

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

**JANELMA CARVALHO MARTINS
RAFAELLI ESTRELA LIMA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMPREENSÃO DO CLIENTE QUANTO AO
TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO EM UM POSTO DE SAÚDE DE ALTO
ALEGRE DO MARANHÃO-MA**

São Luís
2008

**JANELMA CARVALHO MARTINS
RAFAELLI ESTRELA LIMA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMPREENSÃO DO CLIENTE QUANTO AO
TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO EM UM POSTO DE SAÚDE DE ALTO
ALEGRE DO MARANHÃO-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 Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís
2008

**JANELMA CARVALHO MARTINS
RAFAELLI ESTRELA LIMA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMPREENSÃO DO CLIENTE QUANTO AO
TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO EM UM POSTO DE SAÚDE DE ALTO
ALEGRE DO MARANHÃO-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

Profª Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

Profª Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

*“A melhor forma de assistência ao
paciente é interessar-se por ele.”*

Ethel Nobre

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da sabedoria.

Aos nossos pais, por acreditarem desde o início no nosso sucesso.

Aos nossos irmãos pelos incentivos nos momentos difíceis.

Em especial, a nossa orientadora Mônica Elinor Alves Gama, à Prof^a Rosemary Ribeiro, Eudes e a todos da Universidade Estácio de Sá.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para realização desse trabalho.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia de caráter multifatorial, catalogada entre as doenças crônicas não degenerativas mais prevalentes e quando não tratada adequadamente acarreta danos ao organismo, principalmente ao coração, rins e ao sistema nervoso. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com variáveis quantitativas, em que identificou-se o perfil socioeconômico, os hábitos de vida e compreensão quanto ao tratamento não-medicamentoso de um grupo de hipertensos cadastrados em um Centro de Saúde em São Luís-MA. O estudo foi realizado no período de julho a agosto de 2008. Foram entrevistados 58 clientes, de um total de 207 clientes hipertensos cadastrados no programa. Após a coleta, os dados foram processados no Excel para a sua análise estatística. Os resultados demonstraram que 29 (50,0%) encontram-se na faixa etária de 40 a 59 anos e 36 (62,1%) são do sexo feminino. Com relação aos hábitos de vida e alimentares 49 (84,5%) negam tabagismo, 50 (86,2%) não ingerem bebidas alcoólicas e 28 (48,3%) consomem uma colher de chá de sal por dia. Quanto à compreensão do cliente, 53 (91,4%) relatam que os benefícios ocasionados pela redução de sal no alimento diminui a pressão arterial e 35 (60,3%) não sabem informar a importância do tratamento não-medicamentoso. O tratamento não-medicamentoso não deve ser visto apenas como o primeiro passo no tratamento de indivíduos hipertensos, mas, sobretudo como medida preventiva para a redução da prevalência da hipertensão arterial e suas complicações na população.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Cliente. Tratamento não-medicamentoso.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension it is a pathology of aspect multifarious, catalogued between the chronic disease not degenerative more prevalent and when is it not treated appropriately it confront damage at the organism, mainly at the heart, kidney and system. It is an exploratory study and descriptive with variables quantitatives, where she identify the aspect economic, habit of life and comprehension of the medical treatment without medicament in a group of hypertens people included in a Health Center of São Luís-MA. This study it was realized at the period of july until august at 2008. It was interviewed 58 clients at a total of 207 hypertens clients register in a cadaster at the programa After the collection of information they were take action from Excel to analysis statistics. The result demonstrated that 29 (50,0%) they were at the age of 40 to 59 years and 36 (62,1 %) were feminine sexo About their way of life and food, 49 (84,5%) deny cigaretle, 50 (86,2%) don't drink alcoholic beverage, and 28 (48,3%) use one spoon of salt for day. About the comprehension of the c1ient 53 (91,4%) say that the benefaction occasioned for reduction of salt in the food decrease the arterial pressure and 35 (60,3%) don't know to inform the importance of the treatment without medicine. Treatment without medicine, not to ought use it only like the first step for treatment in hypertens people, but like a kind of preventive step to reduction of prevalence of arterial hypertension and it complication at the population.

Key-Words: Hypertension Arterial. Client. Treatment without medicine.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição de hipertensos, segundo a faixa etária em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	24
Gráfico 2 -	Distribuição de hipertensos, de acordo com o sexo em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	25
Gráfico 3 -	Distribuição de hipertensos, segundo estado civil em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	26
Gráfico 4 -	Distribuição de hipertensos, segundo a cor em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	26
Gráfico 5 -	Distribuição de hipertensos, segundo a escolaridade em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	27
Gráfico 6 -	Distribuição de hipertensos, segundo a renda familiar em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	28
Gráfico 7 -	Distribuição de hipertensos, segundo a situação em relação ao trabalho em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	29
Gráfico 8 -	Distribuição de hipertensos, segundo o tabagismo em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	30
Gráfico 9 -	Distribuição de hipertensos, segundo o consumo diário de cigarros em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	31
Gráfico 10 -	Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão de bebida alcoólica em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	32
Gráfico 11 -	Distribuição de hipertensos, segundo a frequência do consumo de álcool em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	33
Gráfico 12 -	Distribuição de hipertensos, segundo a prática de atividade física em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	34
Gráfico 13 -	Distribuição de hipertensos, segundo o tipo de atividade física em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008..	35
Gráfico 14 -	Distribuição de hipertensos, segundo o consumo de sal diário em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	36
Gráfico 15 -	Distribuição de hipertensos, segundo a frequência de refeições diárias em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	37
Gráfico 16 -	Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão de café em um, Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	38
Gráfico 17 -	Distribuição de hipertensos, segundo a quantidade de xícaras de café consumidas diariamente em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	39
Gráfico 18 -	Distribuição de hipertensos, segundo a preparação dos alimentos em um Posto de Saúde, em Alto Alegre Maranhão-MA, 2008.....	40

LISTA DE SIGLAS

AVC	–	Acidente Vascular Cerebral
HAS	–	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	–	índice e Massa Corporal
PA	–	Pressão Arterial
PACS	–	Programa e Agentes Comunitários de Saúde
PSF	–	Programa de Saúde da Família
UBS	–	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
	.....	1
1.	Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial	1
1	.....	5
1.	Atuação do enfermeiro na hipertensão arterial	1
2	.....	9
2	OBJETIVOS	2
	.....	1
2.	Geral	2
1	.....	1
2.	Específicos	2
2	.....	1
3	METODOLOGIA	2
	.....	2
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	2
	.....	4
5	CONCLUSÃO	4
	.....	3
	REFERÊNCIAS	4
	.....	5
	APÊNDICES	4
	.....	8
	ANEXOS	5
	.....	4

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma patologia de caráter multifatorial, catalogada entre as doenças crônicas não-degenerativas mais prevalentes e quando não tratada adequadamente acarreta danos ao organismo, principalmente ao coração, aos rins e ao sistema nervoso. A sua prevalência é elevada, repercutindo na morbimortalidade cardiovascular (SANTOS; SILVA, 2000).

De acordo com Monteiro; Sobral Filho (2004), a HAS representa uma das maiores causas de morbidade cardiovascular no Brasil, acometendo cerca de 15% a 20% da população adulta e chegando a 50% nos idosos. Tem, portanto, um alto custo social, uma vez que é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho.

Segundo DATASUS 2008, a partir (2005 a 2008), no Maranhão o número estimado de hipertensos é de 75.325, sendo que somente 16.101 estão cadastrados no programa HIPERDIA. No município de São Luís-MA, o número de cadastrados é de 12.987 indivíduos hipertensos, no município de Alto Alegre do Maranhão, o número de cadastrados é de 823 indivíduos hipertensos.

Percebe-se ainda que, apesar das dificuldades em estabelecer dados fidedignos sobre a prevalência de hipertensão no Brasil, e mais especificamente no Maranhão, existe um forte indicativo da magnitude dessa doença, especialmente entre as populações mais pobres, que se encontram em condições inadequadas de vida, desemprego, situação ocupacional e maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde (DATASUS, 2008).

Na opinião de Pierin; Mion (2001), as pessoas mais acometidas pela HAS são do sexo masculino, com tendência a ser prevalente entre os negros e também naqueles com história familiar para hipertensão. Na mulher é mais freqüente após instalação do climatério.

Conforme estudos realizados, a prevalência da HAS aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos. A prevalência entre os negros é sempre maior em qualquer idade. Até os 40 anos a prevalência é próxima a 10% (20% para a raça negra); até os 50 anos chega a 20% (40% para a raça negra); após 60 anos ultrapassa os 40%, atingindo 60% após 70 anos. Os segmentos sociais mais pobres são mais acometidos com a HAS e suas complicações.

Moradores de regiões rurais apresentam menor prevalência de hipertensão comparados aos que vivem na região metropolitana (MANO, 2008).

Para Moraes et al (1999), as doenças cardiovasculares constituem a causa de óbito mais freqüente e no Brasil tais doenças foram responsáveis por 34% dos óbitos no ano de 1999. Corroboram para esta assertiva os estudos de Pierin (2004), ao afirmar que o controle da Hipertensão Arterial de modo geral apresenta-se pouco satisfatório.

No Brasil, as doenças cardiovasculares, em 1994, foram responsáveis por 33% das mortes por infarto agudo do miocárdio, doença cerebrovascular aguda e insuficiência cardíaca. Entretanto, existem evidências de que o seguimento correto da terapêutica reduz significativamente a morbimortalidade cardiovascular (PIERIN, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, a HAS é uma doença multifatorial caracterizada pela elevação da pressão arterial, freqüentemente associada a alterações metabólicas e fenômenos trópicos. É definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg, e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2001).

Brandão et al (2003) afirmam que moderadamente a HAS é entendida como uma doença inserida em um contexto mais abrangente do que apenas aquele resultante da simples definição dos níveis pressóricos, sendo considerado um critério intermediário dentro de um quadro mais amplo.

Quanto à etiologia, Reis; Glashan (2001) classificam a hipertensão em primária ou essencial e secundária. A primária, de origem desconhecida, representa 90% dos casos, enquanto a hipertensão secundária, relacionada a um processo patológico, atinge cerca de 5% a 10% de todos os casos.

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, classificar hipertensão quanto ao grau é arbitrário, já que não existe limite definido entre pressão "normal" e "hipertensão", devendo-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, os fatores de risco, a lesão de órgãos-alvo e as comorbidades associadas. (BRASIL, 2002)

Guimarães; Magalhães apud Pierin (2004) indicam como principais fatores de risco de hipertensão arterial primária as condições: idade, história familiar de HAS, principalmente em consangüíneos do primeiro grau; sobrepeso; obesidade,

consumo excessivo de bebidas alcoólicas; resistência à insulina; intolerância à glicose; hipercolesterolemia, estresse psicológico e baixa condição socioeconômica.

Segundo Lopes et al (2003), dentre os vários fatores de risco encontrados nos pacientes de alto risco cardiovascular, se existe um que deve ser visto como prioridade no controle da hipertensão, não deixando os outros à margem, é, a obesidade. Este é o único fator que, quando melhorado, resulta em melhor controle ou até mesmo na remissão de outros.

