

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALINE MATOS DE OLIVEIRA
ANNA RAFAELLE OLIVEIRA CUNHA

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM: PROBLEMAS E NECESSIDADES
EXISTENTES NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO EM UM POVOADO NO
MUNICÍPIO DE TUNTUM – MA**

São Luís

2010

**ALINE MATOS DE OLIVEIRA
ANNA RAFAELLE OLIVEIRA CUNHA**

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM: PROBLEMAS E NECESSIDADES
EXISTENTES NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO EM UM POVOADO NO
MUNICÍPIO DE TUNTUM – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm.

São Luís

2010

Oliveira, Aline Matos de.

Prática assistencial de enfermagem: problemas e necessidades existentes no tratamento da hipertensão em um povoado no município de Tuntum-MA. Aline Matos de Oliveira; Anna Rafaelle Oliveira Cunha. - São Luís, 2010.

32f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Hipertensão Arterial. 2. Tratamento. 3. Adesão. Título.

CDU 616.12-008.331.1

ALINE MATOS DE OLIVEIRA
ANNA RAFAELLE OLIVEIRA CUNHA

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM: PROBLEMAS E NECESSIDADES
EXISTENTES NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO EM UM POVOADO NO
MUNICÍPIO DE TUNTUM – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

Prof^ª. Natália Martins de Almeida

Pós-Graduada em Saúde da Família

Universidade Estácio de Sá

Dedico esta pesquisa a mim mesma
como fonte de conhecimento e
motivação para os trabalhos futuros.

AGRADECIMENTOS

Eu, Aline, agradeço a Deus, ser que sempre me proporciona força e calma.

Agradeço à minha mãe, mulher incrível e de amor incondicional.

Às minhas irmãs, Adalice e Andrea pelo carinho e apoio imprescindível.

A Erika Costa e Juliana Câmara pela ajuda física e emocional.

Aos meus sobrinhos Anderson e Andressa, e à minha irmã Thaís pelos momentos de descontração em meio a meu estresse na etapa final deste estudo.

Ao Ives pela ajuda norteadora.

Às Professoras Rosemary Lindholm e Natália Martins pela paciência e pelo direcionamento nos momentos decisivos desta pesquisa.

“Errei ao persistir, mas acertei ao errar. Ao menos tentei... desistir jamais”.

Thimer

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar os problemas e necessidades existentes no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em um povoado de Tuntum – MA; com o intuito de verificar como se dá o tratamento de HAS na prática assistencial de enfermagem e averiguar quais os problemas que influenciam no tratamento nos pacientes, além de traçar o perfil sócio-econômico e demográfico para verificar se este é um fator agravante para a não continuidade do tratamento. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família de Tuntum/MA com 53 hipertensos cadastrados no programa Hiperdia, através de entrevista com perguntas fechadas, no período de 22 a 31 de março de 2010. Os resultados mostraram que 69,8% não costumam ir ao posto de saúde para uma eventual verificação de PA; 76,6% não costumam receber medicações nos postos; 74,5% dos pacientes não recebem medicações, pela falta; 87,4% não recebem orientações; 83% não praticam atividade física; e 84,9% responderam que fazem dieta; 26,4% dos indivíduos declararam fumar; e 49,1% referem não apresentar sintomas de hipertensão. Dessa forma, ressalta-se que o bom controle da hipertensão se faz com a participação ativa do hipertenso, e com a Educação em saúde na prática assistencial de enfermagem, onde os benefícios do tratamento da Hipertensão devem ser amplamente divulgados e enfatizados.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial. Tratamento. Adesão

ABSTRACT

The study aimed to identify the problems and needs on the treatment of Hypertension in a village of Tuntum - MA; in order to verify how the treatment of hypertension in nursing care practice and find out what problems that affect the treatment in patients, and chart the socio-economic and demographic to verify that this is an aggravating factor for not continuing the treatment. This is a descriptive research with quantitative approach, carried out in a Family Health Unit of Tuntum / MA with 53 hypertensive patients enrolled in the program Hiperdia through an interview with closed questions, in the period from 22 to 31 March 2010. The results showed that 69.8% do not usually go to the clinic for a possible finding of PA, 76.6% do not usually receive medications in the ranks; 74.5% of patients not receiving medications, lack; 87.4% not receive guidance, 83% not physically active, and 84.9% responded that diet, 26.4% of individuals reported smoking, and 49.1% reported no symptoms of hypertension. Thus, it is emphasized that good control of hypertension is made with the active participation of hypertensive patients, and the Health education in nursing care practice, where the benefits of treating hypertension should be widely publicized and emphasized.

KEYWORDS: Arterial Hypertension. Treatment. Adhesion.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos.....	14
3 METODOLOGIA	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICES.....	29

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde no mundo, onde as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte em adultos. É uma doença crônica com alta prevalência, com elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações.

É caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ou 90 mmHg de diastólica – em pelo menos duas aferições subseqüentes – obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranqüilo. Quase sempre acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações (SILVA, 2004).

A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão arterial primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental (CORRÊA et al., 2006). A hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária.

A classificação utilizada, mais recente, é preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia baseada em parâmetros norte-americanos (CAMPOS J. R. et al., 2001). Houve uma simplificação das faixas pressóricas e a categorização de uma situação dita “préhipertensão”, onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, tendo em vista a grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial como avançar da idade, pois segundo Franklin et al., (2005) a pressão arterial aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente apenas na elevação da pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica.

