

## HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA COMO PRINCIPAL MOTIVO DE ADMISSÃO DE UMA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE SÃO PAULO: BREVE ESTUDO OBSERVACIONAL

Wild Pires Serafim<sup>1</sup>, Francisco Sandro Menezes Rodrigues<sup>2</sup>, Anderson Sena Barnabé<sup>1</sup>, Demetrius Paiva Arçari<sup>1,3</sup>, João Victor Fornari<sup>1</sup>, Arlindo M. Esteves Rodrigues<sup>1</sup>, Sergio Ulisses Lage da Fonseca<sup>1</sup>, Renato Ribeiro Nogueira Ferraz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Nove de Julho – UNINOVE – São Paulo – SP

<sup>2</sup>Universidade Bandeirante Anhanguera e Faculdades Metropolitanas Unidas – São Paulo - SP.

<sup>3</sup>Centro Universitário Amparense- UNIFIA

### RESUMO

Este trabalho traz os resultados de um estudo de prevalência de hipertensão arterial em uma unidade de clínica médica de um hospital em São Paulo - SP, que avaliou 30 indivíduos, sendo 19 homens e 11 mulheres, de 13-89 anos de idade. Os resultados mostram alta prevalência doença, maior no sexo feminino (54%) do que o sexo masculino (47%), com tendência crescente com idade, até 89 anos (mulheres) e até 84 anos (homens). Houve também, maior percentagem de hipertensos nos grupos étnicos brancos e nos obesos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Sedentarismo. Obesidade. Clínica Médica. Gestão em Saúde. Administração.

### INTRODUÇÃO

A clínica médica, tal como a conceituamos hoje, nasceu na ilha de Kós, na Grécia, com Hipócrates, há 2500 anos. Foi ele o introdutor da anamnese como etapa inicial do exame médico. Com ele nasceu à observação clínica, compreendendo a história da doença que leva o doente a procurar o médico, e o exame físico do paciente em seus menores detalhes, em busca de dados para a elaboração do diagnóstico e do prognóstico (REZENDE, 1998).

Clínica médica, também conhecida como Medicina Interna, é a especialidade médica que trata de indivíduos adultos, atuando principalmente em ambiente hospitalar. Inclui o estudo das doenças de adultos, não cirúrgicas, não obstétricas e não ginecológicas, sendo a especialidade médica a partir da qual se

diferenciaram todas as outras como Cardiologia e Pneumologia. No Brasil a clínica médica está presente em todas as instituições hospitalares principalmente porque engloba o maior número de internações, a patologia mais elegível para tratar em clínica médica é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Suas causas são várias, mas o tratamento sempre é clínico.

Atuam na clínica médica uma equipe multidisciplinar composta de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e voluntários. Muitos outros profissionais se envolvem nesse trabalho clínico, devido à sua complexidade é necessária uma visão ampla para o tratamento. Os pacientes de clínica médica são tratados conforme seu perfil de comprometimento físico-psicológico. Existem três perfis que são:

Pacientes de baixa complexidade ou de auto-cuidado, são aqueles que possuem alguma patologia que não comprometa sua mobilidade e capacidade para o auto-cuidado (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, movimentar-se e deambular (andar), sem auxílio direto do profissional).

Pacientes de média complexidade ou cuidado-intermediário, são aqueles que devido ao seu estado físico ou cognitivo comprometidos parcialmente, necessitam de auxílio de um profissional para se movimentar, banhar-se, alimentar-se e andar (deambular).

Pacientes de alta complexidade ou de alta dependência são aqueles que possuem incapacidade momentânea ou definitiva causada pela doença (patologia), para movimentar-se, banhar-se, alimentar-se e andar (deambular), necessitando assim do auxílio de dois ou mais profissionais para fazê-lo. Em alguns casos é necessária a intervenção freqüente da equipe multidisciplinar para prover um cuidado íntegro, na maioria dos casos são pacientes idosos, com doenças crônico-degenerativas, ou pacientes acometidos de algum mal neurológico do tipo demências e acidentes vasculares. Esse é um segmento da clínica médica que demanda mais horas/cuidado de profissionais das muitas disciplinas, sendo comparado ao tratamento semi-intensivo.