Quanto à prevenção, vários estudos importantes demonstraram que os indivíduos inativos e não treinados apresentam um risco aumentado de 20% a 30% de desenvolver hipertensão quando comparados com os mais fisicamente ativos. No entanto, logo após uma pessoa interromper a prática de exercícios, a pressão arterial retoma ao seu nível pré-treinamento. Em outras palavras, o efeito de redução da pressão arterial pela prática de exercícios depende de um programa regular de atividade (NIEMAN, 1999).

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, há necessidade de extrema cautela antes de rotular algum paciente como sendo hipertenso, tanto pelo risco de falso positivo como repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Na fase diagnóstica chama-se a atenção para a presença de hipertensão do avental branco, caracterizada por níveis pressóricos compatíveis com hipertensão na medida de consultório e normotensão na monitorização ambulatorial da pressão arterial ou na medida residencial. (BRASIL, 2002).

Desta forma, considera-se que mesmo aqueles indivíduos que podem não ser diagnosticados como portadores de hipertensão arterial, devem ser atendidos por um programa educativo e de acompanhamento, uma vez que preferencialmente podem desenvolver esse quadro, principalmente quando apresentam fatores de risco, como idade, sexo, complicações cardiovasculares anteriores, lesão de órgão alvo, como hipertrofia ventricular esquerda ou alterações renais, tabagismo, diabetes, dislipidemia, obesidade e vida sedentária (DAMASCENO et al, 1999).

Os portados de hipertensão arterial podem permanecer por muitos anos sem apresentar qualquer manifestação clínica, apresentando, assim, um quadro assintomático. No entanto, quando sinais e sintomas aparecem, eles geralmente revelam lesão vascular, com manifestações específicas, relacionados aos órgãos irrigados pelos vasos afetados (SMELTZER; BARE, 2002).

Para Brunner; Suddarth (2002), é imprescindível a avaliação da história clínica do paciente, a realização do exame físico completo, assim como avaliação do fator de risco para classificar e orientar o tratamento.

De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento de hipertensão arterial tem por finalidade a redução dos valores de pressão a níveis inferiores a 140 mmHg para sistólica e 90 mmHg para diastólica, visando redução da morbimortalidade cardiovascular (BRASIL, 2001).

A avaliação inicial do paciente hipertenso, que realizará terapia medicamentosa, será orientada para a descoberta das características pessoais, clínicas e laboratoriais que podem influenciar na escolha do tratamento. As drogas anti-hipertensivas devem de preferência ser prescritas em combinação com medidas não farmacológicas (GOLDMAN, 2000).

No tratamento medicamentoso anti-hipertensivo é utilizado apenas um tipo de droga, inicialmente com emprego de uma dosagem baixa.

Somente depois a dose será aumentada até o nível máximo, quando necessário (ANDREOLI, et al., 1989).

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, as drogas anti-hipertensivas em nosso meio são classificadas em seis grupos: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do canal de cálcio e antagonistas do receptor AT da angiotensina II (BRASIL, 2002).

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o tratamento medicamentoso para hipertensão arterial deve ser eficaz por via oral, bem preparado, permitir a administração em menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária, iniciar com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente. Não é recomendável o uso de medicamentos anti-hipertensivos obtidos através de manipulação. Deve-se instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento contínuo, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos, e, além disso, considerar as condições socioeconômicas (BRASIL, 2002).

1.1 Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial

O tratamento não-medicamentoso da hipertensão tem como objetivo principal a prevenção de complicações, pois é muito comum um portador de hipertensão deixar de lado o tratamento por achar que está curado, voltando a elevar os níveis pressóricos. A orientação correta visa conscientizar o cliente que o controle adequado de sua pressão arterial é suficiente para prevenir lesão de órgão alvo (BRASIL, 2001).

Krasilcic (2000) ressalta que a combinação de terapias não-medicamentosas, principalmente redução de peso e do consumo de sódio e prática de exercícios regulares, tem se mostrado com eficácia comparável ao de tratamentos medicamentosos.

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a prevenção e o tratamento da HAS fundamentam-se em ensinamentos, para introduzir mudanças de hábitos de vida. A implementação dessas mudanças é lenta e, na maioria das vezes, não é mantida, necessitando de uma educação continuada (BRASIL, 2002).

As Diretrizes afirmam ainda que o excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão, pois estima-se que 20% a 30% da prevalência de hipertensão arterial pode ser explicada por esta associação. A meta é alcançar um índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 25kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir a redução da pressão arterial.

A necessidade de reduzir o peso, principalmente nos pacientes com obesidade central, torna-se imperiosa, pelo fato de esses pacientes agregarem vários fatores de risco cardiovascular (LOPES et al., 2003). Um aspecto encorajador para insistir na redução do peso no paciente hipertenso é que até mesmo pequenas perdas do peso corpóreo podem resultar em significativa queda da pressão arterial.

Com relação à alimentação, deve-se adotar dieta hipocalórica balanceada, consumir gorduras saturadas em quantidade inferior a 10% do total de gorduras ingeridas, substituir gorduras animais por óleos vegetais, mono e poli-insaturadas, não consumir mais de uma colher de chá de sal por dia, evitar açúcar, preferir ervas, especiarias e limão (SCHRAIBER et al., 2000).

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o padrão alimentar é definido como perfil de consumo de alimentos feito pelo indivíduo ao longo de um determinado período de tempo. A dieta rica em vegetais e frutas contém de 2 a 4 g de potássio por dia e pode ser útil na redução da pressão. Logo a dieta deve conter baixo teor de gordura, principalmente saturadas, baixa teor de colesterol e sódio e elevado teor de potássio e fibras. O valor calórico total deve ser ajustado para obtenção e manutenção do peso ideal. A obediência global da dieta. é mais importante que o seguimento de medidas isoladas (BRASIL, 2002).

É extremamente importante que os indivíduos hipertensos reduzam a quantidade de sal na elaboração de suas refeições e retirem o saleiro da mesa. Isso porque no corpo humano o sal age como uma esponja, retendo água nos tecidos, e permitindo uma elevação da pressão arterial (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

O consumo elevado de sódio é associado a uma alta prevalência de hipertensão e uma redução significativa na ingestão de sódio leva a uma diminuição dos níveis pressóricos, Pacientes hipertensos tratados com drogas anti-hipertensivas podem ter suas dosagens diminuídas ou até mesmo retiradas quando aderem a uma dieta com redução moderada de sódio (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

No que diz respeito aos efeitos benéficos da redução do sódio na dieta, estudos revelam uma diminuição da pressão sistólica em 5-7 mmHg e diastólica em 2-7 mmHg (SOARES; JACOB FILHO, 2004).

O sal é um dos fatores ambientais mais importantes dentre os aspectos multifatoriais na patogênese da HAS. Segundo Kaplan (2000), há inúmeras evidências dos efeitos benéficos da restrição ao consumo de sal na dieta, dentre elas:

- Evidências epidemiológicas - povos que consomem dieta reduzindo consumo teor de sal têm menor prevalência de hipertensão e a PA não se eleva com a idade;
- Evidências observacionais - estudos randomizados que comparam dieta hipossódica com dieta habitual, com ou sem redução de peso, demonstram efeito modesto na redução da pressão arterial com a restrição salina;
- Evidências intervencionais – em metanálise, observa-se que a pressão arterial varia diretamente com o consumo de sal, tanto em normotensos como em hipertensos.

A redução da ingestão de sódio é geralmente acompanhada de aumento do consumo de potássio. Os mecanismos pelos quais o potássio reduz a pressão arterial são: 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 et al., 2003).

Segundo Ghorayeb (2004), a prática de atividade física, como caminhar, subir escadas e praticar esportes, mostrava relação inversa com a mortalidade total, em especial com a mortalidade total, em especial com as mortes por causas vasculares.

O exercício físico tem importante papel como elemento não-medicamentoso. Monteiro; Sobral Filho (2004) afirmam que o efeito do exercício físico sobre os níveis de repouso da pressão arterial de grau leve a moderado é especialmente importante, uma vez que o paciente hipertenso pode diminuir a dosagem dos seus medicamentos anti-hipertensivos ou até ter a sua pressão arterial controlada, sem a adoção de medidas farmacológicas.

Os efeitos benéficos do exercício físico devem ser aproveitados no tratamento inicial da hipertensão, 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, acima dos níveis dos sedentários. Além do que o volume de exercício físicos requerido para reduzir a pressão arterial pode ser relativamente pequeno, possível de ser atingido, mesmo por indivíduos sedentários (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004) recomenda que os indivíduos hipertensos iniciem programas reguladores de exercícios físicos, desde que submetidos à avaliação prévia. Os exercícios devem ser de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração, realizadas com frequência cardíaca entre 60% a 80% da máxima de oxigênio.

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), exercícios como caminhadas, ciclismo, natação e corrida, realizados regularmente, reduzem a pressão arterial de indivíduos hipertensos. Em contrapartida, exercícios

físicos muito intensos, realizados acima de 80% da frequência cardíaca de reserva, ou 80% de consumo máximo de oxigênio, têm pouco efeito sobre a pressão arterial de hipertensos.

Para Soares; Jacob Filho (2004), o álcool tem efeito pressor tanto em hipertensos como em normotensos, quer seja por ativação do sistema nervoso simpático, quer por aumento de substância como o cortisol, além de diminuir a ação de alguns medicamentos. Os autores afirmam que a diminuição no consumo do álcool pode reduzir a pressão arterial em 5 mmHg em 3 semanas.

As diretrizes recomendam limitar a ingestão de bebidas alcoólicas a 30 ml/dia, de etanol para homens e metade dessa quantidade para mulheres. Para o homem correspondente, aproximadamente, a 720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada. Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites é sugerido o abandono do consumo de bebidas alcoólicas. O consumo diário maior que as quantidades descritas e/ou grande quantidade de bebida alcoólica em um único dia associam-se a risco cardiovascular elevado.

Para Santos; Silva (2002), o fumo tem uma relação direta, embora branda, com a pressão arterial, mas o efeito mais evidente do fumo é o dramático aumento de risco cardiovascular em cliente hipertenso fumante.

Conforme a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, recomenda-se a interrupção do tabagismo porque ele se associa à maior incidência e mortalidade das doenças coronárias, cerebrovascular e vascular de extremidades. No entanto, essa medida propicia aumento de peso, que pode favorecer o aumento da pressão arterial. Assim, a supressão do tabagismo deve ser acompanhada de restrição calórica e de aumento de atividade física para evitar ganho de peso. A exposição fumo-tabagismo passivo também constitui fator de risco cardiovascular que deve ser evitado (BRASIL, 2002).

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), além do risco aumentado de doença coronariana associada ao tabagismo, indivíduos que tomam mais de uma carteira de cigarros por dia têm riscos vezes maior de morte súbita do que indivíduos não fumantes. Adicionalmente o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídios séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas.

1.2 Atuação do enfermeiro na hipertensão arterial

Como a hipertensão arterial é uma doença multifatorial que envolve orientações voltadas para vários objetivos, a abordagem do cliente hipertenso não deve ser exclusivamente de um único profissional ou de competência de uma Única especialidade (LOPES, et al., 2003).

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o tratamento da equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem 83 ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes (BRASIL, 2002).

