

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

ÂNGELA MARIA SOUSA DE OLIVEIRA

EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO PROGRAMA DE CONTROLE DA
HIPERTENSÃO OFERECIDO NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM ÁGUAS LINDAS – GO

Brasília - DF

2011

ÂNGELA MARIA SOUSA DE OLIVEIRA

**EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO PROGRAMA DE CONTROLE DA
HIPERTENSÃO OFERECIDO NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM ÁGUAS LINDAS – GO**

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

Orientadora: Profª Doutora Mônica Elinor Alves Gama

Brasília – DF

2011

Oliveira, Ângela Maria Sousa de.

Experiência vivenciada no Programa de Controle da Hipertensão oferecido no Centro de Saúde da Família em Águas Lindas – GO.

V, 25 fl.

Orientadora: Prof^ª Mônica Gama

Monografia

1. Hipertensão arterial. Controle. Saúde da Família

ÂNGELA MARIA SOUSA DE OLIVEIRA

**EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO PROGRAMA DE CONTROLE DA
HIPERTENSÃO OFERECIDO NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM ÁGUAS LINDAS – GO**

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

Orientadora: Profª Doutora Mônica Elinor Alves Gama

Aprovado em / / .

BANCA EXAMINADORA

Profª Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo – USP

DEDICATÓRIA

A todos os profissionais de saúde que lutam pelo bem estar dos pacientes, mesmo quando as condições de trabalho não favorecem suas ações.

Aos meus familiares, parentes e amigos pelo apoio nos momentos de dificuldade.

AGRADECIMENTOS

Em especial, a Deus, que se fez presente em todos os momentos e me permitiu ter chegado até aqui.

Aos professores do Curso pelos valiosos ensinamentos, e em especial, à Professora Mônica Gama, orientadora desse estudo, pela paciência e inestimável colaboração, com sugestões sempre pertinentes em todo o decorrer da pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão e apoio, sem os quais esse trabalho não seria possível.

RESUMO

Este estudo aborda o controle do tratamento da hipertensão arterial, com o objetivo de relatar a experiência vivenciada no desenvolvimento de ações no Programa de Controle da Hipertensão em um Centro de Saúde da Família em Águas Lindas – GO. A metodologia utilizada no estudo teve como base a pesquisa analítica quantitativa realizada por meio de revisão sistemática, partindo-se da análise dos conceitos de hipertensão arterial, utilizando-se de revisão de literatura para o levantamento conceitual. A abordagem teórica demonstrou que estudos de avaliação sistêmica da assistência com enfoque na percepção da população são importantes e devem ser absorvidos pelos serviços como forma de melhoria do sistema. Verificou-se que muitos pacientes hipertensos apresentam dificuldades em aderir ao tratamento por não conhecer os benefícios desse tratamento, por terem dificuldades em se adequarem a novos hábitos de vida, por falta de orientações sobre alimentação, atividades físicas e controle do peso como forma de controle da hipertensão, e por lhe faltar um incentivo tanto da família quanto dos profissionais de saúde neste processo de mudanças. Em se tratando os profissionais de saúde que atuam em Programa de Controle da Hipertensão verificou-se a qualificação e formação desses profissionais é essencial para que eles possam estar habilitados a orientar corretamente no desenvolvimento do tratamento de pacientes com hipertensão arterial.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial. Controle. Saúde da Família..

ABSTRACT

This study addresses the control of hypertension treatment, in order to report their experience in the development of actions in the Hypertension Control Program in a Family Health Centre in Aguas Lindas - GO. The methodology of the study was based on quantitative analytical research carried out through systematic review, starting from the analysis of the concepts of hypertension, using a literature review to survey the conceptual. The theoretical studies showed that systemic evaluation of care focused on public perceptions are important and should be absorbed by the services as a way of improving the system. It was found that many hypertensive patients have difficulties in adhering to treatment for not knowing the benefits of this treatment, because they have difficulties to adapt to new habits, lack of guidelines on diet, physical activity and weight control as a way to control hypertension, and lacking both an incentive when the family of health professionals in this process of change. When dealing with health professionals working in the Hypertension Control Program verified the qualifications and training of these professionals is essential for them to be able to correctly guide the development of treatment for patients with hypertension.

Key – words: Hypertension. User: Family Health Program.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	8
2.OBJETIVO.....	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1. Concepções sobre o que é Hipertensão	13
3.2. Mudanças na Dieta Alimentar do Hipertenso.....	14
3.3. Exercícios Físicos e Controle de Peso.....	17
3.4. Controle do Estresse	19
3.5. O Papel dos Profissionais de Saúde na Adesão ao Tratamento da Hipertensão.....	20
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	22
4.1. Descrição do Centro de Saúde da Família de Águas Lindas - GO.....	22
4.2. Ações da UBSP de Águas Lindas no controle da Hipertensão	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

I. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial, considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tem sido apontada como uma das patologias que mais causa insuficiência cardíaca, doenças cardiovasculares, insuficiência renal e outras enfermidades que a ela se correlacionam.

Com base nessa classificação, tem-se que as possíveis causas da hipertensão relacionam-se a artérias “endurecidas” por substâncias adiposas, por espessamento da camada de tecido conjuntivo do vaso ou por resistência excessiva ao fluxo sanguíneo na periferia pelo sistema arterial por causa da sobrecarga nervosa ou da disfunção renal, sendo que até 95% dos casos são de causa desconhecida. A hipertensão impõe uma sobrecarga crônica ao sistema cardiovascular (BRASIL, 2007). Esta é uma doença responsável por aproximadamente 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por, aproximadamente, 25% das mortes por doenças arteriais coronarianas (GAMA, 2010).

A hipertensão, segundo conceito apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), é uma doença que ocorre “quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, ficando o valor igual ou maior que 140/90 mmHg ou 14 por 9”. Essa doença acomete aproximadamente 35% da população brasileira com faixa etária a partir dos 40 anos de idade, podendo causar graves complicações à saúde como: derrames, doenças do coração, paralisação dos rins, lesões nas artérias e alterações na visão (BRASIL, 2007).

Apesar da prevalência aumentar com a idade, a doença torna-se relativamente leve nos grupos etários idosos, sendo mais grave em adultos jovens, principalmente entre os negros (ROBBINS, 1996).