Em resumo, a clínica médica é onde as pessoas hospitalizadas submetem-se a tratamentos clínicos, sendo avaliado diariamente quanto à necessidade de mudança de conduta (tratamento), o paciente é atendido de maneira holística, a família também participa ativamente, acompanhando diariamente o tratamento, recebendo treinamentos e se interagindo espontaneamente dos procedimentos em geral e das condutas médicas. Os familiares e os pacientes são preparados adequadamente para darem seqüência aos cuidados pós-alta hospitalar, de maneira simples e educativa, para melhorar a qualidade de vida de ambos diminuindo os riscos de novas hospitalizações.

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente em nosso meio, atingindo

cerca de 15 a 20% da população adulta com mais de 18 anos, chegando a índices de 50% nas pessoas idosas. (DUNCAN, 1993).

Ela pode ser considerada uma doença peculiar, na medida em que não se deve a sofrimento individual o fator determinante de ela ter se tornado um objeto de preocupação na clínica médica. Ao contrário, por ser uma doença freqüentemente assintomática, a hipertensão arterial foi incluída na nosologia médica, a partir dos estudos epidemiológicos que repetida, e identificaram sua associação com várias desordens que incluem doenças coronarianas, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e renal (KANNEL, 1990).

Embora a definição operacional da hipertensão arterial seja difícil, arbitrária e dependente do conhecimento do risco de morbimortalidade por explicações da doença, são considerados hipertensos aqueles indivíduos que apresentem, persistentemente valores de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, confirmados em pelo menos duas visitas em ocasiões diferentes, durante uma ou diversas semanas, sob condições padronizadas (CBHA, 1998; JNC, 1998; WHO, 1996 ). Ela geralmente vem associada e alterações metabólicas, hormonais e também a fenômenos tráficos hipertrofia cardíaca e vascular (WEBER, 1994).

No mais recente estudo nacional (1991 a 1994), um total de 32% das pessoas que portavam pressões superiores a 140/90mmhg não estavam cientes de uma elevação da pressão arterial. Uma vez identificada, a pressão arterial elevada deve ser monitorada a intervalos regulares, porque a hipertensão é uma condição para o resto da vida.(BRUNNER, 2002).

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a

terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com co-morbidades relevantes. (OPARIL). A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento. (SHOJI).

Sabe-se que a hipertensão arterial tem maior frequência de diagnóstico quanto maior a idade do examinando, mas nos grupos etários mais avançados, a prevalência tende a decrescer ou se mantém estável. (DRILD, 1986). Isto pode indicar uma seleção da população mais idosa, já tendo morrido a maior parcela dos hipertensos com complicações mais sérias.

Um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares é a hipertensão arterial, pois atua diretamente na parede das artérias, podendo produzir lesões. Daí a importância do tratamento anti-hipertensivo na redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, insuficiência cardíaca e renal. (MARANHÃO, 1998).

Vários estudos mostram que existem alguns fatores, considerados fatores de risco que, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da HAS), sendo: idade, sexo, antecedentes familiares, etnia, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras. (MARANHÃO, 1998).

Em relação à etnia, sabe-se dos estudos de prevalência feitos nos Estados Unidos, que os negros têm maior prevalência de hipertensão arterial do que os brancos. (DRIZD, 1986).

Por referência à associação com obesidade, tem-se visto relação direta entre o peso excedente ao ideal, relacionado à altura, e uma maior prevalência de hipertensão arterial. (NEGRI, 1988). Através destas informações seria interessante que a população de hipertensos fosse quantificada nas mais distintas entidades de saúde, buscando-se traçar um perfil populacional e visando criar metodologias de sistematização para o atendimento, buscando melhor prognóstico e redução da prevalência desta doença, podendo

assim levar mais informações e esclarecimentos para a população podendo seguir um tratamento adequado e conseqüentemente diminuindo o índice de internações.

