

---

# Atendimento Primário em Enfermagem na Prevenção da Hipertensão Arterial

---

Paula Maria de Andrade Cabral

---

## Resumo

A hipertensão arterial é a elevação anormal da tensão arterial; é uma doença que leva ao óbito de forma silenciosa. A vida sedentária e o consumo alimentar inadequado, além de outros fatores, contribuem de maneira significativa para o seu desenvolvimento. Esta patologia tem um efeito a longo prazo, devido à ausência de lesão de órgão-alvo em sua fase incipiente. Por isso, torna-se necessário enfatizar os benefícios da terapêutica anti-hipertensiva. A prevenção leva à redução de casos de acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, diminuindo os efeitos exercidos, através da proteção dos órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e sistema vascular periférico. Esta contribuição é vital para uma melhoria da qualidade de vida da população, na maioria das vezes em fase produtiva.

## Introdução

O trabalho aqui apresentado relata a experiência de dois anos seguidos de atividades, na condição de acadêmica de enfermagem. O tema torna-se relevante, não só em função da alta incidência da hipertensão arterial em adultos que, em idade produtiva, passam a representar uma diminuição da força de trabalho efetiva com graves repercussões sociais, mas também pelo papel representativo da intervenção da enfermagem, quanto aos aspectos educativos e preventivos junto à população.

Este trabalho é resultante de dois anos em um Projeto Comunitário vinculado à Coordenadoria de Extensão da Escola de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques e à Presidência da FTESM.

Concretamente, temos os objetivos em relação ao corpo discente e à comunidade, assim descritos:

### **Objetivos Gerais:**

Constatar as principais patologias existentes nos pacientes da comunidade através da queixa principal, anotada em entrevista direcionada ao aparelho cardiovascular e complementada com as medidas de pressão arterial e frequência cardíaca.

### **Objetivos específicos:**

Para os pacientes da comunidade:

- Medir a pressão arterial e a frequência cardíaca da comunidade;

- Medir os pulsos radiais dos pacientes da comunidade quanto às variáveis:  
Regularidade, ritmicidade e sincronicidade;
- Detectar possíveis arritmias cardíacas;
- Detectar possíveis alterações cardiovasculares.

***Para o Corpo Discente:***

- Promover a integração ensino-trabalho, através de atividades de extensão, favorecendo o desempenho de habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas;
- Promover a integração entre alunos de diversos cursos de graduação da área da saúde;
- Contribuir, indiretamente, para a melhoria do desenvolvimento dos cursos de graduação da área da saúde;
- Estimular o corpo discente para o trabalho em comunidade;
- Desenvolver no aluno aptidão para a participação em trabalho de equipe multiprofissional.

Até então, os únicos acadêmicos a desenvolver o referido Projeto foram os do curso de graduação em medicina, desde janeiro de 1990.

A partir de maio de 1999, iniciou-se a participação de acadêmicos de enfermagem até dezembro de 2000, tendo sido atendidos 450 pacientes. Destes, 58% apresentaram hipertensão arterial, dos quais 18% desconheciam ser portadores da referida patologia. Com o decorrer das atividades, entre maio de 1999 e dezembro de 2000, percebeu-se com extrema clareza a complexidade das causas que podem conduzir ao processo da hipertensão arterial.

Apesar do grande progresso da ciência, esta patologia continua sendo insidiosa e de alta mortalidade. A mudança de hábito de vida do homem, de caçador-coletor, através dos anos, para uma vida sedentária e de consumo alimentar cada vez mais industrializado, tem contribuído para que a faixa etária que, antes era de sessenta e cinco anos de idade, hoje passe para trinta e cinco anos, independentemente de um índice considerável de adolescentes que já apresentam uma elevada pressão arterial.

Vários são os fatores que predispõem para a hipertensão arterial: vida sedentária, obesidade, hereditariedade, tabagismo, etilismo, alimentação incorreta e estresse. Estes fatores, isoladamente ou em conjunto, podem propiciar seqüelas do tipo lesões vasculares, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva, concomitantemente ou não com o enfarte agudo do miocárdio, arritmias cardíacas e o acidente vascular encefálico.

Estima-se, hoje em dia um índice de mais de trinta mil pacientes hipertensos, cujas referidas e possíveis seqüelas incapacitam os indivíduos, acarretando graves implicações sócio-econômicas, justamente na faixa etária de maior produtividade.