Conforme tem sido observado pelos órgãos responsáveis pelo controle e promoção da saúde existentes em vários países e pelo Ministério da Saúde, a hipertensão, enquanto fator de risco para diversas doenças crônicas, vem aumentando significativamente entre a população brasileira desde o ano de 2006, considerando-se que, na atualidade, tem-se a prevalência de mais de 30 milhões de brasileiros hipertensos. O maior percentual da hipertensão está entre as mulheres, com um índice de 66,40% e entre os idosos, com um índice de 51,60% (BRASIL, 2007).

Porém, isso não significa que a hipertensão seja uma patologia associada ao envelhecimento ou ao gênero. Isso porque, a hipertensão está correlacionada tanto a fatores como a predisposição genética, portando sua origem pode ser hereditária, como pode estar associada a fatores relacionados aos hábitos de vida do paciente. Desta forma, pessoas que

apresentam distúrbios emocionais, sobrepeso ou obesidade, ingestão excessiva de álcool, uso de drogas, consumo excessivo de cafeína ou sedentarismo, podem desenvolver hipertensão ao longo de suas vidas. Essa possibilidade torna-se ainda maior quando se trata de pessoas histórico familiar de hipertensão ou quando os seus hábitos de vida se caracterizam pela presença de mais de um dos fatores acima citados (BORENSTEIN, 1999).

De acordo com o Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue (2009), calcula-se que aproximadamente metade das pessoas com hipertensão não sabem que são hipertensas, pois está é uma doença silenciosa que não apresenta sintomas próprios e específicos. Assim, faz-se necessário o controle freqüente da pressão arterial e, uma vez identificada a hipertensão, o paciente deve aferir sua pressão para controlá-la regularmente, pois esta é uma doença que não tem cura (BORENSTEIN, 1999).

As manifestações da hipertensão estão relacionadas aos sintomas orgânicos decorrentes da lesão causada aos vasos sanguíneos pela força do sangue que circula nas paredes das artérias. A hipertensão que pode ser primária ou secundária. A origem da hipertensão primária não é conhecida, sendo definida como “uma doença crônico-degenerativa de caráter multifatorial que inclui aspectos genéticos, neuro-humorais, dietéticos, vasculares e cardiogênicos” (AMODEO e SANTELLO, 1998, p. 332).

Por ser uma doença primária, torna-se difícil de ser diagnosticada por assemelhar-se a várias outras patologias. Porém, ressalta-se que seu surgimento pode ser favorecido pelas características individuais do paciente, pelas suas atitudes e comportamentos e pelo seu biótipo físico. Fatores como obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo elevado de álcool e maus hábitos alimentares contribuem significativamente para o desenvolvimento da hipertensão primária (LIPP e ROCHA, 1996).

A hipertensão secundária, por sua vez, está relacionada ao desenvolvimento de doenças como a estenose da artéria renal, a contração da aorta e o hipertireoidismo (BORENSTEIN, 1999). A classificação da hipertensão é realizada de acordo com o nível de pressão arterial que um adulto acima de 18 anos apresenta. Esses níveis é que determina o grau de hipertensão que o indivíduo possui (BRASIL, 2002):

Pressão Arterial Sistólica PAS (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica PAD (mmHg)	Classificação
< 130	< 85	Normal
130 – 139	85 – 89	Normal limítrofe
140 – 159	90 – 99	Hipertensão leve (estágio 1)
160 – 179	100 – 109	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 180	≥ 110	Hipertensão grave (estágio 3)
≥ 140	< 90	Hipertensão sistólica (isolada)

Quadro 1: Classificação da pressão arterial
Fonte: Brasil, 2002.

A hipertensão exige medidas estratégicas de controle e tratamento de seus sintomas, pois por ser uma doença crônica, a hipertensão arterial não tem cura (GUEDES, 2007, p. 2).

O tratamento sintomatológico da hipertensão pode ser realizado por meios processos: o medicamentoso, que envolve a administração de produtos farmacológicos visando o controle da pressão arterial; e o tratamento não medicamentoso, que consiste na mudança de hábitos de vida do paciente, ou seja, consiste na modificação da dieta alimentar, na prática de exercícios físicos e no controle de situações estressantes que afetam o nível da pressão sanguínea no organismo humano (GUEDES, 2007, p. 2).

O tratamento da hipertensão é processo complexo que envolve uma série de fatores que podem favorecer ou prejudicar os resultados do tratamento sugerido, como: idade do paciente, presença de outras doenças, capacidade de percepção da hipoglicemia e de hipotensão, estado mental do paciente, uso de outras medicações, dependência de álcool ou drogas, cooperação do paciente e restrições financeiras (BRASIL, 2002).

As causas da hipertensão, são “multicausais e multifatoriais, o meio ambiente exerce influência na sua gênese. Hábitos de vida inadequados são fortes determinantes de valores elevados da pressão arterial. O tratamento da hipertensão arterial, principalmente quando leve ou moderada, pode ser não-medicamento, que envolve os hábitos de vida do paciente. Porém, em se tratando de hipertensão grave ou sistólica, exige o uso de medicamentos (MONEGO, 1996, p. 233)..

No entanto, nota-se que há por parte do hipertenso, uma grande dificuldade em aderir, principalmente quando é sem medicamento, pois este exige uma reeducação do indivíduo e a mudança de toda a sua rotina para que se possa obter resultados realmente significativos (GUEDES, 2007, p. 2).

A hipertensão arterial exige a adoção de tratamentos diversificados e adequados à rotina cotidiana de cada indivíduo. Dentro desse contexto, são enfocados o papel e as funções da equipe multiprofissional na promoção de tratamento medicamentoso para a hipertensão arterial. Considera-se que esse tratamento exige mudanças no estilo do indivíduo que nem sempre são possíveis sem a orientação de profissionais qualificados, a exemplo do nutricionista (JARDIM, 1996).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial determinam que o fundamental para o sucesso no tratamento da hipertensão é a adoção de um estilo saudável de vida, pois entre os principais fatores ambientais que influenciam na hipertensão arterial são os maus hábitos alimentares (MONEGO, 1996, p. 233)..

Desta forma, considera-se que pessoas hipertensas e com quadro de sobrepeso e obesidade devem ser inseridas em programas de emagrecimento e reeducação alimentar por

ser notória a relação entre “a redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático” (DBHA, 2006, p. 277).