A participação do enfermeiro na consulta de enfermagem tem por objetivos realizar a aferição da pressão arterial, investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida, estratificação do risco individual, orientação sobre a doença, o uso de medicamentos e seus efeitos adversos, avaliação sobre sintomas e orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares, acompanhamento do tratamento dos pacientes com a pressão arterial sob controle, encaminhamento ao médico pelo menos semestralmente e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências, administração do serviço (controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas) e delegação das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem.

No caso de complicações não passíveis de intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS), o paciente deverá ser encaminhado para tratamento especializado em serviços de referência. A convocação para a visita de enfermagem ao domicílio, fica reservada aos pacientes que, além do diagnóstico de complicação associado à hipertensão, possa apresentar algum comprometimento de autonomia possível de impossibilitar sua vinda, a UBS (SCHRAIBER et al., 2000).

No tocante à atuação do profissional junto aos hipertensos, é importante a individualização da atenção para a detecção daqueles mais resistentes a tratamento e direcionamento para a eliminação de elementos dificultores visando a motivação, educação e direcionamento para auto-cuidado (PIERIN, 2004).

Nobre et al (2000) corrobora enfatizando a necessidade de políticas de saúde que visem à organização dos serviços de saúde com redução considerável de custos sociais e econômicos, além da educação em saúde como suporte para

adesão ao tratamento, em que o paciente passa a ser responsável e consciente com o seu tratamento e controle da hipertensão.

Para Carvalho et al (2004), o tratamento não-medicamentoso de hipertensão arterial sistêmica tem sido alvo de grande atenção, em função principalmente do custo e efeitos adversos dos medicamentos.

É importante que o paciente compreenda que o processo patológico, bem como as alterações no estilo de vida podem influenciar no controle da hipertensão arterial (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Outra importância são alguns fatores considerados de risco e que podem influenciar no aparecimento da HAS. Lima apud Dell'Acqua et al (2000), ao discutir os fatores de risco, os divide em dois grandes grupos: os congênitos, incluindo-se hereditariedade, sexo, raça e idade; e adquiridos, destacando-se a obesidade, o hábito alimentar, fumo, álcool, anticoncepcionais orais e estresse.

Logo o interesse pelo estudo sobre a compreensão dos clientes hipertensos quanto ao tratamento não-medicamentoso, surgiu, a partir da observação de alguns clientes, durante o tempo de trabalho como profissionais da área da saúde, onde percebeu-se que os mesmos, faziam uso do tratamento sistêmico, mas, em contrapartida não havia por parte destes o cumprimento de um plano assistencial que envolvesse mudanças no hábito de vida. Fato este que despertou-nos o interesse para o desenvolvimento desta pesquisa. Objetivando através da mesma trazer melhoria na qualidade de vida dos indivíduos hipertensos.

Esta pesquisa possui objetivo de identificar hábitos de vida e alimentares e a compreensão dos clientes hipertensos quanto ao tratamento não medicamentoso no município de Alto Alegre do Maranhão. Considerando que as pesquisadoras atuam como enfermeiras da estratégia de saúde da família e compreendendo que os resultados poderão apontar para mais adequado redirecionamento do cuidado, nos propusemos realizar essa pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a compreensão dos usuários quanto ao tratamento não-medicamentoso no Programa de Controle da Hipertensão Arterial em um Posto de Saúde, no município de Alto Alegre do Maranhão-MA.

2.2 Específicos

- Conhecer o perfil socioeconômico do cliente tais como: escolaridade, renda familiar, situação em relação ao trabalho;
- Identificar hábitos de vida e alimentares na população estudada;
- Coletar informações sobre a compreensão do cliente quanto ao tratamento não-medicamentoso.

3 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo com variáveis quantitativas, de caráter exploratório e descritivo, que avaliou a compreensão do cliente quanto ao tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial.

- **Caracterização da unidade em estudo**

A pesquisa foi realizada em um Posto de Saúde, no município de Alto Alegre do Maranhão-MA, que fica a 200 km de São Luís, fronteira com Bacabal, São Mateus, São Luís Gonzaga, Peritoró e Coroatá, e possui aproximadamente 22.002 habitantes, localizado à Avenida Rodoviária s/n, BR-316.

Os serviços de saúde da unidade estão organizados na perspectiva das ações básicas de saúde, dirigidas aos diversos grupos (crianças, adolescentes, mulheres, adultos e idosos). Conta atualmente com uma equipe do PACS e cinco equipes de PSF.

- **População e Amostra**

A população foi composta de 207 clientes hipertensos, cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão Arterial de uma das equipes de PSF, na referida instituição. A amostra foi constituída por clientes hipertensos que compareceram às consultas na UBS, no período de 01 de Julho a 30 de Agosto de 2008. A composição de amostra resultou de 58 indivíduos, o que representa 28% do número de clientes cadastrados na equipe.

- **Instrumento de coleta de dados**

Para obtenção das informações pertinentes à pesquisa foi elaborado um questionário, constituído por perguntas abertas e fechadas, em que foram abordados os perfis socioeconômicos, hábitos de vida e alimentares e a

compreensão do cliente quanto ao tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. (Apêndice A)

- **Coleta e análise dos dados**

Inicialmente, levou-se um ofício à direção da UBS, explicando o objetivo da pesquisa e solicitando anuência para coleta e divulgação dos dados.

A coleta dos dados foi efetivada no período de 1 julho a 30 de agosto de 2008, através do instrumento previamente definido, antes e após a consulta médica ou de enfermagem. A abordagem dos entrevistados ocorreu em um contato, prévio, questionando-se o interesse da participação no estudo, seguido do esclarecimento dos propósitos da pesquisa, assinatura do Termo de Consentimento (Apêndice B) pós-informação e sigilo dos pacientes, preservando o anonimato destes.

- **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa (Apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte deste estudo 58 (28%) indivíduos, do universo de 207 hipertensos cadastrados no Programa de Saúde da Família em um Posto de Saúde no município de Alto Alegre do Maranhão-MA. Os dados foram processados no programa Excel e os resultados apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

Em relação à faixa etária, dos hipertensos estudados, 29 (50,0%) encontra-se entre 40 e 59 anos; 27 (46,6%) 60 e 79 anos; 2 (3,4%) 20 e 39 anos e entre os entrevistados não há pacientes com mais de 80 anos.

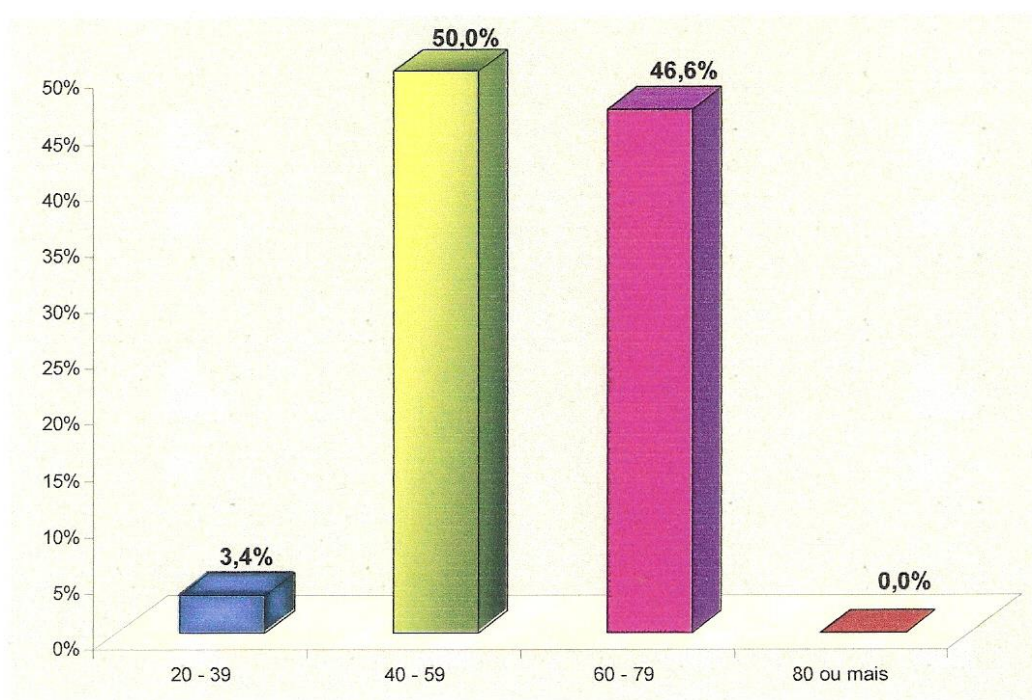


Gráfico 1 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a faixa etária em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Amodeo *apud* Pierin (2001) complementa que os valores da pressão arterial aumentam, aproximadamente, de 10% aos 30 anos de idade para 30% ao redor da idade de 60 anos.

Predominam entre os hipertensos, indivíduos do sexo feminino 36 (62,1%) e 22 (37,9%) do sexo masculino, conforme pode ser visto no Gráfico 2.

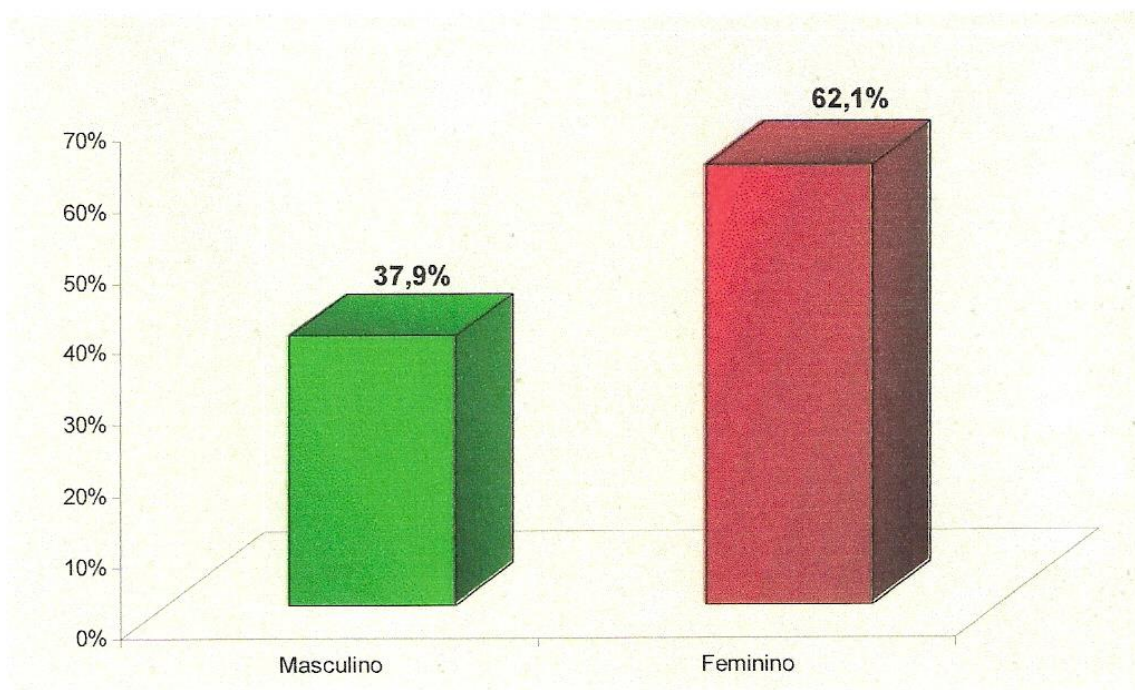


Gráfico 2 - Distribuição percentual de hipertensos, de acordo com o sexo em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Pesquisas recentes mostram que em relação ao sexo, os níveis pressóricos são mais elevados nos homens até aos 45 anos e que após essa idade o número de mulheres hipertensas é maior (BRANDÃO et al., 2003). Um fato que poderia justificar a maior prevalência de mulheres no estudo. É a afirmativa de Sarques (1998) e de Freitas (2002), de que as mulheres de um modo geral, têm uma maior preocupação em realizar um controle adequado da hipertensão arterial, por serem elas mais conscientes que os homens em relação à doença.