Outro aspecto de grande importância refere-se à conhecida dificuldade de acesso aos serviços ditos “de saúde” ou “apoio terapêutico”, o que retarda a detecção precoce da hipertensão arterial ainda em fase inicial, provocando a médio e longo prazo uma impossibilidade de retorno do paciente à vida produtiva. Associado a este quadro mórbido, junta-se a rede particular de saúde, privilégio de poucos, mesmo assim sem a necessária qualidade de atendimento na grande maioria das vezes.

É importante ressaltar que, pela sua insidiosidade, a hipertensão arterial não é facilmente percebida, pois o organismo adapta-se lentamente aos níveis pressóricos que aumentam gradativamente.

Desta maneira, o processo preventivo continua sendo de extrema importância, permitindo um rastreamento precoce de cada paciente atendido na comunidade.

Durante o desenvolvimento deste trabalho, percebeu-se a necessidade de um trabalho direto junto a cada paciente da comunidade, através de uma equipe multiprofissional de saúde, visando o atendimento integral ao indivíduo. A orientação, a informação e o envolvimento de todos neste processo é fundamental para a transformação de hábitos e atitudes dos indivíduos hipertensos.

### **Metodologia**

O projeto comunitário é desenvolvido, atualmente, em cerca de oito núcleos de atendimento em espaços cedidos pelas administrações das respectivas igrejas. Relacionando abaixo, discriminamos estes respectivos postos de atendimento, a saber:

- 1 – Paróquia de Nossa Senhora da Glória- Largo do Machado s/n;
- 2 – Igreja Metodista do Catete - Praça José de Alencar, 3;
- 3 – Paróquia Santíssima Trindade - Rua Senador Vergueiro, 181;
- 4 – Igreja de Nova Vida - Rua do Catete, 80;
- 5 – AMAL (Associação de Amigos e Moradores de Laranjeiras) - Rua Pinheiro Machado, 31;
- 6 – Paróquia do Sagrado Coração de Jesus- Rua Benjamin Constant, 42 ;
- 7 – Posto Garotinha - Sede de Ação Social da primeira Dama do Estado- Rua Euricles de Matos, 17;
- 8 – Igreja de São Judas Tadeu- Rua Cosme Velho, 470.

Iremos nos deter em relação ao núcleo de atendimento da Paróquia de Nossa Senhora da Glória, onde foi constatado ser um ótimo local para o trabalho a ser desenvolvido. Isso posto que, a amostragem local foi bastante significativa, aliada ao desempenho do trabalho de equipe com alunos dos cursos de graduação em farmácia, nutrição e medicina.

O aumento da demanda e a complexidade que é o ser humano, principalmente no que concerne aos fatores causadores das patologias cardiovasculares, levou-nos a um trabalho de integração de toda a equipe de saúde, visando um objetivo único e comum: o bem estar do paciente.

O projeto em apreço foi desenvolvido às terças-feiras, no horário entre 16 e 18 horas, com distribuição de senhas entre 15:30 e 17:00 horas. O usuário era, inicialmente, atendido pelos acadêmicos de medicina (anexo 1) e depois encaminhados para atendimento sequencial pelos acadêmicos de enfermagem (anexo 2), nutrição e de farmácia, com registro em prontuário próprio de todas as observações feitas e devidamente anotadas. Os usuários observados com positividade para hipertensão arterial e/ou propensos a desenvolvê-la eram encaminhados à equipe de enfermagem.

No que tange ao atendimento pela equipe de enfermagem, era realizada uma anamnese mais detalhada e direcionada sobre a história patológica pregressa, história familiar, além dos hábitos sociais e alimentares.

Com a autorização do usuário, era aplicado um questionário (anexo 3) objetivando pesquisar o grau de compreensão sobre a hipertensão arterial. Assim, iniciávamos um trabalho de orientação

pautado nas dúvidas e respostas dos usuários, objetivando uma melhor compreensão sobre os seguintes itens: a) patologia; b) importância do uso correto da medicação, sem interrupções; c) os riscos que a hipertensão arterial pode ocasionar, caso não seja tratada adequadamente; d) importância de uma alimentação correta; e) importância de uma boa ingestão hídrica e respectiva observação da sua eliminação (diurese); f) alerta sobre as possíveis conseqüências de uma vida sem exercícios (sedentarismo).