As modificações do estilo de vida do hipertenso incluem: o controle do peso para manter o corpo dentro da faixa de peso considerado normal segundo critérios de altura e idade; o padrão alimentar baseado no consumo de frutas e vegetais e de alimentos de baixa densidade calórica e baixo teor de gordura; a redução do consumo de sal para no máximo 100 mmol/dia; moderação no consumo de álcool ou mesmo eliminação total desse consumo; e a prática de exercícios físicos aeróbicos (caminhada, corrida, natação, hidroginástica, etc.) por 30 minutos ao menos 3 vezes por semana. E essas mudanças devem ocorrer de forma orientada pelos profissionais que atuam no atendimento realizado pelo Programa de Controle de Hipertensão adotado nos Centros de Saúde da Família (DBHA, 2006, p. 277).

As dificuldades de adesão ao tratamento da hipertensão ocorrem devido a vários fatores: muitos pacientes desconhecem as complicações que podem ocorrer em virtude de uma crise hipertensiva, não conseguem mudar seus hábitos de vida e ficam desestimulados diante das dificuldades em tomar a medicação, aderir a uma dieta pobre em sódio e rica em fibras, praticar atividades físicas regularmente e evitar situações de estresse (SILVA, 2006, p. 183).

Tais dificuldades, associadas à falta de acompanhamento e informações por parte dos profissionais de saúde, são comumente relatados por pacientes hipertensos atendidos no Programa Família Saudável, o que leva ao seguinte questionamento: **como os profissionais de saúde do Programa de Controle de Hipertensão adotados no Centro de Saúde da Família de Águas Lindas, no Goiás, podem contribuir para a adesão do hipertenso ao tratamento dessa enfermidade?**

2. OBJETIVO

Relatar experiência vivenciada no desenvolvimento de ações no Programa de Controle da Hipertensão em um Centro de Saúde da Família em Águas Lindas – GO.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Concepções sobre o que é Hipertensão

A hipertensão arterial tem se configurado num dos maiores desafios da medicina, pois se caracteriza como uma doença silenciosa que muitas vezes só é descoberta quando já está afetando o funcionamento do sistema cardiovascular. Dentro desse contexto, Teixeira (2007, p. 1) afirma que

“a Hipertensão Arterial Sistêmica também conhecida como Hipertensão Arterial Essencial, Doença Hipertensiva vulgarmente chamada de Pressão Alta é caracterizada pelos níveis pressóricos. Quando a Pressão Arterial Sistólica (pressão do sangue dentro das artérias no momento da contração do coração) é maior de 140 milímetros de mercúrio, e/ou quando a Pressão Arterial Diastólica (pressão do sangue dentro das artérias entre uma contração e outra) é maior que 90 milímetros de mercúrio”.

Segundo Rocha (1997), pode-se entender a hipertensão arterial como uma das mais prevalentes doenças cardiovasculares e um dos principais fatores de risco à saúde pública. Conseqüentemente, tem-se uma grande preocupação com a prevenção e o tratamento dessa doença. O tratamento tanto pode ser farmacológico – tem como base a utilização de drogas anti-hipertensivas; e não-farmacológico – baseado na mudança de estilo de vida.

Tem-se, então, que a pressão sanguínea pode ser classificada em:

- **Pressão Sistólica** - a mais alta pressão gerada pelo coração em repouso durante a sístole do ventrículo esquerdo é de aproximadamente 120 mmHg, como ponto de referência a artéria bronquial com o baço à nível do AD. A partir dela estima-se o trabalho do coração e a tensão contra as paredes. Durante o relaxamento do coração, o recuo elástico do sistema arterial proporcional uma pressão para que o fluxo se mantenha constante (ROBBINS, 1996).
- **Pressão Diastólica** - é de 70 a 80 mmHg durante o relaxamento do ciclo cardíaco. Indica a resistência periférica. Quando alta, a pressão dentro das artérias após a sístole não é dissipada rapidamente e continua elevada durante grande parte do ciclo cardíaco (ROBBINS, 1996).
- **Pressão Arterial Média** - força média exercida pelo sangue contra as paredes das artérias durante todo o ciclo cardíaco. Ligeiramente maior que a média entre as pressões sistólicas e diastólicas. Em repouso, a pressão artéria é de 92 mmHg (ROBBINS, 1996).

Kohlmann Jr. (1998), considera que o principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular por meio da modificação do estilo de vida do paciente. Entre as principais razões para se adotar a prática desse tratamento, são destacadas: o baixo custo e risco mínimo; a redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco; o aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; e a redução do risco cardiovascular.

Lopes (2003) ressalta que o tratamento sem medicamentos pode servir para controlar a hipertensão leve e se for associado ao tratamento medicamentoso, contribuir para o controle da hipertensão moderada e grave. Para isso, é preciso que o paciente receba da equipe multiprofissional um atendimento amplo e seja inserido em programas que favorecem a mudança dos hábitos de vida do hipertenso.

Para Magalhães (2003), a hipertensão arterial é uma doença que atinge aproximadamente 20% da população adulta mundial, tornando-se um dos maiores desafios para a medicina moderna. O tratamento da hipertensão arterial está diretamente relacionado com as modificações no estilo de vida, fazendo-se necessário um programa de orientação ao paciente quanto à necessidade de redução do peso corporal, a adoção de uma dieta reduzida de sódio e enriquecida de potássio, o controle do consumo de cafeína e de bebidas alcoólicas, a eliminação do tabagismo e a necessidade de praticar atividades físicas regulares. Aponta-se ainda, aspectos referentes ao consumo de ácidos graxos Omega-3 e uma dieta pobre em açúcares e gorduras e rica em fibras e vitaminas (MAGALHÃES, 2003).

3.2. Mudanças na Dieta Alimentar do Hipertenso

Uma alimentação saudável, equilibrada e rica em fibras, é ideal para o bem-estar de qualquer pessoa. No caso de pacientes com hipertensão arterial, os hábitos alimentares representam uma das principais causas de complicações e crises hipertensivas, bem como pode ser, ainda, a melhor forma de prevenção e tratamento.

Cesarino (2004, p. 236) afirmam que as mudanças na dieta alimentar, associada a outras mudanças nos hábitos do indivíduo tem sido foco de discussão nos meios acadêmicos e científicos, dentre os quais ganham destaque os estudos que correlacionam a ingestão média de sal e a prevalência de hipertensão arterial; e os estudos randomizados DASH que compara os padrões dietéticos e sua relação com a pressão arterial. Esses estudos demonstram que para o hipertenso, é necessária uma dieta “rica frutas, verduras e laticínios desnatados, escassa em gorduras saturadas e colesterol”.