Nesta classificação atual, a pressão ideal é aquela menor que 120 sistólica e 80 diastólica. O Ministério da Saúde (MS) considera este valor ideal, onde há menos riscos para o aparelho cardiovascular (BRASIL, 2002).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado não só o aumento da prevalência da hipertensão com a idade, mas também a sua ocorrência em associação a outros fatores de risco, com estilo de vida e com fatores metabólicos, todos independentemente associados ao aumento de risco de doenças cardiovasculares. A alta prevalência e aglomeração de fatores de risco para essas doenças entre hipertensos reforçam a necessidade não só de melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão, mas também de abordar de forma integral o perfil de risco dos pacientes (BARRETO et al., 2000).

A HAS é considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, justificando 40 % das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Cerca de 40 a 83% da população hipertensa desconhece o seu diagnóstico, sendo que de 75 a 92% daqueles que estão em tratamento não controlam a pressão arterial (FUCHS et al., 2004).

No Brasil, os estudos que analisam a prevalência da hipertensão arterial são poucos e não representativos, portanto não existem dados populacionais da prevalência da hipertensão no país. Estima-se com base em dados obtidos em alguns estudos de base populacional, que ela afete aproximadamente um quarto da população brasileira. Desta maneira, atividades de vigilância em relação à hipertensão são de grande importância para a saúde pública (PASSOS et al., 2006).

O diagnóstico se dá, na maioria das vezes, ao se constatar valor pressórico elevado em uma consulta médica casual ou pelo enfermeiro na rede de atenção básica que é baseado, no mínimo, em duas medidas adequadas em pelo menos duas visitas em dias distintos, ou em condições de repouso, ambiente tranquilo e aferição correta da pressão, permitindo que uma terapêutica adequada seja administrada ao paciente (NETTINA, 2003).

Vários fatores estão relacionados a HAS, entre eles: fatores sócio-econômicos – nível sócio econômico mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão arterial onde há menor acesso aos cuidados de saúde e baixo nível educacional; obesidade – o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial mas, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos; álcool – o consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial, o efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e a frequência de ingestão; sedentarismo – o sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos; hereditariedade, entre outros fatores (STRANGES et al., 2004).

O tratamento se inicia com as mudanças no estilo de vida (tratamento não medicamentoso) como: redução do peso corporal e manutenção do peso, dieta hipossódica e hipocalórica, prática de exercícios aeróbicos regulares, abandono do tabagismo, diminuição da ingestão de bebida alcoólica dentre outros; Se com essas medidas não forem atingidos níveis pressóricos adequados, institui-se a terapia medicamentosa (CALLE et al., 1999; SU et al., 1995 apud ZANELA; RIBEIRO, 2002).

O Ministério da Saúde esclarece que a droga de escolha para os pacientes varia de acordo com o tipo de HAS (primária ou secundária), perfil do paciente e se há presença ou ausência de lesões em órgão-alvo ou co-morbidades; e é feito com o uso de um agente anti-hipertensivo ou de associações de variadas classes (diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio), no entanto a escolha de outros anti-hipertensivos podem ser realizados caso haja uma contra-indicação (BRASIL, 2002).

Para acompanhar a incidência na população e eventualmente tratar a HAS, o governo lançou através do SUS o programa HIPERDIA – captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde, assim “diminuindo o caminho” no tratamento da HAS, trazendo consigo a prática assistencial de enfermagem no cotidiano do paciente, seja no ambulatório ou até mesmo em visitas domiciliares (ALMEIDA; GUEDES, 2008).

Para o Ministério da Saúde, a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da hipertensão no âmbito da atenção básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esses agravos (BRASIL, 2006).

Ressaltar a adesão ao tratamento é muito importante, uma vez que, a não-adesão e tratamento inadequado em conjunto com diagnóstico de HA desconhecido e falta de acesso à assistência ou ao tratamento são as mais prováveis explicações para o aparecimento e aumento das morbimortalidades causadas por tal patologia, implicando em complicações, muitas vezes evitáveis (ANDRADE et al., 2002).

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar

medicamentos, isso é, seguir as mudanças do estilo de vida preconizadas a comparecer às consultas médicas. Essa definição expressa o sentido de *compliance*, em língua inglesa, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento (FUCHS, 2004).

Os motivos relatados pelos pacientes, quanto ao controle da pressão arterial, constituem-se em outros fatores para melhor compreensão da adesão ao tratamento. Esses dados podem ajudar a otimizar o resultado da atuação da equipe de saúde, permitindo a identificação dos fatores envolvidos a não adesão ao tratamento (PIERIN, 2004).

Dessa forma o controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico.

Frente a essas considerações, surgiu o interesse de verificar os problemas e necessidades relacionados aos pacientes hipertensos, que tem dificuldades em controlar e tratar suas afecções, influenciando, dessa forma, na escolha do tema desta pesquisa. Cabendo aos enfermeiros e demais profissionais de saúde a reflexão sobre a importância de um bom acompanhamento, dentro e fora da Unidade de Saúde, buscando melhorar mais a qualidade da assistência de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar os problemas e as necessidades existentes no tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica em um povoado no município de Tuntum – MA.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sócio-econômico da população em estudo;
- Verificar como se dá o tratamento da HAS na prática assistencial de enfermagem no cotidiano;
- Averiguar quais problemas influenciam no tratamento da HAS e as necessidades para otimizar a prática assistencial de enfermagem.

3 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa dos dados.

Local de estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde, onde funciona Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por cinco microáreas. É coberta por uma Equipe de Saúde da Família composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, atendendo uma população de aproximadamente 415 famílias.

A Unidade de Saúde da Família fica em um povoado, chamado Creoli do Bina, localizado na zona rural, a 12 Km do município de Tuntum-MA. Segundo IBGE (2008), a cidade é cortada pela Rodovia MA-222 e distante 346 Km de São Luís, capital do Maranhão, seu território conta com uma área de 3.573,041 Km² e possui uma população de 37.894 habitantes. Limita-se com as cidades de Presidente Dutra, Barra do Corda, Joselândia, Mirador, Eugênio Barros, Colinas e Santa Filomena. Sua economia é baseada na agricultura e pecuária.