Com relação à metodologia, utilizamos pesquisa de campo e bibliográfica, com predominância da transmissão de conhecimentos, aliada ao debate com os usuários permitindo, não só uma efetiva participação dos mesmos, mas e, principalmente, objetivando um exercício de cidadania pela população-alvo.

Esta convivência permitiu-nos conhecer de uma maneira mais consistente a alienação da população em relação aos temas de saúde desenvolvidos e, principalmente, sobre a hipertensão arterial.

A realidade social foi comovente, incentivando-nos a esclarecer o assunto, utilizando a referida população estudada como amostragem para o desenvolvimento do presente trabalho. Assim, desenvolvemos uma abordagem, traçando um elo significativo na ampliação do conhecimento por parte dos usuários.

Dentre os recursos para o desenvolvimento deste trabalho educacional, destacou-se a necessidade do domínio da fisiopatologia e de recursos didáticos criativos com a finalidade de possibilitar ao usuário uma melhor percepção e compreensão do conteúdo dos temas abordados. Nessa concepção, percebeu-se que o aprendizado não pode ser compreendido de maneira mecânica, desvinculada da realidade de cada um dos usuários.

Destarte, ocorreu a contextualização das informações disponibilizadas pelos usuários junto com os dados fornecidos por toda equipe acadêmica. Diante disso, propusemos que os conteúdos a serem trabalhados pelos acadêmicos de enfermagem deveriam ser direcionados para cada usuário, individualmente.

Essa relação mostrou-se necessária para que, ao mesmo tempo em que ocorria a transmissão do conhecimento, procedia-se o redirecionamento da sua elaboração, visando a absorção de novos conhecimentos. O resultado dessa relação dialética resultou na busca de aplicação do conhecimento apreendidos pelos acadêmicos de enfermagem e respectiva assimilação do conteúdo exposto pelos usuários na execução das informações para melhoria de sua qualidade de vida.

## Capítulo I

### *1. Hipertensão Arterial*

Antes de outros comentários é preciso enfatizar os benefícios da terapêutica anti-hipertensiva. A prevenção leva à redução de casos de acidente vascular encefálico e de infarto agudo do miocárdio, diminuindo os efeitos exercidos, sobretudo protegendo os órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e sistema vascular periférico. A primeira preocupação relacionada à falta de adesão de muitos usuários referiu-se à falta de esclarecimento sobre hipertensão arterial e de suas conseqüências em relação a morbi-mortalidade, assim como o benefício proporcionado pelo tratamento adequado.

A patologia da hipertensão arterial tem um efeito a longo prazo, sob forma subreptícia, assintomática, conseqüência de ausência de lesão de órgão-alvo em sua fase incipiente. Justamente, devido a essa realidade, tornou-se bastante difícil conscientizar o paciente propenso a desenvolver hipertensão arterial.

Acreditamos que o assunto se reveste de extrema importância, necessitando ser equacionado de imediato, uma vez que o diálogo continua sendo a principal ferramenta de trabalho para o sucesso de qualquer modalidade de prevenção e tratamento. Esse é um desafio complexo na rotina de atendimento do projeto comunitário, já que se torna muito difícil convencer o portador de uma patologia que não provoca manifestações e sua fase inicial. Daí o papel essencial da enfermagem que, ao confirmar o diagnóstico, deverá expor as informações necessárias para que o usuário hipertenso ou candidato a hipertenso compreenda a gravidade das repercussões tardias da doença, podendo, assim, assumir as devidas responsabilidades sobre os cuidados a serem implementados em benefício de seu próprio bem-estar.

A hipertensão arterial é a elevação anormal da tensão arterial. A tensão arterial é definida por dois valores que são medidos em uma artéria de grosso calibre, geralmente a braquial, na dobra entre o braço e o antebraço. O valor mais elevado coincide com a contração do ventrículo esquerdo do músculo cardíaco, sendo denominada sístole, enquanto que o valor menor refere-se ao relaxamento desta mesma estrutura, equivalendo à diástole.

A tensão arterial depende de três fatores básicos, a saber: a) contratilidade miocárdica e quantidade de sangue ejetado; b) força de tensão e elasticidade das paredes das grandes artérias; c) resistência das arteríolas. Uma anomalia em qualquer um desses fatores, poderá concorrer para que haja uma elevação da tensão arterial acima dos índices de normalidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, é considerada em um adulto, pressão arterial normal quando as medidas situam-se entre 140 x 90 mmHg e hipertensão arterial quando as medidas estiverem superiores a 160 x 95 mmHg.

