

PERFIL DE FATORES DETERMINANTES DA HAS DE UMA POPULAÇÃO ESPECÍFICA EM UMA REGIÃO DELIMITADA DE CURITIBA-PR

Lopes, Nair Priscila ¹, Salzbron, Ceyde Aparecida ¹, Barroso, Márcia Cristina ¹, Ribeiro, Sara Jane Pinto ¹, Webber, Jocelir de Souza ¹, Rosa, Paula Conceição Laska ¹
Borges, Beatriz Essenfelder² e Heimbecher, Catia ²

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alteração funcionais e/ ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool. Essa doença é assintomática e pode levar a morte quando não tratada. Dessa maneira foi realizada uma pesquisa no shopping popular de Curitiba para definir o perfil da população local quanto aos fatores de risco para a hipertensão. Como resultado foi encontrado que uma parte significativa da população diz que não tem hipertensão, mas está dentro do grupo de risco devido aos hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade, tabagismo, entre outras características.

Palavras Chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica, Assassina Silenciosa e Conhecimento

INTRODUÇÃO

Pressão arterial (PA) é a pressão que o sangue exerce sobre as paredes internas das artérias ao ser bombeado do coração para todo o organismo. Esta é dividida em pressão sistólica e diastólica, onde a pressão arterial sistólica é a pressão arterial máxima exercida sobre as paredes elásticas das artérias durante a sístole (contração) dos ventrículos, período em que ocorre a expulsão do sangue do coração para as artérias e a pressão diastólica é a pressão arterial mínima registrada durante a diástole (relaxamento) do músculo cardíaco, período este onde ocorre o enchimento de sangue nos ventrículos. (BRASIL, 2010 e SOUZA, 2012)

A pressão arterial é um circuito fisiológico controlado por diversos sistemas responsáveis por sua homeostase (equilíbrio fisiológico), sendo os principais: Mecanismos neurais, mecanismos de trocas líquidas, mecanismo de excreção renal e mecanismos hormonais. (BRASIL, 2010 e RIELLA, 2003 e BARROS et al. 2007)

¹ Autor, estudante de graduação do curso de Enfermagem – FSC.

² Orientadora, Profa. Doutora do curso de Enfermagem – FSC.

De uma forma geral e resumida os mecanismos neurais através do sistema nervoso simpático ativam o centro vasomotor localizado no bulbo, este transmite impulsos nervosos ao longo da medula espinhal para diversas cadeias simpáticas, por exemplo, cardíaca e vascular, estes impulsos enviados causam vasoconstrição das artérias de pequeno calibre e arteríolas do corpo, aumentando assim a resistência periférica total o que conseqüentemente aumenta a PA, além de produzir uma contração dos reservatórios venosos causando o aumento do volume de sangue circulante e conseqüentemente o débito cardíaco. (RIELLA, 2003, GUYTON, 2008 e BARROS et al. 2007)

Além do sistema simpático há também o mecanismo de regulação dos barorreceptores, onde estes são sensores neurais localizados nas artérias carótidas internas e aorta que são ativados quando ocorre um aumento na PA, cuja função é inibir o centro vasomotor tendo como conseqüência a vasodilatação sistêmica e a redução da frequência cardíaca. Em caso de hipotensão os barorreceptores são inibidos atuando apenas o mecanismo simpático no centro vasomotor. (RIELLA, 2003, GUYTON, 2008 e BARROS et al. 2007)

O mecanismo de trocas líquidas ocorre quando o volume de sangue circulante está elevado, causando uma maior pressão nos capilares e nas artérias estimulando assim a osmose que é à saída do líquido da circulação para o espaço intersticial o que reduz o volume sanguíneo causando diminuição arterial a nível capilar. Este líquido será reintegrado na circulação através do próprio efeito osmótico das proteínas do plasma. (RIELLA, 2003, GUYTON, 2008 e BARROS et al. 2007)

O mecanismo hormonal se dá através da liberação dos hormônios em suas respectivas glândulas, quando assim acionadas através de outros estímulos.