Uma dieta balanceada contribui significativamente para a redução da pressão arterial, pois

“o hábito alimentar dos hipertensos deve incluir: redução da quantidade de sal na elaboração de alimentos (A); retirada do saleiro da mesa (A); restrição das fontes industrializadas de sal: molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote tipo *snacks* (B); uso restrito ou abolição de bebidas alcoólicas (B); preferência por temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados (D); redução de alimentos de alta densidade calórica, substituindo doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas (A), diminuindo o consumo de bebidas açucaradas e dando preferência a adoçantes não calóricos (C); inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário, com ênfase em vegetais ou frutas cítricas e cereais integrais (A); opção por alimentos com reduzido teor de gordura, eliminando as gorduras hidrogenadas (“trans”) e preferindo as do tipo mono ou poliinsaturadas, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco (A); ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência, desnatados (B); busca de forma prazerosa e palatável de preparo dos alimentos: assados, crus e grelhados (D); plano alimentar que atenda às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo/família” (VDBHA, 2006, p. 278).

Conseqüentemente, alguns fatores da dieta alimentar do paciente são significativos para o tratamento da hipertensão arterial como: o controle do peso, o consumo do sódio, do potássio, do cálcio e do magnésio, bem como a ingestão de álcool, café e outros nutrientes que podem exercer influência direta na elevação da pressão arterial.

O consumo excessivo de sal é um dos mais significativos fatores que provocam aumento da pressão arterial. Porém, a sensibilidade ao sal não ocorre com a mesma frequência entre as pessoas. Conseqüentemente, uma dieta com redução no consumo de sódio não deve ser padronizada para todos os casos de hipertensão, fazendo-se necessário um diagnóstico prévio da sensibilidade ao sódio antes de se determinar o nível de redução de sal que a dieta deverá conter (LOPES, 2003).

Nesse sentido, Lopes (2003, p. 150) afirmam que muitos estudos já descrevem com precisão a eficácia da redução salina na redução da pressão arterial, no entanto, ressalta que “um aspecto que vem sendo muito discutido nos últimos anos é em relação ao grau de restrição salina ideal, se moderado ou importante”. Observa-se que, em alguns casos, quando a hipertensão está associada a outras doenças como a obesidade, a restrição isolada no consumo de sódio não apresenta níveis significativos de mudança na pressão arterial.

Porém, em se tratando de pacientes com hipertensão leve, uma dieta considerada adequada para deve ser pobre em sódio, pois como argumenta Rocha (2003, p. 490):

“o excesso de sódio inicialmente eleva a pressão arterial por aumento de volemia e conseqüente aumento do débito cardíaco. Posteriormente, por mecanismo de auto-regulação, há aumento da resistência vascular periférica, mantendo elevados os níveis de pressão arterial.”.

A dieta alimentar do hipertenso, além de pobre em sódio, também deve ser suplementada com potássio, cálcio, magnésio, restringindo-se nestas dietas o nível gorduras saturadas.

De acordo com Amoedeo e Lima (1996), há estudos que demonstram evidências favoráveis de potássio para um melhor controle dos níveis de pressão arterial e que a suplementação de cálcio e magnésio contribui para uma menor incidência da hipertensão arterial, principalmente durante a gravidez.

A medida que se reduz o sódio da dieta alimentar, há uma tendência a aumentar o consumo de potássio, o que pode trazer benefícios significativos para o controle da hipertensão, pois o potássio atua na pressão arterial provocando: “inibição da formação de radicais livres nas células endoteliais do vaso e dos macrófagos; inibição da proliferação das células musculares lisas do vaso; inibição da agregação plaquetária e trombose arterial; redução da resistência vascular renal; e aumento da filtração glomerular (LOPES, 2003, p. 150).

Quanto à suplementação de cálcio e de magnésio, Lopes (2003, p. 150) argumentam que esses elementos são relevantes no controle da pressão arterial, apesar de apresentarem resultados discretos. Essa colocação é confirmada por Rocha (1997) ao afirmar que além dos benefícios da suplementação de cálcio e magnésio ainda não pouco expressivas, ressaltando-se que o aumento da ingestão de cálcio pode levar a formação de cálculos renais.

No caso do magnésio, há uma ressalva quando ao uso dessa suplementação, já que os estudos realizados por Rocha (1997, p. 492) constatou que “a maioria dos pacientes hipertensos apresenta níveis séricos normais de magnésio e não se beneficia com a suplementação desse mineral. Já os hipertensos com hipomagnesemia, quando submetidos a dieta rica em magnésio, apresentaram redução nos níveis pressóricos, devendo a suplementação ser restrita a esse tipo de paciente”.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), a suplementação de cálcio e magnésio não evidencia mudanças relevantes para o tratamento da hipertensão, fazendo-se necessário, apenas que o paciente adote em sua dieta, o consumo regular de frutas, verduras e laticínios de baixo teor de gordura, já que tais alimentos apresentam quantidades apreciáveis de cálcio, magnésio e potássio.

Além do controle no consumo de sal e da prática de uma dieta rica em potássio, cálcio e magnésio, o hipertenso deve mudar seus hábitos no que se refere ao consumo de café, cafeína e bebidas alcoólicas, dando maior ênfase ao consumo de fibras.

De acordo com Amodeo e Lima (1996), o álcool, quando consumido em quantidades pequenas e controladas, pode apresentar um efeito hipotensor, mas o recomendado é que se evite ao máximo o consumo de álcool entre hipertensos. Quanto à cafeína, esta substância apresenta alteração poucos expressivas no nível de pressão arterial. Estes autores argumentam que “o melhor modo de orientar os pacientes que ingerem álcool habitualmente, é o de que o façam, porém em doses pequenas. Sempre que possível deve-se encorajar o abandono total do consumo de álcool, visto que o mesmo é um problema de saúde pública em nosso meio, relacionado com dependência, hepatopatias e deficiência imunológica” (AMODEO e LIMA, 1996, p. 241).

De maneira geral, quanto melhor e mais equilibrada for a dieta do paciente hipertenso, maiores as probabilidades de controle da pressão arterial. Isso significa que os hábitos alimentares constituem fator relevante no tratamento da hipertensão, podendo, inclusive, associar-se ao tratamento medicamento para obter resultados mais expressivos em casos de hipertensão mais grave.

