

Prevalência de Hipertensão Arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem*

Prevalence of High Blood Pressure in people with impaired physical mobility: nursing implications

Prevalencia de Pressión Alta en personas con movilidad física afectada: implicaciones para la enfermería

Jeová Alves de Souza¹, Inacia Sátiro Xavier de França¹

¹Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem. João Pessoa, PB

Submissão: 23/08/2007

Aprovação: 20/10/2008

RESUMO

A hipertensão arterial é uma das principais causas de morte em todo o mundo, e pode resultar da redução ou ausência do tônus muscular esquelético. Objetivou-se identificar aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial em pessoas com deficiência física e o conhecimento desses indivíduos acerca do controle dos fatores de risco para hipertensão arterial. Participaram 40 pessoas com deficiência física. Utilizou-se um questionário abordando fatores de risco para hipertensão arterial. Os dados foram analisados à luz de multireferenciais. Detectou-se 30% com sobrepeso ou obesidade; 75% com PA inferior ou igual a 120/80 mmHg; 25% hipertensos e 20% hipertensos de estágio I. Os sujeitos desconhecem os riscos para hipertensão. Seus hábitos e estilo de vida oferecem riscos à saúde. Conclui-se que a hipertensão em pessoas com deficiência física alcança maior gravidade e representa um desafio aos profissionais de saúde, pois o controle desse agravo impede a adesão do paciente ao tratamento.

Descritores: Estilo de vida; Fatores de risco; Hipertensão.

ABSTRACT

The hypertension is one of the main causes of death all over the world and may result in the reduction or absence of the skeletal muscular tone. The aim was to identify the epidemiologic aspects of hypertension in physical disabled people and the knowledge of these individuals about the control of the risk factors to the hypertension. Took part 40 physically handicapped. It was used a questionnaire approaching, the risk factors to hypertension. The data were analyzed to the light of multireferentials. It was detected 30% were with overweight or obesity; 75% with BP inferior or equal to 120/80 mmhg. And 25% hypertensive and 20% Hypertensive of stage I. The individuals do not know about the risks to hypertension. Their habits and life style offer risks to health. The hypertension in physically impaired people reaches a higher seriousness and it represents a challenge to health professionals, because the control of this injury it is indispensable the adhesion of the patient to the treatment.

Descriptors: Life Style; Risk Factors; Hypertension.

RESUMEN

La hipertensión arterial es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y puede resultar de la reducción o ausencia del tonos muscular esquelético. Se ha objetivado identificar aspectos epidemiológicos de la hipertensión arterial en personas con deficiencia física y el conocimiento de esos individuos acerca del control de los factores de riesgo para la hipertensión arterial. Participaron 40 personas con ficiencia física. Se utilizo un cuestionario abordando factores de riesgo para hipertensión arterial. Los datos fueron analizados bajo la orientación de multireferenciales. Se detecto 30% con peso elevado o obesidad; 75% con PA inferior o igual a 120/80 mmHg; 25% hipertensos y 20% hipertensos de nivel I. Los sujetos desconocen los riesgos para hipertensión. Sus hábitos y estilo de vida ofrecen riesgos a la salud. La hipertensión en personas con deficiencia física alcanza mayor gravedad y representa un desafío a los profesionales de salud, pues para el control de ese agravo es imprescindible la adhesión de los pacientes al tratamiento.

Descriptores: Estilo de Vida; Factores de Riesgo; Hipertensión.

**Extraído da pesquisa "Prevalência de hipertensão arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada", vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/Cnpq/UEPB- Cota 2005-2006.*

Correspondência: Jeová Alvez de Souza. Av. das Baraúnas, 351. Campus Universitário, Bodocongó. CEP 58109-753. Campina Grande, PB,

INTRODUÇÃO

A morbi-mortalidade decorrente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui-se um problema grave de saúde pública que afeta a todos os países. No Brasil, essa patologia é um dos fatores que preocupam os gestores de saúde, pois as doenças do sistema cardiocirculatório e a ocorrência de novos casos implicam maiores gastos do governo com o Sistema Único de Saúde-SUS.

