



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CONHECIMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL ACERCA DE SEU TRATAMENTO**

MARCELO DE MEDEIROS LUCENA

CAJAZEIRAS-PB

2010

MARCELO DE MEDEIROS LUCENA

**CONHECIMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL ACERCA DE SEU TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do
Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de
Bacharel em enfermagem.

ORIENTADOR: PROF^ª. Ms. ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

CAJAZEIRAS-PB

2010



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

L935c LUCENA, Marcelo de Medeiros
Conhecimento de portadores de hipertensão arterial
acerca de seu tratamento./Marcelo de Medeiros Lucena.
Cajazeiras, 2010.
64f.

Orientadora: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCC

1. Hipertensão arterial - tratamento. I. Título.

UFCC/CFP/BS

CDU-616.12-008.331.1

MARCELO DE MEDEIROS LUCENA,

**CONHECIMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ACERCA
DE SEU TRATAMENTO.**

Aprovada em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

**Profª. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
(Orientador - UFCG)**

**Profª. Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire
(Membro – UFCG)**

**Profª. Esp. Mary Luce Melquiades Meira
(Membro - UFCG)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAIAZEIRAS - PARAIBA**

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus, por estar sempre ao meu lado, e por ter me dado todas as forças necessárias, para vencer este grande desafio.

Quero expressar o sincero reconhecimento a minha orientadora Prof^ª. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas. Suas orientações foram de suma importância na estruturação do presente estudo.

Aos professores que compõem a banca, que dispuseram seu tempo para prestigiar a apresentação deste estudo, e fazer relevantes contribuições para o mesmo.

Ao apoio dos professores do CFP/UFMG durante a participação em disciplinas da Graduação em Enfermagem. Em especial os professores Amubes, Cesário, Kennia, Luciana, Roberta.

Sou grato aos colegas e amigos do curso, pela convivência e discussões enriquecedoras de temas relevantes.

Oas funcionários da Secretaria do Curso, em especial a Márcia e a Vicente Ferrer.

À Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras e aos integrantes da Equipe de Saúde da Unidade José Leite Rolim pelas condições proporcionadas para a realização da pesquisa sobre a hipertensão arterial.

À minha família por acreditar na minha capacidade de concluir essa pesquisa, mesmo enfrentando tanta distância e viagens demoradas.

À minha família de Sousa/PB. O suporte afetivo, emocional e pelo incentivo, compreensão e confiança que sempre demonstraram ter por minha pessoa.

À todos os participantes da pesquisa, pela confiança depositaram em mim, sem eles seria impossível a realização deste estudo.

RESUMO

LUCENA, Marcelo de Medeiros. **Conhecimento de portadores de hipertensão arterial acerca de seu tratamento.** Trabalho de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2010. 64 fls.

Introdução: A hipertensão arterial é o principal fator de risco de morte entre as doenças não transmissíveis, mostrando relação direta e positiva com o risco cardiovascular. Entretanto, apesar dos progressos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento ainda é um importante problema de saúde pública. **Objetivo:** Investigar o conhecimento dos pacientes portadores de hipertensão arterial sobre o tratamento adotado para o mesmo. **Metodologia:** Realizado estudo transversal em que a amostra totalizou 72 pacientes hipertensos. A coleta dos dados foi através da realização de entrevistas, na Unidade Básica de Saúde José Leite Rolim Cajazeiras/PB, por meio de roteiro de perguntas. Os dados obtidos foram analisados quantitativamente, a luz da literatura pertinente. **Resultados:** A amostra foi caracterizada por um bom percentual de hipertensos com faixa etária inferior a 40 anos (34,71%), quase a metade da amostra tem relacionamento permanente (49,99%), um grande percentual tem o grau de escolaridade para nível médio e mais (48,86%), a grande maioria tem renda de até 2 salários mínimos (83,32%). A grande maioria (75%) desconhece o real significado da hipertensão arterial, atribuindo conceitos a partir de seus valores e crenças; uma pequena minoria (18%) descobriu sua doença em consulta de rotina; o tratamento mais conhecido por eles são o medicamentoso e a diminuição da dieta (100%) da amostra, com uma frequência de (22,78%); quanto as medidas adotadas a menos valorizada foi a prática de atividade física (8,84%). (22,48%) referiram como principal dificuldade de seguir o tratamento a adaptação a medicação e como facilidade aquisição da medicação através da unidade de saúde (48%) Muitos pacientes relataram não terem dúvidas quanto ao tratamento (45,26%). **Considerações finais:** Constatou-se que pacientes hipertensos não sabem ao certo o que é a hipertensão, mas eles têm um bom conhecimento a cerca de seu tratamento, isso é demonstrado pelas poucas dúvidas que surgiram durante as entrevistas. De acordo com os achados percebemos haver a necessidade de buscarmos medidas educativas que influenciem, verdadeiramente, o comportamento dos pacientes hipertensos, no sentido de mudanças nos hábitos e estilo de vida. Além da criação de grupos de hipertensos para que dúvidas e dificuldades sejam debatidas, e pela troca de experiência seja possível o despertar de uma melhor consciência sobre a doença.

Palavras – chaves: Hipertensão. Dúvidas. Tratamento.

ABSTRACT

LUCENA, Marcelo de Medeiros. **Knowledge of hypertensive patients about their treatment.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2010. 64 fls.

Introduction: Hypertension is the main factor of death risk among the non-transmissible diseases, showing a direct and positive connection with cardiovascular risk. However, despite the improvements in the prevention, diagnosis and treatment of hypertension, it remains as a major problem of public health. **Objective:** To investigate the knowledge of patients with hypertension on the treatment adopted for the same. **Methodology:** Conducted a cross-sectional study sample included 72 hypertensive patients. Data collection was through interviews, the Basic Health Unit José Leite Rolim Cajazeiras / PB, via structured interview. The data were analyzed quantitatively the light of relevant literature. **Results:** The sample was characterized by a good percentage of hypertensive patients aged less than 40 years (34.71%), nearly half of the sample has permanent relationship (49.99%), a large percentage have the schooling for average and over (48.86%), the vast majority have incomes of up to two minimum wages (83.32%). The vast majority (75%) know the real meaning of hypertension, attributing concepts from their values and beliefs, a small minority (18%) found the disease in a routine visit and the treatment they are best known for the drug and decrease in diet (100%) of the sample, with a frequency (22.78%) as the measures adopted was the least valued physical activity (8.84%). (22.48%) reported as the main difficulty of following the treatment to adjust the medication and how to easily purchase the medication through the health unit (48%) Many patients reported not have doubts as to the treatment (45.26%). **Conclusion:** We found that hypertensive patients do not know for sure what is hypertension, but they have a good knowledge about their treatment, this is evidenced by the few issues that arose during the interviews. According to the findings we realize there is a need for educational measures seek to influence, really, the behavior of hypertensive patients, the effect of changes in habits and lifestyle. Besides the creation of groups of hypertensive patients to doubts and difficulties are discussed, and the exchange of experience can be the awakening of a better awareness about the disease.

Key-words: Hypertension. Treatment. Questions.

LISTA DE SIGLAS

- % - Por cento
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- cm – Centímetro
- ECA - Enzima conversora da angiotensina
- g/dia – Grama por dia
- HA – Hipertensão Arterial
- HAS – Hipertensão arterial sistêmica
- IMC – Índice de massa corporal
- Km - Kilômetro
- Km² – Kilômetro quadrado
- m - Metros
- MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
- ml - Mililitros
- ml/dia – Mililitros por dia
- mmHg – Milímetros de mercúrio
- PA – Pressão Arterial
- PAD - Pressão Arterial Diastólica
- PAS - Pressão Arterial Sistólica
- PB - Paraíba
- PSF - Programa Saúde da Família
- TCC – Trabalho de conclusão de curso
- TCLE – Termo de Consentimento Livre E Esclarecido
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- USF – Unidade Saúde da Família

LISTA DE TABELAS, QUADRO E GRÁFICO

Tabela 1 - Classificação do estado de hipertensão em adultos com dezoito anos de idade ou mais. Brasil, 2002.....	15
Tabela 2 – Dados de identificação e caracterização social dos entrevistados.....	29
Tabela 3 - Classificação das respostas apresentadas pelos pacientes sobre a definição de hipertensão arterial.....	31
Tabela 4 – Métodos conhecidos pelos entrevistados para tratamento da hipertensão arterial.....	33
Tabela 5 – Medida adotada para tratamento.....	34
Tabela 6 – Medidas não medicamentosas utilizadas no tratamento.....	35
Tabela 7 – Tratamento realizado como o médico indica.....	36
Tabela 8 - Dificuldades no seguimento do tratamento da HA.....	37
Tabela 9 – Facilidades no seguimento do tratamento da HA.....	38
Tabela 10 – Fatores favoráveis e desfavoráveis para uma vida saudável.....	39
Tabela 11 – Dúvidas a respeito do tratamento da hipertensão.....	40
Quadro 1 - Procedimento para a medida da pressão arterial.....	16
Gráfico 1 – Descoberta da Hipertensão Arterial.....	32