Segundo Carneiro e Couto, pacientes com valores limítrofes entre 140 x 90 e 160 x 95, apresentam risco dobrado de desenvolver doença cardiovascular em um período de aproximadamente 18 anos, em relação às pessoas com níveis pressóricos normais. É importante observar que um adulto jovem em repouso poderá apresentar comumente níveis pressóricos de 120 x 80 mmHg.

**1.1 - Hipertensão sistólica e diastólica;  
Hipertensão essencial; hipertensão secundária;  
Classificação**

a) por nefropatia: glomerulonefrites (todas as fases); glomerulites; pielonefrite crônica; nefrite intersticial (por analgésicos); nefrite por irradiação; nefrite familiar; rins policísticos; hipoplasia congênita de rim; obstrução de vias excretoras (hidronefrose); tumores de rim; doenças metabólicas com comprometimento renal (diabete melito, hiperuricemia, hipercalcemia, amiloidose, perfiria etc.); doenças do conectivo (poliarterite nodosa, lúpus eritematoso, esclerodermia).

b) por déficit de perfusão renal (hipertensão renovascular): estenose de artéria renal; ptose renal; aneurisma de artéria renal; malformação vascular congênita do rim; fístula arteriovenosa; infarto renal; compressão extrínseca do pedículo renal; fibrose retroperitoneal.

c) por distúrbios na secreção adrenal: tumores cromafínicos; hiperaldosteronismo primário; síndrome de Cushing; tumor de córtex adrenal; síndrome de Eberlein e Bongiovani; síndrome de Biglieri.

d) neurogênica: poliomielite bulbar; hipertensão endocraniana; disautonomia familiar (síndrome de Riley-Day).

e) iatrogênica: uso de anticoncepcionais; uso de glicocorticóides.

f) miscelânea: toxemia gravídica; coarctação da aorta; mixedema; acromegalia; intoxicação por sódio, chumbo, alcaçuz.

**Hipertensão Sistólica:**

Condições associadas ao aumento do débito cardíaco: bloqueio A-V total; insuficiência aórtica; persistência de ducto arterial; hipertireoidismo; fístula arteriovenosa; febre; doença de Paget; anemia.

Devida à diminuição da elasticidade dos grandes vasos: aterosclerose.

O adulto, na sociedade, em condições fisiológicas, geralmente tende a exibir pressão arterial mais elevada à medida que envelhece. Por isso, para os mais idosos (65 anos ou mais), consideram-se níveis de normalidade valores iguais ou inferiores a 160 x 95 mmHg.

Habitualmente, no quadro hipertensivo, verifica-se elevação tanto da pressão sistólica como da diastólica, porém, em quadros nosológicos específicos encontra-se apenas hipertensão sistólica. Em cerca de 10% dos hipertensos a causa é determinada e a hipertensão é chamada de secundária; na maioria dos casos, no entanto, sua etiologia não é evidenciada, e então, é dita hipertensão essencial ou primária.

Admitiu-se classicamente o aumento da resistência vascular periférica como fator principal da hipertensão arterial. Sabe-se hoje, no entanto, que padrões hemodinâmicos bem caracterizados podem ser estabelecidos para diferentes tipos de hipertensão, com aspectos próprios em estádios diversos da doença e, também, em decorrência da idade do indivíduo. Assim, na hipertensão essencial em jovens, em fase inicial há aumento do débito cardíaco, sendo norma a resistência vascular periférica total, enquanto nos idosos, com hipertensão antiga, o débito cardíaco é normal ou diminuído e a resistência é aumentada.

Para a determinação não-invasiva da pressão arterial necessita-se de um esfigmomanômetro e de um estetoscópio. O esfigmomanômetro é composto por manômetro e manguito inflável. Os manômetros podem ser de coluna de mercúrio ou aneróide, calibrados de 0 a 300 mmHg. O manguito deve ter a largura da braçadeira adequada à circunferência dos membros. Assim, as dimensões mais frequentemente utilizadas são: em crianças 8 a 9 cm; em adultos 12 cm e em indivíduos obesos ou para determinações em membros inferiores, 18 cm. Em relação ao comprimento, deve ser suficiente para circundar uma ou duas vezes o braço ou coxa. A insuflação do manguito deve ser feita de maneira regular e uniforme, tomando-se o cuidado de esvaziar-lo até o nível zero antes de se proceder à nova determinação.