A pesquisa revelou que a maioria 32 (55,2%) dos entrevistados eram casados; 9 (15,5%) viúvo; 7 (12,1%) união consensual; 6 (10,3%) solteiro e 4 (6,9%) separado.

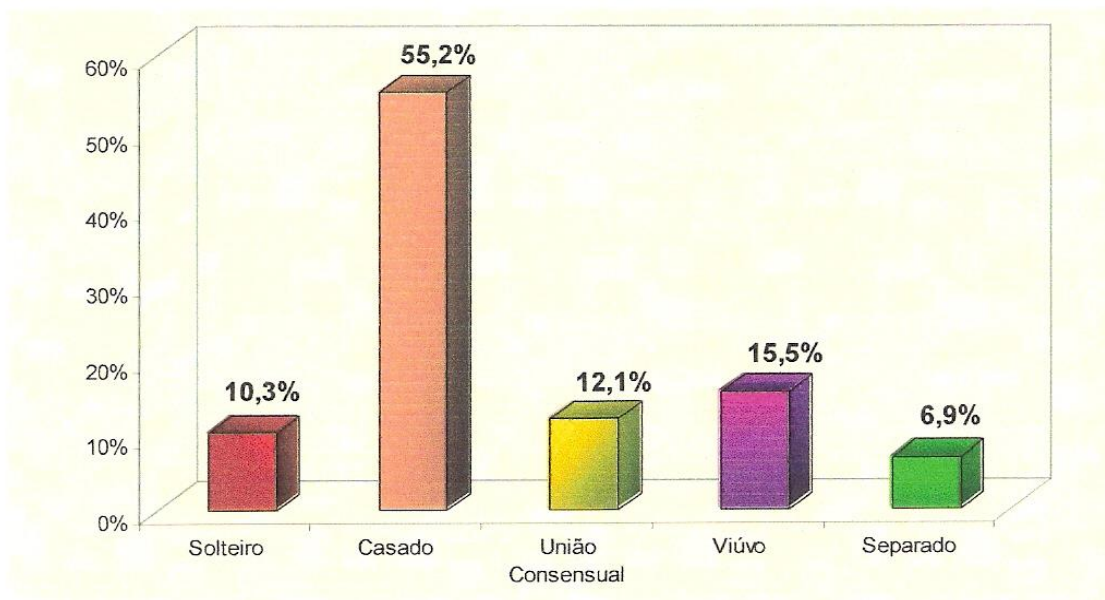


Gráfico 3 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo estado civil em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

A distribuição dos pacientes hipertensos em relação à cor, mostrou que a maioria 25 (43,1%) é negra; 23 (39,7%) parda e 10 (17,2%) branca.

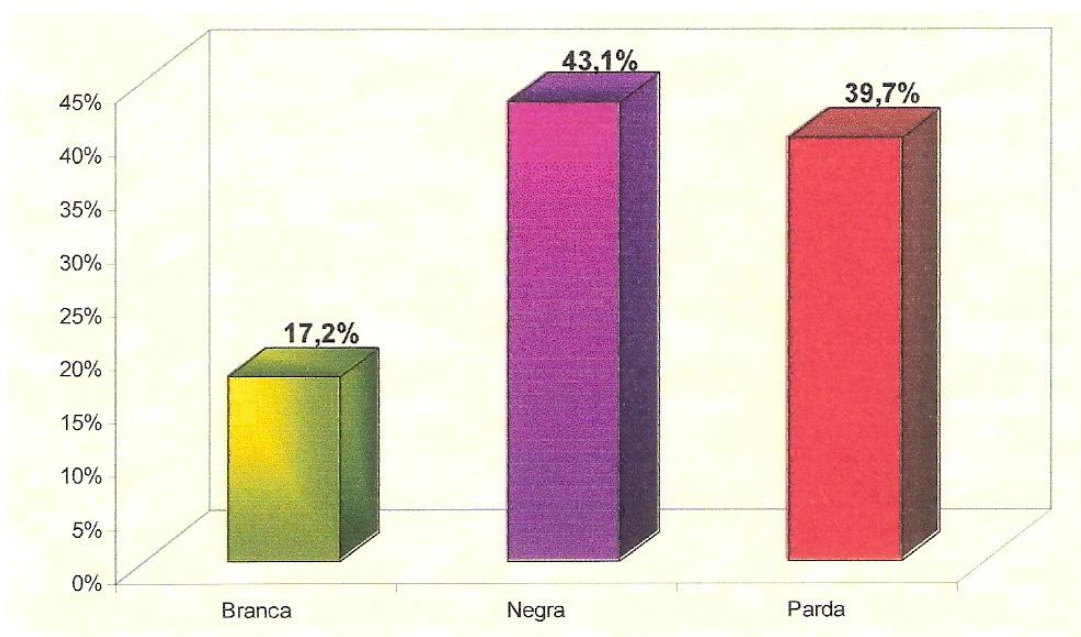


Gráfico 4 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a cor em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, nos negros a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Para Monteiro; Sobral Filho (2004), os negros têm uma maior sensibilidade ao sódio, fato que pode estar ligado à menor excreção urinária encontrada neste grupo quando comparados a indivíduos brancos.

Quanto a escolaridade 28 (48,4%) possuem o ensino fundamental; 22 (37,9%) ensino médio; 6 (10,3%) não alfabetizado e 2 (3,4%) ensino superior.

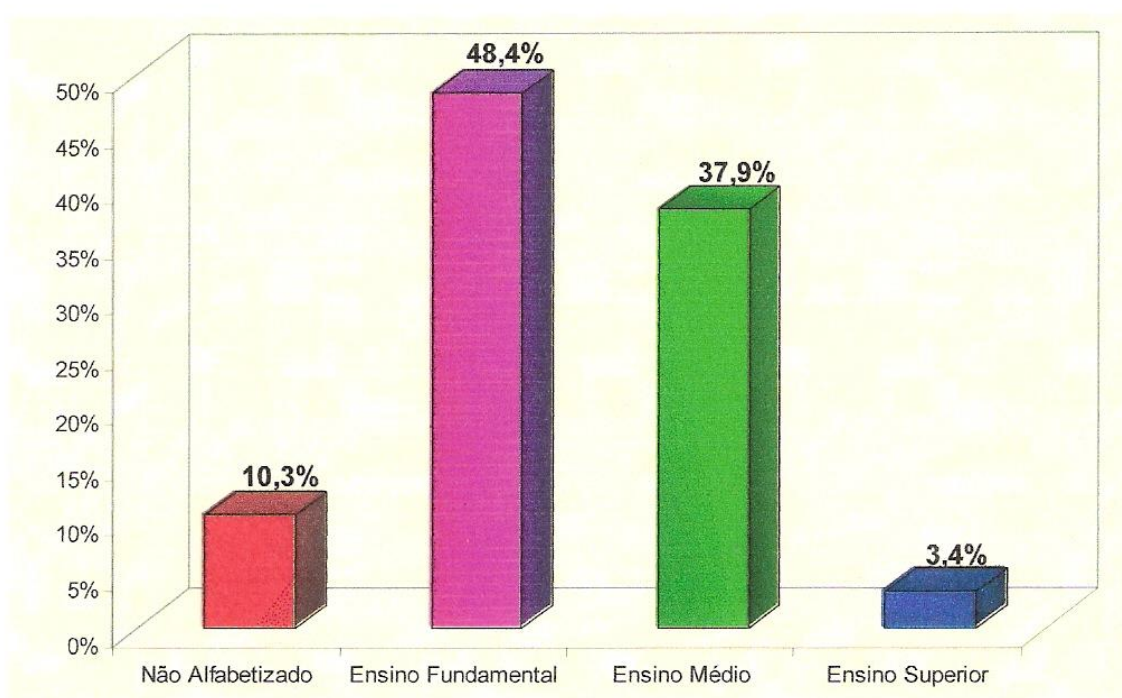


Gráfico 5 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a escolaridade em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Castro (1999) ressalta que a escolaridade permite avaliar as influências sociais e suas associações aos riscos da hipertensão arterial. De acordo com Brasil (1993), indivíduos com terceiro grau completo tem prevalência de hipertensão arterial 40% menor que aqueles com menos de dez anos de escolaridade.

A análise dos dados revela que a maioria dos entrevistados 51 (87,9%) tem renda de 1 a 3 salários mínimos; que 4 (6,9%) 4 salários mínimos; 3 (5,2%) têm renda < 1 salário mínimo. Dentre os pesquisados não houve percentual para indivíduos sem renda.

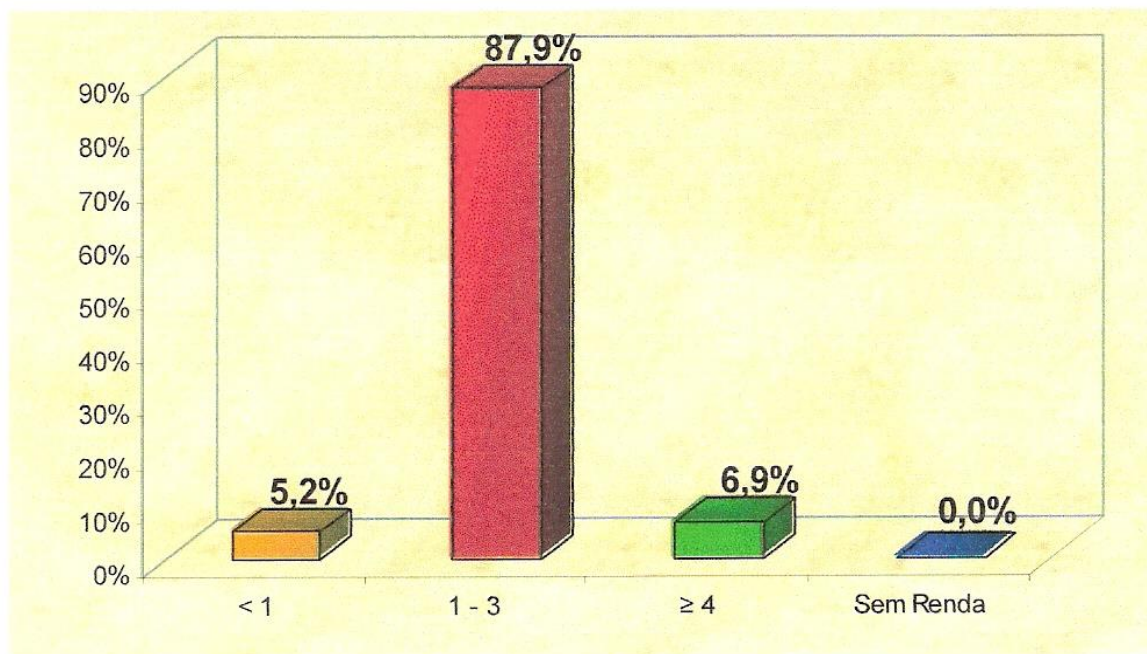


Gráfico 6 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a renda familiar em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

De acordo com Santos; Silva (2002), a pobreza está associada com a maior prevalência de todas as doenças, bem como com a maior mortalidade por todas as causas e em faixas etárias mais jovens.