A dieta alimentar, portanto, constitui-se num dos mais relevantes meios de tratamento da hipertensão arterial, pois “o papel hipotensor das fibras parece estar mais relacionado a outras variáveis do que a elas propriamente dito. O baixo teor de carboidrato simples diminuindo o estímulo da secreção de insulina e o alto teor de K⁺ seriam os mecanismos pelos quais a dieta rica em fibras diminui a pressão arterial. Os óleos de peixe que contêm quantidade apreciável de ácidos graxos Omega3 teriam efeito hipotensor por aumentarem os níveis de prostaglandinas. Porém, seu efeito, se verdadeiro, é modesto, e esses óleos são encontrados em peixes de mar de água fria, que não fazem parte de nossa dieta rotineira” (ROCHA, 1997, p. 493).

3.3. Exercícios Físicos e Controle de Peso

O sedentarismo tem como uma das principais conseqüências, o aumento do peso corporal. A associação entre o sedentarismo com a elevação do peso contribui para a ocorrência da hipertensão arterial.

O aumento do peso e o acúmulo de gorduras na cintura e no quadril influenciam no nível de pressão arterial. Por sua vez, a perda de peso, principalmente decorrente de restrição calórica e mudança dos hábitos alimentares, “constitui o mais importante manuseio nutricional no tratamento do hipertenso. A perda de peso é mais importante para o controle da pressão arterial do que a dieta hipossódica” (ROCHA, 1997, op. 491).

Dentro desse contexto, Lopes (2003) ressalta que a prática de exercícios físicos regulares é de grande contribuição para o controle do peso, assim como para reduzir a pressão arterial e os riscos cardiovasculares globais.

Observa-se, então que “o exercício físico regular é recomendado, atualmente, na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial. Melhor forma física, em normotensos, associou-se com menor risco de mortalidade geral, em amplo estudo epidemiológico. Na maioria dos estudos realizados, o treinamento físico diminuiu a pressão arterial de hipertensos, sendo a redução, em média, de 11 mmHg na sistólica e 6 mmHg na diastólica. Além de reduzir a pressão arterial, o exercício físico continuado auxilia na redução de peso, em obesos, e tem efeito favorável na sensibilidade à insulina e níveis lipídicos” (AMODEO e LIMA, 1996, p. 240).

Porém, tanto o controle do peso quanto a prática de atividades físicas para hipertensos devem ser realizadas de forma orientada e sistemática, fazendo-se necessário uma avaliação prévia e individual do paciente para elaborar uma dieta e um programa de atividades físicas adequadas ao perfil do paciente, como sugerem Amadeo e Lima (1996, p. 240)

“antes de iniciar-se o treinamento físico, deve-se avaliar, clinicamente, o indivíduo, realizar um eletrocardiograma de repouso e submetê-lo ao teste ergométrico, se houver fatores de risco cardiovascular associados, sedentarismo prévio, dor torácica, dispnéia ou para obter-se o VO₂máx e FC máxima”.

Com base nos resultados dessa avaliação, são recomendadas atividades físicas que favoreçam o controle da pressão arterial. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006, p. 279), apresentam as seguintes recomendações de atividade física, principalmente para hipertensos:

RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA
<p>Recomendação populacional Todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas de forma contínua ou acumulada em pelo menos 5 dias da semana.</p>
<p>Recomendações individuais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer exercícios aeróbicos (caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação); • Exercitar-se de 3 a 5 vezes por semana; • Exercitar-se, pelo menos, 30 minutos (para emagrecer, fazer 60 minutos); • Realizar exercícios em intensidade moderada. • Realizar também exercícios resistidos (musculação).

Quadro 2: Recomendações para controle da Hipertensão Arterial
 Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

Quanto ao controle de peso, o III Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial afirma que as recomendações genéricas para a redução do peso corporal devem focar-se nos princípios dietéticos e nos programas de atividade física. Os princípios gerais da terapia dietética compreendem: o respeito da dieta hipocalórica balanceada, evitando o jejum ou as dietas “milagrosas”; a manutenção do consumo diário de colesterol inferior a 300 mg, sendo que o consumo de gordura saturada não deve ultrapassar 10% do total de gorduras inseridas; a substituição de gorduras animais por óleos vegetais (mono e poliinsaturados); redução do consumo de sal a menos de 6 g/dia (1 colher de chá); evitar o açúcar e os doces; dar preferência a ervas, especiarias e limão para temperar alimentos; optar pela ingestão de alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados em substituição às frituras; utilização de alimentos ricos em fibras, tais como grãos, frutas, cereais integrais, hortaliças e legumes.

3.4. Controle do Estresse

O estresse é um dos fatores que geralmente apresenta associação direta com as crises hipertensivas, pois o estresse “acarreta um maior estímulo simpático, que, por sua vez, pode induzir modificações nos níveis de pressão arterial” (AMODEO e LIMA, 1996, p. 241). Quanto maior a descarga simpática com estresse, menores serão as ações dos medicamentos anti-hipertensivos, por isso, recomenda-se que o hipertenso diminua o estresse para favorecer os resultados do tratamento medicamentoso.

Conforme expresso nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006, p. 280), tem-se que

“estudos experimentais demonstram elevação transitória da pressão arterial em situações de estresse, como o estresse mental, ou elevações mais prolongadas, como nas técnicas de privação do sono. Estudos mais recentes evidenciam o efeito do estresse psicoemocional na reatividade cardiovascular e da pressão arterial, podendo contribuir para hipertensão arterial sustentada. Estudos com treinamento para controle do estresse emocional com diferentes técnicas mostraram benefícios no controle e na redução da variabilidade da pressão arterial, podendo ser utilizado como medida adicional na abordagem não-farmacológica de pacientes hipertensos. Além disso, a abordagem de aspectos psicoemocionais e psicossociais pode ser útil na melhoria da adesão do paciente a medidas terapêuticas não-medicamentosas e medicamentosas”.

Para o controle do estresse, é necessário que o paciente procure adotar uma dieta alimentar equilibrada, praticar exercícios físicos regulares e participar de atividades que favoreçam o relaxamento e o bem-estar físico, mental e emocional do indivíduo, como o ioga, a meditação, a psicoterapia, ou atividades de lazer que contribuam para o alívio das tensões diárias que caracterizam situação de estresse.

3.5. O Papel dos Profissionais de Saúde na Adesão ao Tratamento da Hipertensão

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial envolve a divulgação de informações por parte dos profissionais de saúde. Teixeira (2007, p. 3) expõe que

“no III Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial é dito textualmente: a equipe multiprofissional pode e deve ser constituída por profissionais que, de uma forma ou de outra, lidem com pacientes hipertensos. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos e, inclusive, funcionários administrativos e agentes comunitários em saúde podem integrar a equipe”.

