

**FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA JOSÉ MELO SILVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONHECIMENTO DO CLIENTE QUANTO
AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO**

São Luis

2013

MARIA JOSÉ MELO SILVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONHECIMENTO DO CLIENTE QUANTO
AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO**

Trabalho de Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Faculdade. LABORO Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Monica Elinor Alves Gama

São Luis

2013

MARIA JOSÉ MELO SILVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMPREENSÃO DO CLIENTE QUANTO AO
TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO**

Aprovado em,..../...../.....

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Mônica Elinor Alves Gama – Orientadora
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo – USP

Prof^a Rosimary Ribeiro Lindholm - Examinadora
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo grande Dom, da Sabedoria

A minha congregação, minha superiora provincial Ir. Luisella Gosmin.

Minhas Irmãs de comunidade.

Aos meus colegas.

Aos professores.

Em especial a minha orientadora Prof^a Monica Gama.

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

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

RESUMO

O objetivo deste estudo foi pesquisar o conhecimento do cliente sobre o tratamento não medicamentoso de um grupo de hipertensos cadastrados em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com variáveis quantitativas, em que se identifica o perfil socioeconômico, os hábitos de vida, faixa etária, escolaridade, profissão/ocupação e renda familiar. O estudo foi realizado no período de Julho e Agosto de 2013. O resultado obtido depois de realizada entrevista com 132 pacientes, do universo de 315 hipertensos cadastrados no Programa. Após a coleta os dados foram processado no programa Microsoft office Excel 2007 e os resultados apresentados sob a forma de gráficos e tabelas. Faixa etária, 70 clientes entre 60-79 anos; 42 entre 40 e 59 anos; 13 entre 80 a mais anos, 6 (2%) 20 e 39 anos. Sexo feminino 96 (73%), e 36 27% do sexo masculino Quanto ao habito de fumar, 89 clientes disseram que não fumavam; 32 já fumaram e apenas 11 são tabagistas. Dos que fumam 6 clientes consomem de 1 a 10 cigarros por dia, 5 consomem de 11 a 20 cigarros por dia. Dos etílicos 17 clientes responderam que tomam habitualmente em comemorações e 13 afirmam consumir álcool de 1 a 2 vezes por semana, 11 dos que se consideravam etílico já deixaram de ingerir por motivo de saúde, 9 afirmaram consumir álcool 2 a 3 vezes por semana, 3 tomam diariamente. 123 consomem 1 colher de chá de sal por dia; 8 (6%) consomem 2 colheres de sal por dia e 1 (1%) afirmou que consome 3 colheres de sal por dia. Frequência alimentar, 84 clientes realizam três refeições e um lanche por dia, 21 três grande refeições por dia, 21 três refeições e dois lanches por dia, 6 duas grandes refeições por dia. Dos que tomam café 66 afirmaram ingerir 1 xícara de café por dia, 44 referiram ingerir 2 a 3 xícara de café por dia, 11 ingere menos de 1 xícara de café por dia, o mesmo percentual, 11 referiram tomar mais de quatro xícara de café por dia. Tratamento não medicamentoso, 102 entrevistados afirmam não conhecer e não souberam informar a importância; 30 afirmaram conhecer e que é importante. Fazem uso de chá 72 pessoas e 60 não usam outro tratamento foram do medicamentoso. Com base nos dados obtidos concluí-se que a falta de informação foi o maior agravante para não adesão ao tratamento.

Palavras chave: Hipertensão, Compreensão do cliente, Tratamento não medicamentoso.