Relacionados à situação de trabalho os resultados indicaram que 22 (37,9%) dos entrevistados eram aposentados; 18 (31,0%) estavam empregados no momento da pesquisa; 7 (12,1%) eram trabalhadores autônomos; 6 (10,3%) eram pensionistas; 5 (8,7%) eram desempregados.

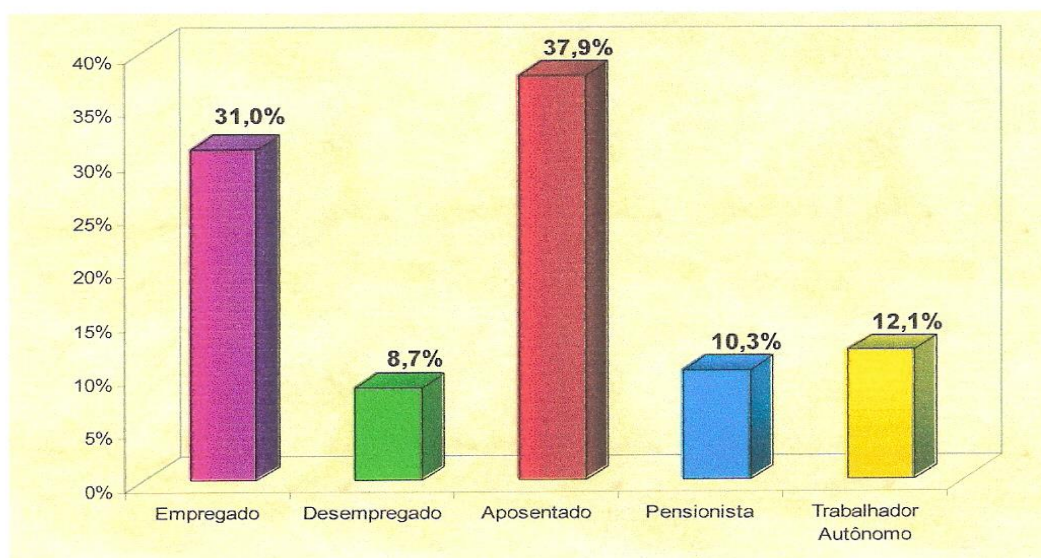


Gráfico 7 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a situação em relação ao trabalho em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Segundo Brasil (1993), além da hipertensão arterial ser a primeira causa de mortalidade no país, ela representa um enorme ônus financeiro, já que é responsável por parte das aposentadorias e absenteísmo no trabalho. Strelec; Mion Júnior (2003) vêem a aposentadoria como positivo pelo fato de propiciar disponibilidade e dedicação no tratamento.

Quanto ao hábito de fumar, 49 (84,5%) não fumavam e apenas 9 (15,5%) são tabagistas.

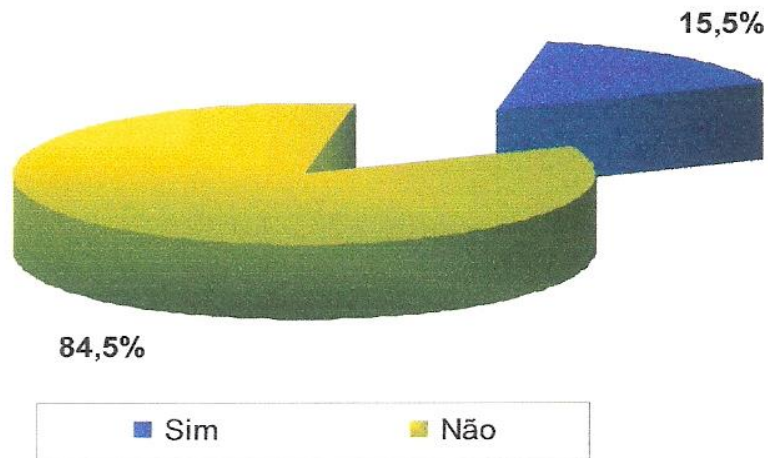


Gráfico 8 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo o tabagismo em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

O tabagismo é um dos mais importantes fatores de risco, prevenível, para a doença cardiovascular. A nicotina aumenta a pressão arterial e acelera a progressão da aterosclerose, portanto, abandonar o tabagismo deve ser a primeira providência do hipertenso (NIEMAN, 1999).

O gráfico abaixo mostra que entre os tabagistas 8 (88,9%) dos entrevistados consomem de 1 a 10 cigarros por dia, apenas 1 (11,1 %) consome de 11 a 20 cigarros por dia, dentre os pesquisados não houve percentual para o consumo acima de 20 cigarros por dia.

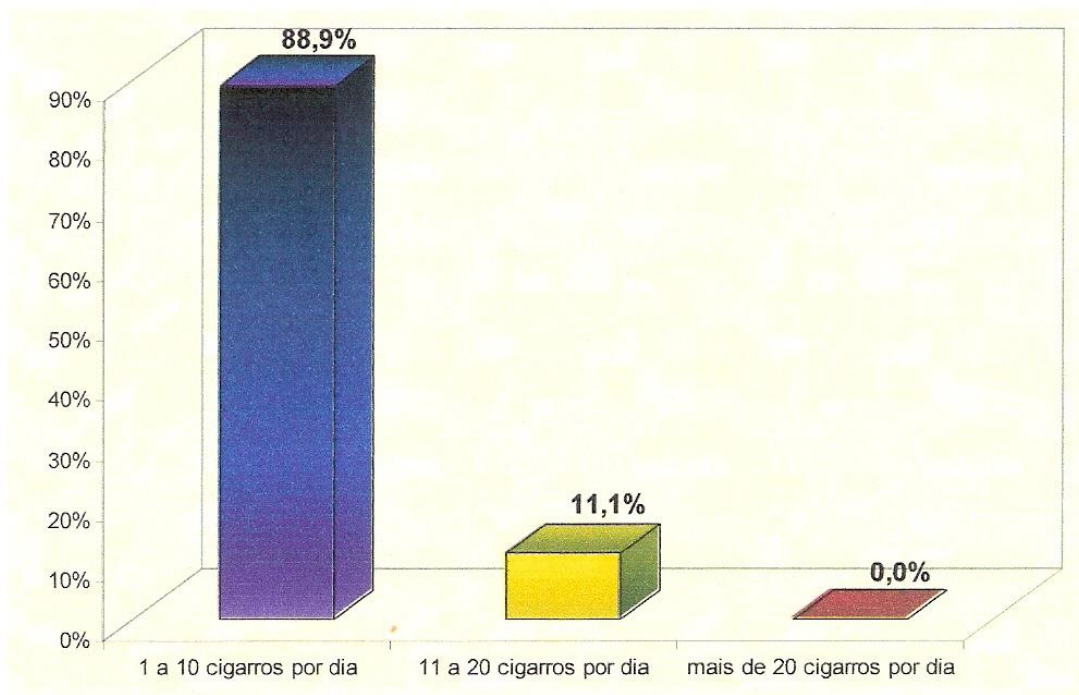


Gráfico 9 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo o consumo diário de cigarros em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Segundo a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação (BRASIL, 2002).

Do total dos entrevistados 50 (86,2%) referiram não ingerir nenhum tipo de bebida alcoólica. E no que diz respeito ao uso de álcool 8 (13,8%) afirmaram consumir bebida alcoólica.

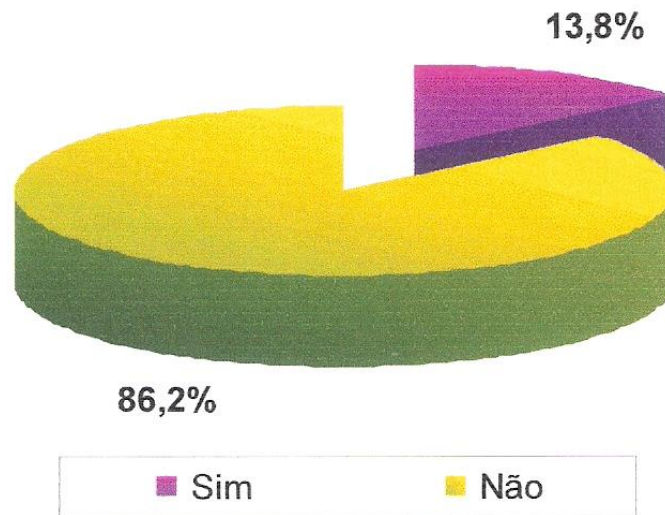


Gráfico 10 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a ingestão de bebida alcoólica em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Segundo Brasil (1993), é observação clínica comum que o hipertenso passa a responder melhor ao tratamento quando o uso excessivo de álcool é reconhecido e eliminado.

Dos entrevistados que ingeriam bebida alcoólica 4 (50,0%) afirmam consumir álcool de 3 ou mais vezes por semana, quanto a ingestão realizada habitualmente e a ingestão realizada de 1 a 2 vezes por semana corresponde a um percentual de 2 (25,0%) cada.

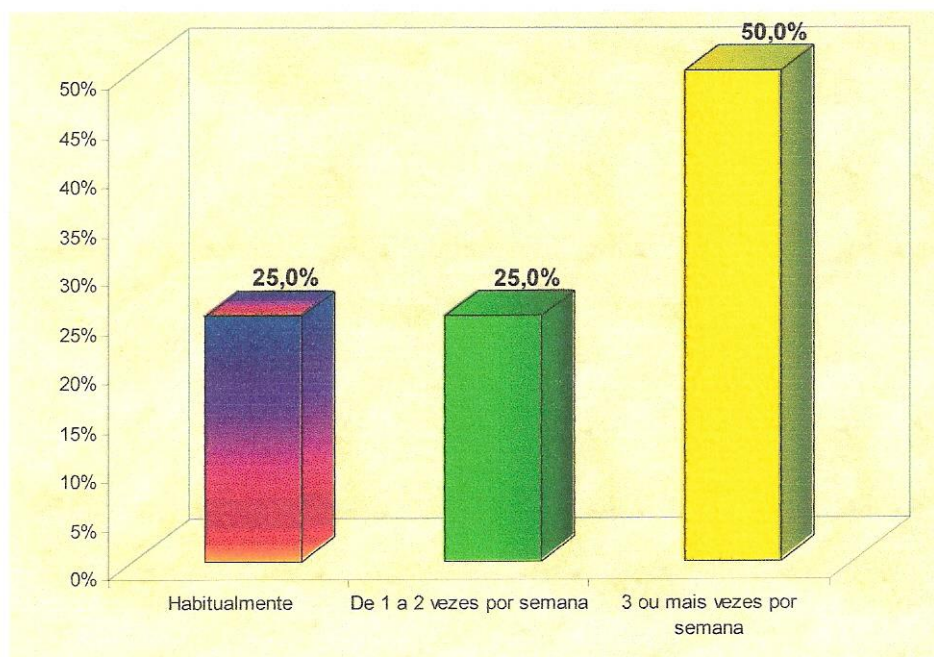


Gráfico 11 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a frequência do consumo de álcool em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Soares; Jacob Filho (2004), relatam que o efeito pressor de álcool deve-se à ativação do sistema nervoso simpático e à diminuição na ação de alguns medicamentos, favorecendo o aumento dos níveis pressóricos. Segundo eles, a diminuição do álcool pode reduzir a pressão arterial em 5 mmHg em 3 semanas.