A rede municipal de saúde de Tuntum é composta por 01 Hospital com capacidade para 49 leitos, 01 Centro Ambulatorial, 15 Unidades de Saúde da Família e a SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência).

Na referida Unidade de Saúde, se desenvolve o programa Hiperdia, criado pelo Ministério da Saúde em 2002, com função de cadastrar Hipertensos e portadores de Diabetes Mellitus, acompanhar, através de consultas e visitas domiciliares, disponibilizar medicações, bem como auxiliar no tratamento dessas patologias, afim de melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

População/Amostra

A Unidade de Saúde possui 112 pacientes cadastrados no Programa Hiperdia. No entanto, a amostra constou de apenas 53 participantes, entre homens e mulheres, uma vez que, durante as visitas domiciliares, grande parte da população não se encontrava em casa e outras não quiseram participar da pesquisa.

Instrumento de coleta dados

Os dados foram coletados através de um questionário com perguntas fechadas, contemplando as variáveis como: idade, sexo, escolaridade, renda familiar, dentre outras. (Apêndice A)

Coleta de dados

Após solicitação ao diretor da Unidade de Saúde, foram agendadas no período de 22 a 31 de março de 2010, visitas domiciliares com os Agentes Comunitários de Saúde a todos os pacientes cadastrados no Hiperdia. Fez-se a explanação sobre a pesquisa e foram entrevistados aqueles que receberam a equipe e aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Análise dos dados

Os dados tabelados foram analisados e representados em forma de tabelas e gráficos através do Programa Excel e discutidos com base na literatura existente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados permitem a elaboração de considerações sobre os problemas e as necessidades existentes no tratamento de HAS no povoado do município de Tuntum – MA. Foram entrevistadas 53 pessoas cadastradas no HIPERDIA. Após análise dos dados, os resultados foram organizados sob a forma de gráficos e tabelas para melhor visualização e compreensão.

Tabela 1 – Distribuição percentual dos 53 pacientes de acordo com o Perfil Sócio-econômico e demográfico. Tuntum/MA – 2010.

Perfil dos Entrevistados	Nº	%
Renda Familiar		
Até um salário mínimo	23	43,4
1 salário mínimo	27	50,9
2 ou mais salários mínimo	03	5,7
Total	53	100
Escolaridade		
Analfabeto	13	24,5
1º grau incompleto	19	35,8
1º grau completo	09	17
2º grau incompleto	07	13,2
2º grau completo	05	9,5
3º grau incompleto	0	0
3º grau completo	0	0
Total	53	100
Sexo		
Feminino	29	54,7
Masculino	24	45,3
Total	53	100
Faixa Etária		
20 a 39 anos	06	11,3
40 a 59 anos	32	30,3
Maior que 60 anos	15	28,4
Total	53	100
Estado Civil		
Casado(a)	41	77,3
Viúvo(a)	05	9,4
Solteiro(a)	04	7,5
União Estável	02	3,8
Separado(a)	01	2
Total	53	100
Raça		
Parda	23	43,4
Negra	15	28,3
Branca	12	22,6
Amarela	03	5,7
Total	53	100

Visualizando a Tabela-1, a pesquisa mostrou, quanto ao perfil socioeconômico e demográfico, que 53 pessoas participaram da pesquisa; destas, 29 (54,7%) eram mulheres e 24 (45,3%) eram homens. Quanto à idade, houve maior prevalência de 30,3% na faixa etária entre 40 e 59 anos; 50,9% apresentaram renda familiar de um salário mínimo. Entre os participantes, 77,3% afirmaram ser casados e 7,5% solteiros. No que diz respeito à escolaridade, a maioria, ou seja: 19 (35,8%) dos sujeitos declararam que possuíam o 1º grau incompleto e 24,5% eram analfabetos. Evidencia-se então, o pouco grau de instrução e o baixo poder aquisitivo. Isto expressa uma estreita relação com as enfermidades, pois permite, respectivamente, a dificuldade em compreender os problemas de saúde, a forma de resolvê-lo, a participação direta nas atividades de saúde da comunidade e o desenvolvimento físico, mental e social. (ALMEIDA et al., 2003).

O Gráfico 1 expressa a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e demonstra que 82,3% dos entrevistados não costumam ir as visitas agendadas no Posto de Saúde e que 69,8% não costumam ir ao posto para verificação da pressão arterial.

Verificou-se que 76,6% não costumam ir ao Posto de Saúde receber suas medicações e; quando questionados se quando vão ao posto para receber a medicação, somente 75,4% responderam que recebem, contra 24,5%.