ABSTRACT

The objective of this study was to research the client's knowledge about the drug treatment of hypertension Group registered in a health centre in São Luis (Ma) is an exploratory and descriptive study, with quantitative variables, which identify the socioeconomic profile, living habits, age, education, profession/occupation and household income. The study was conducted during the period of July and August 2013. The result obtained after interview with 132 patients, the universe of hypertensive 315 registered in the program. After collecting the data were processed in the program Microsoft office Excel 2007 and the results presented in the form of graphs and tables. Age group, 70 customers between 60-79 years; 42 between 40 and 59 years; 13 between 80 more years, 6 (2%) 20 and 39 years. 96 female (73%), and 36 27% male As the habit of smoking .89 customers said they wouldn't smoke; 32 already smoked and only 11 are smokers. Those who smoke 6 customers consume 1 to 10 cigarettes per day, 5 of the 11 consuming 20 cigarettes per day. The etilicos17clientes responded that take in celebrations and 13 claim drinking alcohol to 1 to 2 times a week, 11 of those who considered themselves have left ethyl to ingest for reason of health, 9 stated drinking alcohol 2 to 3 times a week, 3 take daily. 123 consume 1 teaspoon of salt per day; 8 (6%) consume 2 tablespoons of salt per day and 1 (1%) stated that consumes 3 teaspoons of salt per day. food Frequency, 84 customers perform three meals and a snack a day, 21 3 big meals per day, 21 three meals and two snacks per day, 6 2 large meals per day. of those who drink coffee 66 stated eating 1 cup of coffee per day, 44 reported ingest 2 to 3 cup of coffee per day, 11 ingests less than 1 cup of coffee a day, the same percentage, 11 reported taking more than four Cup of coffee per day. treatment not medicated, 102 respondents claim not to know and not know to inform the importance; 30 claimed to know and that is important. Make use of tea 72 people and 60 do not use other treatment were medicated. On the basis of data obtained concluded that lack of information was the most aggravating not to treatment adherence.

Key words: Hypertension, customer Understanding, drug treatment.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de hipertensos, segundo a faixa etária em um centro de saúde, em São Luis- Ma 2013

Gráfico2- Distribuição de hipertensos, de acordo com o sexo em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Gráfico3 – Distribuição de hipertensos, segundo o estado civil em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Gráfico 4– Distribuição de hipertensos, segundo a cor em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013

Tabela 1- Distribuição de hipertensos, segundo a escolaridade em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Tabela 2 - Distribuição de hipertensos, segundo a renda familiar em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Tabela 3 - Distribuição de hipertensos, segundo a situação em relação ao trabalho em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Gráfico 5 - Distribuição de hipertensos, segundo tabagismo em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Gráfico 6 - Distribuição de hipertensos, segundo o consumo diário de cigarros em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Gráfico 7-Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão de bebida alcoólica em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Gráfico 8- Distribuição de hipertensos, segundo a frequência do consumo de álcool em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Gráfico 9 - Distribuição de hipertensos, segundo a pratica de atividade física em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Gráfico 10 - Distribuição de hipertensos, segundo o tipo de atividade física em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013

Gráfico11- Distribuição de hipertensos, segundo o conhecimento dos riscos pela falta de atividade física em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013

Gráfico 12 - Distribuição de hipertensos, segundo o consumo de sal diário, em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013

Gráfico 13 - Distribuição de hipertensos, segundo a frequência de refeições diária, em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013

Gráfico14 - Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão de café, em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013

Gráfico 15 - Distribuição de hipertensos, segundo a quantidade de xícara de café consumidas diariamente, em um centro de saúde em São Luís do MA em 2013

Gráfico 16 - Distribuição de hipertensos, segundo a preparação dos alimentos, em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013

Tabela 4 - Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão balanceada de alimentos, em um centro de saúde em São Luis - Ma 2013

Gráfico 17 - Distribuição de hipertensos, segundo a opinião sobre a importância do tratamento não medicamentoso, em um centro de saúde em São Luis-Ma 2013

Gráfico18 - Distribuição de hipertensos, segundo os que disseram conhecer o tratamento medicamentoso, em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013

Gráfico 19 - Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão de chás em substituição da medicação, em um centro de saúde em São Luis-Ma 2013

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

DAC - Doença Arterial Coronariana

DM - Diabetes Mellitus

FR - Fatores de Risco

HAS - Pressão Arterial Sistólica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

NaCL - Cloreto de Sódio

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PSF - Programa Saúde da Família

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	18
2.1	Geral	18
2.2	Específicos.....	18
3	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
6	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICES	41
	ANEXOS	46

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia de condições clínica multifatorial, por isso é necessário que os profissionais tenham uma visão holística do paciente e demonstre atenção particular para a história pregressa do mesmo para caracterização dos níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associam-se frequentes alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) as alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos de morbimortalidade cardiovasculares fatais e não fatais (SERRANO JUNIOR. et al, 2008).