Na amostra, 34 (58,6%) dos hipertensos realizam atividade física, contra 24 (41,4%) que não praticam.

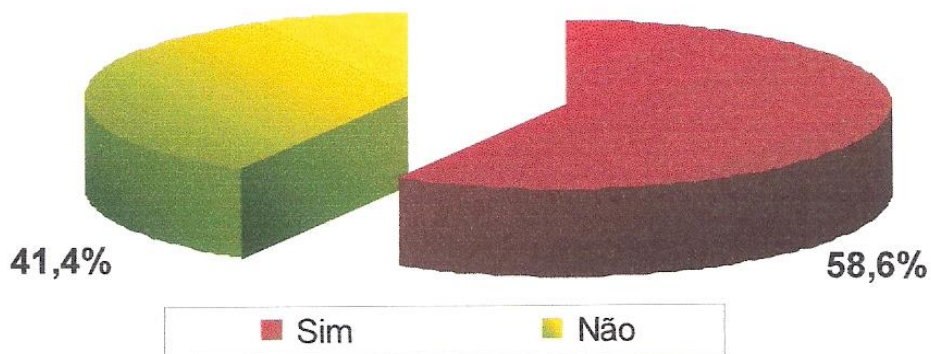


Gráfico 12 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a prática de atividade física em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Segundo IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os pacientes hipertensos devem iniciar programa de exercícios regulares, desde que tenham sido submetidos à avaliação clínica prévia. Além de diminuir a pressão arterial, a atividade física pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, A VC e mortalidade geral (BRASIL, 2002).

De acordo com a pesquisa, destaca-se a caminhada como um dos requisitos de atividade física mais praticada pelos hipertensos 29 (85,3%), em seguida vem pedalar 3 (8,9%), o mesmo percentual, 1 (2,9%) foi registrado para os que informaram praticar hidroginástica e outras atividades física. Dentre os pesquisados não houve percentual para a prática de alongamento.

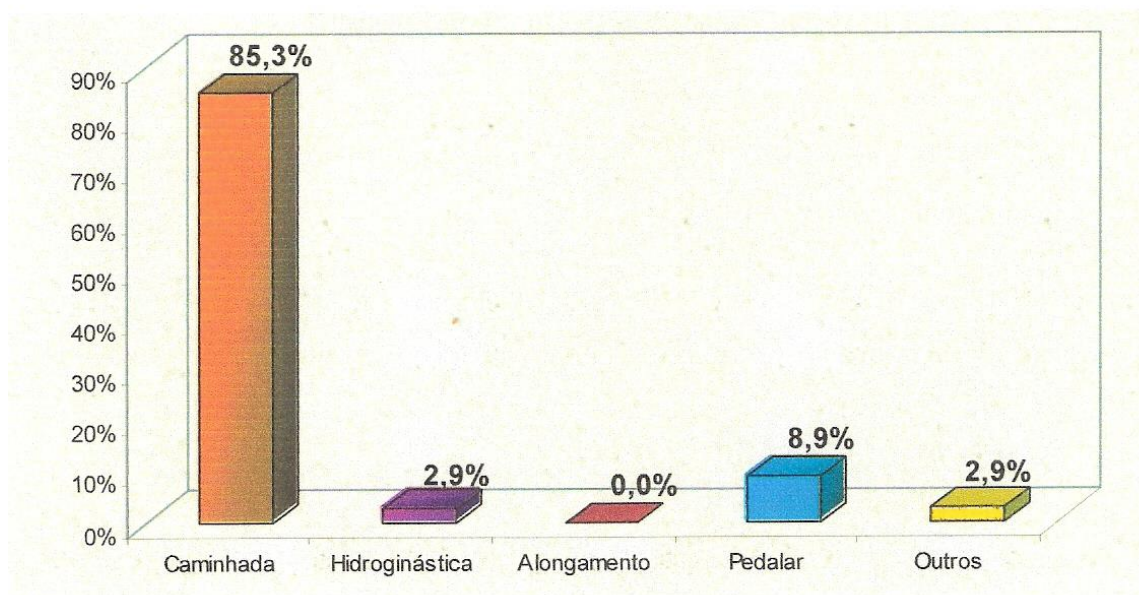


Gráfico 13 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo o tipo de atividade física em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Segundo Nieman (1999), para algumas pessoas, os exercícios de intensidade moderada, como a caminhada acelerada, podem ter um efeito na redução de pressão arterial do que os exercícios de alta intensidade (como corrida).

Dos respondentes, 28 (48,3%) consomem 1 colher de chá de sal por dia; 19 (32,7%) consomem 2 colheres de chá de sal por dia; 7 (12,1%) 3 colheres de chá de sal por dia e 4 (6,9%) mais de 4 colheres de chá de sal por dia.

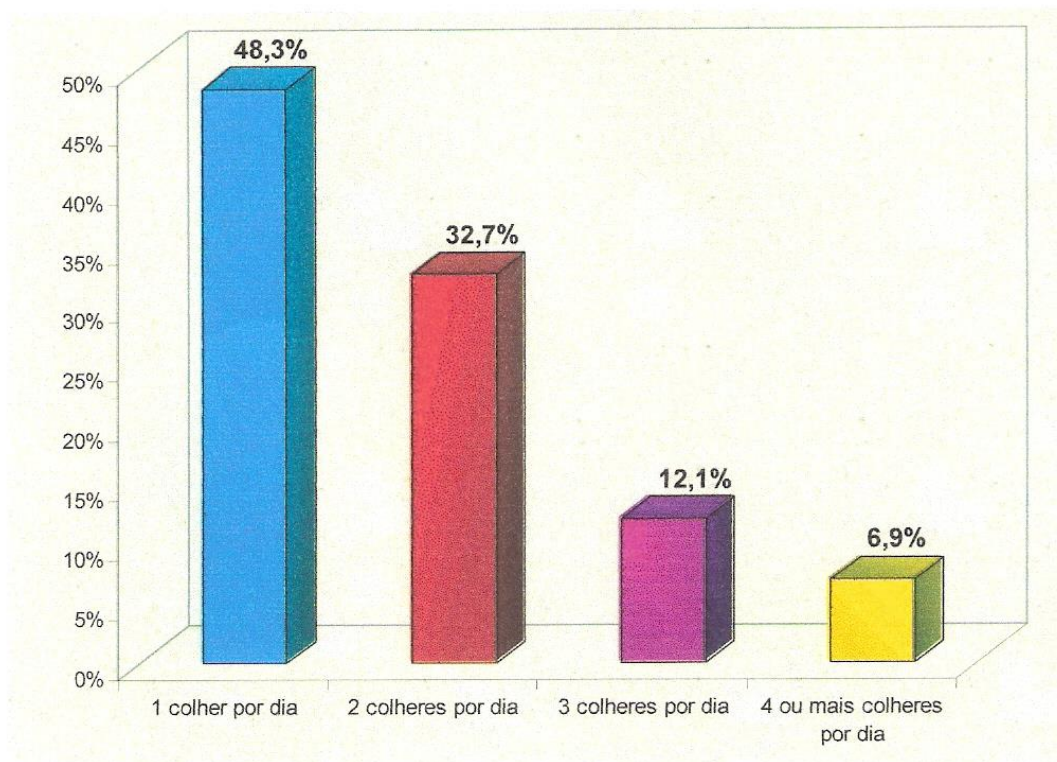


Gráfico 14 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo o consumo de sal diário em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Para Fuchs (2001), o consumo abusivo de sal é claramente o desencadeante ambiental mais importante de Hipertensão Arterial. Para este autor se os alimentos não fossem conservados em sais de sódio e se não adicionasse cloreto de sódio no preparo dos alimentos, a pressão arterial não se elevaria durante a vida, como demonstrado em inúmeras populações não aculturadas.

Em relação à frequência alimentar, 25 (43,1%) realizam 3 grandes refeições por dia; 17 (29,3%) realizam 3 grandes refeições e 1 pequena refeição; 14 (24,2%) realizam 3 grandes refeições e 2 pequenas refeições e 2 (3,4%) 3 grandes refeições e 3 pequenas refeições.

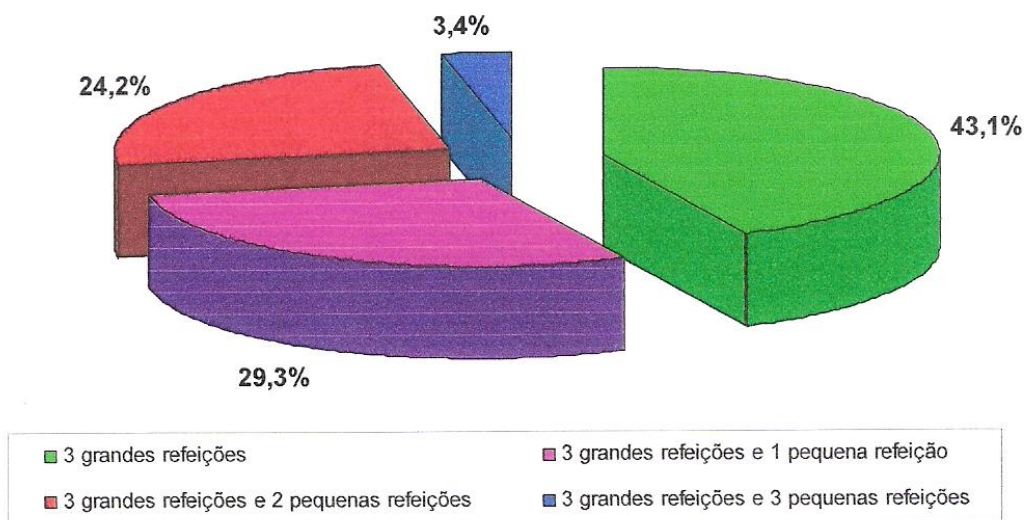


Gráfico 15 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a frequência de refeições diárias em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Para Santos; Silva (2002), a quantidade adequada de refeições são cerca de 5 a 6 refeições ao dia, incluindo desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia. O volume nas refeições deve atender as necessidades nutricionais, mantendo o peso corporal equilibrado.

Na amostragem relacionada ao consumo de café, 48 (82,8%) afirmaram consumir café e 10 (17,2%) afirmaram que não consomem.