A braçadeira deve ser colocada convenientemente ajustada ao braço ou à coxa de modo que a insuflação de câmara pneumática comprima uniformemente as partes moles e as paredes arteriais. Nos membros superiores o manguito é colocado mantendo-se sua borda inferior à cerca de 4 a 5 cm da prega cubital, e nos membros inferiores a 10 cm acima da dobra do joelho, com o indivíduo em decúbito ventral.

As avaliações preliminares devem ser realizadas por palpação, elevando-se a pressão do manguito a um nível de aproximadamente 30 mmHg acima do ponto em que o pulso radial desaparece, evitando-se, porém, dor ou vasoconstrição, que podem falsear os resultados. Diminui-se a pressão do sistema a uma razão de 2 a 3 mmHg/segundo, considerando-se à volta dos batimentos palpáveis como o nível da pressão sistólica. Para a ausculta, coloca-se o estetoscópio na prega do cotovelo ou cavo poplíteo, comprimindo-se levemente a artéria umeral ou poplíteia e insuflando-se o manguito. A descompressão deve ser gradual, até permitir a iniciação do fluxo arterial bloqueado, ouvindo-se então os ruídos de Korotkoff, que determinam as seguintes fases:

Fase I – Quando o jato de sangue entra subitamente no vaso, produz o primeiro ruído, inicialmente grave e tornando-se gradualmente mais agudo e intenso.

Fase II – À medida que diminui a pressão no manguito aumenta o fluxo sanguíneo, produzindo turbulência e ruídos soprosos suaves e de intensidades variáveis.

Fase III – Aparecem ruídos fortes e vibrantes conseqüentes à acentuação progressiva dos fenômenos descritos.

Fase IV – Quando a pressão do manguito chega a um nível inferior ao da pressão da onda de pulso, o fluxo passa livre e continuamente, abafando os ruídos produzidos.

Fase V – completo desaparecimento dos ruídos, com fluxo laminar.

Desde 1980 a American Heart Association recomenda que a pressão sistólica seja considerada no ponto em que ocorre o aparecimento do primeiro ruído por dois batimentos consecutivos (fase I) e que a pressão diastólica seja registrada, em adultos, no ponto de desaparecimento dos ruídos (fase V). Estas fases corresponderiam melhor aos valores obtidos por determinação direta (intra-arterial). Em crianças e adultos com circulação hipercinética, a pressão diastólica deve ser considerada no início da fase IV, devendo, porém, ser registrada também a fase V. a pressão arterial média pode ser estimada pela adição à pressão diastólica de um terço da pressão do pulso (pressão sistólica menos pressão diastólica). Quando os ruídos desaparecem, o manguito deve ser rapidamente desinsuflado, devendo-se esperar um a dois minutos antes de nova insuflação.

A determinação da pressão arterial deve ser feita nos quatro membros, com o paciente deitado, e comparada com a tomada nos membros superiores, com o paciente sentado e em pé. Isso porque, nos hipertensos essenciais, a pressão em posição de pé é mais elevada do que em decúbito, enquanto nos hipertensos com alterações endócrinas freqüentemente acontece o contrário. Além disso, o achado de pressões sensivelmente mais elevadas nos membros superiores em relação aos inferiores é indicativo de coartação da aorta.

## Capítulo II

### *Fisiopatologia*

Os principais fatores envolvidos no controle da pressão sanguínea são regidos pela lei de Poiseuille, onde:

$$PA = DC \times RP$$

Sendo, portanto, a pressão arterial (PA), depende do débito cardíaco (DC) e da resistência periférica (RP). Assim, alterações no DC e/ou RP (Resistência periférica) determinarão a hipertensão arterial. O DC depende, basicamente, da contratilidade cardíaca e do volume sanguíneo (mineralocorticóides e sódio). A resistência periférica, por sua vez, depende de fatores locais (iônicos e a auto-regulação) do sistema nervoso simpático e de substâncias humorais.

Inicialmente, o DC está elevado, havendo uma reação vascular com aumento da RP, no princípio funcional e posteriormente ocorrerão alterações estruturais dos vasos (auto-regulação). À medida que a hipertensão arterial progride podem ocorrer disfunções adrenérgicas em nível renal, vascular e cardíaco.