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	11
2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – CONCEITO	13
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – HISTORICIDADE.....	15
2.3 TRATAMENTO.....	16
2.3.1 Tratamento não medicamentoso.....	16
2.3.1.1 Ingestão de sal	17
2.3.1.2 Perda de peso.....	18
2.3.1.3 Atividade física	19
2.3.1.4 Ingestão de álcool	20
2.3.1.5 Tabagismo	21
2.3.2 Tratamento medicamentoso.....	21
2.4 A ADESÃO DA PESSOA HIPERTENSA AO TRATAMENTO.....	22
3 - METODOLOGIA.....	25
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	25
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	25
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
3.4 COLETA DE DADOS.....	26
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
3.6 OBSERVÂNCIAS ÉTICAS.....	27
4 - RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
4.1 - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DOS DOENTES...	31
4.2 - A COMPREENSÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	33
4.3 – DESCOBERTA DA DOENÇA.....	34
4.4 – CONHECIMENTO E TRATAMENTO REALIZADO.....	35
4.5 - DIFICULDADES E FACILIDADES PARA SEGUIR O TRATAMENTO.....	39
4.6 – DÚVIDAS SOBRE O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO.....	42
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	44

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES	
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	51
APÊNDICE B - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	53
APÊNDICE C - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE.....	54
APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	55
APÊNDICE E – ORÇAMENTO.....	58
ANEXOS	
ANEXO A - OFÍCIO À INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA..	60
ANEXO B - OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	61

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma situação clínica de natureza multifatorial, ela se caracteriza pela elevação dos níveis pressóricos além das cifras determinadas pelas atuais diretrizes, o que representa um fator de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006)

Os fatores de risco para a hipertensão podem ser modificáveis e não modificáveis, entre os modificáveis podemos citar: dislipidemias, uso abusivo do sal, tabagismo, alcoolismo, estresse, obesidade e sedentarismo, e entre os não modificáveis: sexo, idade e raça. (SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R, 2005)

A hipertensão arterial (HA) apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, principalmente por causa de suas complicações como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006)

Na efetivação do diagnóstico faz-se necessário a realização da aferição da pressão arterial (PA), procedimento que deve ser efetuado em toda avaliação de saúde, como componente do exame físico. Sua mensuração na prática clínica é realizada por meio do método de medida indireta, através da utilização do esfigmomanômetro e do estetoscópio, sendo necessária a associação da ausculta com a inspeção.

O tratamento da hipertensão tem por objetivo não só reduzir os níveis tensionais, mas também prevenir as suas complicações, para isso são utilizadas medidas não medicamentosas, que em alguns casos é associada ao tratamento medicamentoso. As medidas não medicamentosas se referem as alterações no estilo de vida, como: redução de peso, prática de exercícios físicos, alterações da dieta, cessação do tabagismo. As classes dos medicamentos utilizados são: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio, antagonistas do receptor da angiotensina II. (NOBRE, F; SERRANO JR., C.V,2005)

O conhecimento dos indivíduos sobre a doença hipertensiva é de fundamental

importância para proporcionar a adesão dos mesmos ao tratamento, seja medicamentoso ou não, pois a falta de adesão ao tratamento é uma barreira para o alcance dos objetivos terapêuticos, para combater esta situação torna-se necessário conhecer os motivos que os levam a essa desistência, seus medos, seus anseios, e para tanto se faz necessário saber o que os portadores da hipertensão conhecem a respeito da doença e de seu tratamento.

O interesse para fazer esse estudo foi atender e perceber, durante o estágio supervisionado, disciplina obrigatória para a conclusão do curso, um número significativo de portadores de hipertensão que cometem erros ou falham durante seu tratamento. Por isso surgiu a vontade de responder a esta indagação, porque será que os portadores de hipertensão não seguem devidamente o seu tratamento? Conhecer as suas crenças é *ponto primordial* para que possamos intervir na comunidade, para que assim possamos fazer com que o tratamento para a HA se torne realmente efetivo.

Com este trabalho pretendemos disseminar informações, a partir das necessidades levantadas, para acadêmicos, profissionais, hipertensos, e desta forma poder transformar práticas coletivas que beneficiem, também, o individual.

Este trabalho tem como objetivo geral investigar o conhecimento dos pacientes portadores de HA sobre o tratamento adotado para o mesmo.

Os objetivos específicos são:

- Identificar as mais freqüentes dúvidas dos portadores de HA relacionados ao tratamento da patologia;
- Listar as principais dificuldades e facilidades para seguir o tratamento;
- Elencar os principais hábitos adotados para manter seus níveis pressóricos controlados;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica – Conceito

A HAS é uma doença multifatorial, caracterizada por níveis tensionais elevados, associados as alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos como a hipertrofia cardíaca e vascular. Além dos níveis tensionais, deve-se considerar, também, no diagnóstico da hipertensão o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as co-morbidades associadas. (SGAMBATTI, PIERIN, e MION, 2000; BRASIL, 2006a)

Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006), os valores que permitem classificar os indivíduos adultos acima de 18 anos, de acordo com os níveis tensionais estão na tabela 1:

Tabela 1: Classificação do estado de hipertensão em adultos com dezoito anos de idade ou mais.

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 de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006. P.35).

As doenças cardiovasculares, consideradas as primeiras causas de mortalidade em todo mundo, tem como um dos principais complicadores a hipertensão. Esta última associada ao sedentarismo, obesidade, alcoolismo, tabagismo, dislipidemias, entre outros, contribui de forma direta nos casos de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, hipertrofia do ventrículo esquerdo, retinopatias, nefropatias e diabetes mellitus. (PIERIN, GUSMÃO e CARVALHO, 2004)

De acordo com a etiologia e, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde

(OMS, 2004), a hipertensão pode ser classificada em hipertensão primária e secundária. A primária também denominada de essencial apresenta-se em 90% dos casos. Na hipertensão secundária a causa pode ser identificada e os mecanismos fisiológicos apresentam-se melhor definidos, podendo ser induzidas por medicamentos, drogas, problemas renais, endócrinos e entre outros problemas. (SIMONETTI, BATISTA e CARVALHO, 2002)

O maior problema desta enfermidade não são seus sintomas, os quais normalmente são imperceptíveis pelo paciente, mas sim os riscos para os órgãos-alvo e o comprometimento no estilo de vida saudável. (GUSMÃO e PIERIN, 2004)

Para sua aferição a posição recomendada para a medida da PA é a sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes com disautonomias, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. (BRASIL, 2006a)

Para ter valor diagnóstico necessário, a PA deve ser medida com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, respeitando-se as recomendações para este procedimento, conforme resumido no Quadro 1.

Quadro 1. Procedimento para a medida da PA

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível

a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.

7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.

8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.

9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).

10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.

11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006. P.10).

2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica – Historicidade

A medida da PA foi verificada pela primeira vez em 1733, na cidade de Middlessey, na Inglaterra, quando o reverendo Stephen Hales (1677 - 1761) introduziu uma cânula conectada a um tubo na artéria carótida de uma égua, e o sangue elevou-se a mais de 2,5m de altura. A partir daí, vários pesquisadores passaram a desenvolver estudos experimentais com novos aparelhos para verificar a pressão: Jean Marie Poiseville criou em seu laboratório um quimógrafo, capaz de gravar continuamente a pressão por meio de uma cânula arterial, que permitiu verificar os registros gráficos das ondas de pulso, Vitor Basch (1837 – 1905) e Rabin Witz, em 1881, adaptaram o balão inflável ao manguito com água, e finalmente em dezembro de 1896 Scipione Riva Rocci (1863 – 1937) apresentou o

“Nuovo Sygmomanometro”, se assemelha ao equipamento utilizado atualmente. (JARDIM, 1997)

As medidas até então utilizavam o método palpatório, permitindo somente a avaliação da pressão sistólica. Em 1905, o cirurgião russo Serguei Nicolai Korotkoff (1874 – 1920) introduziu o método auscultório para a medida da pressão. Ele teve a idéia de colocar o estetoscópio na fossa antecubital, abaixo do manguito do esfigmomanômetro e com a deflação do manguito interpretar os sons específicos em várias fases (I a V), que até hoje levam o seu nome. A partir dessa constatação, tornou-se possível a determinação das pressões sistólica e diastólica. (JARDIM, 1997)

2.3 Tratamento

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a HA: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis de vida, como a perda de peso, prática de atividades físicas, alimentação saudável, especialmente a redução de sódio, diminuição na ingestão de álcool e no uso do tabaco, combate ao estresse, entre outras mudanças, entendido como tratamento não farmacológico, e o tratamento medicamentoso, no qual são utilizadas drogas específicas. (BRASIL, 2006a; OLIVEIRA *et al*, 2002)

2.3.1 Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso que se dá através da mudança no estilo de vida é de fundamental importância para o tratamento dos hipertensos, essa mudança faz com que os fatores ambientais modificáveis sejam alterados, fazendo com isso a redução de PA.

Compreendendo os conceitos de estilo de vida, estes traduzem basicamente a maneira como vivemos em nosso meio, nossos comportamentos, nossa postura, nossa maneira de se posicionar diante da vida e de vivê-la. Desta maneira, certos hábitos que adquirimos sejam por vontade própria ou condicionada por imposição de sobrevivência são passíveis de escolha e interferem decisivamente no tratamento de patologia.