O mecanismo de regulação renal atua em conjunto com o hormonal, sendo que quando ocorre uma diminuição da PA ocorre uma percepção nas células da mácula densa no rim, onde ativa a liberação da enzima renina na corrente circulatória, esta converte uma proteína plasmática produzida pelo fígado chamada angiotensinogenio que se encontra na forma inativa em angiotensina I (forma ativa), a angiotensina I é convertida em angiotensina II, sendo um potente vasoconstritor, através da enzima conversora de angiotensina (ECA) encontrada em vasos de menor calibre dos pulmões. (RIELLA, 2003, GUYTON, 2008 e BARROS et al. 2007)

A angiotensina estimula as glândulas suprenais a produzirem um hormônio chamado aldosterona que age diretamente nos túbulos renais realizando a reabsorção de sódio e água. (RIELLA, 2003, GUYTON, 2008 e BARROS et al. 2007)

Além desses existem outros vários mecanismos que auxiliam na regulação da P.A, como mecanismo da sede, sistema linfático e outros.

De uma forma ou de outra o organismo tem suas intermediações para o controle da pressão arterial, sendo que hoje os valores pressóricos considerados normais são: RN= PAS 90mmHg / PAD 55mmHg; Adultos = PAS 120mmHg / PAD 80mmHg e Idosos = PAS 150mmHg / PAD 90mmHg. O problema é quando o organismo não consegue realizar a homeostase, desencadeando como conseqüência uma patologia, como por exemplo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). (BRASIL, 2004 e BRASIL, 2010)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ ou estruturais dos órgãos alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (BRASIL, 2010)

Existem dois tipos de HAS, a primária e a secundária, sendo que a maioria dos casos de hipertensão arterial tem predisposição genética (história familiar de hipertensão) e fatores ambientais. Sabe-se que na ausência dessas anormalidades, costuma-se rotular a HAS como primária ou essencial, que é desconhecida a causa. (BRASIL, 2004)

Na hipertensão arterial secundária é possível detectar uma elevação crônica da PA, por exemplo, uma nefropatia parenquimatosa ou um tumor adrenal, casos esses que são reconhecidos como hipertensão arterial, ou seja, só determina a HAS secundária se acontecer ou promover a retenção de sódio pelos rins o suficiente para causar e manter uma elevação da P.A. (GUYTON, 2008)

A elevação da P.A depende do aumento da volemia na fase inicial e, também por consequência do débito cardíaco. Questões estas que podem ser alteradas na presença do sódio (sal), sendo que é considerado um importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial, estando também relacionado ao aumento do risco para o desenvolvimento da hipertrofia ventricular esquerda, proteinúria e queda noturna de pressão. A sensibilidade ao sal está associada à mortalidade tanto em normotensos quanto em pessoas com hipertensão arterial que possuem idade superior a 25 anos. (BRASIL, 2010)

Outros fatores que se associam com retenção salina são: Obesidade, dieta inadequada, distúrbios do sono, uso abusivo de bebidas alcoólicas e cigarros, sedentarismo, idade, diabetes Mellitus tipo 2, gêneros e etnia, além dos fatores socioeconômicos que contribuem. Outra curiosidade é referente ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados, estes em alguns casos estão associados à elevação da P.A. (BARROS et al. 2007)

Deve-se dar especial atenção as síndromes clínicas de Descompensação funcional, como insuficiência cardíaca, angina no peito, infarto do miocárdio prévio, episódio isquêmico transitório, ou acidente vascular encefálico, sendo estas condições clínicas também muito consideradas para uma decisão terapêutica. (LESSA, 2001)

Um dos principais problemas da HAS é o fato de ser assintomática, tornando assim difícil adesão do paciente ao tratamento quando diagnosticado, mas por ser uma patologia assim como a maioria, apresenta algumas manifestações clínicas como: alterações na retina, tais como hemorragia, edema de papila, cegueira; alterações cardiovasculares; alterações renais e alterações cerebrais, como aneurisma. (BARROS et al. 2007, RIELLA, 2003 e LESSA, 2010)

O diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica geralmente se é definido de acordo com os valores pressóricos, onde é determinada se constatado níveis iguais ou superiores à 140/90 mmMHg, sendo estes identificados em três ou mais aferições da pressão arterial. (BRASIL, 2010 e SOUZA, 2012)

A maior dificuldade de se obter um diagnóstico fidedigno é devido ao descuido na prática clínica, pois só aferir a pressão arterial não nos confere um diagnóstico correto, é necessário aferir três vezes em momentos diferentes de cada dia, estando o paciente em ambiente tranquilo e relaxado. Sendo que a correta aferição da P.A é o procedimento estabelecido para o diagnóstico e prognóstico da doença. (BRASIL, 2010, BARROS et al. 2007 e SOUZA, 2012)