Observa-se, então, que boa parte desta equipe é composta por profissionais da área de saúde, para os quais o tratamento da hipertensão consiste num grande desafio que “deve ser encarado firmemente e programas com o intuito de melhorar o controle desses pacientes devem ser criados, com apoio tanto de sociedades médicas (cardiologia, nefrologia, hipertensão, etc) como político” (LOPES, 2003, p. 151).

Essa necessidade se deve ao fato de que muitos pacientes hipertensos não aderem ao tratamento da hipertensão, seja ele medicamentoso ou não, por vários motivos: falta de conhecimento sobre a doença e suas complicações, falta de entendimento sobre o tratamento em si, desestímulo quanto a seguir as orientações médicas e dificuldades em se adaptar a um novo estilo de vida, principalmente por falta de apoio familiar. Segundo Cesarino (2004, p. 236)

“mudar hábitos alimentares não é uma tarefa fácil e requer paciência, habilidades e persuasão do profissional da saúde. Seu impacto anti-hipertensivo é modesto; porém, se for levado em conta que com essas medidas está se prevenindo o aparecimento da hipertensão e suas complicações, sua importância é mais expressiva”.

Neste sentido, Jardim (1996, p. 234) argumenta que a atuação de uma equipe multiprofissional na adesão do hipertenso, apresenta as seguintes vantagens:

“a) o número de pessoas atendidas será maior e tão maior quanto mais afinada estiver a equipe nos seus diversos modos de abordagem; b) a adesão ao tratamento será nitidamente superior; c) conseqüentemente, teremos um número muito maior de pacientes com pressão arterial sob controle; d) cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos sobre hábitos saudáveis de vida”.

Porém, para que esses resultados sejam alcançados, é preciso que algumas etapas sejam observadas durante a formação da equipe a distribuição de suas funções:

“a) identificar elementos que comunguem da mesma filosofia de trabalho; b) identificar elementos que, potencialmente, possam ser integrados neste tipo

de atividade; c) traçar metas (a curto, médio e longo prazo) a serem alcançadas; d) estabelecer um cronograma de atuação; e) estabelecer prioridades de ações; f) iniciar o treinamento da equipe para uniformização de condutas; g) organizar sistema de informação para retroalimentar o sistema, isto poderá ser feito através de reuniões periódicas, boletins, relatórios, etc” (JARDIM, 1996, p. 234).

Na concepção de Souza e Jardim (1994, p. 6)

“trabalhar em equipe multiprofissional pressupõe o reconhecimento que o paciente é um sujeito que compõe um complexo sistema psíquico e somático e que uma só pessoa não poderá atender a todas as suas necessidades. A equipe não somente proporciona melhores cuidados ao paciente, como também oferece melhores condições de trabalho para todos”.

Uma equipe multiprofissional, além de ações específicas de cada grupo de profissionais, deve desenvolver ações de grupo que proporcionem a interação entre as várias áreas de atendimento, destacam-se: “1) Reuniões de equipe (ao menos quinzenais) para todos; 2) Reuniões com pacientes (quizenais) – Clube do Hipertenso – neste caso, participam alguns, mas não obrigatoriamente todos de cada vez (dependendo do assunto a ser tratado); 3) Projetos de pesquisa; 4) Caminhadas com pacientes (mensais ou até semanais) – participação do professor de Educação Física e alguns outros elementos da equipe (que podem revezar)” (JARDIM, 1996, p. 234).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Descrição do Centro de Saúde da Família de Águas Lindas - GO

A UBSF (Unidade Básicas de Saúde da Família) em estudo fica localizado na Quadra 17 Lote 31, Jardim América II, em Águas Lindas de Goiás. Esta UBSF atende a uma comunidade composta por aproximadamente uma população com condições sócio-econômicas relativamente baixas.

A referida unidade de saúde, atualmente, trabalha com uma equipe composta por 01 médico de meio período; 01 enfermeiro que trabalha 40 horas semanais; 07 agentes comunitários de saúde que cobrem 7 micro-áreas; 02 técnicos de enfermagem.

Na UBSF de Lindas de Goiás há 226 hipertensos cadastrados e acompanhados em cada micro-área. Nesta UBSF também são realizados atendimentos aos hipertensos que não são pertencentes às micro-áreas.

Em se tratando da educação e controle dos hipertensos, a UBSF de Águas Lindas de Goiás trabalha com base nessas diretrizes e, neste sentido, realiza as seguintes ações:

- Diagnóstico clínico dos casos de hipertensão;
- Realização de palestras educativas na UBS;
- Consultas agendadas através dos grupos de atendimento;
- Conscientização da comunidade sobre a importância da adesão terapêutica e mudança de hábitos nocivos;
- Conscientização sobre a importância de uma alimentação saudável e sobre a prática de exercícios físicos.
- Abastecimento da farmácia e distribuição dos medicamentos.
- Acompanhamento domiciliar de paciente com seqüelas (AVE e outras complicações).

4.2. Ações da UBSP de Águas Lindas no controle da Hipertensão

A UBSF, quando componente do SUS (Sistema Único de Saúde), dá base às dimensões das políticas das práticas de saúde características da sociedade brasileira em termos territoriais, populacionais e das ações neles desenvolvidas. Assim como também se constitui como resultado das mobilizações sociais voltadas para a construção do direito à saúde ao longo das últimas quatro décadas. As bases conceituais, técnicas e ideológicas da UBSF foram formadas a partir das experiências realizadas em vários municípios ao longo

desse período, o que possibilitou o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde voltada à comunidade, considerando-se os grupos sociais específicos e a rompendo os muros dos serviços de saúde, além de exigir um alto grau de complexidade do conhecimento (SOUSA, 2006).

A UBSF aborda a atenção básica à saúde através de debates realizados entre as instâncias governamentais e os gestores do SUS para definir as normas nacionais de atenção básica, tomando como base a Política Nacional de Atenção Básica e o estabelecimento das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Saúde da Família (UBSF) e o Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS).