A HAS tem uma prevalência de 10% do número de casos já existentes. Contudo, esse registro oficial é uma estimativa. Logo, não espelha a realidade epidemiológica acerca da prevalência da HAS, pois os estudos acerca da epidemiologia desse agravo, bem como de fatores de risco cardiovasculares, são insipientes o que dificulta o conhecimento da prevalência e da dimensão do problema na realidade brasileira⁽¹⁾.

Para o Ministério da Saúde, o país tem 17 milhões de pessoas com HAS. Dentre essas pessoas, 35% tem 40 anos e mais e estima-se que 4% das crianças e dos adolescentes seja hipertensa. O governo reconhece o baixo índice de controle dessa patologia, devido a sua evolução, em princípio, assintomática, ao diagnóstico e tratamento, por vezes, negligenciado e a baixa adesão dos pacientes ao tratamento prescrito. Entretanto, é de suma importância a detecção e tratamento precoce dessa patologia para minimizar as doenças do tipo: cérebro vascular, arterial coronariana, arterial periférica, renal crônica e insuficiência cardíaca⁽²⁾.

Para além das limitações dos dados oficiais, autores chamam a atenção para a necessidade de pesquisas em enfermagem enfocando a temática "hipertensão arterial" e de se repensar a utilização de modelos teóricos aplicados aos cuidados dos pacientes⁽³⁾. Esses modelos precisam ter uma estrutura interdisciplinar, em que os profissionais tenham responsabilidades rigorosamente divididas, de modo que a abrangência das ações assegure a passagem da teoria à prática.

Na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial. Entretanto, os cientistas já asseguram que existem vários fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial. Dentre as causas de hipertensão citam-se: pré-disposição genética, etnia, idade, sexo, excesso de massa corpórea, sedentarismo, ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, envelhecimento e dieta rica em gorduras. O estilo de vida e a classe socioeconômica do indivíduo, também, tem relação com a hipertensão⁽⁴⁾. E a redução ou ausência do tônus muscular esquelético, tal como acontece com as pessoas com uma deficiência física.

A Paraíba tem 271.591 pessoas com algum tipo de deficiência física. Destas, 30.000 pessoas residem em Campina Grande-PB⁽⁵⁾. Aquelas pessoas com deficiência nos membros inferiores apresentam maior número de fatores de risco para hipertensão arterial, devido se tornarem sedentários e aumentarem de peso, o que favorece ainda mais o desenvolvimento de doenças do aparelho cardiovascular. É comum que após a fase de reabilitação esses indivíduos permaneçam apresentando enfraquecimento músculo-esquelético, força e resistência diminuídas, enfraquecimentos neuromuscular, intolerância à atividade física, dentre outros⁽⁶⁾.

Atribui-se o diagnóstico de enfermagem "mobilidade física prejudicada" às pessoas com limitação no movimento independente e voluntário do corpo, ou de uma ou mais extremidades, com

movimentos não-coordenados ou aos trancos e instabilidade postural durante a execução de atividades da vida diária⁽⁷⁾.

A articulação do diagnóstico "mobilidade física prejudicada" com as causas de hipertensão arterial motivou a inferência dos seguintes pressupostos: o estilo de vida das pessoas com deficiência física, comprometendo os membros inferiores, possibilita a elevação da pressão arterial; as pessoas com deficiência física que são hipertensas desconhecem essa condição, fato que contribui para a prevalência dessa patologia no âmbito desse segmento social.

Considerada a magnitude da hipertensão arterial, cujas conseqüências se refletem na morbimortalidade, na atenção de urgência pré-hospitalar e hospitalar, e na assistência especializada de saúde e reabilitação do indivíduo, objetivou-se identificar os aspectos epidemiológicos relacionados com a hipertensão arterial em pessoas com deficiência física que residem no município de Campina Grande-PB; os hábitos de saúde relacionados aos fatores de risco para hipertensão em pessoas com deficiência física que estejam em reabilitação fisioterápica e para aquelas que já estejam reabilitadas; e identificar o conhecimento desses indivíduos em relação à importância do controle dos fatores de risco para a hipertensão arterial.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Ministério da Saúde desenvolveu o Caderno de Atenção Básica nº 15 que preconiza a abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão arterial e enfatiza a relevância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Sistêmica. A equipe multiprofissional mínima deve ser composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, além de priorizar a inserção de nutricionista, assistente social, psicólogo, odontólogo e professor de educação física⁽²⁾.