Para Cecil (2005), a hipertensão é um dos maiores problema de Saúde Pública. Pelo alto índice de mortalidade pode-se confirmar que é uma patologia que mata silenciosamente. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde. Mesmo com tantos meios ainda se encontra muita dificuldade em reconhecer sua causa, principalmente pelos diversos fatores envolvidos no mau funcionamento do sistema de irrigação sanguínea, ocasionando um fator de risco para a ocorrência de eventos mórbidos por doenças crônicas não degenerativas mais prevalentes, tais como doenças cardiovasculares, cerebrais e renais.

Para o alcance do sucesso terapêutico, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações educativas e terapêuticas com ênfase em mudanças do estilo de vida e correção dos fatores de risco cardiovasculares. O principal desafio é o controle da pressão arterial que consiste na adesão do paciente ao tratamento proposto e especialmente à necessidade de modificação dos hábitos de vida: perda de peso, prática de atividade física, suspensão do hábito de fumar, redução do consumo de bebidas alcoólicas e ingestão de uma alimentação balanceada com baixo consumo de gorduras (BRUNNER; STUDDARTH, 2012).

Atribui-se como riscos ou causas para elevação da pressão arterial fatores constitucionais (idade, sexo, raça, obesidade); fatores ambientais (ingestão de sal, cálcio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo); fatores ambientais ligados ao trabalho (estresse, agentes físicos e químicos) e fatores ligados à classe social a qual o indivíduo pertence (sedentarismo) sendo as principais causas de morte no país e a maioria delas por doenças cardiovasculares e cerebrais. (MANO, 2009).

Trata-se de uma condição mórbida com possibilidade de controle eficaz e grandes chances de evitar complicações

É necessária uma educação de base para proporcionar ao paciente orientação para o autocuidado no manejo da hipertensão, fazendo-o repensar sua forma de agir frente à doença, conseqüentemente ocasionando modificações dos hábitos de vida. Tais processos educativos devem contar com a colaboração e trabalho de uma equipe de multiprofissional na assistência básica (MONTEIRO; FILHO, 2004).

Além da medicação prescrita, os profissionais de saúde devem orientar o cliente para a adoção de práticas saudáveis de exercícios que possam contribuir para minimizar os fatores de risco acima citados, o cliente além de fazer uso da medicação, deve ter atitudes para mudar antigos comportamentos ou adotar novos hábitos (LIMA et al., 2009).

Dados das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) revelam que a elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. É de grande preocupação para pacientes sequela dos. Espera-se que com o controle adequado da pressão haja redução dos índices de mortalidade e morbidade e dos custos correlacionados a essa doença.

De acordo com Who (2002), a hipertensão “é também a causa atribuível de morte mais comum que pode ser tratada e prevenida nas nações desenvolvidas e que tem aumentado de importância também nos países em desenvolvimento”.

Para Mendonça (2010) o fator principal para o agravamento e prevalência da Hipertensão é a falta de informação a mesma não escolhe idade para se manifestar, a maioria das causas é o fator alimentar adotado por muitos cidadãos que influencia, reduzindo assim a expectativa de vida desses clientes, por isso para desmistificar este impasse é preciso investir em política de saúde pública e educação.

A prevalência de fatores de risco cardiovasculares modificáveis na população avaliada indica que existe grau não desprezível de desinformação sobre prevenção destes fatores, sugerindo a necessidade constante de medidas de saúde pública que promovam educação e prevenção primária, intensificando-se essas medidas em indivíduos idosos e com sobrepeso (MENDONÇA, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipertensão arterial é uma das dez maiores causas de mortalidade no mundo, além de se configurar também como um problema de saúde pública no Brasil, pois apresenta grande morbidade, com altos custos

envolvidos no seu tratamento. Muitos agravos são por falta de conhecimento ou por ignorarem os riscos que HAS pode causar (SBH, 2007).