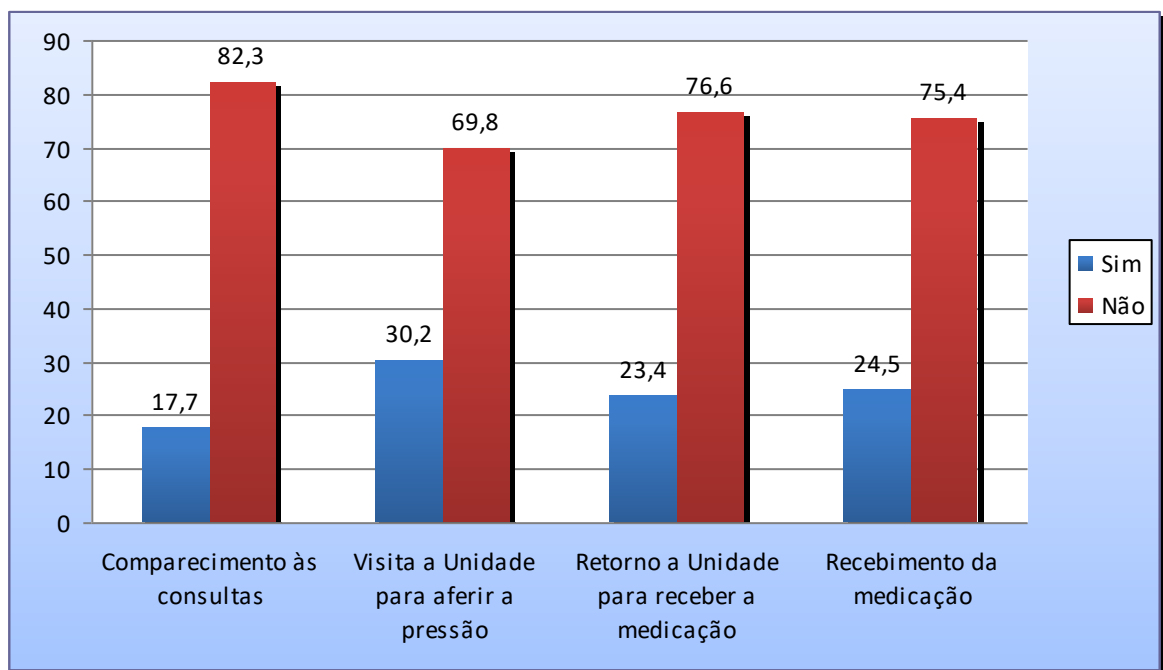


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 53 pacientes quanto à Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Tuntum/MA - 2010.

De acordo com Souza; Jardim (1994), é no momento das consultas que serão reforçadas as orientações sobre a doença, tratamento adequado, complicações e as necessidades de cada paciente (obesidade, colesterol, tabagismo, atividade física, etc), explicando cada item, questionando o paciente quanto ao seu entendimento e, conseqüentemente, gerando uma oportunidade para que os pacientes possam esclarecer suas dúvidas e seus anseios.

Como a hipertensão arterial é uma doença silenciosa, se faz necessário a aferição da pressão arterial freqüente, semestralmente ou de acordo com cada paciente, impedindo conseqüências mais graves, que podem evoluir durante anos de forma assintomática, até que as suas complicações apareçam, tais como o derrame cerebral, a insuficiência renal, o enfarte do miocárdio, o aumento do tamanho do coração ou alterações visuais (retina)(ASSIS; OLIVEIRA, 2003).

Segundo Lacerda; Giacomozzi (2005), a eventual dificuldade de locomoção que essa população apresenta, por se tratar de zona rural, possuir um baixo poder aquisitivo ou até mesmo por realizar atividades de agropecuária, comum nesse município, impedem que o paciente visite rotineiramente a Unidade de Saúde e que tenha um acompanhamento contínuo com a sua patologia; e também pelo conforto e despreocupação gerados pela visita domiciliar, pois não precisam levar seus familiares à unidade de saúde.

Merino; Marcon (2007) explicam que a primeira conduta adotada para tentar resolver os problemas de saúde é a automedicação, à utilização de remédios caseiros em forma de chás e xaropes ou procura pela farmácia; ou seja, costumam cuidar de sua saúde a princípio por conta própria, recorrendo ao sistema informal de saúde.

O Ministério da Saúde fornece aos municípios os medicamentos para combater a HAS. A determinação é da portaria nº 371/GM, de março de 2002, que criou o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus e o HIPERDIA. O objetivo do programa é ampliar a assistência farmacêutica e oferecer à população brasileira mais uma opção de acesso aos medicamentos. É um serviço complementar de assistência à saúde de todos os brasileiros, independentemente do poder aquisitivo do usuário (BEZERRA; CARVALHO, 2009).

Grande parte das consultas realizadas no sistema de saúde gera prescrição de um ou mais medicamentos, inclusive de antihipertensivos, porém existe muita dificuldade em garantir a disponibilidade desses produtos nas unidades de saúde (SILVA et al, 2005), já que a quantidade para atender a demanda é insuficiente, fazendo com que grande parte dos pacientes não recebam suas medicações regularmente nos postos de saúde. Havendo,

consequentemente, uma falha no tratamento da patologia, sendo ineficaz o trabalho dos profissionais envolvidos nas Unidades de Saúde, facilitando a não-adesão e tratamento inadequado.

Conforme o Gráfico 2, quanto à Assistência da Hipertensão Arterial Sistêmica no âmbito hospitalar, demonstra que 78,8% recebem ou já receberam visita domiciliar. Dos entrevistados, 90,6% já tiveram sua PA aferida por algum profissional de saúde, seja enfermeiro ou técnico, na visita domiciliar ou na própria Unidade de Saúde.