Cada um desses profissionais tem as suas competências estabelecidas, devendo atuar de forma integrada, desenvolvendo ações destinadas à prevenção de risco cardiovascular, a prevenção primária e ao atendimento às pessoas com hipertensão arterial ou com diabetes mellitus. A atuação da equipe é regulamentada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e inclui o Programa Saúde da Família como uma das instituições prestadora desse tipo de assistência⁽²⁾.

Em se tratando do enfermeiro, compete a esse profissional a capacitação dos auxiliares de enfermagem, proceder à consulta de enfermagem para identificação dos fatores de risco e de controle da hipertensão arterial sistêmica através de tratamento não-medicamento, da adesão ao tratamento, de possíveis intercorrências ao tratamento. E, quando necessário, proceder ao encaminhamento do paciente para o médico⁽²⁾.

No caso específico dos pacientes hipertensos, compete ao enfermeiro desenvolver ações educativas, individuais ou em grupo, com esses pacientes; desenvolver, junto aos demais profissionais da equipe, estratégias que estimulem os pacientes a aderirem ao tratamento; solicitar exames mínimos, estabelecidos em consensos e considerados necessários pelo médico da equipe; repetir a medicação daqueles pacientes em tratamento e sem intercorrências⁽²⁾.

Também é da competência do enfermeiro o encaminhamento,

para consulta mensal com o médico, daqueles pacientes não aderentes ao tratamento e daqueles que apresentem difícil controle da hipertensão arterial sistêmica, ou apresentem lesões em órgãos-alvo ou co-morbidade. O encaminhamento para consulta trimestral com o médico, indicado para aqueles pacientes que, mesmo tendo os níveis pressóricos controlados, apresentem lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades. E o encaminhamento para a consulta semestral para os pacientes com hipertensão arterial sistêmica controlada e sem lesões de órgãos-alvo ou co-morbidades⁽²⁾.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de corte transversal, realizado no período de 01 de agosto de 2005 a 30 de Julho de 2006, em uma Clínica de Fisioterapia a qual deu-se o pseudônimo "Clínica Renascer" e numa instituição que emprega pessoas com deficiência física que recebeu o pseudônimo "Empresa Esperança", ambas situadas no município de Campina Grande-PB.

A amostra foi composta por 20 pessoas com deficiência física em reabilitação na Clínica Renascer e 20 pessoas que trabalharam na Empresa Esperança durante o período da coleta. Utilizou-se um questionário com questões objetivas e subjetivas abordando as seguintes variáveis: condição sócio-econômica, medidas antropométricas, hipertensão arterial, tabagismo, alcoolismo, hábitos, estilo de vida e percepção de saúde.

A verificação das medidas de pressão arterial foi realizada com o participante sentado. As pressões arteriais sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram medidas por método auscultatório, utilizando-se esfigmomanômetro aneróide (Tycos), estando o participante em repouso.

A medida da PA foi verificada em um dos braços, enquanto o outro continuou ciclando. Os critérios de determinação da PAS e PAD foram o 1º e o 5º som de Korotkoff, respectivamente. Ou seja: para a pressão sistólica foi considerada a primeira percepção de som e para a diastólica o desaparecimento completo do som cardíaco. Foi considerado hipertenso o indivíduo que apresentou PA diastólica ≥ 90 mmHg e/ou PA sistólica ≥ 140 mmHg.

O peso foi mensurado utilizando-se uma balança antropométrica, estando os participantes livres de sapatos e roupas pesadas. O peso foi registrado em quilogramas de tal modo que as frações foram aproximadas para valores inteiros. A mensuração da altura foi realizada com antropômetro, registrando-se o valor em centímetros, sendo as frações aproximadas para centímetros inteiros.

Para o cálculo do IMC foi utilizado o seguinte parâmetro: proporção do peso em quilogramas pela altura do indivíduo elevada ao quadrado, em unidade de metro; esse cálculo pode ser simplificado pela fórmula $IMC = P / H^2$, onde P é o peso e H a altura da pessoa examinada⁽⁸⁾.