Para Krasilcic (2001, p.50), a relação entre HA e outros fatores de risco cardiovascular, como a obesidade, tabagismo, sedentarismo, dislipidemias e *diabetes mellitus* levam à busca de mudanças de hábitos, que podem tanto controlar a PA por si, como ser “coadjuvante e sinérgicos ao tratamento farmacológico”. Porém, sabe-se que as dificuldades para as mudanças de hábitos e a perpetuação dos resultados são as grandes dificuldades do tratamento não medicamentoso e a adesão em longo prazo, assim como na terapêutica medicamentosa, precisa de melhores resultados, conclui a autora.

2.3.1.1 Ingestão de sal

No tocante as mudanças de hábitos, um que sofre grande impacto é o alimentar, pois no decorrer da vida as pessoas se alimentam conforme a sua cultura, o acesso ao alimento, às condições sócio-econômicas, as propagandas excessivas de alguns produtos, além da ausência de informações a respeito da alimentação adequada, o que nem sempre apresenta um balanceamento nutritivo adequado, comprometendo assim a saúde e qualidade de vida do indivíduo, que através do consumo de alimentos, cumprem não só a função nutricional, mas promovem a satisfação e a busca pelo prazer. (AGOSTINI, 2001; CASTRO et al, 2002)

A alimentação desempenha um papel essencial no controle da HA. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a PA em indivíduos hipertensos. (BRASIL , 2006b)

De acordo com Molina *et al* (2003) as questões relacionadas á sensibilidade ao sódio parecem ser de difícil resolução, quando são estudadas em seres humanos. Alguns indivíduos excretam maiores quantidades de sódio sem um aumento da pressão arterial e outros não. No tocante ao ponto de vista racial, evidências apontam que indivíduos negros têm uma maior sensibilidade ao sódio e conseqüentemente poderão desenvolver quadro de HAS em maiores proporções que indivíduos brancos.

Como medida eficaz para o seu controle deve-se diminuir o sal no preparo e

cozimento dos alimentos, evitar o uso de saleiros na mesa, evitar o consumo de embutidos, como salames e mortadela, diminuir o consumo de enlatados e conservas, evitar o uso excessivo de adoçantes artificiais contendo sódio, não utilizar temperos e molhos prontos como mostarda e molho inglês. (HEIMANN, 2004)

2.3.1.2 Perda de peso

Quando a alimentação não é balanceada, gera no indivíduo um desequilíbrio nutricional, causando alteração na sua massa corporal, e quando esta se torna elevada provoca sobrepeso e até obesidade, desta forma o peso deve ser mantido sobre controle e tratando-se de hipertensos acima do peso estes devem ser incluídos em programas de redução de peso, cuja meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir significativa redução da PA. (BRASIL, 2006a)

De acordo com Guimarães (2001), a obesidade é um fator de risco independentemente para HAS, existindo uma relação direta entre o ganho de peso e a elevação dos níveis tensionais. De cada dois pacientes obesos um é hipertenso e de cada dois hipertensos um é obeso. O risco é ainda maior quando adiposidade é regional e centralizada. Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está freqüentemente associada com resistência ao hormônio insulina e a elevação da PA sistêmica. Assim, a circunferência abdominal acima dos valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular. (BRASIL, 2006a)

Molina, *et al* (2003), afirma que uma pessoa mais magra e com menos níveis de gordura sérica tende a manter uma pressão arterial mais nivelada entre os parâmetros considerados normais. A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à redução da PA, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao mineral sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático. (BRASIL, 2006b)

O tratamento da obesidade deve objetivar a melhora do bem-estar e da saúde do

paciente, reduzindo assim os riscos de doenças e mortalidade, para isso é essencial a redução da ingesta energética e a estimulação da prática de atividades físicas. (GUIMARÃES, 2001)

2.3.1.3 Atividade física

Segundo Monteiro (2004), afirma “atualmente, o sedentarismo aparece como preponderante fator de risco para HAS”. Indivíduos que não praticam exercício físico são mais propensos a desenvolverem HAS e sendo assim, aumentarem a taxa de eventos patológicos cardiovasculares, bem como o número de mortes e complicações decorrente da doença.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia preconiza que indivíduos com diagnóstico de HAS iniciem a prática de exercícios físicos regulares, como forma de tratá-la de forma saudável e natural, desde que exames preliminares comprovem a capacidade do indivíduo e direcione qual a prática mais adequada, o tempo de duração e a intensidade do exercício, sempre atentando para os índices de consumo máximo de oxigênio que não deve ultrapassar os 80%.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006)

Pesquisas demonstram que o treinamento físico reduz o valor da PA em indivíduos diagnosticados com este agravo, mas os mecanismos responsáveis pela alteração não foram claramente elucidados. Sabe-se, porém, que após o treinamento em pacientes hipertensos ocorre uma redução na frequência cardíaca de repouso, na frequência cardíaca de exercício, na PA de exercício e de repouso, acompanhadas no aumento da captação máxima de oxigênio. (SOUZA *et al.*, 2001)

A atividade física, além de saudável, causa sensações agradáveis ao corpo, ocasionada pela liberação de um conjunto de substâncias opióides, denominadas de endorfinas. Além disso, mantém a estrutura corporal mais magra e rígida, atendendo as exigências atuais de estética e beleza. Mas a melhora na condição cardiovascular, sem dúvidas, é o mais importante benefício obtido com a prática regular da atividade física. (FERREIRA, 2003)

Esses benefícios desejados à saúde e a prevenção de doenças e agravos não

transmissíveis, com a redução do risco de eventos cardio-circulatórios, como infarto e acidente vascular cerebral pode ser obtido através da realização adequada da atividade física, cuja recomendação como ferramenta de promoção de saúde e prevenção de patologias baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser efetuada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana de forma contínua ou acumulada. (BRASIL, 2006b)

A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades cotidianas como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, escolhendo sempre que possível o transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos durante uma semana. (BRASIL, 2006a)

2.3.1.4 Ingestão de álcool

Outro importante fator de risco para a HAS, que deve ser combatido, é o consumo de bebida alcoólica que tanto causa resistência à terapia anti-hipertensiva, como também eleva o risco da existência de acidentes vasculares cerebrais. (MOREIRA, 2005)

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da PA tem sido relatada em estudos observacionais. Estes concluíram que a redução da ingestão de álcool pode reduzir a PA em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja, a uma garrafa 240 ml de vinho, representado por uma taça ou 60 ml de bebida destilada, o equivalente a uma dose. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas. (BRASIL, 2006a)

2.3.1.5 Tabagismo

O uso de álcool muitas vezes está associado ao tabagismo, hoje, amplamente reconhecido como uma patologia resultante da dependência de nicotina, que obriga os seus usuários a se exporem continuamente à cerca de 4.700 substâncias tóxicas e, assim, a contraírem várias doenças limitantes e fatais. (OMS, 2004)

As publicações científicas, catalogadas nos últimos 30 anos, que demonstram os malefícios do uso do tabaco, são da ordem de 150.000. Após a fome, é sabido que o seu uso é a maior causa de mortalidade no mundo. (SBORGIA e NETTO, 2005)

O risco dos malefícios associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Em avaliação por Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), a pressão arterial sistólica (PAS) de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório ocasionado pelo fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente incentivados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas, caso seja necessário. (BRASIL, 2006a)

Diversas estratégias farmacológicas e não farmacológicas, inclusive o simples aconselhamento de parar de fumar, possuem benefício comprovado para o definitivo abandono do tabagismo. Entretanto, é fundamental que o paciente esteja disposto a parar de fumar para que obtenha êxito nessa terapêutica. (BRASIL, 2006b)

2.3.2 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso é feito através do uso de fármacos, em monoterapia ou associação, em uma seqüência recomendada, respeitando dosagens e efeitos adversos. O seu objetivo é reduzir a morbimortalidade dos indivíduos hipertensos. Isto pode ser alcançado quando a PAS se mantiver abaixo de 140mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) abaixo de 90mmHg, e ele passa a ser considerado quando o não medicamentoso não atinge os resultados esperados, e quando considera-se algumas alterações: o grau de

elevação da PA, a presença de lesão de órgão alvo, a ocorrência de doença cardiovascular ou ainda a existência de outros fatores de risco. (BRASIL,2006b)

O tratamento farmacológico deve sempre ser acompanhado do tratamento não medicamentoso e em ambos os casos é importante buscar a aderência ao tratamento por parte dos indivíduos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), em suas ações, instituiu a padronização do tratamento anti-hipertensivo, tendo como drogas de escolha as de baixo custo e maior eficácia no âmbito populacional. O tratamento medicamentoso deve ser escalonado, seguindo etapas pré-definidas e com drogas pré-escolhidas. Em geral, o início do tratamento medicamentoso deve iniciar com a menor dose possível e ser aumentada paulatinamente, até que se alcancem os níveis pressóricos desejados, ou que se chegue à dose máxima recomendada da droga, evitando que surjam os efeitos colaterais. Quando estes acontecem, deve-se buscar outro tipo de medicamento que substitua o anterior. Estão disponíveis no mercado farmacêutico seis classes de anti-hipertensivo: diuréticos, os inibidores adrenérgicos (os de ação central, os alfas – 1 bloqueadores e os betabloqueadores), os vasodilatadores diretos, os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), os antagonistas dos canais de cálcio, os antagonistas do receptor da angiotensina.