As substâncias humorais pertencem a dois grupos principais: a) vasodilatador – prostaglandinas e cininas; e b) – vasoconstritoras – angiotensina e catecolaminas. As catecolaminas são formadas a partir da tirosina => DOPA => dopamina => noradrenalina => adrenalina.

A enzima MAO (monoaminoxidase) inativa a dopamina em ácido homovanílico; a noradrenalina inicialmente pela MAO em ácido vanilmandélico (A V M) e a adrenalina inativa em metanefrina por ação da COMT ou catecol – O – metil transferase, e em seguida sofre a ação da MAO, passando para ácido vanil mandélico.

**Crises hipertensivas podem ocorrer** quando um paciente, fazendo uso de certos antidepressivos inibidores da MAO concomitantes, ingere queijo, pickles, vinho, anfetamina, guanetidina ou reserpina.

Há na regulação da PA vários fatores, mas os principais eixos são o sódio, renina, tonina, calicreína, prostaglandinas e o eixo adrenérgico, havendo inter-relação entre estes vários eixos.

Quando se reduz o volume circulante, diminui a pressão de perfusão e as células taglomerulares então liberam renina que atuará no angiotensinogênio que se transforma em angiotensina I, que sofre a ação da enzima convertase e produz-se angiotensina II que age na camada glomerulosa da supra-

renal liberando-se aldosterona, que retém sódio e água e por mecanismo de “feed-back”, reduz-se o volume circulante. Trinta por cento dos hipertensos têm renina baixa, 60% têm renina normal e 10% apresentam renina alta.

Este mecanismo é muito importante e denomina-se *natriurese pressórica*, e nos hipertensos este mecanismo se altera deixando de funcionar adequadamente com o tempo e, portanto, agrava a hipertensão (disfunção adrenérgica).

*Classificação clínica da hipertensão arterial sistêmica considerando-se pressão diastólica, fundo de olho, eletrocardiograma, lesão renal, área cardíaca e exame neurológico:*

<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA</b>
<b>Classificação Clínica</b>

<b>Tipo</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Grave</b>	<b>Maligna</b>
Pressão Diastólica	< 110	110-120	120-130	>130
F.O	0/1	II	II/III	IV
ECG	Normal	HVE	HVE + Isquemia	HVE + Isquemia
Lesão Renal	0	+	++	+++
Área Cardíaca	Normal	Aumento discreto a moderado	Aumento acentuado	Aumento acentuado
Cérebro	Normal	Normal ou AVC	Normal ou AVC	Encefalopatia

### Capítulo III

#### *Análise e Discussão de Dados*

- *Você sabe o que é hipertensão?*

<b>Sabe</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	58,50	13
Não	391,50	87
<b>Total</b>		<b>100</b>

Analisando a tabela, verifica-se um alto índice de usuários que desconhecem o que é hipertensão arterial.

- *Você sabe o que é pressão alta?*

<b>Sabe</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	423	94
Não	27	06
<b>Total</b>		<b>100</b>

Dados mostram que 94% dos entrevistados sabem o que é Pressão alta, termo que comumente não é usado no meio hospitalar.

- *Sabe como se diagnostica a hipertensão?*

<b>Sabe</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	zero	0
Não	450	100
<b>Total</b>		<b>100</b>

Dados mostram que 100% dos usuários do projeto comunitário não sabem como se diagnostica a hipertensão arterial?

*-Você sabe o que ela causa no organismo?*

<b>Sabe</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	13,50	03
Não	436,50	97
<b>Total</b>		<b>100</b>

Segundo dados, chegou-se a conclusão que grande parte dos usuários desconhecem as conseqüências ocasionadas pela hipertensão arterial.

*- Você sabe os fatores que podem elevar a sua pressão?*

<b>Sabe</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	40,50	09
Não	409,50	91
<b>Total</b>		<b>100</b>

Pode-se concluir, segundo a tabela acima, que 91% dos usuários não sabem o que pode elevar a sua pressão arterial.

*- Completou os estudos até: o primário; ginásio; científico; não estudou*

<b>Grau</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Não estudou	49,50	11
Primário	400,50	89
Ginásio	0	00
Científico	0	00
<b>Total</b>		<b>100</b>

Observando a tabela, percebe-se que a maioria cursou apenas o primário e com um percentual elevado dos que não estudaram, mostrando ainda que não conseguiram completar o 2.º grau.