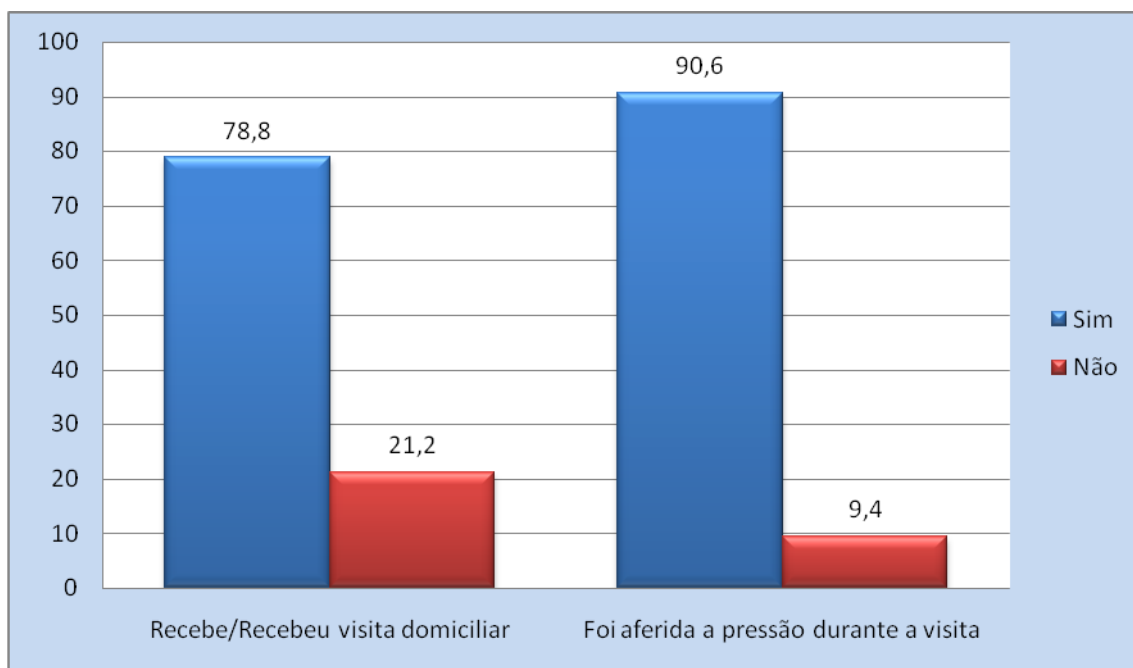


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos 53 pacientes quanto à Assistência da Hipertensão Arterial Sistêmica no âmbito domiciliar. Tuntum/MA - 2010.

Segundo Takahashi; Oliveira (2001) a visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

O Gráfico 3 mostra que 87,4% dos pacientes não recebem orientações sobre sua doença.

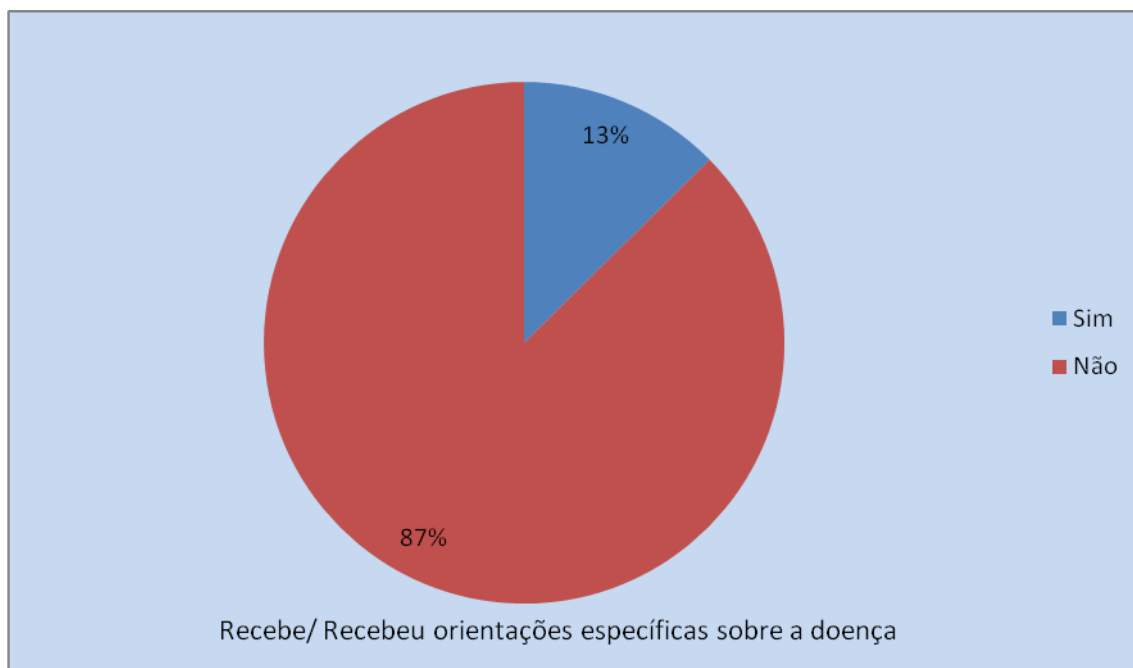


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos 53 pacientes quanto à Orientações sobre a doença. Tuntum/Ma – 2010.

De acordo com o Ministério da Saúde, as orientações sobre a doença são necessárias por parte dos profissionais de saúde, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da PA se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças na prevenção de suas complicações (BRASIL, 2002).

O Gráfico 4 mostra, quanto à Adesão ao tratamento não-medicamentoso para a HAS, que quando questionados se praticam alguma atividade física, 83,1 % responderam que não, contra 16,9% afirmações; em contrapartida, uma minoria de 15,1% disseram que não fazem dieta e 84,9 % responderam que fazem; dieta esta muitas vezes relacionada só à leve e não constante diminuição de sódio e gordura, sem o consumo adequado de frutas e verduras.