2.4 A adesão da pessoa hipertensa ao tratamento

Como já relatada anteriormente, a HA é uma doença que atinge milhares de pessoas em todo o mundo, causando danos irreparáveis. Sabe-se também que essas pessoas, quando em tratamento e bem informadas sobre seu problema, podem viver normalmente, com segurança, sem maiores prejuízos.

O enfermeiro faz parte da equipe de saúde encarregada do tratamento e da manutenção da saúde dos hipertensos. É um profissional que está habilitada a cuidar, orientar, educar e manter o principal vínculo dessas pessoas ao tratamento e tem uma importância fundamental no sucesso da adesão dessas pessoas no próprio processo de cuidar-se.

Pierin e Mion Jr. (1999) referem que a adesão do hipertenso ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre o comportamento do indivíduo, em termos de tomar a medicação, seguir a dieta, realizar mudanças de estilo de vida, comparecer às consultas médicas e cumprir as recomendações por parte dos membros da equipe de saúde. Estes autores reforçam sobre a dificuldade de quantificar o número de portadores HA que não aderem ao tratamento no Brasil. Referem que não existem estudos que quantifiquem a prevalência de hipertensos em nosso meio e que, apesar dessa dificuldade, estima-se que dentre os portadores de hipertensão em tratamento, a falta de adesão ocorre em torno de 40%, sendo que grande parte dos mesmos chega a abandonar por completo tratamento.

Sadala e Mendes (1996) referem que a adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia. Os autores dizem que uma das metas dos programas de assistência aos hipertensos consiste em estabelecer uma comunicação eficiente entre os profissionais da equipe de saúde e os portadores de HA. Estes devem estimular os indivíduos para participarem do tratamento e também para que se comprometam. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos na assistência tenham conhecimento acerca das crenças e valores que os indivíduos têm sobre sua saúde e seus modos de vida.

Castro e Car (2000) referem que os obstáculos na adesão da pessoa ao tratamento da hipertensão relacionam-se a vários fatores, como a dificuldade quanto à ingestão da dieta hipossódica, os recursos financeiros para a aquisição dos medicamentos, à distância e dificuldade no transporte que utiliza para se locomover do local onde mora ao serviço de saúde, entre outros.

Pierin e Mion Jr. (1999) recomendam que algumas características dos indivíduos como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, além de aspectos culturais e crenças sobre saúde devem ser consideradas pelos profissionais da saúde para a adesão da pessoa portadora de hipertensão ao tratamento. A enfermagem e os demais profissionais da área da saúde devem levar em conta, segundo os autores, que pessoas jovens, homens em especial, e pessoas de baixa escolaridade, tendem a ser menos aderentes ao tratamento do que os demais, pois as mudanças nos hábitos de vida e culturais exigem muita determinação por parte do indivíduo, assim como recursos econômicos e materiais. Como se trata de uma doença crônica e muitas vezes com ausência de sintomatologia específica e inaparente, cujas

complicações aparecem, freqüentemente, em longo prazo, o indivíduo tende a relaxar na freqüência ou até desistir do tratamento.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Pesquisa de campo, do tipo descritivo exploratória, de caráter quantitativo. As pesquisas exploratórias procuram aprofundar em vários aspectos o fato estudado, com o intuito de obter uma maior familiaridade com os problemas em questão, enquanto as pesquisas descritivas têm como objetivo central descrever as características de uma determinada população e estabelecer uma relação entre as variáveis estudadas. (GIL, 2002)

3.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) José Leite Rolim, localizada no bairro Vila Nova, na zona urbana, do Município de Cajazeiras - PB, este se situa no Alto Sertão da Paraíba, distante 477 Km da capital, possuindo uma área territorial de 526,28 km², com uma população estimada de 57.627 habitantes segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2008 (IBGE, 2008). Para atender a população local em nível de atenção básica, conta com 15 Unidades do programa Saúde da família, sendo 11 unidades localizadas na área urbanas e 4 localizadas na área rural da cidade.

Esta unidade é composta por nove agentes comunitários de saúde, três auxiliares administrativos, um auxiliar de consultório dentário, um auxiliar de serviços gerais, um enfermeiro, um médico, dois odontólogos, dois técnicos em enfermagem. Nesta unidade a programação do enfermeiro é a seguinte: na segunda-feira realização de pré-natal, na terça-feira a puericultura, na quarta-feira a realização de consultas e exames de prevenção de câncer de colo de útero e de mama, na quinta-feira são realizadas visitas domiciliares e na sexta-feira são realizadas as consultas de hipertensão e diabetes, sendo passível de atender em todos os dias pacientes que são encaixados em outro.

Os hipertensos atendidos nesta unidade são consultados preferencialmente na sexta-

feira, ao chegar a Unidade Básica de Saúde (UBS) tem sua PA aferida, e segue para consulta de enfermagem, em caso de início de tratamento, picos hipertensivos ou ineficácia do tratamento são encaminhados ao médico.

3.3 População e amostra

A população foi constituída por portadores de HA, cadastrados no Hiperdia, que residam na área da USF José Leite Rolim na cidade de Cajazeiras e que façam o acompanhamento mensal. Essa população, de acordo com a Secretaria de Saúde de Cajazeiras, corresponde a 280 hipertensos. A amostra foi composta por 72 portadores atendidos na unidade saúde da família José Leite Rolim, no Bairro Vila Nova, e teve como critério de inclusão, fazer tratamento, realizar acompanhamento mensal, e emitir o desejo de participar da pesquisa, e teve como critérios de exclusão a existência de distúrbios mentais. Depois de completado o número de entrevistados (72) a pesquisa foi encerrada

Essa amostra foi escolhida tendo em vista um erro amostral de 10% e o nível de confiança de 95%, tendo assim relevância estatística.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados na USF José Leite Rolim na cidade de Cajazeiras no período de abril e maio de 2010, após a apreciação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, onde foram aplicados os questionários contendo questões objetivas e subjetivas. Para isso foi solicitada autorização pela coordenação de Pesquisa e Extensão da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cajazeiras, através de ofício (ANEXO A), que foi apresentado à Secretária Municipal de Saúde da cidade de Cajazeiras – PB.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um roteiro de entrevista estruturado especificamente para este estudo (APENDICE D), composto por questões fechadas e abertas: 8 questões para caracterização da amostra e 11 questões que irão nortear a

pesquisa em direção aos objetivos do estudo, trazendo como foco a HA e seu tratamento. Para a aplicação do instrumento de coleta, foram abordados pacientes na recepção da unidade de saúde, durante o momento de espera para a realização do atendimento, no momento receberam explicação sobre a pesquisa, e caso concordassem com a mesma seriam convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e após era solicitado que respondessem verbalmente algumas perguntas. Após a aplicação do questionário eram esclarecidas as suas dúvidas

3.5 Análises dos dados

Os dados quantitativos foram agrupados e distribuídos em gráficos e/ou tabelas, produzidos a partir do programa Excel, recebendo tratamento estatístico simples, sendo analisados quantitativamente, com respaldo na literatura pertinente ao tema.

Os dados obtidos foram analisados com base num enfoque do método quantitativo, a partir dos dados primários que foram coletados através de informações contidas no instrumento. Esses dados foram agrupados e distribuídos segundo frequência respectivamente apresentados em forma de dados contendo números absolutos e percentuais seguidos de análise e discussão dos resultados à luz da literatura pertinente. Para o agrupamento dos dados, como o questionário assim permitia, o entrevistado poderia apresentar mais de um alternativa, assim em algumas tabelas a frequência apresentada será maior que a amostra estudada.

Segundo Polit, Beck e Hungler (1995) citado por Costa et al. (2000), pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimento estatísticos.

3.6 Observâncias éticas

Os pesquisadores seguiram fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), elaborado em linguagem clara, trazendo uma breve descrição da pesquisa e os demais esclarecimentos necessários, referentes a: participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa. Para que fosse possível a coleta de dados, o projeto foi encaminhado, para apreciação e parecer, ao CEP da Faculdade Santa Maria. A certidão emitida pelo CEP tem número de protocolo 508042010

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 - Identificação e Caracterização Social dos doentes

Tabela 2 – Dados de identificação e caracterização social dos entrevistados

Idade	n	%
20-30	4	5,55%
31-40	21	29,16%
41-50	21	29,16%
51-60	8	11,11%
61-70	8	11,11%
71-80	6	8,33%
81-90	4	5,55%
Estado Civil		
Solteiro (a)	10	13,88%
Casado (a)	26	36,11%
União estável	10	13,88%
Separado (a)	12	16,66%
Viúvo (a)	14	19,44%
Escolaridade		
Analfabeto (a)	4	5,55%
Alfabetizado (a)	12	16,66%
Ensino fundamental	21	29,16%
Ensino médio	26	36,11%
Ensino superior	7	9,72%
Pós-graduação	2	2,77%
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	28	38,88%
De 1 a 2 salários mínimos	32	44,44%
De 3 a 4 salários mínimos	8	11,11%
Mais de 4 salários mínimos	4	5,55%
Total	72	100%

Observe-se na Tabela 2 que a maior frequência das idades é compreendida na faixa etária entre 31 e 50 anos (58,32%), porém uma boa parcela representa a presença de hipertensão em uma população mais jovem, abaixo de 40 anos (34,71%) já o grupo de estado civil que mais ocorreu na pesquisa são os casados (36,11%). O grau de escolaridade dos entrevistados indica que apenas 5,55% são analfabetos e que 16,66% são apenas alfabetizados. A maioria da amostra recebe até 2 salários mínimos (83,32%).