Cada participante foi submetido a um interrogatório utilizando-se todas as questões formuladas no questionário. E a três sessões posteriores, agendadas para o 5º, 10º e 15º dias após o primeiro contato, para mensuração da PA. Os dados foram tratados através da estatística descritiva e analisados à luz de multireferenciais.

O projeto de pesquisa foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa sendo aprovado em 21/09/2005 (protocolo nº. 0081.0.133.000.05). Cada participante foi esclarecido acerca dos objetivos, dos riscos e benefícios da pesquisa e assinou o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes tiveram assegurado o direito à privacidade, ao sigilo e a retirar-se da investigação em qualquer momento do estudo sem qualquer ônus para a sua assistência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil Sociodemográfico

Dentre os 40 participantes, identificou-se: 52,5% do sexo masculino e 47,5% do sexo feminino; 25% homens e 20% mulheres na faixa etária de 25 a 35 anos; 20% homens e 15% mulheres, de 36 a 45 anos; e 7,5% homens e 12,5% mulheres com 46 anos e mais.

Em relação ao grau de instrução, 5% homens e 10% mulheres não contam anos de estudo; 27,5% homens e 27,5% mulheres têm o nível médio incompleto; 20% homens e 7,5% mulheres completaram o nível médio; e 2,5% mulheres têm curso universitário.

A respeito da renda citada pelos homens, 40% deles recebem de 1 a 2 salários mínimos; 10%, de 3 a 4 salários mínimos e 2,5%, de 5 a 6 salários mínimos. Tratando-se das mulheres, 37,5% afirmaram receber de 1 a 2 salários mínimos; 2,5% informaram receber de 3 a 4 salários mínimos; e 7,5%, recebem de 5 a 6 salários mínimos.

No concernente às causas de mobilidade física prejudicada, foram relatadas as seguintes: acidente vascular cerebral 40%; acidente automobilístico 15%; vítimas de assalto com disparo de arma de fogo 5%; artrose 5%; artrite 5%; neuropatia periférica 10%; patologia da coluna 20% e iatrogenia médica 10%.

Observou-se que 77,5%, somando-se homens e mulheres, sobrevivem com uma renda de um a dois salários mínimos. Essa renda corresponde à soma dos salários de todas as pessoas que residem em um mesmo lar. Há famílias com um número consideravelmente grande de pessoas para compartilharem de uma renda pequena e, até, insuficiente para suprir as despesas com as necessidades básicas.

Na maioria dos casos, a renda não permite a aquisição de materiais que necessitam como órteses, próteses e determinados medicamentos que não são fornecidos pelas unidades básicas de saúde (SIC). Essa situação se constitui um problema de saúde pública, pois 80% dos participantes desse estudo tomam algum tipo de medicação.

Medidas Antropométricas dos Sujeitos

Na Clínica renascer, no concernente à massa corporal, detectou-se 5% homens abaixo do peso; 40% homens e 25% mulheres com peso normal; 5% homens e 12,5% mulheres com risco para sobrepeso; e 2,5% homem e 10% mulheres obesos. E na Empresa Esperança, 55% homens e 38% mulheres com peso normal. E 7% de mulheres obesas.

Estudos demonstram que a obesidade é um fator de risco para a ocorrência de doença isquêmica coronariana e morte súbita, especialmente em homens abaixo de 50 anos. Nos indivíduos obesos há uma predisposição para a hipertensão devido a hiperinsulinemia decorrente da resistência à insulina presente em indivíduos obesos, principalmente naqueles que apresentam excesso de gordura na região do tronco. A ação da hiperinsulinemia consiste

em ativação do sistema nervoso simpático e reabsorção tubular de sódio, o que contribui para aumentar a resistência vascular periférica e a pressão arterial⁽⁹⁾.

Os cientistas não explicam com muita clareza os mecanismos pelos quais a gordura abdominal se associa a aumentos da prevalência de hipertensão arterial. Mas, explicam que a gordura visceral pode mediar a elevação da pressão arterial devido a redução da natriurese. Para esses estudiosos, a maior retenção de sódio seria provocada por ativação do sistema renina - angiotensina, por ativação do sistema nervoso autônomo simpático e ainda por alterações da hemodinâmica intra-renal, conseqüente à compressão da medula renal⁽⁹⁾.