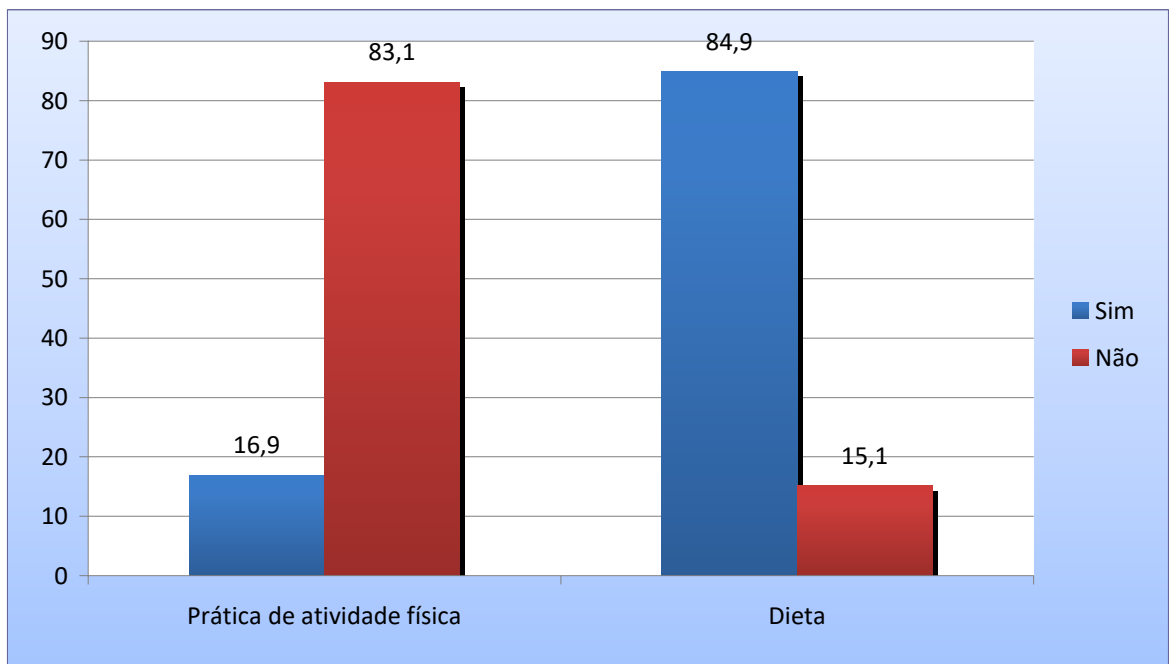


Gráfico 4 – Distribuição percentual dos 53 pacientes quanto à Adesão ao tratamento não-medicamentoso da HAS. Tuntum/MA - 2010.

A literatura ressalta a importância dos benefícios para a saúde ao qual podem ser conseguidos com uma alimentação saudável e balanceada aliada a níveis moderados de atividade física, pois este nível moderado de atividade física diária está associado a menores níveis de pressão arterial em repouso. Estudos epidemiológicos e clínicos tem demonstrado os efeitos benéficos da prática de atividade física sobre a pressão arterial em indivíduos de todas as idades (SBH; SBC; SBN, 2002).

Conforme o Gráfico 5, apenas 11,3% dos hipertensos fazem uso de bebida alcoólica e 26,4% declararam fumar.

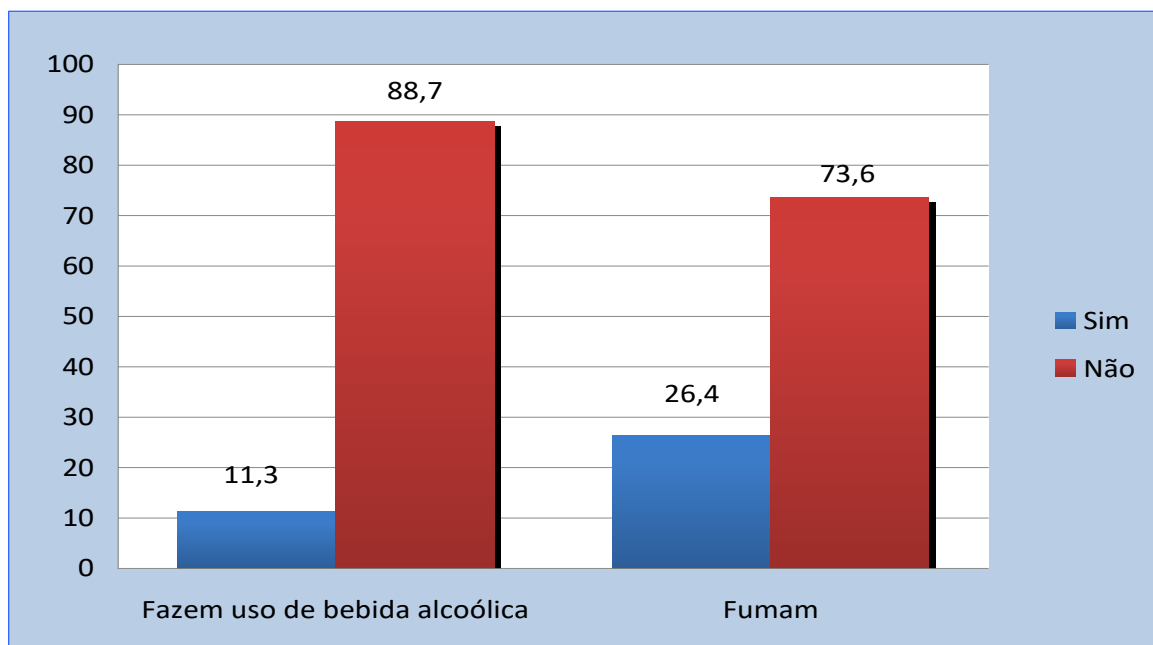


Gráfico 5 – Distribuição percentual dos 53 pacientes quanto aos Fatores de risco para HAS. Tuntum/MA - 2010.

O álcool é outro fator de risco, que de acordo com a literatura, contribui para o agravamento da HAS. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mm Hg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que quando suspenso, as cifras reverterem (MION JÚNIOR, 1998).

A nicotina é prejudicial ao organismo, pois promove a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica. Aumenta também a capacidade orgânica em formar coágulos e diminui sua função de destruí-los. Há redução de oxigênio nos glóbulos vermelhos em cerca de 15 a 20%, pois o monóxido de carbono que resulta da queima do fumo e do papel, se liga à hemoglobina. Este último também lesa a parede interna dos vasos, propiciando a deposição de gorduras (KLEIN et al., 1995).