A HAS é um fator de risco independente para complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia) e macrovasculares (AVE, IAM) nos pacientes diabéticos e, portanto, deve ser agressivamente controlada (CARVALHO, PAPALÉU, 2010)

De acordo com o Ministério da Saúde, há no Brasil cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos a mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras devidas uma má alimentação desde a tenra idade. O numero de crianças hipertensa vem aumentando consideravelmente nos últimos anos (Brasil, 2006).

A morbimortalidade é muito alta e tem como fator principal a Hipertensão Arterial. Vem sendo considerada como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2007).

A hipertensão é uma doença de escalas globais. Mata 7,6 milhões de pessoas em todo mundo anualmente devido ao AVC, infartos. As declarações da OMS de maio de 2012 estimam que a hipertensão atinja, agora, 1 em cada 3 pessoas no mundo, **mais de 2 bilhões de pessoas (OMS 2012)**.

Para Morais (2008), há necessidade de atenção antes de rotular algum paciente como sendo hipertenso, tanto pelo risco de falso positivo quanto pelos danos psicológicos e físicos do paciente e o custo social resultante. Em um possível diagnostico é preciso por atenção para a presença de hipertensão arterial compatível do jaleco branco, pois a mesma se caracteriza por níveis pressóricos compatíveis com hipertensão.

É necessário disciplina e constância nos hábitos, como alimentação no horário, exercício físico de qualidade e antes de tudo é imprescindível avaliação da história pregressa juntamente com a história clínica do paciente, a realização de exame físico completo assim como fator de risco para orientar o tratamento.

São vários os fatores que podem contribuir para uma hipertensão, muitas vezes bem percebidos durante uma boa anamnese, se feita por profissionais de qualidade.

Existem vários fatores de risco para hipertensão arterial, dentre os quais podemos destacar a obesidade, pois o excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco de hipertensão. Recomenda-se manutenção do peso com índice de massa corpórea entre 20 e 25 kg/m, empregando aumento da atividade física e dieta hipocalórica (GONÇALVES; SILVA; NAVARRO 2007).

Comportamento habitual adquirido ao longo da vida não é facilmente modificado, pois exige disciplina e paciência e quando mais se cresce na idade as energias vão diminuindo e se torna difíceis de ser modificadas (GRAVINA et al, 2007).

De acordo com Cecil, (2005), 30% dos pacientes com hipertensão não têm conhecimento do seu diagnóstico e esta falta de conhecimento vem confirmar aquela hipótese, que todos nós já sabemos que estamos trabalhando com uma medicina curativa e não preventiva, aumentando os riscos de AVC e DAC. É preciso intensificar e desenvolver estratégias e instrumentos educativos para facilitar o desenvolvimento de atividades e a detecção precoce, controle permanente e ampliação do nível de conhecimento da população quanto à patologia, fatores de risco e os impactos causados pela HAS.

Deve-se ter uma grande atenção ao idoso hipertenso, pois segundo Moraes (2008), todas as grandes síndromes geriátricas estão direta ou indiretamente associadas à hipertensão arterial e é responsável por 62% dos acidentes vasculares cerebrais e 49% dos eventos coronários. Todos esses fatores estão associados ao tabagismo, pois o mesmo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídios séricos, induzindo a resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas.

Sabe-se que os fatores de risco podem ser inúmeros e dentre eles pode ser destacados o genético, ambiental, estrutural, social dentre outros como afirma Ávila.

Em relação ao gênero e etnia a prevalência da hipertensão arterial é semelhante entre homens e mulheres, mas mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Quanto à etnia, a hipertensão arterial é duas vezes mais prevalente em indivíduos negros, segundo investigação realizada por ÁVILAa et al (2010).

Pelos atendimentos dos postos de saúde podemos constatar a afirmação de Engel (2009), que a hipertensão tem uma direta relação com a DM tipo 1 e DM tipo 2. Esta associação é verificada nos paciente nefrótico e que já possuem um quadro de diabetes de longos anos de patologia.

Para os paciente com diversas patologias é necessário atenção redobrada como afirma Engel; (2010), pois a HAS independe de qualquer fator para se desenvolver.

A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido a hipertensão, sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010).

À medida que a fisiopatologia da Hipertensão for mais elucidada em todas as faixas etárias, deverão surgir medidas mais específicas e eficazes, para que isto aconteça será necessário que o Ministério da Saúde tome as devidas providências e medidas adequadas para que esta patologia não venha refletir mais tarde como um fator agravante para os idosos (MANN et al 2011).