## OBJETIVO

Avaliar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica como motivo de admissão em uma clínica médica de um hospital público da cidade de São Paulo. Breve estudo Observacional.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo, de natureza quantitativa e observacional, realizado no período de 17 a 31 de agosto de 2008, pela observação de pacientes admitidos em uma clínica médica de um Hospital público da cidade de São Paulo - SP. Neste trabalho foram observados dados referentes a sexo, idade, etnia, peso, altura, IMC e sua patologia.

Os dados foram inseridos na planilha Excel (Microsoft) e avaliados sem a identificação dos sujeitos, sendo apresentados como valores inteiros e percentuais (sem a aplicação de testes estatísticos). Todos os participantes desse estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Esta pesquisa foi registrada no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Bandeirante Anhanguera por obedecer as diretrizes prevista na resolução 196/96 que rege os aspectos éticos e legais das pesquisas envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

No período citado, foram realizados 30 atendimentos, sendo 11 indivíduos do sexo feminino, com idades entre 13 e 89 anos ( $27 \pm$  DP anos) e 19 indivíduos do sexo masculino com idade entre 25 e 84 anos ( $17 \pm$  DP anos).

Com relação à faixa etária, 3,3% (1 indivíduo) estão entre 11 a 20 anos. As faixas

etárias compreendem entre 21 a 30 anos, 31 a 70 anos e 71 a 80 anos obtiveram a mesma porcentagem, com 6,6% cada (6 indivíduos). Os indivíduos com faixa etária entre 31 a 40 anos 20% (6 indivíduos), de 41 a 50 13,3% (4 indivíduos). Entre os entrevistados com idades entre 51 a 60 anos, obtivemos 26,6% de participação (8 indivíduos). Os indivíduos com faixa etária entre 81 a 90 anos representaram 16,6% da amostra (5 indivíduos).

A população feminina atendida correspondente a 37% da amostra (11 indivíduos), enquanto os homens representam 63% (19 indivíduos), porém pode-se observar que a população feminina é mais idosa que a masculina.

Com relação ao local de residência 25 indivíduos são moradores do município estudado (83%), sendo que, destes 5 indivíduos (1,6%) não residem perto da clinica escola, locomovendo-se em busca do atendimento.

Nos itens a seguir deve-se considerar uma amostragem de 30 indivíduos para cada variável, pois para alguns indivíduos estudados, mais de um fator foi responsável pela inclusão ao atendimento. Na motivação que os levou à espera pelo atendimento público 66% (20 indivíduos) relataram fatores financeiros. Cerca de 70% da amostra (21 indivíduos) não relataram exercer atividades de trabalho formal (conforme código de Lei Trabalhista). Do total 20% participantes (6 indivíduos) procuraram o serviço por indicação de um conhecido, 43% (13 indivíduos) por residirem perto.

Em relação ao período de tratamento, 60% (18 indivíduos) estavam sendo acompanhados desde o primeiro semestre de 2008. Ainda 20% da amostra (6 indivíduos) estavam iniciando o tratamento. Por fim, 10% (3 indivíduos) permanecem desde o semestre anterior sob acompanhamento do Serviço e 10% (3 indivíduos) ali se encontram há mais de 18 meses.

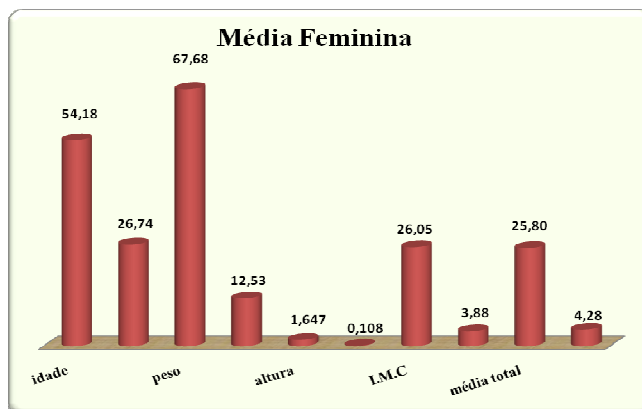


Figura 1: Distribuição dos indivíduos segundo idade, peso, altura e IMC.