A ocorrência da hipertensão se dá mais na faixa etária superior aos 60 anos, porém o grupo em estudo apresenta já um percentual significativo no grupo menor de 40 anos, o que pode sugerir o levantamento de algumas hipóteses como o aumento do fumo, do uso do álcool, do sedentarismo, do estresse e da sobrecarga de trabalho, que são fatores de risco e uma tendência da sociedade moderna. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006)

Há uma grande relação entre escolaridade e a condição sócio-econômica, e percebe-se que a escolaridade do grupo estudado os colocou em competição no mercado de trabalho para ficar no patamar do salário comercial, e isso é um fator que pode influenciar na gênese e tratamento da hipertensão arterial. A falta de recursos financeiros é fator determinante para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e para o cumprimento do tratamento, pois vai caracterizar problemas para o deslocamento, bem como para a aquisição dos medicamentos e alimentos adequados. GIORGI, (2006) em um estudo com pacientes hipertensos verificaram que houve associação entre o sexo, a idade e grau de instrução com abandono ao tratamento. Foram mais propensos ao abandono, homens com menos de 40 anos de idade e analfabetos.

Já a presença permanente de um companheiro na vida do hipertenso é um grande aliado para ajudar no dia-a-dia nos cuidados, nas medidas preventivas e no tratamento, além de servir como um grande suporte emocional. Considera-se que o suporte familiar oferecido não só pelo cônjuge, mas pelos demais membros da família tenderiam a dar apoio ao hipertenso, facilitando a sua inserção no contexto da doença e tratamento.

Moreira, T.M.M; Araújo T.L (2001) verificaram que pessoas com companheiros apresentavam chance duas vezes maior de estarem realizando o tratamento em relação àquelas sem companheiros. Isso pode ser justificável se for considerado o acolhimento

familiar, a possibilidade de incentivo do companheiro para fazer dieta, exercício físico, tomar remédios, entre outros fatores.

O grupo de hipertensos participantes deste estudo caracterizou-se pela diversidade social. Apesar destas características diversas houve homogeneidade no grupo quanto à dependência do serviço público de saúde.

Há uma tendência na queda da média da PA e da proporção da HA conforme o grau de educação aumenta, devendo haver uma influência de outros fatores de risco como a ocupação e fatores de ordem social. (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1997)

4.2 - A compreensão sobre a hipertensão arterial

A tabela 3 apresenta as respostas dos 72 sujeitos quando questionados sobre seus conhecimentos acerca da HA, essas foram agrupadas por temas.

Tabela 3 - Classificação das respostas apresentadas pelos pacientes sobre a definição de HA.

	<i>f</i>	%
“batidas cardíacas/coração acelerado/ sangue com dificuldade para circular”	6	8,33%
“problemas do coração”	5	6,94%
“sangue muito grosso/sangue que sobe/ sangue agitado/coração acelerado”	14	19,44%
“passando dos 14, 14x10, 15x10 já é alta, a pressão normal seria 13x8”, “é quando a máxima está lá em cima”	18	25%
“Hipertensão é abusar da comida, abusar da bebida, noitada sem dormir... sal, comida forte, a pressão sobe”, “é nervosismo..”	10	13,88%
“tipo de uma válvula, vai subindo, chega num limite que ela explode”	4	5,55%
Não sei	15	20,83%
Total	72	100%

Assim, a compreensão do significado da HA parece estar associada tanto a valores e crenças dos doentes quanto ao nível de conhecimento sobre a doença. Os resultados do presente estudo indicam um desconhecimento dos conceitos de hipertensão arterial e pressão alta por parte dos pacientes, o que pode-se supor que em algum momento devem ter recebido algum tipo de orientação dos profissionais da saúde, as mesmas não foram efetivamente absorvidas ou compreendidas. Isso se torna um problema, pois, desconhecendo os parâmetros básicos para a classificação da HA, os pacientes podem ficar menos vigilantes a respeito do controle da mesma. Embora grande parte deles deva

Trentini; Silva; Leimann (1990) indicaram que o conhecimento sobre a doença é mais uma tarefa das novas incumbências atribuídas aos doentes crônicos, inclusive os hipertensos.

Neste estudo uma parte dos doentes procurou saber sobre a doença e a outra não buscou informações, justificando que, apesar de ter vontade de se manter informado, não o fazia por temer uma doença indesejada ou por não gostar de perguntar.

4.3 – Descoberta da doença

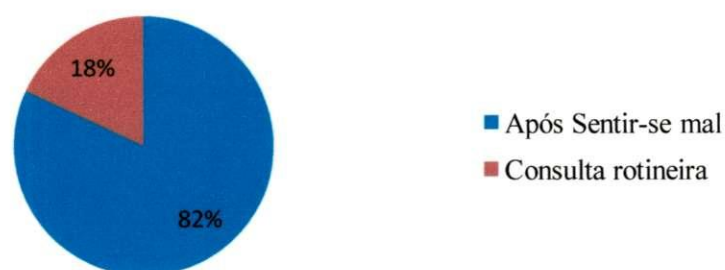


Figura 1 – Descoberta da HA

No tocante a forma como os pacientes descobriram sua doença apenas 18% descobriram ser hipertensos através de consultas rotineiras. O dado demonstra que a nossa população ainda não utiliza a Estratégia de Saúde da Família como um meio de prevenção, e sim ainda atrelada ao modelo hospitalocêntrico, quando os pacientes procuram o serviço

de saúde quando está doente, ou seja, quando apresenta sinais e sintomas.

O modelo de assistência à saúde dominante no nosso meio não vem privilegiando as ações de prevenção que promoveriam, entre outras, a detecção precoce das doenças. Assim, os hipertensos descobrem seu problema já numa fase onde complicações podem estar presentes, para evitar isso se faz necessário que ocorra o rastreio da doença, dando ênfase aos grupos de risco.

MACIEL (1997) refere que, em seu estudo, usuários verificavam a pressão arterial com maior frequência no posto de saúde, seguido da farmácia; outros locais, como, hospitais, ambulatórios e residência apareceram, porém, foram citados em menor frequência.

4.4 – Conhecimento e tratamento realizado

Ao conhecer o tratamento da HA o paciente é capaz de realizar um melhor tratamento, mais para tanto é necessário colocar esse conhecimento em prática.

Tabela 4 – Métodos conhecidos pelos entrevistados para tratamento da HA.

	<i>f</i>	%
Medicamentos	72	22,78%
Diminuição do sal na dieta	72	22,78%
Praticar atividades físicas	32	10,12%
Consumo de carnes magras	21	6,64%
Diminuição do consumo de massas	19	6%
Combate ao fumo	43	13,6%
Combate ao álcool	57	18%
Total	316	100%

A tabela 4 mostra que os entrevistados têm um conhecimento razoável quanto ao tratamento anti-hipertensivo. O uso de medicamentos, e a diminuição de sal na dieta são de conhecimento de todos os entrevistados, em menor porcentagem temos o combate ao álcool e ao fumo. Os fatores menos indicados foram a prática de atividades físicas, o consumo de carnes magras e a redução do consumo de massas. Podemos perceber que este pode ser o

resultado do acompanhamento pelas profissionais da equipe do Saúde da Família, que durante as consultas devem orientar quanto ao tratamento não medicamentoso de forma a ensinar a maior quantidade de métodos para a realização do tratamento.

O tratamento de uma doença crônica é muito mais que um método para controlar sintomas, lidar com incapacidades ou adaptações para as mudanças psicológicas e sociais que uma doença incurável a longo prazo traz para a vida das pessoas atingidas e seus familiares, sendo um processo de mudança muito complicado. (WOOG, 1992)

Principalmente no caso da HA, para que seu tratamento atinja a eficácia desejada que é a diminuição da morbidade e da mortalidade cardiovascular, se faz necessária a adoção de medidas que interferem no estilo de vida dos hipertensos e que, comprovadamente, favorecem a redução da PA. Tais medidas são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas; prática de exercícios físicos com regularidade; e a não utilização de drogas que elevam a PA. Há outras razões que tornam essas modificações no estilo de vida úteis, além da redução da PA que favorece o controle de outros fatores de risco: baixo custo e risco mínimo; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e redução do risco cardiovascular. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1998)

Entendendo a tabela 4 podemos confrontá-la com a tabela 5 que mostra o método pelo qual os hipertensos fazem seu tratamento.