Os Níveis de Pressão Arterial dos Sujeitos

Quando da mensuração da PA, detectou-se: 75% dos participantes com PA inferior ou igual a 120/80 mmHg. E 25% hipertensos. Desses últimos, 5% estão na faixa limítrofe para hipertensão arterial, com uma pressão normal-alta, ou seja: pressão sistólica de 130 a 139 mmHg ou diastólica de 85 a 90 mmHg; e 20% hipertensos de estágio I, com pressão sistólica de 140 a 159 ou diastólica de 90 a 99 mmHg⁽⁸⁾. O percentual de hipertensos refere-se a participantes dos dois campos de estudo.

Ao comparar os níveis pressóricos dos participantes hipertensos, detectou-se que a média dos valores da pressão arterial sistólica e diastólica foi semelhante nos dois subgrupos estudados. A elevação dos valores da PA esteve associada ao aumento do IMC e a mobilidade física prejudicada.

Os indivíduos hipertensos fazem uso de Captopril e Hidroclorotiazida e, até então, desconheciam que essas drogas possuem interação com nutrientes e que a interação tanto pode ser benéfica como pode causar prejuízos ao organismo. Também desconheciam os malefícios de determinados hábitos alimentares, têm o hábito de ingestão diária de cloreto de sódio, frituras e massas. E desconsideram o controle dietético para manutenção da saúde.

Comparando-se as diretrizes assistenciais estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica para o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus com as informações dos participantes desse estudo, pode-se inferir que esses participantes necessitam de uma abordagem terapêutica que prime pela educação em saúde de modo a orientá-los para a assunção de modificações no estilo de vida e para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, de modo a prevenir as complicações decorrentes dos níveis pressóricos elevados.

É mister afirmar que a hipertensão se mostra claramente relacionada à obesidade, impondo um risco considerável para acidente vascular cerebral e desenvolvimento de quadro de insuficiência cardíaca congestiva. Os indivíduos na faixa limítrofe são vulneráveis a complicações cardiovasculares, tais como acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e/ou renal e cardiopatia isquêmica, riscos estes que aumentam paralelamente ao aumento da pressão arterial⁽⁸⁾.

No que se refere à prevenção de comportamento de riscos cardiovasculares, os autores consultados recomendam cuidados que precisam ser incorporados às atividades cotidianas, desde a fase precoce da vida, para evitar o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados, a obesidade, o tabagismo e o etilismo.

Estima-se que a adoção de uma dieta saudável e a prática de exercícios físicos favorece o emagrecimento que tem se mostrado como uma das medidas mais eficazes para a redução e o controle da hipertensão e evitação dos malefícios que a hipertensão causa ao organismo⁽⁸⁾.

A relevância desses cuidados se confirma tanto na presença de doença como na sua ausência. Desse modo, a educação em saúde precisa encampar as condições socio-econômicas da população assistida levando informações relacionadas com o acesso ao ensino, às condições dignas de habitação, lazer e recreação, transporte, acesso a serviços de saúde, dentre outros para que indivíduos, famílias e comunidades se instrumentem para buscar e conquistar o seu direito a saúde e a cidadania.

Ao considerar que a maioria da população brasileira convive com a pobreza e as más condições de vida, e a magnitude dos aspectos epidemiológicos da hipertensão afirma-se a necessidade de programas de rastreamento contínuo visando tratamento ou intervenção efetiva para os pacientes identificados através dessa estratégia, e o tratamento precoce, para a obtenção de melhores desfechos do que o tratamento tardio. Convém frisar que o Brasil já realizou uma Campanha Nacional de Detecção e Controle da Hipertensão Arterial no período 2001-2003⁽¹⁰⁾.

Essa campanha, denominada Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, mobilizou a população, facilitou o acesso à informação, identificou indivíduos suspeitos de serem hipertensos e estimulou a confirmação diagnóstica. Entretanto, a adesão dos municípios e da população à campanha foi baixa, o que requer um processo sistemático que garanta a continuidade desta estratégia à luz de novos conhecimentos científicos e em prol de resultados mais favoráveis⁽¹⁰⁾.

O que dizem os sujeitos sobre hábitos, estilo de vida e percepções de saúde

No que se refere às atividades da vida diária e aos hábitos de saúde, todos os participantes assistidos na Clínica Renascer são cadeirantes. Queixaram-se por não mais poderem desempenhar as tarefas cotidianas devido à deficiência física que hoje apresentam.