O exame físico de um paciente com HAS deve ser realizado de forma completa e convencional, pois através deste pode-se esclarecer vários pontos importantes, como por exemplo, histórico familiar com hipertensos e hábitos de vida inadequados, especialmente de pacientes jovens, o que nos indica um alerta para o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica secundária. (BRASIL, 2004 e LESSA, 2010)

Apesar de todo o empenho e acessibilidade, o controle de HAS tem se tornado um desafio para os profissionais, pelo fato do tratamento exigir a participação ativa do hipertenso, no sentido de modificar hábitos de vida prejudiciais e adotar outros que beneficiem sua condição de saúde, pois a hipertensão arterial é uma das causas de maior redução de expectativas e qualidade de vida dos indivíduos. (PÉRES et al. 2003)

A Estratégia saúde da família hoje com um número elevado de profissionais atuando dentro de uma equipe multiprofissional, adequada no enfrentamento de doenças crônicas, faz uma abordagem estratégica com grupos de atividades físicas, nutricionais, aumentando o conhecimento e a qualidade de vida e investindo em educação, prevenção e promoção de saúde, visando o controle da Hipertensão arterial. (BRASIL, 2004)

O profissional de enfermagem é muito importante neste contexto, pois ao abordar um paciente com HAS, deve estar atento às percepções do paciente com relação à doença, para que este venha a desenvolver o autocuidado, a auto responsabilidade, assumindo seu papel ativo, modificando seus comportamentos em relação à saúde e ajudando-o a manter sentimentos positivos. Ações direcionadas à educação e à prática de prevenção de fatores de risco são fundamentais na promoção da saúde, uma vez que almeja-se uma boa qualidade de vida à população. (NASCIMENTO, 2002)

O objetivo desta pesquisa foi elucidar o conhecimento de uma população específica em uma região delimitada de Curitiba-PR referente ao perfil de fatores determinantes de hipertensão arterial sistêmica.

METODOLOGIA

O presente artigo é caracterizado por uma pesquisa de campo e revisão de literatura com caráter exploratório, quantitativo e qualitativo realizada nas dependências do shopping Popular no bairro Portão na cidade de Curitiba – PR no dia 06 de abril de 2013.

Para a realização da coleta de dados da revisão de literatura foram realizadas pesquisas em acervos bibliográficos e bancos de dados on-line como Scielo e Google Acadêmico.

Para a pesquisa de campo foram utilizadas ferramentas de entrevista semi-estruturadas com questões referentes à hipertensão arterial sistêmica, seus principais fatores de risco, hábitos de vida, histórico familiar e algumas doenças associadas. Ao total foram entrevistadas 110 pessoas de ambos os sexos, sendo que cada entrevistado concordou e assinou de livre e espontânea vontade com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pesquisa realizada com 110 pessoas aleatórias, onde cerca de 93% sabe o que é hipertensão e 82% conhece os principais fatores de risco que causam a mesma, portando questiona-se o porque apesar do conhecimento da patologia e dos fatores agravantes, cerca de 52% dos entrevistados são hipertensos diagnosticado e cerca de 29% dos entrevistados não tem por hábito Aferir a Pressão Arterial periodicamente.

Em pesquisas anteriormente realizadas observou-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública não só no Brasil, mas também mundial, onde a sua prevalência representada em torno dos 30% entre adultos, para pressão arterial superior a 140/90 mmHg, muitos nem sabem que são hipertensos e aqueles que são muitas vezes custam a aderir o tratamento, o que pode gerar complicações cardiovasculares e lesões em órgãos alvos, levando o indivíduo muitas vezes à morte. Sabe-se também que a prevalência de hipertensão arterial situa-se entre 3,4 e 72,5% em diferentes países. (LESSA, 2001, PÉRES et al. 2003 e SOUZA, 2012)

O tratamento clínico desta patologia em questão consiste basicamente e principalmente em prevenir doenças associadas juntamente com um controle da PA abaixo de 140 e 90 mmHg e algumas intervenções, tais como: Redução peso, restrição álcool, sódio e tabaco, prática de exercícios físicos e relaxamento. (PÉRES et al. 2003)

Em pacientes hipertensos diagnosticados são utilizados diversos exames complementares e de rotina para a efetividade do tratamento, tais como:

- Aferição periódica da pressão arterial;
- Parcial de urina;
- Creatina Plasmática e estimativa de ritmo de filtração glomerular;
- Potássio Plasmático;
- Glicemia em jejum;
- Colesterol total, HDL, LDL;
- Ácido úrico plasmático;
- Eletrocardiograma convencional. (BRASIL, 2004)

Sendo assim, os principais Fatores de Risco para HAS são:

- Níveis pressóricos anormais; (Conforme demonstra a tabela abaixo:)

Tabela 6 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (maior 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

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

FONTE: VI DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010.