Tabela 5 – Medida adotada para tratamento.

	n	%
Medicamentoso	20	27,77%
Não medicamentoso	8	11,11%
Medicamentoso e não medicamentos	44	61,11%
Total	72	100%

Podemos perceber através dos dados que a medida mais adotada é a combinação entre o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso (61,11%), em segundo lugar (27,77%) apenas o tratamento medicamentoso, e em terceiro lugar (11,11%) apenas tratamento não medicamentoso. Isso demonstra que a maioria dos hipertensos sabem como o tratamento deve ser realizado, mas não o fazem como deveria ser feito, para muitos deles

é mais fácil tomar a medicação todos os dias e fazer um tratamento não medicamentoso esporádico, a ainda os que utilizem apenas o método medicamentoso para fazê-lo.

Tabela 6 – Medidas não medicamentosas utilizadas no tratamento

	<i>f</i>	%
Diminuição do sal na dieta	36	31,85%
Praticar atividades físicas	10	8,84%
Consumo de carnes magras	5	4,42%
Diminuição do consumo de massas	10	8,84%
Combate ao fumo	26	23%
Combate ao álcool	26	23%
Total	113	100%

Quando avaliados sobre as medidas não medicamentosas para controle da hipertensão redução de sal na alimentação (31,85%) foi a mais citada, seguida de combate ao fumo e álcool (23%). Os fatores menos indicados e, portanto, talvez menos conhecidos como medidas não medicamentosas foram aumento do consumo de carnes magras (4,42%), a diminuição do consumo de massas (8,84%) e a prática de atividades físicas (8,84), hábitos como fumo e ingestão de bebida alcoólica merecem atenção no tratamento de uma população de hipertensos pela sua correlação com os níveis tensionais e, conseqüentemente, devendo ser afastados. Evitar fumo e bebida alcoólica juntamente com a atividade física e dieta adequada regular constituem-se em importantes elementos do tratamento não farmacológico. (MACIEL, 1997)

Os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores. Quando ocorre o controle de peso os níveis tensionais reduzem entre 5 a 20mmHg para cada 10 kg de peso reduzido, já a mudança no padrão alimentar, consumindo dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais, leva a uma redução aproximada de 8 a 14mmHg, a redução da ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de

café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos), resulta numa redução aproximada de 2 a 8mmHg, limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres traz uma redução de aproximadamente 2 a 4mmHg, Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006)

O National Institutes of Health,1997 afirma que o álcool e o fumo e a ingestão de alimentos gordurosos como frituras ou alimentos com excesso de sal são decisivos para agravar os problemas ocasionados pela hipertensão arterial.

Tabela 7 – Tratamento realizado como o médico indica

	n	%
Sim	36	50%
Não	36	50%
Total	72	100%

Durante a entrevista metade dos sujeitos assumiram não realizar o tratamento como o médico indica, a falta de adesão ao tratamento é um impedimento para os objetivos terapêuticos e pode constituir se em uma fonte de frustração para os profissionais de saúde.

O tratamento da HA, uma vez instituído, é para toda a vida, visto que a mesma não tem cura, e torna-se crônica, necessitando de medidas terapêuticas para ser controlada, o que exige do paciente grande disciplina, além da combinação de um bom relacionamento e entendimento entre médico e paciente, para que, ao ser estabelecido medidas se leve em conta as preferências e o estilo de vida do doente, para que o mesmo possa sentir-se estimulado, e com isso, seguir fielmente as recomendações recebidas. Além disso, é importante para o portador de HA ser conhecedor que o tratamento tem como objetivo reduzir ao máximo os valores da PA até os níveis que sejam toleráveis pelo paciente e que não traga danos ao organismo do mesmo.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, que estão diretamente envolvidos com esta clientela através das UBS, devem manter uma relação mais próxima com estes pacientes, e para tanto é imprescindível que cada profissional de saúde tente identificar, na sua população-alvo, quais são as variáveis

envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas, levando em consideração a estrutura disponível para o atendimento daquela população. A estratégia deve ser iniciada no primeiro contato com o paciente e repetida com grande frequência para manter o seu efeito. A ação de diversos profissionais é insubstituível, sendo necessário treinamento e motivação de toda a equipe envolvida. (GIORGI, 2006)

4.5 - Dificuldades e facilidades para seguir o tratamento

Tabela 8 - Dificuldades no seguimento do tratamento da HA

	<i>f</i>	%
Falta de dinheiro para a compra	7	4,14%
Falha na distribuição gratuita pelo serviço de saúde	29	17,15%
As dificuldades de adaptação na tomada das medicações (doses, horários).	38	22,48%
Efeitos colaterais indesejáveis.	8	4,73%
“Vontade de comer comida normal”	22	13,01%
“Prefiro assistir as novelas a ir fazer caminhada.”	26	15,38%
Durante a semana eu nem bebo, mas quando chega o final de semana eu não aguento.”	21	12,42%
“Tenho de fumar pelo menos um cigarrinho por dia.”	18	10,65%
Total	169	100%

A Tabela 8 nos mostra que a maioria dos hipertensos referiu a dificuldade na adaptação para tomada das medicações, mencionaram esquecer os horários, as quantidades, e até confundir as medicações. Quanto à falha na distribuição gratuita pelo serviço de saúde foi referida por 17,15% da amostra. Hábitos de vida não saudáveis somaram 51,46%. Quanto à falta de dinheiro para a compra de medicamento e a alimentos foi referida por 4,14%, já para 4,73% da amostra o que dificulta o tratamento são os efeitos colaterais indesejáveis.

MACIEL (1997) comprova semelhantes dificuldades do tratamento da HA, citadas em seu estudo: falta de dinheiro para comprar medicação, efeitos colaterais das drogas, o desconhecimento sobre a importância da tomada de medicação associando seu uso apenas com presença de sintomatologia.

Tabela 9 – Facilidades no seguimento do tratamento da HA

	<i>f</i>	%
Receber os medicamentos do serviço de saúde	48	48%
Proximidade do serviço de saúde	40	40%
Nada facilita o tratamento	12	12%
Total	100	100%

A maioria dos entrevistados, no tocante as respostas quanto à facilidade para dar seguimento ao tratamento da HA consideram que receber os medicamentos do serviço de saúde (48%), como o principal facilitador; (40%) referiram que a proximidade do serviço de saúde facilita bastante por não haver necessidade de terem gasto com transporte. Já 12% consideram que no tratamento tudo é difícil.

As condições sócio econômicas de cada um têm relação direta com a facilidade de seguir ou não o tratamento, e quando encontram no meio fatores que contribuem de forma favorável para que isso aconteça os seus resultados são sempre mais positivos. Desta forma é fundamental o papel da USF quando disponibiliza medicamentos e mantém um livre acesso para os usuários, pois permite ao mesmo a continuidade do tratamento e a manutenção do vínculo com a equipe.

Os medicamentos de uso contínuo assumem grande importância no tratamento de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, bem como de problemas de saúde mental, morbidades estas que apresentam prevalências crescentes no Brasil em decorrência do envelhecimento populacional. (BRASIL, 2000)

Considerando-se que a maioria da população atendida no serviço público de saúde é de baixa renda, a obtenção gratuita é, freqüentemente, a única alternativa de acesso ao medicamento. Nesse contexto, o sistema público de saúde, e em particular o Programa Saúde da Família (PSF), desenvolve ações que visam a acompanhar de forma sistemática os indivíduos com essas morbidades e promover o cuidado integral, incluindo o acesso a medicamentos essenciais. (BRASIL, 2005)

Tabela 10 – Fatores favoráveis e desfavoráveis para uma vida saudável

	Favoráveis		Desfavoráveis	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Apoio familiar	43	26,38%	14	13,33%
Apoio de amigos	14	8,58%	14	13,33%
Poder financeiro	21	12,88%	28	16,56%
Hábitos culturais	21	12,88%	14	13,33%
Relacionamentos pessoais	36	21,3%	7	6,66%
Relações sociais	14	8,58%	7	6,66%
Influência dos meios de comunicação	14	8,58%	21	20%
Total	163	100%	105	100%

Quando questionados sobre os fatores desfavoráveis afirmaram que o poder financeiro 16,56%, hábitos culturais 13,33%, apoio da família 13,33%, apoio de amigos 13,33% e influencia dos meios de comunicação 20% são os principais fatores dificultadores para um estilo de vida saudável. É importante perceber que os pontos que foram vistos como favoráveis também foram vistos, com algum percentual, como desfavoráveis, pois tudo depende da forma como cada um é abordado, e do contexto que cada um inserido, porém é um fato inquestionável, para que ocorra a mudança de hábitos, na vida do portador de hipertensão, é necessário que toda a família possa interagir e participar efetivamente das mudanças propostas, pois o paciente não pode ficar sozinho, ele precisa de estímulo, apoio e exemplo.