Os homens disseram sentir falta do trabalho, do convívio com os amigos e de frequentar os lugares aonde antes podiam ir, quando tinham a "liberdade" de movimentos livres. Agora, eles não sentem mais desejo de sair de casa por dependerem de alguém que tenha boa vontade para os transportarem.

As mulheres também se queixaram que há muitas atividades do lar e da vida social que não podem mais realizar. E citaram que não têm mais oportunidade de emprego no mercado de trabalho para manterem a sua independência financeira e ajudarem nas despesas da família.

Em se tratando da influência das condições intervenientes no estado de saúde das mulheres, elas relataram que a situação econômica lhes causa preocupações e até crises depressivas, fazendo-se necessário tomar medicações controladas para combater o agravo do sistema emocional. Esse fato remete ao pensamento acerca de que as doenças ou agravos não transmissíveis interferem nos hábitos e estilo de vida das pessoas desencadeando outros malefícios que danificam a sua qualidade de vida devido aos aspectos limitantes, as conseqüências do tratamento e o sofrimento que causam a pessoa acometida e, por conseqüência, a todo o núcleo familiar.

O relato dessas mulheres traz um elemento importante para a abordagem das crises hipertensivas ? quando da avaliação de uma pessoa com história de elevação da pressão arterial, é preciso diferenciar uma situação clínica de urgência daquela considerada de emergência, além de atentar para aqueles casos em que a elevação dos valores pressóricos decorre de algum evento emocional doloroso ou desconfortável⁽¹¹⁾.

Todos os participantes do estudo negaram tabagismo e etilismo, mas, afirmaram a ingesta indiscriminada de sódio e desconhecer a co-relação pessoa com deficiência física-obesidade-sedentarismo-problemas cardiocirculatórios. E afirmaram dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

A literatura estudada deixa clara a relação causal entre o aumento de sódio dietético, avaliado pela excreção urinária, e hipertensão arterial em diferentes populações. Contudo, os autores relatam que existe dificuldade em se avaliar a ingesta de sódio. Isso porque é possível a subestimação da quantidade de sódio ingerida, e porque a tabela de composição de alimentos utilizada nessa avaliação pode variar muito de um país para o outro de modo que preparações regionais e os produtos industrializados produzidos internamente podem não estar inseridos nessa tabela. Também porque os seres humanos apresentam diferentes graus de sensibilidade ao sódio de modo que alguns indivíduos excretam maiores quantidades de sódio sem um aumento na pressão arterial e outros não. Assim sendo, os autores sugerem o exame da excreção urinária de 24h tendo em vista que 95% do sódio ingerido é excretado na urina⁽⁹⁾.

No tocante ao desconhecimento, pelos participantes desse estudo, da co-relação pessoa com deficiência física-obesidade-sedentarismo-problemas cardiocirculatórios os resultados do estudo demonstram como é preciso que os profissionais de saúde aprendam a trabalhar em equipe multiprofissional, a valorizar a intersectorialidade e a dimensão holística dos usuários do sistema de saúde para poder lhes dispensar melhor assistência, além de educá-los para o auto-cuidado.

Em se tratando da dificuldade de acesso, o assunto é preocupante, pois as barreiras enfrentadas na utilização de serviços e os aspectos comportamentais de não valorização da demanda espontânea de cuidados curativos ou preventivos são fatores que podem influenciar na prevalência de complicações de órgãos-alvo da hipertensão arterial.

Também é preocupante porque o grupo de indivíduos com risco para doenças cardiovasculares muitas vezes não é objeto dos programas de saúde e, portanto, não produz a maioria dos casos de doença registrados, visto que é um grupo numericamente bem menor que o dos indivíduos de baixo risco. Disso resulta a necessidade de uma cobertura expressiva de indivíduos com risco para doenças cardiovasculares para se observar modificação significativa no perfil epidemiológico⁽¹²⁾.