Quando questionados sobre o aparecimento de sintomas na ausência da medicação, quase a metade (50,9%) referiu sentir algum sintoma.

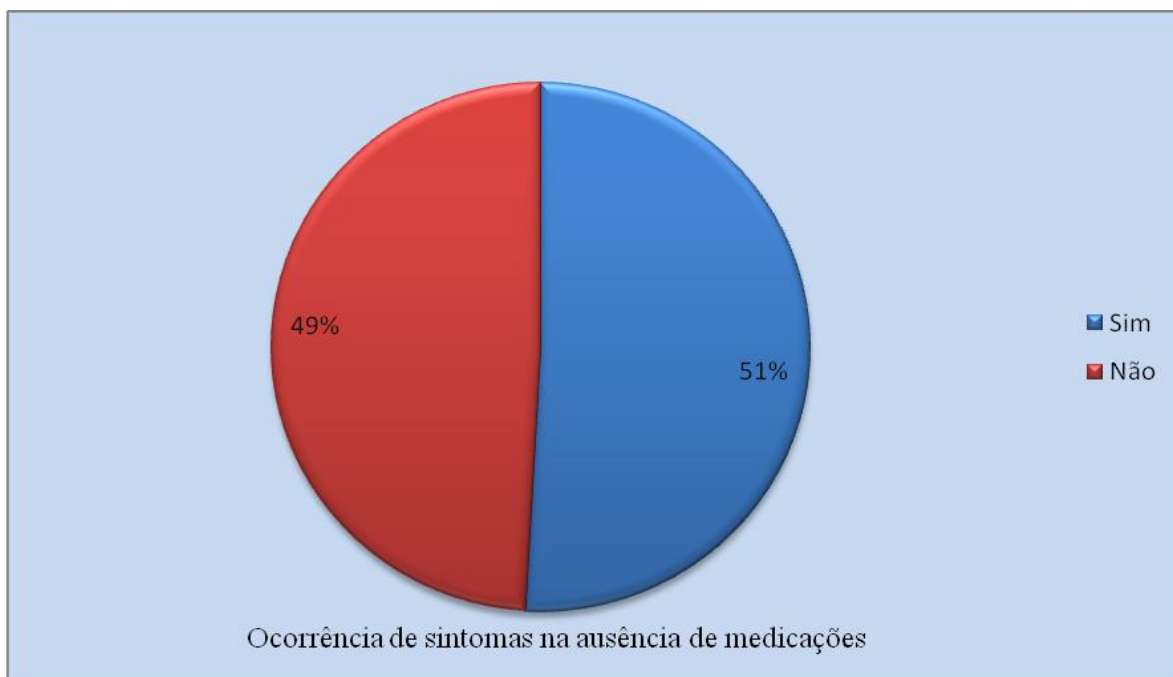


Gráfico 6 – Distribuição percentual dos 53 pacientes quanto a Ocorrência de sintomas na ausência da medicação. Tuntum/MA - 2010.

A queixa de sintomas, coincidem com aqueles encontrados por Carvalho et al.(1998) e que são comuns, como; dor de cabeça, dor na nuca, coração acelerado, pontada no peito, tontura e dor no corpo, quando o paciente deixa de tomar a medicação anti-hipertensiva.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode concluir que:

- a) A maioria das famílias possui renda mensal de 1 (um) salário mínimo e baixo nível de escolaridade, com representativo percentual para o 1º grau incompleto e analfabetos;
- b) Quanto aos participantes, a maior parte é do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 40 a 59 anos e de raça parda.
- c) A grande maioria não costuma ir às consultas agendadas e verificar a pressão no Posto de Saúde.
- d) Mais da metade, com variáveis quase equivalentes, não vão ao posto receber medicação, e quando vão para tal fim, não as recebem.
- e) A minoria negou receber visita domiciliar e ter a pressão aferida por um profissional de saúde, já a maioria negou receber orientações sobre a doença.
- f) Grande parte dos hipertensos afirma fazer dieta, enquanto que a menor parte disse não praticar atividade física.
- g) Poucos hipertensos fazem uso de bebida alcoólica e do tabaco.
- h) Um pouco mais da metade diz apresentar sintomas quando não tomam a medicação.

Convém ressaltar que o bom controle da hipertensão se faz com a participação ativa do hipertenso, participação da família, dos profissionais de saúde e do correto desempenho dos programas de saúde gerenciados por instituição de qualquer natureza, ajudando na eficácia do tratamento planejado desde o diagnóstico, principalmente daqueles em que a descontinuidade do tratamento e dificuldade em controlar a pressão são problemas frequentes.

Dessa forma, chama-se atenção para a Educação em Saúde na prática assistencial de enfermagem, onde os benefícios do tratamento da Hipertensão devem ser amplamente divulgados e enfatizados, considerando que a maioria dos hipertensos, não adere os tratamentos ou não tem acesso contínuo à medicação, uma vez que a ineficiência dessa divulgação correta e com clareza da prevenção, complicações e conseqüências da HA, coloca a população distante do conhecimento do que pode acontecer com uma HAS não-controlada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. F et al. Predictive factors of inhospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.80, n.1, p. 51-60, 2003.

ALMEIDA, Leila Oliveira de; GUEDES, Damiana. Ciência e consciência, **Open Journal Systems**, v.1, 2008.

ANDRADE, J.P. et al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da HA Sistêmica. **Arq. Bras Cardiol**, n.79, p.380-84, 2002.

ASSIS, Marcelle Morgana Vieira de; OLIVEIRA, Júlia Barreto Bastos de. Medida Indireta da Pressão Arterial: Conhecimento teórico dos fisioterapeutas. **RBPS**, v. 16, 2003.