Mudar um estilo de vida, bem como um hábito alimentar (exemplo: eliminar ou diminuir o sal) pode levar ao isolamento social em função dos pacientes deixarem de ir a festas e reuniões para evitar ingerir alimentos inadequados. Assim, a condição crônica de saúde pode levar a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer (beber, fumar e comer), perdas financeiras e na capacidade física. Todas essas perdas podem levar ao desânimo, tristeza e depressão, sendo um agravante no momento de mudar um hábito ou um estilo de vida. (TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990)

4.6 – Dúvidas sobre o tratamento da hipertensão

Tabela 11 – Dúvidas a respeito do tratamento da hipertensão

	<i>f</i>	%
“Não entendo bem do porquê de tanto remédio. Será que eu posso tirar uns deles?”	9	9,47%
“Como faço pra não esquecer o horário dos remédios?”	12	12,63%
“Quem tem pressão alta pode tomar remédio pra emagrecer?”	5	5,26%
“A respeito da alimentação, posso ou não comer tudo, como arroz macarrão?”	14	14,73%
“Tem de fazer caminhada todo dia?”	8	8,42%
“Me falaram que tomar um copo de vinho na hora do almoço faz bem pra pressão alta”	4	4,21%
“Não tenho dúvida alguma”	43	45,26%
Total	95	100%

Quando interrogados sobre as dúvidas, muitos relataram não ter dúvida alguma (45,26%) com relação ao tratamento, exceto alguns, na sua maioria pessoas com mais de 50 anos. As suas dúvidas giravam entorno do controle do horário e da dosagem da medicação, da utilização de alguma substância, ou dos hábitos alimentares, e da prática de atividades físicas se eram ou não recomendadas.

As dúvidas a respeito do tratamento da hipertensão surgem normalmente nas conversas, e são passíveis de serem identificadas e respondidas, evitando assim que o tratamento siga um rumo incorreto, um momento propício para isso se dá em consultórios, ou grupos de apoio, desde que se abra espaço para essas discussões, pois se as mesmas não forem esclarecidas podem vir a alterar o tratamento da hipertensão

A forma como as informações são transmitidas às pessoas e o seu envolvimento como participantes ativos no diálogo sobre a doença têm um impacto poderoso sobre o que pensam, como se sentem e como reagem às orientações médicas. Sem esse reconhecimento, as tensões subjacentes na interação médico-paciente permanecem sem solução e passam a reconhecer que os profissionais oferecem pouco no caminho das soluções definitivas para os seus problemas de saúde. (STARFIELD, 2002)

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HA caracteriza-se como um grave problema de saúde pública, e por ser uma doença silenciosa, propicia aos pacientes acometidos uma certa exposição para complicações, uma vez que a maioria só descobre ser hipertenso quando apresenta sintomatologia, e seus sintomas são decorrentes das complicações. Para que elas não ocorram é necessário a realização de um trabalho preventivo.

No tocante ao conhecimento dos participantes sobre a HA é importante ressaltar que os mesmos desconhecem como se define e classifica, muitos dos entrevistados acham que a HA é apenas alterações de valores, ou a relacionam a crenças populares, isso torna a doença ainda mais perigosa, pois não a conhecendo e nem suas complicações os pacientes não a tratam com o respeito que ela merece.

No geral não houve diferença significativa entre as dificuldades e as facilidades referidas pelos doentes para o seguimento do tratamento da HA. As dificuldades e facilidades apontadas pelos doentes referem-se ao financiamento do tratamento (compra de medicamento e alimentos); acessibilidade ao serviço (facilidade para chegar ao serviço de saúde); mudança de hábito alimentar (dieta hipossódica) e a importância do apoio familiar nesta trajetória, e estas são situações fáceis de serem alcançadas, pois através da Estratégia de Saúde da Família é ofertado para facilitar o acesso aos serviços de saúde e aos tratamentos necessários. Para que as dificuldades ainda existentes os profissionais da Estratégia de Saúde da Família devem realizar visitas as pessoas que tem dificuldades de chegar até aos postos de saúde, também devem ser criados grupos específicos para os hipertensos, onde nesses grupos será trabalhada a educação em saúde. Cabe aos profissionais de saúde trabalhar em conjunto para que essa educação seja posta em prática. Pois isso trará benefícios como um maior vínculo com seus pacientes e consequentemente uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

Importante ressaltar que quando ocorre a falta de alguma medicação no sistema de saúde ficam notórias as dificuldades pelas quais os portadores de hipertensão passam, desde

conseguir uma vaga com o médico para a mudança do fármaco, até realizar empréstimos para a aquisição do mesmo. Então se faz necessário uma reorganização da gestão, onde se possa fazer um controle mais efetivo dos pacientes cadastrados e da medicação disponibilizada, para que não ocorra a escassez de medicamentos, para que os pacientes não passem por transtornos tanto no seu tratamento, quanto na sua realidade financeira.

Avaliamos os hábitos que são utilizados para manter seus níveis pressóricos controlados, e pudemos perceber que os pacientes hipertensos têm o conhecimento do que é necessário fazer, mas não o fazem. Alguns por limitações financeiras, outros por puro comodismo, e isso requer a contribuição de uma equipe multiprofissional, onde seria necessário um psicólogo, para apoio emocional, nutricionista para desenvolvimento de receitas baratas e adequadas, educador físico para ensinar atividades físicas específicas para cada hipertenso. Para que isso tudo possa se tornar realidade depende dos gestores municipais, pois eles podem criar em seus municípios os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, que esse núcleo pode vir a oferecer todos esses profissionais, além disso os gestores podem criar locais para a prática de atividade física.

Vale Ressaltar que o fato das pessoas hipertensas estarem orientadas sobre a doença e tratamento não implica em efetivo seguimento do tratamento proposto, comprovamos isso, quando tivemos a resposta que muitos não têm dúvidas a respeito do tratamento, mas ao mesmo tempo existe uma grande quantidade de pessoas que continuam fazendo o tratamento inadequadamente. As crenças de saúde, os aspectos culturais e comportamentais não são fáceis de manejar e modificar, requerendo de todos, paciente e grupo de saúde, devido empenho. É necessária uma mudança de comportamento, é importante para o hipertenso a busca de uma vida saudável, o hipertenso precisa se conscientizar e procurar pessoas que possam informar e ajudar, como os profissionais da área de saúde.

Os objetivos que nortearam esta pesquisa foram alcançados, pois investigamos o conhecimento dos pacientes portadores de HA sobre o tratamento adotado, os resultados mostraram que a maioria deles tinha um bom conhecimento para o controle da HAS. Mas para que não ocorram mais dúvidas a respeito de seu tratamento deve-se trabalhar a educação dos portadores de hipertensão.

Com essas informações podemos montar grupos de hipertensos, para podermos esclarecer dúvidas e ensinar formas corretas de combater a hipertensão. Além disso, esse

grupo pode formar grupos de auto-ajuda, onde podem discutir suas dificuldades na inserção social e formar novos ciclos de amizade, podendo assim buscar auxílio entre si.

Referências

AGOSTINI, S. B. **Impacto dos alimentos funcionais para a saúde**. Revista de nutrição em pauta, São Paulo, ano IX, n.48, p.10, maio e junho de 2001.

_____.BRASIL, Secretaria de Políticas de Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Rev Saúde Pública 2000; 34:206-9.

_____.BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Área técnica de diabetes e hipertensão arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____.BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____.BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____.BRASIL b. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____.SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO . **III Consenso brasileiro de hipertensão arterial**. Rev. Bras. Cardiol. 1998; 1:92-133.

_____. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO .**V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, Brasília: Ministério da Saúde, Rev Bras Hipertens vol.13(4): 256-312 2006.

CASTRO, F. A. F. *et al.* **Educação nutricional: A importância da prática dietética.** Rev. de Nutrição em pauta, São Paulo, n.52, p.9-15, jan/fev 2002.

CASTRO, V. D. de; CAR, M. R.. **O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações.** Rev. Esc. Enf. São Paulo, v.34, n.2, p.145-153, jun., 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

FERREIRA, K. V. S. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** v. 73, supl. IV p. 110, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIORGI, D. M. A. **Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.** Rev Bras Hipertensão vol.13(1): 47-50, 2006

GUIMARÃES, A. C. **Sobrepeso e obesidade: fatores de risco cardiovascular – aspectos clínicos e epidemiológicos.** Revista de hipertensão [S.I], v.4, n.3, 2001

GUSMÃO, J. L. e PIERIN, A. M. G. **A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial.** Rev. Hipertensão, [S.I], v.7, n.3, 2004.

HEIMANN, J. C. **Sal e hipertensão arterial: aspectos fisiopatológicos.** Revista de hipertensão [S.I], V.7, N.2, 2004.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2008**, Tabela Estimativas das Populações Residentes. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf>. Acesso em: 18 out. 2009.

JARDIM, P. C. B. V. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, Fernando; PIERIN, Angela M.G.; MION JR. Décio. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, p.57-68, 2001.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L. **Determinação da pressão arterial: história, métodos e limitações**. Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo, v.4, n.1, jan/mar, 1997.

KRASILCIC, S. Índices de adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentoso no Brasil e no mundo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M.G.; MION JR. D.. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 47-55, 2001.

MACIEL, E. A. B. **Estudo da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**. Ribeirão Preto, 1997, 212p. Dissertação (Mestrado) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MOLINA, M. C. B.; *et al.* **Hipertensão arterial e o consumo de sal em população urbana**. Revista de Saúde Pública, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18017.pdf>. Acesso em: 06 de novembro de 2009.