Outrossim, convém considerar que o estilo de vida desempenha papel fundamental na determinação do nível de PA e na prevalência da hipertensão nos indivíduos e populações. É senso comum que, dentre os vários fatores relacionados com o estilo de vida, alguns já referidos nesse texto influenciam diretamente os níveis pressóricos, tanto numa dimensão individual como numa populacional, a exemplo da gordura corporal em excesso, do consumo de álcool, da atividade física e da qualidade da dieta.

Ao buscar a prática de exercícios como um fator benéfico para

o estilo de vida e a prevenção e/ou controle dos níveis pressóricos, detectou-se que os homens que trabalham na Empresa Esperança praticam esporte no final de semana jogando futebol de salão. Já as mulheres, que também trabalham nessa instituição, não praticam esportes e não exercem qualquer tipo de atividade que previna o excesso de peso e, conseqüentemente, a hipertensão arterial.

Esses resultados são condizentes com aqueles de estudos em que os autores afirmam que, na população urbana brasileira, a prevalência do sedentarismo é da ordem de até 56% nas mulheres e 37% nos homens⁽¹³⁾. Para além do sedentarismo, os participantes desse estudo são pessoas com uma deficiência física que atinge os membros inferiores, fato que reduz ou impede a prática de exercícios e, conseqüentemente, prejudica o desempenho orgânico e as adaptações autonômicas e hemodinâmicas que influenciam o sistema cardiovascular.

Ao tomar por base que o exercício físico desencadeia efeitos fisiológicos, a exemplo do aumento no débito cardíaco, da redistribuição no fluxo sanguíneo e da elevação da perfusão circulatória para os músculos em atividade. E que esses efeitos provocam discreta redução dos níveis tensionais, especialmente nos hipertensos⁽¹³⁾ pode-se afirmar que o sedentarismo constitui-se importante fator de risco para a ocorrência de maior taxa de eventos cardiovasculares e de mortalidade em indivíduos com baixo nível de condicionamento físico, como é o caso das pessoas com deficiência física.

De acordo com a literatura estudada, as pessoas hipertensas precisam de exercício físico regular e sob orientação médica. Os exercícios devem ser de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração, realizados com freqüência cardíaca entre 60% e 80% da máxima ou entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio⁽¹³⁾.

Ao considerar que o volume de exercício requerido para os indivíduos hipertensos, mesmo sendo relativamente pequeno, pode reduzir a sua pressão arterial, considera-se que as pessoas com mobilidade física prejudicada podem submeter-se a um programa de exercícios físicos orientados que beneficie o seu desempenho orgânico e hemodinâmico.

Em se tratando dos hábitos de saúde e das atividades da vida diária, uma possibilidade de lazer e de prática educativa em saúde para as pessoas com deficiência consiste no uso de recursos lúdicos dado que eles estimulam hábitos saudáveis em qualquer fase da vida, pois tendem a promover distanciamento da realidade, estimular a auto-expressão dos participantes, proporcionar relaxamento das tensões, entretenimento e elevação da auto-estima⁽¹⁴⁾.

Ao utilizar recursos lúdicos pode-se disponibilizar material bem escrito e de fácil compreensão objetivando a satisfação dos educandos e o desenvolvimento de atitudes e habilidades que propiciem o entendimento do auto-cuidado como instrumento influenciador do padrão de saúde. O alcance desse objetivo poderá contribuir para a adesão ao tratamento, a redução do uso dos serviços e dos custos com a saúde⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Os dados dessa investigação confirmam resultados de outros estudos que mostram a importância da obesidade e do sedentarismo no desenvolvimento dos fatores de risco cardiovascular. E

demonstram que os fatores de riscos estão presentes tanto no grupo de participantes cadeirantes como naqueles de pessoas com mobilidade física prejudicada, mas que conseguem deambular.

Nesse estudo, o percentual de pessoas com deficiência física, e que são hipertensas, é preocupante e se reveste de relevância quando considerado o desconhecimento dos participantes acerca dos riscos da hipertensão arterial sem controle, a inobservância de estilo de vida e hábitos de saúde preventivos de sobrepeso ou obesidade, fatores estes desencadeantes de processo hipertensivo e das suas complicações, e tendo-se em vista a condição auto-limitante dessas pessoas para a prática de exercícios.