As diretrizes que norteiam as ações e o trabalho das equipes que atuam na UBSF de Águas Lindas consistem em:

- * Conhecer a realidade das famílias na sua área de atuação no que se refere aos aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, identificando problemas de saúde mais comuns e os riscos de exposição da população;
- * Realizar cadastramento da população adstrita;
- * Elaborar plano de saúde local baseada no diagnóstico de saúde da população, programar atividades e reestruturar o processo de trabalho com a participação da comunidade;
- * Executar vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como: tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infecto-contagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis e doenças relacionadas ao trabalho e ambiente;
- * Prestar assistência resolutiva, em sintonia com a demanda e com os principais problemas detectados na população, buscando articular demais nível de atenção para garantir a integridade ou cuidado.
- * Organizar os serviços e desenvolver as ações com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar, valorizando ações com os usuários.
- * Desenvolver processos educativos com a população através de grupos comunitários, enfocando aspectos de melhoria de saúde e qualidade de vida;
- * Promover ações intersetoriais e com organizações comunitárias formais e informais que atuem conjuntamente na solução de problemas de saúde, trazendo para o debate o tema da cidadania, o direito à saúde e suas bases legais;
- * Incentivar a participação ativa dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, fortalecendo controle social (Brasil, 2001, p. 5).

O modelo de atenção básica da UBSF orienta-se pelos seguintes princípios: adscrição de clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local. O diagnóstico da situação de saúde da população permite análise da situação de saúde do território e a geração de dados que subsidiam as ações a serem realizadas a partir da realidade das famílias cadastradas.

Para Paiva (2006), a UBSF, como prioridade na atenção ao adulto, ações de promoção, prevenção e tratamento de diabetes mellitus e hipertensão arterial, além de

hanseníase e tuberculose. Este estudo apresenta, como seu principal resultado, com a implantação do PSF, ampliar o acesso da população aos serviços de atenção básica. A UBSF mostrou-se uma alternativa válida para aumentar o acesso à saúde, na busca de maior equidade no atendimento às necessidades da população. Constatou-se que estudos de avaliação sistêmica da assistência com enfoque na percepção da população são importantes e devem ser absorvidos pelos serviços como forma de melhoria do sistema. Dada a relevância da abordagem e aos limites da pesquisa devido às características sócio-geográficas da localidade, propõe-se um estudo mais aprofundando do papel da assistência das UBFS para os pacientes da região.

Neste sentido, as ações vivenciadas pela referida UBSF estão de acordo com as colocações feitas por Rocha (1997), segundo o qual os efeitos benéficos do exercício físico devem ser aproveitados no tratamento inicial do indivíduo hipertenso, visando evitar o uso ou reduzir o número de medicamentos e de suas doses. Em indivíduos sedentários e hipertensos, reduções clinicamente significativas na pressão arterial podem ser conseguidas com o aumento relativamente modesto na atividade física, acima dos níveis dos sedentários, além do que o volume de exercício requerido para reduzir a pressão arterial pode ser relativamente pequeno, possível de ser atingido mesmo por indivíduos sedentários. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que os indivíduos hipertensos iniciem programas de exercício físico regular, desde que submetidos à avaliação clínica prévia.

Quanto aos hábitos alimentares do hipertenso, a UBSF de Águas Lindas de Goiás realiza periodicamente palestras para o grupo de hipertensos, buscando disseminar informações relevantes sobre os hábitos alimentares saudáveis e seus benefícios para o bem-estar do hipertens, pois Cesarino (2004) constatou que as dietas com restrição de sal exercem influência positiva no controle da pressão arterial. Propõe a realização de uma educação continuada para que os pacientes hipertensos realizem a restrição salina da dieta, propiciando aquisição de hábitos saudáveis.

A realidade vivenciada pelos hipertensos atendidos pela UBSF de Águas Lindas de Goiás tem exigido dos profissionais de saúde um maior cuidado quanto ao desenvolvimento de ações que favoreçam o atendimento dessa clientela. Desta forma, a equipe desta UBSF desenvolve ações como:

- divulgação do Programa de Controle da Hipertensão – a divulgação ocorre através dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) nas micro-áreas em que cada um deles atua; essa divulgação é feita ainda por meio de cartazes que são afixados dentro da Unidade, em seus muros e ainda em locais como supermercados e farmácias.

- Todas as terças feiras os hipertensos são reunidos para assistir a palestras com enfermeira, técnica de enfermagem e, uma terça feira de cada mês, conta-se com a presença de uma nutricionista convidada para discorrer sobre a dieta do hipertenso. Nestes momentos, faz-se, ainda, a aferição da pressão arterial, a medição do peso e o calculo do IMC (índice de massa corporal) para que os hipertensos tenham ciência de seu estado e das implicações desse estado no controle da hipertensão.
- Frequentemente são realizados encontros entre grupos de hipertensos para realização da troca de experiências e a interação entre os componentes do grupo que ainda recebem orientações quanto a importância do uso da medicação e a atenção quanto ao horário da medicação.

Comparando essas ações com a literatura, verificou-se que Silva (2006) fez um estudo que revelou que a maioria dos indivíduos do estudo não realiza o autocuidado, ou seja: não têm uma alimentação equilibrada (limitar consumo de sal, bebidas alcoólicas e uso de cigarros); não fazem uso dos medicamentos prescritos pelo médico adequadamente (só utilizam os medicamentos quanto sentem algum sintoma); não praticam atividades físicas; e preocupam-se excessivamente em verificar os valores pressóricos, frequentemente, na sala de aferição de pressão arterial do referido centro de saúde.

Assim, a equipe de atendimento ao hipertenso da UBSF de Águas Lindas de Goiás procura trabalhar no sentido de conscientizar os hipertensos sobre os benefícios que as mudanças de hábitos e estilo de vida podem trazer e como esses hábitos contribui para o controle da hipertensão arterial. Essa ação está de acordo com as colocações feitas por Araújo e Garcia (2006), que consideram que as modificações no estilo de vida relacionaram-se à presença de sintomatologia, à compreensão dos doentes sobre a doença e ao impacto desta em suas vidas. Sintomas de pressão alta foram referidos por 61% das mulheres e 29% dos homens; dentre os hipertensos que referiram sintomas, 71% reduziram o sal da dieta, enquanto apenas 7% dos que não referiram sintomas seguiam a recomendação. Os pacientes conscientes da importância do tratamento seguem mais corretamente as recomendações.

Nota-se que para o desenvolvimento de todas as ações de controle da hipertensão, faz-se necessário uma equipe profissional capacitada para lidar com as dificuldades e limitações dos hipertensos. Neste sentido, Sanchez (2004) considera que os profissionais não podem subestimar as dificuldades encontradas na adoção de medidas que alterarem substancialmente os hábitos de vida dos pacientes. Nesse sentido, é importante uma boa relação entre a equipe de saúde para uma orientação personalizada, adequando-a aos hábitos de vida e ao poder aquisitivo do paciente. Os dados analisados demonstram que a mudança de

estilo de vida citada pela maioria dos participantes, de ambos os grupos, como sempre adotada foi a redução do consumo de sal, o maior consumo de carne branca e a abstinência do álcool e do fumo.