MONTEIRO, M. F. **Exercício físico e o controle da pressão arterial**. Revista de Saúde Pública. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 27 de novembro de 2009.

MOREIRA, L. B. **Álcool e hipertensão arterial**. Hipertensão Revista da SBH, v.8, n.1, 2005.

MOREIRA, T.M.M; ARAÚJO T.L. **Falta de adesão ao tratamento da hipertensão: características de uma clientela distinta**. Rev. RENE 2001;2(2):39-46.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Joint National Committee: on **prevention, and treatment of high blood pressure**. Bethesda: National Institutes of Health; 1997.

NOBRE, F. SERRANO JR., C.V. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Tabaco e Pobreza Um Círculo Vicioso. Manual adaptado a partir das orientações da Organização Mundial da Saúde/OMS para as comemorações do Dia Mundial sem Tabaco**. 31 de maio de 2004, Rio de Janeiro.

PESSUTO, J. **As necessidades básicas afetadas e os fatores de risco de clientes portadores de hipertensão arterial**. Ribeirão Preto, 1994, 158p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PIERIN, Â. M. D., MION Jr. D. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo**. Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão. São Paulo, v.2, n.1, p.9-12, 1999.

PIERIN, A. M. G.; GUSMÃO, J. L.; CARVALHO, L. V. B. **A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para a hipertensão arterial**. Revista Hipertensão, [S.I.], v.7, n.3. 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Método, Avaliação e Utilização**. 3. ed. Porto Alegre. Artes médicas, 1995.

SADALA A. L. Maria; MENDES, M. Iranildes. **Vivenciando a hipertensão**. Rev. Soc. Cardiol. São Paulo, v.6, n.3, p.1-6, mai/jun. 1996.

SBORGIA, R. C.; NETTO, A. R. **Tabagismo, saúde e educação. Carta ao Editor**. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.I.] v.31, n.04, p.371-372, 2005.

SGAMBATTI, M. S; PIERIN, A. M. G; MION, J. D. **A medida da pressão arterial no idoso.** Revista Brasileira Hipertensão, p. 65-70, 2000).

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. **Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos.** Ver. Latino-americana de enfermagem, [S.I.], v.10, n.3, 2002.

SOUZA, P. N. *et al.* **Hipertensão arterial leve e exercício físico: o que o fisioterapeuta deve saber.** Revista Fisioterapia da Universidade de São Paulo. São Paulo, v.8, n.1, p.11-18, jan/jul. 2001.

STARFIELD, B., 2002. **Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério de Saúde.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. da; LEIMANN, A. H. **Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde.** Rev. Gaúcha Enf., v.11, n.1, p.18-28, 1990.

WOOG, P. **The chronic illness trajectory framework: the Corbin and Strauss nursing model.** New York, Springer, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ estou ciente que esta pesquisa intitulada “Conhecimento de portadores de hipertensão arterial acerca de seu tratamento” está sendo desenvolvida pelo aluno Marcelo de Medeiros Lucena do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do Prof. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas. O objetivo do estudo é Investigar o conhecimento dos pacientes portadores de hipertensão arterial sobre a terapêutica adotada para seu tratamento.

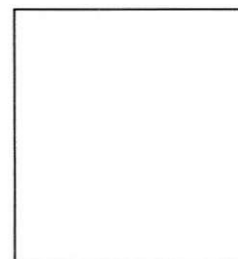
As questões discutidas e suas respostas serão utilizadas como parte de trabalhos científicos, sendo garantido pelo pesquisador o anonimato na publicação de trabalhos.

Declaro ainda que estou ciente de que posso desistir de participar em qualquer etapa do trabalho, sem que sofra qualquer tipo de prejuízo ou penalidade. Fica garantido ainda, que este estudo não oferece nenhum tipo de risco à minha pessoa, visto que não serão necessárias mudanças no tratamento estabelecido para mim.

Declaro também que todas as informações fornecidas e participação durante este trabalho são de livre e espontânea vontade.

Para qualquer dúvida ou eventualidade poderei contatar o estudante de enfermagem Marcelo de Medeiros Lucena pelo telefone 83 - 8780-3801, ou com o comitê de ética em pesquisa da Faculdade Santa Maria pelo telefone: 83 - 3531-1365

Vale ressaltar que, o pesquisador levará em consideração as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, empírica e de disseminação do processo de pesquisa.



Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Cajazeiras, _____ / _____ /2010

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, **Rosimery Cruz de Oliveira Dantas** professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação do aluno, **MARCELO DE MEDEIROS LUCENA**, do Curso de Graduação em Enfermagem, cujo projeto de pesquisa intitula-se “Conhecimento de portadores de hipertensão arterial acerca de seu tratamento” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

Eu **Marcelo de Medeiros Lucena**, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora **Rosimery Cruz de Oliveira Dantas**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Conhecimento de portadores de hipertensão arterial acerca de seu tratamento” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE D
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA

I. Caracterização da Amostra

A. Controle da amostra

1. Identificação: Número _____
2. Data: ___/___/_____ 3. Local: _____

B. Identificação da amostra

1. Idade: _____ anos. 2. Ocupação: _____
3. Estado civil: solteiro (a) casado (a) união estável separado (a)
viúvo (a)
4. Escolaridade: analfabeto (a) alfabetizado (a) ensino fundamental ensino médio
 ensino superior pós-graduação
5. Renda Familiar: até 1 salário mínimo de 1 a 2 salários mínimos
 de 3 a 4 salários mínimos mais de 4 salários mínimos

II. Caracterização da pesquisa

1. O que você sabe sobre hipertensão arterial?
2. Como você descobriu que era portador de hipertensão arterial?
() Consulta rotineira () Após sentir-se mal
3. O que você conhece a respeito do tratamento da doença?

4. Como se deve tratar uma hipertensão arterial?

- Medicamento Dieta Exercícios

5. Qual o tipo de tratamento que você faz?

- Medicamentoso Não medicamentoso Ambos

6. Você segue o tratamento como o médico indica ?

- Sim Não

7. Cite as principais dificuldades/facilidades para seguir o tratamento?

8. Que hábitos rotineiros você adota para manter seus níveis pressóricos estáveis?

- Diminuição do sal na dieta
 Praticar atividades físicas
 Consumo de carnes magras
 Diminuição do consumo de massas
 Combate ao fumo
 Combate ao álcool

9. Quais são os fatores ajudam a ter uma vida saudável?

- Apoio da família Apoio de amigos Poder financeiro
 Hábitos culturais Relacionamentos pessoais Relações sociais
 Influência dos meios de comunicação (TV, radio, jornal e revistas)

10. Quais dificuldades você possui para ter uma vida saudável?

- Apoio da família Apoio de amigos Poder financeiro
 Hábitos culturais Relacionamentos pessoais Relações sociais
 Influência dos meios de comunicação (TV, radio, jornal e revistas)

11. Quais suas dúvidas a respeito do tratamento da Hipertensão

APÊNDICE E ORÇAMENTO

Para viabilização da pesquisa, foram necessários materiais de consumo e prestação de serviço, como informa a tabela seguinte. Contudo, deve-se destacar que o orçamento será de inteira responsabilidade da pesquisadora participante.

MATERIAIS DE CONSUMO OU DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	VALOR
03 Resmas de papel	R\$ 42,00
02 Cartuchos (pretos)	R\$ 50,00
02 Cartuchos (coloridos)	R\$ 100,00
Correção de Vernáculo	R\$ 110,00
03 Encadernação	R\$ 75,00
VALOR TOTAL:	R\$ 377,00

ANEXOS

ANEXO A**OFÍCIO À INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Ofício CCE/CFP/S/nº

Cajazeiras - PB, 29 de março de 2010

A: Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras - PB

De: Discente do Curso Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-PB

Venho através deste solicitar permissão para desenvolver a pesquisa intitulada **“CONHECIMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ACERCA DE SEU TRATAMENTO”** na qual V. Sra. Gerencia. Esta pesquisa constitui-se em requisito para realização de meu trabalho de conclusão de curso – bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-PB. Contamos com sua colaboração e apoio da sua equipe.

Atenciosamente,

Coord. Do Curso de Graduação em Enfermagem UFCG/CFP

ANEXO B
OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
FACULDADE SANTA MARIA
CURSO: ENFERMAGEM
FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA AO
COMITÊ DE ÉTICA

<i>Para preenchimento pelo Comitê de Ética da FSM</i>	
Protocolo n.º:	Data de recebimento: / /

Título do Projeto de Pesquisa: CONHECIMENTO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL ACERCA DO TRATAMENTO DA PATOLOGIA

Pesquisa() Extensão() TCC() Especialização() Mestrado() Doutorado()

Nome do Pesquisador Responsável: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Endereço: Rua Titico Gomes nº 23, Patos

Telefone(s): (83) 88609974

E-mail: rmeryc_o_dantas@hotmail.com

Nome do Pesquisador Participante: Marcelo de Medeiros Lucena

Endereço: Rua Maria Marques de Sousa, nº 8, Sousa

Telefone(s): (083) 8780 3801

E-mail: marcelodemedeiroslucena@yahoo.com.br

Cajazeiras – PB, ___/___/_____.

Assinatura do Pesquisador Responsável