Os resultados desse estudo deixam patente a necessidade dos enfermeiros desenvolverem ações educativas que encorpem as especificidades das necessidades das pessoas com deficiência física no que diz respeito a suporte emocional, promoção de exercícios, aumento da auto-estima e do sistema de apoio, a transformação dos hábitos e estilo de vida, a adoção de alimentação saudável e a uma prática de exercícios físicos compatíveis com a sua condição orgânica. Também deixam patente a necessidade de ações de enfermagem direcionadas a educação dos clientes hipertensos visando a adesão ao tratamento como modo de obter respostas adaptativas aos agravos cardiocirculatórios que porventura existam.

Consideradas as necessidades afetadas dos participantes desse estudo, sugere-se que os profissionais de saúde reforcem as orientações pertinentes ao tratamento da hipertensão arterial e

criem oportunidade para que os pacientes expressem suas dúvidas e anseios. E, com esse intento, é preciso utilizar material educativo relacionado com as necessidades de cada paciente, certificando-se que as informações foram compreendidas.

Sugere-se que as equipes de saúde desenvolvam atividades educativas que reforcem a observância de consumo diário de, no máximo, 5g de sal por pessoa; informem sobre quais os alimentos devem ser evitados devido serem ricos em sódio; que ao utilizar adoçantes deve-se preferir aqueles à base de aspartame porque não contém sódio. Que, além de encaminhamento dos pacientes obesos ou com sobrepeso para tratamento com a nutricionista, se oriente as pessoas com mobilidade física prejudicada, respeitando-se as exceções, para a prática de exercícios leves pelo menos cinco vezes por semana.

Outrossim, que se desestime a prática do tabagismo e do alcoolismo reforçando os efeitos adversos dessa prática para o sistema cárdio-pulmonar. E, ao fornecer os medicamentos prescritos, que se oriente o paciente acerca da importância da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Por fim, sugere-se a realização de novas pesquisas envolvendo o estado de saúde das pessoas com deficiência física, enfocando não somente as causas que as levam a ter déficit de mobilidade, mas averiguando, concomitantemente, as dificuldades do acesso às unidades de saúde e sua satisfação em relação aos programas de promoção da saúde e reabilitação bio-psico-socio-espiritual.

REFERÊNCIAS

1. Conceição TV, Gomes FA, Tauil PL, Rosa TT. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. *Arq Bras Cardiol* 2006; 86(1): 26-31.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Moreira TMM, Sales ZN, Damasceno MMC, Fraga MNO. Análise das publicações de enfermagem sobre hipertensão arterial e diabetes Mellitus no Brasil de 1995-1999. *Rev RENE* 2002; 3(1): 42-9.
4. Molina MDCB, Cunha LFH, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Rev Bras Hipertensão* 2003; 37(6):743.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
6. Haddad S, Silva PRS, Pereira BAC. Efeito do treinamento físico de membros superiores aeróbio de curta duração no deficiente físico com hipertensão leve. *Arq Bras Cardiol* 1997; 69(3):169-73.
7. North American Nursing Diagnosis Association Nursing Diagnosis: definitions & classification. 1995-1996. Philadelphia: NANDA; 2006.
8. Nettina SM. Prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
9. Misra A. Insulin resistance syndrome: Current perspective and its relevance in Indians. *Indian Heart J* 1998; 50: 385-95.
10. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 885-95.
11. Lima MT, Bucher JSNE, Lima JWO. Hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4): 107-9.
12. Sala A, Cohen DD, Dalmaso ASW, Lima AMM, Teixeira RR. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. *Rev Saúde Pública* 1993; 7(6): 463-71.
13. Araújo CGS. Fisiologia do exercício físico e hipertensão arterial. Uma breve introdução. *Rev Hipertensão* [online]. [citado em: 4 abril 2007]. Disponível em: http://www.sbh.org.br/revista_N3_V4.
14. Rabelo SE, Padilha MICS. A atividade lúdica no processo educativo ao cliente diabético adulto. *Texto Contexto Enferm* 1998; 7(3):106-17.
15. Moreira RP, Guedes NG, Cavalcante TF, Silva VM, Araujo TL. Educational workshops about arterial hypertension - a quasi-experimental study. *Online Braz J Nurs* [online]. [citado em: 3 abril 2007]. Available in: <http://www.uff.br/objnursing/viewar.ticle.php?id=489&layout=html>