Um fator que merece atenção é a mudança no perfil da população brasileira em relação ao estilo de vida, aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população, devido aos hábitos alimentares, adicionado ainda a baixa adesão a realização de atividade física, o que contribui para o agravamento desse quadro. Estamos num momento de transição onde o Brasil está deixando de ser um país de desnutridos e se tornando um país de obesos.

No Brasil, 22,7 dos brasileiros é hipertenso, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres, e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país (SOCIEDADE B. DE HIPERTENSÃO 2012)

Para Murta (2006), hipertenso é todo aquele indivíduo adulto, maior de 18 anos. Mas nos dias atuais, esta afirmação já sofreu alterações, hoje temos hipertensos em tenra idade e estes clientes apresentam quadros muito mais complicados que no adulto.

Segundo a pesquisa e análise dos dados, encontram-se como fatores de risco a idade, gênero e etnia, fatores genéticos, psíquicos, socioeconômicos, excesso de peso e obesidade, sedentarismo, ingestão de álcool, tabagismo e hábitos alimentares. Esses fatores podem ter uma profunda contribuição para o aumento da pressão assim como o consumo excessivo de sal (sódio NaCl).

Observa-se um fator importante para a ocorrência da hipertensão a idade, dos entrevistados todos que haviam completado os 70 anos apresentaram quadro hipertensivo alto. Todos esses fatores podem contribuir para uma invalidez, custo à família, levar o cliente para o tratamento medicamentoso e por fim para a saúde pública.

A baixa escolaridade é um fator importante, pois as pessoas menos esclarecidas não têm conhecimento suficiente para avaliar a gravidade e muito menos condições de encontrar

um emprego de qualidade para manter um padrão de vida que lhe possibilite uma alimentação adequada.

1.1 Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial

Segundo Ângela (2004). O tratamento não medicamentoso não deve ser visto como o primeiro passo para o tratamento do cliente hipertenso, mas como uma medida preventiva ou complementar para a redução da prevalência da hipertensão arterial e suas complicações na população. A atuação do profissional junto ao hipertenso é importante para a detecção daqueles mais resistentes ao tratamento, visando à motivação, educação e direcionamento para o autocuidado.

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica tem sido alvo de grande atenção, em função principalmente do curto efeito adversos e por ser um tratamento que pode ser realizado na atenção básica. É preciso que a equipe seja atenta a dispensar cuidados necessários a estes clientes: Primeiro pela falta de conhecimento de sua patologia, segundo porque não conhecem outro tratamento além do medicamentoso a junção desses dois fatores os leva a não adesão ao programa (CARVALHO, PAPALÉU, 2010)

Para Mendes e Barata (2008), a Pressão Arterial após uma sessão isolada de exercícios parece baixar, após um programa de exercícios regular ou, simplesmente, como consequência do aumento da atividade física habitual. Para isto a pessoa tem que ser acompanhada e orientada, seja pelos profissionais ou pelos familiares.

A atividade física se configura como um fator positivo desde que o cliente não tenha nenhuma contra indicação no combate às doenças crônico-degenerativas, por apresentar forte relação com os demais fatores de risco predisponentes dessas doenças. Sendo que fica bem explícita a relação entre a prática regular de atividades físicas e a melhoria na saúde de seus praticantes. É preciso saber que nem tudo o que fazemos é exercício físico. Deve-se diferenciar esforço físico de exercício físico. O exercício deve ser programado, em horário adequado e orientado por um profissional de competência. Ser de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração (FERRAZ; MACHADO, 2008).

A hipotensão pós-exercício pode ser influenciada pela duração do exercício. Por isso é recomendado pela Sociedade Brasileira de cardiologia (SBC, 2010).

1.2 Importância da atuação do enfermeiro na hipertensão arterial

Apesar do tema Hipertensão Arterial ser amplamente divulgado, ele deve ser constantemente atualizado, levando em conta o alto índice de mortalidade causado por esse fator. Para que a promoção e a prevenção dos agravos sejam levadas a sério por parte da população e dos profissionais.

