem medicocirúrgico.** 10. ed..Rio de Janeiro:Ganabara Koogon, 2005.
34. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretriz de Pressão Arterial.** *Arq. Bras. Cardiol.* v.95, p.8-9, 2010.
35. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** [Internet]. [citado 2006 Nov 27]. Disponível em: http://www.sbn.org.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf

36. VIGITEL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** [Internet]. [citado 2011]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_10_0412.pdf
37. WOODS, S.; SIJARAM, E.; MOTZER, S. **Enfermagem em Cardiologia.** Barueri: Manole, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
LABORATÓRIO ITINERANTE-LABIT

“Avaliação de incidência de picos hipertensivos na população jovem atendida nas ações de saúde do Labit”

Data: ____/____/____ Entrevistador: _____ Local: _____

Dados de identificação: Sexo: (1) M (2) F

Idade: _____

Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) NS/NR

Escolaridade: _____

Possui Hipertensão Arterial Sistêmica?

(1) Sim (2) Não

Se sim, faz uso de medicação?

(1) Sim (2) Não Qual? _____

Possui Diabetes Mellitus?

(1) Sim (2) Não

Se sim, faz uso de medicação?

(1) Sim (2) Não Qual? _____

Antecedentes familiares:

Doença hipertensiva: (1) Sim (2) Não

Diabetes mellitus: (1) Sim (2) Não

Infarto Agudo do Miocárdio: (1) Sim (2) Não

Acidente Vascular Cerebral: (1) Sim (2) Não

Hábitos alimentares:

Número de refeições ao dia: () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 a 6 () 6 ou mais

Qual o intervalo de tempo entre uma refeição e outra: () 1h () 2h () 3h ou mais

Prefere os alimentos doces ou salgados: _____

Estilo de vida:

Faz uso de bebida alcoólica? (1)Sim (2)Não

Qual a frequência: ()diariamente ()semanalmente ()mensalmente ()raramente

Fuma? (1)Sim (2)Não

Qual a frequência: ()diariamente ()semanalmente ()mensalmente ()raramente

Pratica exercício físico? (1)Sim (2)Não

Qual a frequência: ()diariamente ()semanalmente ()mensalmente ()raramente

Trabalha? (1)Sim (2)Não

Qual a frequência: ()diariamente ()semanalmente ()mensalmente ()raramente

Quantas horas por dia: ()1 a 2 ()3 a 4 ()5 a 6 ()6 a 7 ()8 a 9 ()9 ou mais

Níveis Pressóricos:

PAS 1: _____ PAD 1: _____

PAS 2: _____ PAD 2: _____

PAS 3: _____ PAD 3: _____

Média: _____

Comentário: _____

Crítica: _____

ANEXOS

ANEXO I



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ - REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB**PROJETO: CAAE N: 0702.0.133.000-11****DATA DA ENTREGA: 14/11/2011****PARECER**

- x **APROVADO**
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

TITULO: NIVEIS PRESSÓRICOS: avaliação de incidência de picos hipertensivos em populações atendidas pelo Laboratório Itinerante – LABIT**PESQUISADOR RESPONSÁVEL JUNTO AO SISNEP: Josefa Josete da Silva Santos**

PARECER: Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

Campina Grande, 19 de dezembro de 2011**Relator: 09**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Doralúcia', is written over a horizontal line.

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO II



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
LABORATÓRIO ITINERANTE - LABIT**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**NÍVEIS PRESSÓRICOS: avaliação de incidência de picos hipertensivos em populações atendidas pelo Laboratório Itinerante – LABIT**”, desenvolvido pelo aluno Gleidson Nayon Bezerra da Silva do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Josefa Josete da Silva Santos.

Campina Grande, 03 de setembro de 2011