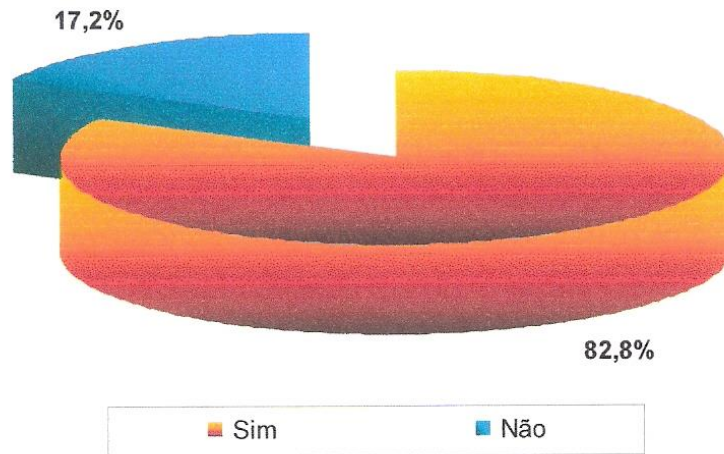


Gráfico 16 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a ingestão de café em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

O consumo aumentado de café eleva a pressão arterial, possivelmente, por ativação de aminas simpaticomiméticas, capazes de aumentar agudamente a pressão arterial (SANTOS; SILVA, 2002).

Como revela o gráfico, dos consumidores de café 21 (43,8%) referiram ingerir 1 xícara de café por dia; o mesmo percentual, 11 (22,9%) foi registrado para os que informaram ingerir menos de 1 xícara de café por dia e 2 a 3 xícaras de café por dia; 5 (10,4%) afirmaram ingerir mais de 4 xícaras de café por dia.

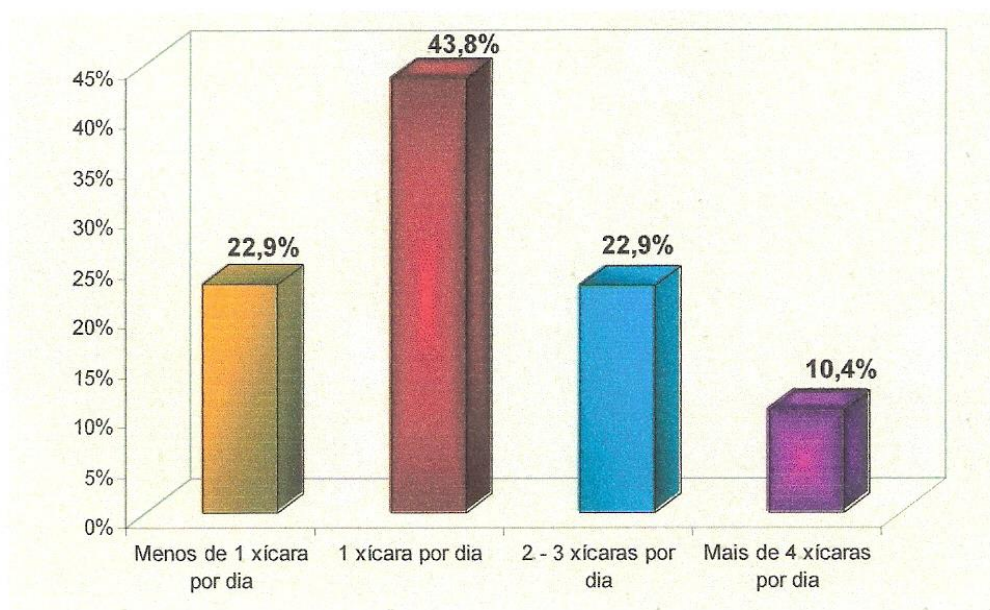


Gráfico 17 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a quantidade de xícaras de café consumidas diariamente em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Segundo Claret (1999), existe uma probabilidade de os hipertensos que bebem chá ou café em infusão, instantâneo ou descafeinado morrerem de doenças cardíacas, o mesmo afirma ainda que o indivíduo com vida estressante, pode ter como fator prejudicial a ingestão excessiva de café, ajudando a aumentar a pressão arterial.

Dos respondentes, 40 (69,0%) preparam alimentos cozidos, 11 (19,0%) preparam alimentos grelhados; 4 (6,8%) preparam alimentos assados; 3 (5,2%) alimentos fritos.

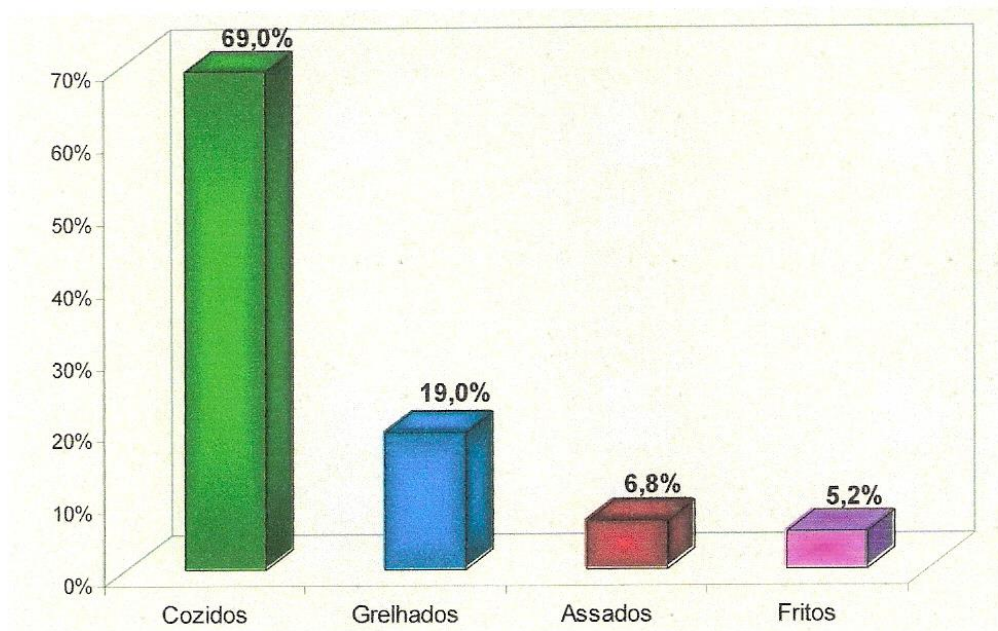


Gráfico 18 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a preparação dos alimentos em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Para Pierin (2004), uma das condutas alimentares para pacientes hipertensos é identificar formas prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus e/ou grelhados.

Tabela 1 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a ingestão balanceada de alimentação em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Variável	n	%
Para você, alimentação balanceada é		
Uma alimentação variada, contendo nutrientes essenciais à saúde como: vegetais, frutas, carnes e massas	20	34,6
Uma alimentação rica em verduras e frutas	35	60,3
Uma alimentação rica em massas e gorduras	01	1,7
Não sabe informar	02	3,4
Total	58	100,0

Prevaleceu dentre os entrevistados que 35 (60,3%) entendiam que uma alimentação balanceada é aquela rica em verduras e frutas; 20 (34,6%) entendiam como sendo uma alimentação balanceada aquela variada contendo nutrientes essenciais a saúde; 1 (1,7%) entendia como sendo uma alimentação balanceada aquela rica em massa e gorduras e 2 (3,4%) não souberam informar.

Segundo Pierin (2004), a ingestão de variados nutrientes nas mais variadas respostas sobre a pressão arterial e o sistema cardiovascular sugere uma maior atenção ao padrão alimentar destes pacientes, além de relacionar a ingestão de nutrientes na dieta e o risco de doenças.

Tabela 2 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo benefícios na redução de sal no alimento em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Variáveis	n	%
Quais benefícios ocasionados pela redução de sal no alimento		
Diminuição da pressão arterial	53	91,4
Não há benefícios	01	1,7
Não sabe informar	04	6,9
Total	58	100,0

Em relação aos benefícios ocasionados pela redução de sal no alimento, 53 (91,4%) responderam que a diminuição do sal reduz a pressão arterial; 1 (1,7%) responderam que não há benefícios e 4 (6,9%) não souberam informar.

Claret (1999) ressalta que a ligação entre a Hipertensão Arterial e excesso de sal na alimentação tem sido muito bem documentada. Diminuir a quantidade de sal e até mesmo não adicionar nenhum sal à comida, revelou-se método eficiente para abaixar a pressão, principalmente se esta for ligeiramente elevada.

Tabela 3 - Distribuição percentual de hipertensos, segundo a opinião sobre a importância do tratamento não-medicamentoso em um Posto de Saúde, em Alto Alegre do Maranhão-MA, 2008.

Variável	n	%
Na sua opinião qual a importância do tratamento não-medicamentoso		
É importante para a melhoria na qualidade de vida	18	31,1
É importante somente para manter o peso	01	1,7
É importante para prevenir as complicações da hipertensão	04	6,9
Não sabe informar	35	60,3
Total	58	100,0

A pesquisa revelou que 35 (60,3%) não sabiam informar sobre a importância do tratamento não-medicamentoso; 18 (31,1 %) responderam que o tratamento não-medicamentoso é importante para a melhoria na qualidade de vida; 4 (6,9%) responderam que o tratamento não-medicamentoso é importante para prevenir complicações da hipertensão e apenas 1 (1,7%) relataram ser importante somente para manter o peso.

Segundo Brasil (2001), o tratamento não-medicamentoso da hipertensão tem como objetivo a prevenção de complicações (lesões de órgão-alvo), pois é muito comum um portador de hipertensão deixar de lado o tratamento por achar que estar curado, voltando então a níveis pressóricos altos. No entanto, uma boa orientação visa conscientizar o hipertenso de que, embora não haja cura, um controle adequado de sua pressão arterial é suficiente para prevenir lesão de órgão-alvo.

5 CONCLUSÃO

Os resultados foram analisados conforme os objetivos traçados. Conclui-se, então, neste estudo que:

- Entre os indivíduos entrevistados constatou-se que há um predomínio da faixa etária entre 40 - 59 anos e do sexo feminino;
- A pesquisa indicou que a maioria dos entrevistados são casados e predomínio da cor negra;
- Em relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados possuem o ensino fundamental, todavia em relação ao trabalho, um número maior informou ser aposentados e a maioria tinha renda familiar de 1 a 3 salários mínimos;
- Dos respondentes, a maioria referiram não ingerir bebida alcoólica e não fumam;
- Dos entrevistados a maioria realizam atividades físicas e destes a grande maioria praticam caminhada;
- Em relação à frequência alimentar a maioria realiza 3 grandes refeições por dia. No entanto, em relação ao consumo de sal diário a maioria referiu consumir uma colher de chá de sal por dia;
- Verifica-se também que entre os entrevistados nesta pesquisa, a maioria entendia que uma alimentação balanceada é aquela rica em verduras e frutas;
- De acordo com os benefícios ocasionados pela redução de sal nos alimentos, a grande maioria responderam que a diminuição do sal reduz a pressão arterial;
- Quanto à compreensão sobre a importância do tratamento não-medicamentoso, a pesquisa revelou que a grande maioria não sabiam informar.

Diante do contexto, considerando-se o destaque da hipertensão arterial em termos epidemiológicos e suas conseqüências negativas sobre a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, torna-se imperativo o

desenvolvimento de estratégias que otimizem e auxiliem os portadores de hipertensão arterial a mudarem seus estilos de vida, obtendo assim um melhor controle dos níveis pressóricos.