BARRETO, S. M. et al. Hipertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil. The Bambui Health and Ageing Study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.77, n.6, p.576-81, 2000.

BEZERRA, D.S; SILVA, A.S; CARVALHO, A.L.M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.30, p.57-61, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/publicacoes/doc/miolo2002.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. _____. **Hipertensão Arterial: Diagnóstico e Classificação**. In: Consenso Brasileiro De Hipertensão Arterial, 3., Brasília, DF, 2002. Capítulo I. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arterial.pdf. Acesso em: 15 abr.2010.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS JR et al. Hipertensão arterial e o sistema nervoso. **Rev. Bras Hipertens**, v.8, n.1, p. 41-54, 2001. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/8-1/006.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2010.

CARVALHO et al. Uma investigação antropológica na 3ª idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública**, v. 14, p.617-21, 1998.

CORREA, T. D et al. **Hipertensão arterial sistêmica**: atividades sobre epidemiologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo, v.31, p. 91-101. 2006.

FRANKLIN SS et al. Predictors of new-onset diastolic and systolic hypertension: the Framingham Heart Study. **Circulation**, n.111, p. 1121-27, 2005.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, cap. 66, p. 641-56, 2004

IBGE. Divisão territorial do Brasil e Limites Territoriais. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 28 abr. 2010.

KLEIN, C. H. et al. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil: II. prevalência. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.3, p.389-94, 1995.

LACERDA MR; GIACOMOZZI CM. Assistência à saúde domiciliar e seus diferentes conceitos. **Relatório técnico**. Curitiba, PR: UFPR; 2005.

MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes; MARCON, Sônia Silva. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.60, n.6, 2007.

MION JÚNIOR, D. **Hipertensão**: aspectos práticos. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial, p.16, 1998.

NETTINA, Sandra M. **BRUNNER**: Prática de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PASSOS, Valéria Maria de Azevedo, ASSIS, Tiago Duarte, BARRETO, Sandhi Maria. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n. 1, 2006.

PIERIN, A. M. G. Orientação sistematizada do paciente hipertenso submetido a tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 20, p. 193-205, 2004.

SBH/SBC/SBN IV **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, 2002.

SILVA, J.L.L. Estilo de vida docente x fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica. 2004.157f. **Trabalho de conclusão de curso** (Graduação em Enfermagem e Licenciatura)- Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2004.

SILVA, R. R. et al. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

SOUZA, A.L.L.; JARDIM, P.C.B. A enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.2, 1994.

STRANGES et al. **Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study**. Hypertension 2004;44:813-19.

TAKAHASHI RF; OLIVEIRA MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). **Programa de Saúde da Família: manual de enfermagem**. São Paulo, SP: O Ministério; p.43-6, 2001.

ZANELA, M. T.; RIBEIRO, A. B., Diretrizes para cardiologistas sobre excesso de peso e doença cardiovascular dos departamentos de aterosclerose, cardiologia clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia : Obesidade e Hipertensão Arterial. **Arq Brás Cardiol**, v. 4, p.78 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Perfil Sócio-econômico e demográfico

Zona: Rural

1. Sexo: feminino masculino
2. Idade: entre 20 e 39 anos entre 40 e 59 anos igual ou maior a 60 anos
3. Renda familiar: até um salário mínimo
 1 salário mínimo
 2 ou mais salários mínimos
4. Estado civil: solteiro(a) casado(a) viúvo(a)
 separado/desquitado amigado(a)
5. Escolaridade: Analfabeto(a)
 1º grau completo incompleto
 2º grau completo incompleto
 3º grau completo incompleto
6. Raça: Negra Branca Pardo Amarela

Tratamento na Prática Assistencial de Enfermagem – Adesão ao Tratamento

1. Você costuma ir às consultas agendadas no Posto de Saúde? sim não
2. Você costuma ir ao Posto de Saúde verificar sua pressão? sim não

3. Você costuma ir ao Posto de Saúde receber medicação? () sim () não
4. Quando vai ao posto receber a medicação, costuma recebê-la? () sim () não

Assistência no âmbito domiciliar

5. Você recebe/recebeu visita domiciliar? () sim () não
6. Algum enfermeiro ou técnico de enfermagem já aferiu sua pressão durante a visita domiciliar? () sim () não
7. Você recebe orientações acerca da sua doença no posto ou durante as visitas?
() sim () não

Fatores que influenciam no tratamento

8. Pratica alguma atividade física? () sim () não
9. Você faz uso de bebida alcoólica? () sim () não
10. Você fuma? () sim () não
11. Você sente algum sintoma quando deixa de tomar a medicação? () sim () não

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

End: Rua L Quadra 22 Casa 08 Parque Atenas CEP: 65.072-510 São Luís-MA Fone: (98) 3246-1194

e-mail: rosemary@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadoras: Aline Matos de Oliveira e Anna Rafaelle Oliveira Cunha

PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM: PROBLEMAS E NECESSIDADES EXISTENTES NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO EM UM POVOADO NO MUNICÍPIO DE TUNTUM – MA

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa sobre Prática Assistencial de enfermagem: Problemas e Necessidades existentes no tratamento de HAS. Para isso, precisaremos fazer algumas perguntas para o (a) Sr(a). que ajudarão a identificar os fatores de risco que influenciam no tratamento em Tuntum-Ma. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o (a) Sr(a) quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sr(a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre os quesitos a serem perguntados. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Tuntum (MA), _____ / _____ / _____

Assinatura e carimbo do Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Unidade de Saúde da Família Antonio Manoel da Costa
Rua Principal s/n, Povoado Creoli do Bina.
Tuntum - MA