- *Qual sua renda mensal?*

<b>Renda</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Menor que 1 salário	58,50	13
Um salário	391,50	87
Mais que um salário	0	00
<b>Total</b>		<b>100</b>

Analisando a tabela, observa-se que a maioria dos usuários recebe um salário mínimo.

### **Conclusão**

Esta pesquisa demonstrou, de forma clara e insofismável que, o controle regular e persistente das cifras pressóricas, além de outros cuidados, como a diminuição da ingestão de sal, o controle de peso, uma ingesta alimentar adequada, o abandono do tabagismo e do etilismo, além da realização de atividades físicas, contribuem de modo significativo para a redução da morbi-mortalidade atribuída à hipertensão arterial.

Pudemos observar em nossa pesquisa que esta redução ocorreu em todos os tipos de pacientes, de ambos os sexos, por meio da assimilação adequada das informações.

A falta de recursos financeiros da população foi uma dificuldade encontrada pela pesquisadora que, dependeu do fornecimento gratuito de medicamentos, o que nem sempre era possível, por não dispor de determinadas medicações na farmácia do projeto comunitário, que funciona de doações aleatórias. ◆

## ANEXO I

### FICHA DE ENTREVISTA MÉDICA

FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES  
COORDENADORIA DE EXTENSÃO  
PROJETO COMUNITÁRIO – 2000

#### 1 – Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_; Nacionalidade: \_\_\_\_\_; Cor: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_; Data de Nascimento: \_\_\_\_\_; Estado Civil: \_\_\_\_\_

End. Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_; Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_; Telefone: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Função atual: \_\_\_\_\_; Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Função anterior: \_\_\_\_\_; Por quanto tempo: \_\_\_\_\_

Endereço anterior: \_\_\_\_\_

Endereço comercial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_; Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_; Telefone: \_\_\_\_\_

II – História Patológica Progressiva:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Desconhece</b>
1 – Pressão alta	( )	( )	( )
2 – Angina	( )	( )	( )
3 – Infarto	( )	( )	( )
4 – Diabetes	( )	( )	( )
5 – Febre Reumática	( )	( )	( )
6 – Cardiopatia Congênita	( )	( )	( )
7 – Dislipidemia	( )	( )	( )
8 – Sífilis	( )	( )	( )
9 – Nefropatia	( )	( )	( )
10 – Obesidade	( )	( )	( )
11 – Ac. Vasc. Encefálico	( )	( )	( )
12 – Claudicação Intermitente	( )	( )	( )
13 – Outras (especifique)			_____

III – Antecedentes Familiares (Relacionar com o item anterior)

---

---

---

---

IV – História Social:

1 – Fuma? \_\_\_\_\_; Unidades/dia: \_\_\_\_\_; Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Filtro? \_\_\_\_\_; Obs: \_\_\_\_\_

Convive com fumante? \_\_\_\_\_

2 – Uso de bebida alcoólica?

( ) diariamente; Quantidade: \_\_\_\_\_; ( ) Socialmente

3 – Uso de drogas ? \_\_\_\_\_; Especificar: \_\_\_\_\_

4 – Uso de medicamentos atualmente? Especificar: \_\_\_\_\_

5 – Hábitos alimentares regulares ( ) Irregulares ( )

tipo predominante de alimentos: \_\_\_\_\_

6 – Número de horas de sono por noite: \_\_\_\_\_

7 – Atividade física atual? ( ) Não ( ) Sim

Frequência semanal: \_\_\_\_\_; Qual: \_\_\_\_\_

V – Exame Físico:

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_; Frequência Radial: \_\_\_\_\_

Pulso radial: ( ) regular ( ) irregular Sincrônicos: ( ) Sim ( ) Não

OBS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atendido (a) por: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, / /

## ANEXO II

### ANAMNESE DE ENFERMAGEM

FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROJETO COMUNITÁRIO – 2000

1 – Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_; Sexo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_; Ocupação: \_\_\_\_\_

Há Quanto Tempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Instituição Previdenciária: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_; Raça: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_

Dependentes: \_\_\_\_\_

2 – História Clínica:

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

HDA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HPP: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

H. FAM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HIST. FIS.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HIST. SOCIAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

ACADÊMICA DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_



**ANEXO IV**  
**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

<b>ANO 1999</b>												
Tarefas	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Elaboração do objeto e problema	X	X										
Escolha da abordagem metodológica		X	X	X								
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X	X						
Elaboração da abordagem metodológica			X	X								
Elaboração da introdução		X	X									
Elaboração do instrumento			X	X								
Realização das entrevistas					X	X	X	X	X	X	X	
Análise e interpretação dos dados												
Elaboração das considerações finais												
Entrega do relatório final												

## CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

ANO 2000												
Tarefas	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Elaboração do objeto e problema												
Escolha da abordagem metodológica												
Levantamento bibliográfico												
Elaboração da abordagem metodológica												
Elaboração da introdução												
Elaboração do instrumento												
Realização das entrevistas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análise e interpretação dos dados												
Elaboração das considerações finais												
Entrega do relatório final												

### CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

ANO 2001												
Tarefas	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Elaboração do objeto e problema												
Escolha da abordagem metodológica												
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X							
Elaboração da abordagem metodológica												
Elaboração da introdução												
Elaboração do instrumento												
Realização das entrevistas												
Análise e interpretação dos dados		X	X	X	X	X						
Elaboração das considerações finais							X	X	X	X	X	
Entrega do relatório final												X

### Referências Bibliográficas

- 1 – ASCHERIO, A.; RIMM, E. B.; GIOVANUCCI, E. L. et cols. A prospective study of nutritional factors and hypertension among US men. Circulation, v.86, p. 1475-1484, 1992.
- 2 – BACH, R. Fernão Capelo. Rio de Janeiro: Record, 1973. p. 38
- 3 – BHAGAVAN, N. V.; Bioquímica. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Inter-americana, 1977, p. 561.
- 4 – BRAUNWALD, E. W. B. Heart Disease – A textbook of cardiovascular medicine. 3.ª ed. Philadelphia: Saunders Company, 1988. p. 819-861.
- 5 – BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. S. Tratado de enfermagem médica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1996. p. 518-585.
- 6 – CARNEIRO, R. D. & COUTO, A. A.. Semiologia e propedêuticas Cardiológicas. Rio de Janeiro. Atheneu, 1988, p. 123-128 e 323-345.
- 7 – COHN, J. N.; LIMAS, C. J.; GUIHA, N. H.. Hipertensión and the heart. Ann. Inter.Med, v.133, p. 969-979, 1974.
- 8 – CONSENSO BRASILEIRO PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL – Arq. Bras. Cardiol. v. 56 (Supl. A) A1 – A16, 1990.
- 9 – I CONSENSO BRASILEIRO PARA O USO DA MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL – Arq. Bras. Cardiol. v.60, 129-134, 1993.
- 10 – EILERSTEIN, E. & HUMERFELT, S.. The observer variation in the measurement of arterial blood pressure. Acta. Med. Scand, v. 184, p.145, 1968.
- 11 – FREIS, E. D. The clinical spectrum of essential hypertension. Arch. Intern. Med, v. 133, p. 982-7, 1974.
- 12 – GENEST, J.. Hypertension: Physiopatology and treatment. New York. McGraw-Hill Inc. 1977, p. 84-86.
- 13 – KANNEL, W. B.; DAWBER, T. T. & MCGEE, D. L.. Perspectives on systolic hypertension: The framingham study. Circulation, v. 61, p. 1179-82, 1980.
- 14 – PERLOFF, D.; SOKOLOW, M. & COWAN, R. The prognostic value of ambulatory blood pressure. Jama. v. 249, p. 2792-2798, 1983.
- 15 – REDON, J.. Is salt restriction necessary in hypertensive patients treated with calcium antagonists? Drugs, v. 44 (Suppl), p. 61-65, 1992.
- 16 – ROBERTS, W. C.. The hypertensive diseases: evidence that systemic hypertension is a greater risk factor to the development of other cardiovascular diseades than previously suspected. Am. J. Med, v. 59, p. 523-32, 1975.

- 17 – SLEIGHT, P.. After the diagnosis of systemic hypertension, is risk factor management important? Am. J. Cardiol, v. 70, p. 9D-13D, 1992.
- 18 – SMITH JR, L . H. & THEIR, S. O. Fisiopatologia – Os princípios biológicos da doença. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo. Editorial Médica Panamericana, 1990, p. 786-795.
- 19 – VIEIRA, R.. Semiologia médica. 10<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1957, p. 378-380.
- 20 – ZACHARIAH, P. K.; SEP, S. G.; ILSTRUP, D. M. Blood pressure load: a better determinant of hypertension. Mayo Clin. Proc., v. 63, p.1085-1091, 1988.