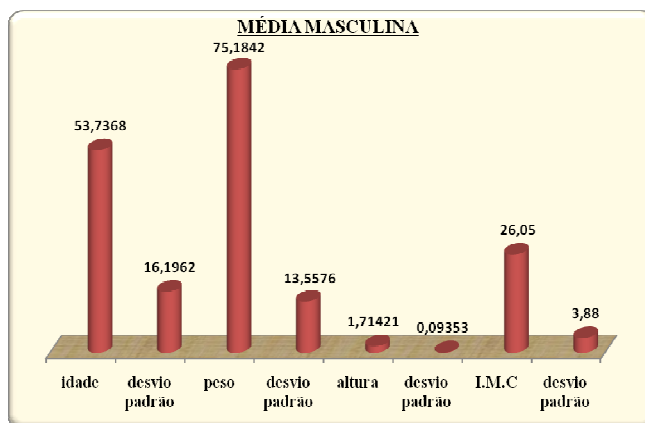


Figura 2: Distribuição dos indivíduos segundo idade, peso, altura e IMC.

## DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos verificou-se que a prevalência de HAS no Rio Grande do Sul permanece sendo um dos principais problemas de saúde pública neste início de século. Desde o estudo de (ACHUTLI, 1985) sobre a prevalência da doença no RS, passando pelo estudo de (FUCKS, 1994), na capital do Estado de Porto Alegre, os resultados do presente trabalho demonstraram manutenção de aproximadamente 20% de hipertensos para pressão arterial  $\geq 160/95$  mmHg entre a população adulta do Estado.

No Estado de Porto Alegre em 1993, foi realizado um estudo que apresentou 54,7% dos indivíduos com excesso de peso, sobrepeso ou obesidade, sendo que 18,6% são obesos.

O ministério da saúde (MS) em 1991, publicar que cerca de 32% dos adultos brasileiros apresentaram algum grau de excesso de peso (índice de massa corporal >25). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

Os resultados da PNSN (COITINHO, 1991), mostram que na região Sul, em pessoas com 18 anos ou mais as prevalências de obesidade e sobrepeso foram 13% e 27%, respectivamente.

Comparando nossos resultados com os resultados descritos acima podemos observar que nosso trabalho apresentou maior prevalência de HAS (50%), mesmo sendo um estudo de caráter observacional, onde a amostra é considerada pequena e não tivemos contatos verbais com os indivíduos em estudo.

## CONCLUSÃO

A hipertensão Arterial é uma patologia de grande prevalência e um problema de saúde pública que gera enorme custo social devido suas complicações levando ao auto-número de internações. Por se tratar de uma patologia assintomática reforça a necessidade de estudos e esclarecimentos à população sobre a importância de se procurar assistência médica periodicamente.

## REFERÊNCIAS

BRUNER e SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 9ª edição. Guanabara Koogan, 2002.

DRIZD, T. et al. Blood pressure levels in persons, 18-74 years of age in 1976-80, and trends in blood pressure from 1960 to 1980 in the United States. Vital Health Stat. Ser. 11, (234) 1986.

NEGRI, E. et al. Body weight and the prevalence of chronic diseases. J. Epidemiol. Community Health, 42: 24-9, 1998.

DUNCAM BB, Schmidt IM, Achutli AP, Polanczyk CA, Benia LR, Maia AA Socioeconomic distribution of noncommunicable disease risk factors in urban Brazil the case of Porto Alegre Bull PAHO 1993; 27:337- 49.

MARANHÃO, M.F. de C. ; RAMIRES, J.A.F. Aspectos atuais do tratamento da hipertensão arterial. Arg BRas Cardiol. V.51, P99-105, 1988.

OPARIL S. Hipertensão arterial. In: Goldman L, Bennet JC, organizadores. Cecil – Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 289-92.

SHOJI VM, Forjaz CLM. Treinamento físico da hipertensão. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2000; 10:7-14.