- Ingestão inadequada e excessiva de sal;
- Excesso de peso e obesidade;
- Uso abusivo de álcool e tabaco;
- Sedentarismo;
- Idade;
- Gêneros e Etnia;
- Fatores socioeconômicos;
- Genética. (HAS tipo secundária) (INCA, 2003, MOLINA et al. 2003 e SOUZA, 2012)

Existem situações especiais em que ocorre o desenvolvimento de alterações pressóricas consideráveis, como por exemplo, durante a gestação, onde mãe e filho correm sérios riscos de vida em uma eclampsia ou pré-eclampsia, ou em situações de estresse ou ansiedade como, por exemplo, a hipertensão do jaleco branco. (BRASIL, 2004)

Outros dados da presente pesquisa mostram que cerca de 38% dos entrevistados não faz uso de uma alimentação saudável com frequência, 45% afirmam utilizarem regularmente alimentos embutidos e industrializados e 40% não realizam nenhum tipo de atividade física.

A Ingestão inadequada e excessiva de sal, o excesso de peso, a obesidade e o sedentarismo são poderosos componentes desencadeantes da patologia, tanto atuando como agentes independentes, como atuando em conjunto. Considerando que são circunstâncias inter-relacionadas, a probabilidade do desenvolvimento da patologia aumenta consideravelmente. (BARROS et al. 2007)

O mais importante mecanismo fisiopatogênico da hipertensão arterial, ou seja da HAS, é a resposta orgânica à sobrecarga de sódio. Sendo que é uma das causas de maior redução de expectativas e da qualidade de vida dos indivíduos. (MOLINA et al. 2003)

O consumo adequado e controlado de sódio deve respeitar a marca de 5g de cloreto de sódio que equivale a 2g de sal. Isto aliado a uma alimentação saudável, com

uma ingestão adequada de potássio e combate ao sedentarismo consumo excessivo de álcool e ao tabagismo. (MOLINA et al. 2003)

Com relação à obesidade, sabe-se que o perímetro da cintura destaca-se associada à incidência de hipertensão devido ao acúmulo de tecido adiposo em uma região altamente vascularizada, ou seja, o abdômen. (BARROS et al. 2007)

Relativo à atividade física, é conhecida por ter efeito benéfico sobre os fatores de risco tradicionais como elevação da pressão sanguínea, hiperinsulinemia e hiperlipidemia. Então a falta destas atividades trazem por consequência a falta de tais benefícios. (GEORGIADES, 2000 e BARROS et al. 2007)

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. (PÉRES et al. 2003)

No entanto, uma questão de grande importância que se deve dar valor é falta de acessibilidade e praticidade aos serviços de saúde, sendo assim se um hipertenso em questão não tem acesso ao conhecimento, as consequências e as práticas preventivas, torna-se ineficaz a efetividade do tratamento. Portanto faz-se necessária levar em consideração os fatores socioeconômicos e culturais de cada indivíduo. (PÉRES et al. 2003)

11% dos entrevistados afirmam ser tabagista crônico, 22% consomem periodicamente bebidas alcoólicas e 27% são diabéticos

Uma questão importante quando se trata de hipertensos é o mecanismo de rebote cardiovascular após a repetida exposição ao etanol, além deste ser um potente depressor do sistema nervoso central. (BARROS et al. 2007)

Quanto ao tabagismo, considera-se que o cigarro, através da nicotina aumenta a pressão arterial e leva a uma maior deposição de colesterol nos vasos sanguíneos, além de ser responsável por cerca de 45% das mortes nos homens com menos de 65 anos de idade e por mais de 20% de todos os óbitos por doença coronariana nos homens com idade superior a essa faixa etária. (INCA, 2003)

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS em determinadas faixa etária, onde:

- Acima de 30% da população abaixo ate 59 anos;
- Mais de 50% entre 60 e 69 anos;
- 75% acima de 70 anos.
 - Em idosos aparece uma pseudo hipertensão devido ao enrijecimento da parede das artérias.