Observa-se que a adoção ao tratamento da hipertensão, no grupo avaliado, ainda não atingiu resultados significativos no controle dos problemas decorrentes da doença e pode justificar a ocorrência do quadro clínico de crise hipertensiva.

Ximenes Neto e Melo (2005) verificaram que o acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial, em alguns momentos, torna-se superficial, apenas dispensando medicação para os clientes e dessa maneira não será possível controlar os níveis pressóricos nem tão pouco promover qualidade de vida para esses indivíduos, cabendo a todos os profissionais da área da saúde promoverem ou buscarem uma melhor capacitação e empenho para os enfermeiros que atendem essa população, podendo assim prestar realmente uma assistência de qualidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar este estudo constatou-se que o tratamento da hipertensão pode ser realizado por meio de medicamentos e por meio de mudanças nos hábitos de vida do paciente, o que envolve a dieta alimentar, perda de peso, redução do consumo de álcool e fumo, a prática de exercícios físicos e o controle do estresse para se promover uma melhor qualidade de vida do hipertenso.

O tratamento da hipertensão exige, desta forma, que haja por parte do paciente um compromisso em mudar seus hábitos de vida e que cabe aos profissionais de saúde oferecer aos pacientes hipertensos informações e orientações que contribuam para o controle da hipertensão e que sirvam de estímulo para as mudanças necessárias no estilo de vida de cada indivíduo.

Essa necessidade se deve ao fato de que muitos pacientes hipertensos apresentam dificuldades em aderir ao tratamento por não conhecer os benefícios que podem ser alcançados com uma simples prática de aferição regular da pressão arterial, por terem dificuldades em se adequarem a novos hábitos de vida, por falta de orientações sobre alimentação adequada, atividades físicas e controle do peso como forma de controle da hipertensão, e por lhe faltar um incentivo tanto da família quanto dos profissionais de saúde neste processo de mudanças.

Para isso, é necessário haver uma boa comunicação e relação entre o profissional e o paciente que deve participar das atividades grupais com o objetivo de aprender a conviver com os problemas decorrentes da hipertensão e evitar conseqüências como as crises hipertensivas.

Verificou-se aqui que a UBSF de Águas Lindas de Goiás tem trabalhando no sentido de promover uma maior participação dos hipertensos nas atividades de controle da hipertensão, oferecendo a comunidade palestras, atividades físicas orientadas, informações sobre a alimentação balanceada, aferição da pressão e outras que visam dar ao hipertenso todas as informações necessárias para as mudanças de hábitos de vida que vem a favorecer o controle da hipertensão.

Assim sendo, concluiu-se que os profissionais de saúde exercem papel significativo e relevante para o hipertenso, cabendo aos programas de assistência à formação de equipes com profissionais de várias áreas e que estejam comprometidos com a promoção do bem-estar físico e emocional do paciente hipertenso.

REFERÊNCIAS

AMODEO, Celso; LIMA, Nereida Kilza da Costa. **Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial.** Revista Medicina, Ribeirão Preto, v. 29, p. 239-243, abr/set, 1996.

ARAÚJO, Gilmara Barboza da Silva; GARCIA, Telma Ribeiro. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 02, p. 259-272, Goiás, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007.

Brasileiros de Cardiologia, v. 85, n. 3, São Paulo, set, 2005. Disponível no site www.scielo.br.

CESARINO, Claudia B. **Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso.** Arquivo Ciência e Saúde, v. 11, n. 4, p. 234-237, out/dez, 2004.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; VIANA, Dirce Laplaca (Coordenadoras). **Tratado prático de enfermagem.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

GUEDES, Nirla Gomes. **Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial.** Revista Escola de Enfermagem USP, n. 39, v. 2, p. 181-8, 2005.

JARDIM, Paulo César B. Veiga. **Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso.** Medicina, Ribeirão Preto, v. 29, p. 232-238, abr./set., 1996.

KOHLMANN JR. (org.), Osvaldo Kohlmann. **Hipertensão Arterial: Tratamento Não-Medicamentoso ou Modificações do Estilo de Vida.** III Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial, Campos do Jordão, SP, 12 a 15 de fevereiro de 1998.

LOPES, Heno Ferreira. **Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial.** Revista Sociedade Cardiológica do Estado de São Paulo, v. 13, n. 1, jan/fev, 2003.

MAGALHÃES, Maria Eliane Campos. **Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial: vale a pena insistir?.** Revista da SOCERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 21-28, 2003.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v. 22, n. 2, Rio de Janeiro, fev, 2006.

ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Ramzi S.; KIMA, Venay Kumar. **Patologia Estrutural e Funcional**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

ROCHA, Augusto Terranova. **Manuseio nutricional na hipertensão arterial**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v. 7, n. 4, jul/ago, 1997.

ROCHA, Augusto. **Adesão ao tratamento: o papel do médico**. Revista da Sociedade Cardiológica do Estado de São Paulo, v. 13, n. 1, jan/fev, 2003.

SANCHEZ, Cristiane Cargia. **Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial**. Revista Escola de Enfermagem USP, n. 38, v. 1, p. 90-98, 2004. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/97.pdf>. Acesso em 01 abr. 2007.

SILVA, Cátia Andrade. **Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: orientação para o autocuidado**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 30, n. 1, p. 179-188, jan/jun, 2006.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner/Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Vol. I. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SOUSA, M. F. de. **Programa Saúde da Família no Brasil: a agenda incompleta?** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva. ISSN 1413-8123. Rio de Janeiro. Aprovado em 15 de dezembro de 2006.

SOUZA, Ana Luiza Lima; JARDIM, Paulo César B. Veiga. **A enfermagem e o paciente hipertenso em sua abordagem multiprofissional – relato de experiência**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 5-17, jan, 1994.

TEIXEIRA, Cláudio Luis dos Santos. **Dieta e hipertensão arterial**. Disponível em: <http://www.nutriweb.org.br/n0202/hipertenso.htm> Acesso 30 mar. 2007.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Tratamento não-medicamentoso**. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 13, n. 4, p. 277-280, 2006.

XIMENES NETO, F. R.; MELO, J. R. **Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde – uma análise das práticas do enfermeiro**. Revista Enfermagem Global, nº 6, Ceará, maio, 2005.