Relacionado às questões que envolvem a compreensão do cliente quanto ao tratamento não-medicamentoso é importante ressaltar a participação do profissional de enfermagem no papel de principal orientador. Despertando no paciente o interesse para o auto-cuidado, objetivando através de tal medida, a prevenção de futuras complicações levando sempre em conta a compreensão de cliente quanto a hipertensão arterial e através da mesma, trabalhar medidas profiláticas que possam contribuir para melhoria na qualidade de vida do indivíduo hipertenso o tratamento não-medicamentoso não deve ser visto como o primeiro passo no tratamento de indivíduos hipertensos, mas sobre como medida preventiva para redução da prevalência da hipertensão arterial e suas complicações na população.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI,1. E et al. **Cecil**: medicina interna básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BRANDÃO, Ayrton Pires et al. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v.13, n.1, p.7-16, jan./fev. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília, 1993.

_____. _____. Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem. Cadernos do aluno: saúde do adulto. Brasília, DF, Departamento de Atenção Básica, 2001.

_____. _____. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2002.

BRUNNER, Lilia Shotis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO, F. E. T.; PAPALÉU, N. M. **Geriatrics**: fundamentos clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2004.

CASTRO, V. D.; CAR., M. R. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. São Paulo**, São Paulo, v.33, p.294-304, set. 1999.

CLARET, M. **O que você precisa saber sobre a hipertensão**. São Paulo: Martin Claret, 1999.

DAMASCENO, Marta M. C. et al. **Transtornos vitais do século XX**: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, Aids, tuberculose e hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. p.33-39.

DATASUS. **Relatório**. Disponível em: <<http://www.hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 5 maio. 2008.

FREITAS, João Batista et al. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial. **Arq. Brás. Cardiol.**, São Paulo, v.79, n.2, p.17-22, 2002.

FUCHS, Flávia Danni. Tohp, Tone e outros estudos envolvendo restrições salinas, tratamento da obesidade e exercício físico na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. de Hipertensão**, v.8, p. 12-20, abr./jun. 2001.

GHORAYEB, NabiJ; BARROS NETO, Turíbio de. **O exercício**: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 2004.

GOLDMAN, L. **Cardiologia na clínica geral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

GUIMARÃES, P. A; MION JR., A.M.G. Tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Ass. Med. Brasil**, São Paulo, n. 4, v.3, p.54-249, 2001.

KRASILCIC, Sara. índice de adesão aos tratamentos não-medicamentosos e medicamentosos no Brasil e no mundo. In: NOBRE, Fernando et al. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: UNICAMP, 2000.

LIMA, Francisca et al. Conhecimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos fatores relacionados à pressão arterial. **Nursing**, São Paulo, n.24, p.1823, maio 2000.

LOPES, Heno Ferreira et al. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Soe. Cardiol.**, São Paulo, v. 13, n.1, jan./fev. 2003.

MAGALHÃES, L. D. Hipertensão. **Rev. Soco Bras. de Hipertensão Arterial**, v.1, n.2, p.80-84, 1998.

MANO, R. **Situações especiais na hipertensão arterial**. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/Pag28.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

MOLINA, Maria del Carmen Bisi et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 6, dez. 2003.

MONTEIRO, Maria de Fátima; SOBRAL FILHO, Dário C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 10, n. 6, nov./dez. 2004.

MORAES, Patrícia A. et al. Percepção dos pacientes coronariopatas sobre sua doença. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.9, n.4, jul./ago. 1999.

NIEMAN, David C. **Exercício e saúde**: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999.

NOBRE, Fernando et al. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: UNICAMP, 2000.

PIERIN, Ângela M. G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para cuidar. São Paulo: Manole, 2004.

_____.; MION JR, Dércio. **Net**. Rio de Janeiro, out. 2001. Disponível em: <<http://www.ids-saude.vol.com.br/psf/enferrnagem/tema4/texto25>>. Acesso em:

19 mar. 2008.

REIS, Maria Gorete; GLASHAN, Regiane de Quadros. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e qualidade de vida. **Rev. Latino-Americano de Enfermagem**, n.3, p.51, maio. 2001.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa; SILVA, R. M. **Hipertensão arterial**: modelo de educações em saúde para o auto-cuidado. Fortaleza: UNIFOR, 2002.

SARQUES, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. de São Paulo**, São Paulo, v.32, nA, p.35-53, 1998.

SCHRAIBER, L. et al. **Saúde do adulto**: programa e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000.

SOARES, Alberto Macedo; JACOB FILHO, Wilson. Hipertensão arterial no idoso. In. PIERIN, Ângela M. G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para cuidar. São Paulo: Manole, 2004. p.221-240.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão, 12-15 fev. 1998. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/Diretrizes/cbhaap.htm>>. Acesso em: 10 maio. 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

STRELEC, M. A. M. et al. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente a tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.81, n.4, p.343, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados

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

QUESTIONÁRIO

I - IDENTIFICAÇÃO

1) Faixa Etária:

20 – 39

60 - 79

40 – 59

80 ou mais

2) Sexo:

Masculino

Feminino

3) Estado Civil:

Solteiro

União Consensual

Separado

Casado

Viúvo

4) Cor:

Branca

Parda

Negra

II - DADOS SOCIOECONÔMICOS

5) Escolaridade:

Não Alfabetizado

Ensino Médio

Ensino Fundamental

Ensino Superior

6) Renda Familiar: (Salário Mínimo)

< 1

≥ 4

1-3

Sem Renda

7) Situação em relação ao trabalho:

- Empregado Aposentado Trabalhador Autônomo
 Desempregado Pensionista

8) Com quem reside?

- Sozinho Cuidado
 Com Familiares Outros

III - HÁBITOS DE VIDA

9) Fumante?

- Sim Se sim:
 Não 1 a 10 cigarros por dia
 11 a 20 cigarros por dia
 mais de 20 cigarros por dia

10) Ingere bebida alcoólica:

- Sim Se sim; com que freqüência?
 Não Habitualmente
 De 1 a 2 vezes por semana
 3 ou mais vezes por semana

11) Pratica exercícios físicos?

- Sim Se sim; Qual?
 Não Caminhada
 Hidroginástica
 Alongamento
 Pedalar
 Outros

IV - HÁBITOS ALIMENTARES

12) Quais os alimentos mais freqüentes em sua casa?

- Naturais
- Industrializados

13) Quanto a ingestão de sal (colher de chá rasa)

- 1 colher por dia
- 2 colheres por dia
- 3 colheres por dia
- 4 ou mais colheres por dia

14) Ingestão de café:

- Sim
 - Não
- Se sim: (xícaras de chá)
- Menos de 1 xícara por dia
 - 1 xícara por dia
 - 2 - 3 xícaras por dia
 - Mais de 4 xícaras por dia

15) Como os alimentos costumam ser preparados na sua casa?

- Cozidos
- Grelhados
- Assados
- Fritos

16) Quantas refeições você faz ao dia?

- 3 grandes refeições
- 3 grandes refeições e 1 pequena refeição
- 3 grandes refeições e 2 pequenas refeições
- 3 grandes refeições e 3 pequenas refeições

17) Para você alimentação balanceada é:

- Uma alimentação variada contendo nutrientes essenciais a saúde como: vegetais, frutas, carnes e massas
- Uma alimentação rica em verduras e frutas
- Uma alimentação rica em massa e gorduras
- Não sabe informar

18) Quais os benefícios ocasionados pela redução de sal no alimento?

- Diminuição da pressão arterial
- Não há benefícios
- Não sabe informar

19) Na sua opinião qual a importância do tratamento não-medicamentoso?

- É importante para a melhoria na qualidade de vida
- É importante somente para manter o peso
- É importante para prevenir as complicações da hipertensão arterial
- Não sabe informar

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: Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama E-mail: mgama@elo.com.br
End: R. das Acácias Qd. 39, C-7 Renascer-I, CEP: 65.075-010; Fone: 3235-1557
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.: (98) 2109-8708
Pesquisadores: Janelma Carvalho Martins; Rafaelli Estrela Lima

HIPERTENSÃO ARTERIAL: Compreensão do cliente quanto ao tratamento não medicamentoso em um posto de saúde de Alto Alegre do Maranhão-MA

Prezado (a) Sr (a), estamos realizando uma pesquisa que visa uma análise da compreensão do cliente quanto ao tratamento não medicamentoso no Posto de Saúde da Caxuxa no Município de Alto Alegre do Maranhão-MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o (a) Sr (a) que ajudarão estudar o conhecimento destes. 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. O (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 esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações necessárias para a realização da pesquisa 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 do (a) Sr (a). Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Alto Alegre do Maranhão-MA, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Posto de Saúde da Caxuxa
Rua Santa Helena, Povoado Caxuxa s/nº CEP: 65.413-000
Alto Alegre do Maranhão-MA.

ANEXOS

ANEXO A – Solicitação de liberação para coleta de dados



Ofício nº86. /2008 – CA. LABORO

São Luis, 07 de agosto de 2008

De: Profª Drª Mônica Elinor Alves Gama – Diretora Acadêmica da Laboro: Excelência em Qualificação

Para: Dr. Messias Thomaz Menezes Filho – Secretário de Saúde de Alto Alegre do Maranhão MA

Assunto: Solicitação de liberação para coleta de dados

Senhor Secretário

A Laboro: Excelência em Qualificação oferece o curso de Especialização em Saúde da Família e seus alunos encontram-se em fase de coleta de dados. A equipe composta por, Janelma Carvalho Martins e Rafaelli Estrela Lima, desenvolverão o trabalho intitulado **“Hipertensão Arterial: Compreensão do Cliente quanto ao tratamento não-medicamentoso no município de Alto Alegre do Maranhão - MA”**. Considerando que o Posto de Saúde da Caxuxa, configura-se como uma instituição responsável pela Atenção Básica à Saúde, solicitamos que possibilite o acesso das discentes para o desenvolvimento das atividades. O referido trabalho está sob a orientação da Profª Drª.Mônica Elinor Alves Gama.

Destacamos que serão respeitadas as normas estabelecidas para pesquisas envolvendo seres humanos e após análise dos dados será apresentada cópia do trabalho finalizado para que a instituição possa se apropriar dos dados.

Na certeza do seu apoio ao progresso da ciência em nosso Estado, agradecemos antecipadamente. Colocamo-nos ao seu dispor.

Atenciosamente,


Prof. Taciana Nogueira de Sousa
Coordenadora Pedagógica

02.517.198/0001-00
LABORO - Centro de Consultoria,
Qualificação e Pós-Graduação Ltda.
Av. Castelo Branco, 605 - Cobertura
São Francisco
CEP: 65.076 - 090
SÃO LUIS - MA

ANEXO B – Declaração para realização da pesquisa de campo

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO ALEGRE DO MARANHÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Avenida Rodoviária s/n, Centro, 65.413.000.
Alto Alegre do Maranhão – Ma

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que Janelma Carvalho Martins e Rafaelli Estrela Lima, vem desenvolvendo o trabalho intitulado “Hipertensão arterial: Compreensão do cliente quanto ao tratamento não medicamentoso, com os hipertensos no Posto de Saúde da Caxuxa, Unidade de Saúde responsável pela Atenção Básica a Saúde.

Alto Alegre do Maranhão – Ma, 27 de agosto de 2008.

Messias Tomaz Meneses Filho
Secretário Municipal de Saúde