Também observa-se uma diferença de acordo com gêneros e etnia, sendo que para os homens à uma prevalência de 35,8% e nas mulheres à uma prevalência de 30% para HAS. (LESSA, 2001)

Com relação ao nível de estresse, 73% afirmam serem estressados de nível moderado a agravante. Questão esta de grande relevância, pois embora o estresse seja consequência fisiológica, pode causar diversas complicações.

Estresse por sua vez é qualquer força ou experiência que rompe o equilíbrio psicológico, portanto homeostático de um organismo, pois ativa uma cascata de reações em cadeia onde aumentam o fluxo sanguíneo, através da liberação de adrenalina pelas glândulas suprarenais que estimula taquicardia, dilatação dos vasos sanguíneos dos músculos e o cérebro e contração dos vasos sanguíneos que alimentam os órgãos da digestão (fígado, pâncreas, estômago e intestinos). (SILVERTHORN, 2010).

A adrenalina também estimula o fígado a "quebrar" o glicogênio em glicose e a liberá-la na corrente sanguínea, preparando o organismo para um período limitado de alerta, também ativa a glândula pituitária para liberar o hormônio adrenocorticotrófico (HACT) que atua na liberação de cortisol. O cortisol por sua vez tem funções para tolerar e administrar o estresse. (SILVERTHORN, 2010).

Quando o estresse se torna crônico, o organismo perde a capacidade de resposta imediata, porém proporciona ao organismo um estado de alerta contínuo, neste caso o cortisol e esteróides relacionados promovem a retenção salina e hídrica, causando hipervolemia e hiperglicemia. (SILVERTHORN, 2010).

O stress do cotidiano, a dificuldade de tomar a medicação corretamente e contínua, a falta de uma dieta adequada e a falta de uma melhor qualidade de vida aliada a exercícios físicos, torna-se imprescindível a melhoria da autoestima e a percepção do indivíduo da necessidade de mudanças de hábitos e atitudes para a melhora da sua saúde e qualidade de Vida, para tal o profissional de saúde é de suma importância, pois é através dele que será criado um vínculo equipe - paciente onde poderá se realizar mudanças no estilo de vida e no processo saúde-doença. (PÉRES et al. 2003 e BRASIL, 2004)

Com relação ao histórico familiar 73% tem histórico de HAS na família, 55% tem histórico de doenças Cardíaca na Família, 41% Histórico de Diabetes na Família e 24% tem Histórico de Doença Renal na Família. Estas patologias em questão estão relacionadas diretamente com os níveis hídricos, metabólicos e glicêmicos, portanto um afeta o outro. Este caso em especial refere-se ao histórico familiar, ou seja, a predisposição genética.

Como mencionado anteriormente existem dois tipos de HAS, a primária e a secundária, sendo que a maioria dos casos de hipertensão arterial tem predisposição genética (história familiar de hipertensão) e fatores ambientais. (BRASIL, 2004)

A HAS, em particular, é a manifestação que menos se associa por patogenia, os outros mecanismos que são explicados por outros mecanismos de qualquer forma, a obesidade explica muitos casos de hipertensão e de diabetes mellitus, sendo justificável a abordagem preventiva pelo controle da obesidade. (BRASIL, 2004, BARROS et al. 2007 e MOLINA et al. 2003)

O diabetes Mellitus tipo 2 também está associado a hipertensão arterial, provavelmente pelos efeitos anabolizantes e retentores de sódio promovidos por insulina, causando muitas vezes disfunção endotelial. (BARROS et al. 2007)

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte em adultos. É conceituada como uma doença crônico-degenerativa sistêmica que envolve

alterações nas artérias e no miocárdio, o que pode ter como consequência alteração dos níveis pressóricos. (LESSA, 2010 e SOUZA, 2012)

Alem de todas estas questões, a HAS associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, sendo um fator de risco para as doenças decorrentes de aterosclerose e trombose predominantemente, pôr acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal, sendo que nas lesões renais são comuns alterações hemodinâmicas secundárias à perda de massa glomerular, causando hipertrofia e hiperfiltração dos néfrons residuais normais. (MARTINS et al. 2008, PÉRES et al. 2003, LESSA, 2010 e SOUZA, 2012)

Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um indivíduo hipertenso, estão a redução do peso corporal, a dieta hipossódica e balanceada, uma vez que a obesidade explica muitos casos de hipertensão e diabetes melito, portanto faz-se necessário a abordagem preventiva do controle da obesidade, o aumento da ingesta de frutas e verduras devido as substancias nutreicas e o benefício que estas causam ao metabolismo orgânico, a redução de bebidas alcoólicas e cessação do tabagismo, que alem de consideravelmente tóxicas para o organismo, causam depressão do Sistema Nervoso Central, a realização de exercícios físicos e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados. (BARROS et al. 2007 e MOLINA et al. 2003)

Sendo esses hábitos implementados, dependendo de cada indivíduo e seu grau de dependência, pode-se até cogitar a possibilidade de ser dispensada a terapia farmacológica ou a diminuição da dose ou quantidade de drogas pode ser reduzida. (HARBRON, 2002 e PÉRES et al. 2003)

Com relação a prevenção e controle da doença cerca de 85% Procura Fazer Alguma Coisa Para Melhorar Sua Saúde nos Dias atuais e 50% considera a saúde em parâmetros gerais média a regular, dados estes que evidenciam como o autocuidado e o conhecimento e consequências da patologia é de suma importância, quanto a qualidade da saúde. (PÉRES et al. 2003 e BRASIL, 2004)

CONCLUSÃO

Sabendo de todas as informações coletadas e aliando aos dados da atual pesquisa consideramos que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública que afeta grande parte da população e mesmo com todo o controle realizado pelo setor saúde, grande parte da população não efetiva os auto-cuidados necessários para uma qualidade de vida recomendada.

Observa-se que conforme a idade vai avançando, o autocuidado melhora, porém a quantidade de patologias associadas também aumenta, causando um considerável agravo na saúde como um todo do indivíduo.

Assim, sabendo que a hipertensão é uma enfermidade multisistêmica, multifatorial e assintomática, considerou-se oportuno estudar este tema e constatamos que a Hipertensão Arterial Sistêmica

REFERÊNCIAS

- BARROS. E; MANFRO. R.C; THOMÉ. F.S; GANÇALVES. L.F. Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamentos, 3 ed., Porto Alegre, Artmed., p.242 - 265, 2007.
- BORTOLOTTI, L. A.; SAFAR M. E., Perfil da Pressão Arterial ao Longo da Árvore Arterial e Genética da Hipertensão, São Paulo-SP., Arquivos Brasileiros de Cardiologia., v. 86, n. 3, 2006.
- BRASIL - VI DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, v.95, n.1, p.1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>
- BRASIL, Protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica, Curitiba-PR, 2004. Disponível em: <<http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/hiperten.pdf>>
- CASTRO, M.E., ROLIM, M.O., FREITAS, T.M., Prevenção da Hipertensão e sua Relação com o Estilo de Vida de Trabalhadores, São Paulo, Rev. Acta Paul Enferm., v.18, n.2, p.184-189, 2005.
- GUYTON,2008.
- INCA - Texto elaborado pela Coordenação Geral de Agravos e Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, a partir das tabelas fornecidas pela CONPREV/INCA/ Ministério da Saúde, Hipertensão arterial 2003. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/hipertensaoarterial.pdf>>
- LESSA, I., Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil, Salvador, Rev Bras Hipertensão., v. 8, n.4, p. 383-392, 2001.
- LESSA, I., Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal, Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, v.26, n. 8 p.1470-1471, 2010.
- MARTINS, I.S.; OLIVEIRA, D.C.; MARINHO, S.P.; ARAÚJO, E.A.C. Hipertensão em segmentos sociais pauperizados da região do Vale do Paraíba São Paulo, Rio de Janeiro, Ciênc. saúde coletiva, v.13, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n2/a23v13n2.pdf>>.
- MOLINA, M.C.B.; CUNHA, R.S.; HERKENHOFF, L.F.; MILL, J.G., Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana, Vitória- ES, Ver. Saúde Pública; v.37, n.6, p.743-750, 2003.
- PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M., Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional, Belo Horizonte-MG, Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.15, n.1, 2006.
- PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A., Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas, Ribeirão Preto-SP, Rev Saúde Pública, v. 37 n.5 p.635-642, 2003.

- RIELLA, M.C., Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroelétrólíticos, 4 ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, S.A., 2003.
- SILVERTHORN, D. U. Fisiologia Humana. 5ed. Porto Alegre: ArteMed, 2010.
- SOUZA, W.S.B., I Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente, Goiânia, GO, Arq Bras Cardiologia, v.99, n.1, p.576-585, 2012.