Atualmente a Hipertensão Arterial (HA) é um precursor com alta incidência para várias patologias, principalmente por se tratar de uma doença silenciosa e que, muitas vezes, é diagnosticada a partir do surgimento de sinais e sintomas tardios. Estes fatores aumentam as chances de desencadeamento de outras doenças, tais como, a insuficiência renal crônica, infarto agudo do miocárdio e derrames cerebrais causadas por acometimento renal, cardíacos e cerebrais.

A enfermagem tem como essência da profissão o ato de cuidar partindo de uma monitoração cuidadosa da PA a intervalos frequentes e, em seguida depois do diagnóstico, a intervalos rotineiramente agendados, apoiar e ensinar o paciente a aderir ao regime de tratamento; explicar as reações adversas que podem ocorrer; programar as alterações necessárias no estilo de vida; ensinar como devem ser tomados os medicamentos conforme a prescrição médica; criar e estimular grupos de caminhada;

Propiciar atividades de lazer (festa junina, passeio confraternização de natal, clubes, etc.). Reforçar as orientações da nutrição como diminuição do sal, da gordura; solicitar exames conforme preconizado pelo Ministério da Saúde; encaminhar para o cardiologista e nutricionista; cadastrar no HIPERDIA; fazer o cartão dos Programas Especiais; organizar e participar de campanhas de detecção de hipertensão arterial nas praças.

Justifica-se a realização dessa atividade pela experiência vivenciada no Programa Saúde da Família (PSF) pela autora. Percebe-se ainda, apesar das dificuldades em estabelecer dados fidedignos sobre a prevalência da hipertensão no Brasil, e mais especificamente no Maranhão, existe um forte indicativo da magnitude dessa doença, especialmente entre as populações pobres e negras que se encontram na situação de subemprego e maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde.

A atuação do profissional junto aos hipertensos, é importante a individualização da atenção para a detecção daqueles mais resistentes ao tratamento e direcionamento para a eliminação de fatores que possam dificultar a terapia, visando a motivação, educação e direcionamento para o auto cuidado (PIERIN,2004).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a conhecimento quanto ao tratamento não medicamentoso entre os clientes cadastrados no Programa de Controle da Hipertensão Arterial em um Posto de Saúde, no município de São Luis-MA.

2.2 Específicos

- Conhecer o perfil socioeconômico desses clientes,
- Verificar os hábitos de vida dos entrevistados
- Verificar o conhecimento e temores a cerca da prática de atividades física entre os clientes,
- Avaliar a assimilação das informações específicas recebidas pelos clientes.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo com variáveis quantitativas, de caráter exploratório e descritivo, que avaliou o conhecimento dos clientes quanto ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.

3.2 Caracterização da unidade em estudo

Realizou-se o estudo em uma Unidade de Saúde, no município de São Luís-MA.

Os serviços de saúde da Unidade estão organizados na perspectiva da ação básica de saúde, visando o atendimento dos diversos grupos (crianças, adolescente, mulheres, adulto, idosos e toda a população em geral). Conta atualmente com uma equipe de (PSF).

3.3 População e Amostra

A população foi composta de: 313 clientes hipertensos, cadastrados no Programa de Controle da Hipertensão Arterial de uma equipe de PSF, na referida instituição. A amostra foi constituída unicamente por paciente hipertenso que compareceram na Unidade, no período de julho e agosto de 2013. A composição amostral resultou de 132 pacientes, o que representa 45% do número de clientes cadastrado na equipe.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a obtenção de informações pertinente á pesquisa foi elaborado um questionário (APENDICE A), constituído unicamente de perguntas fechadas e aberta, em que foram abordados o perfil socioeconômico, hábito de vida e alimentares e o conhecimento do cliente quanto ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.

3.5 Coleta e análise dos dados

Inicialmente foi contactado o responsável pela Unidade e apresentado um ofício (ANEXO A) á direção, explicando o objetivo da pesquisa e o período que seria efetivado a mesma e solicitando a anuência para a coleta e divulgação dos dados.

A coleta dos dados foi efetivada no período de julho a agosto de 2013, através do instrumento previamente definido, antes e após a consulta médica ou de enfermagem. A abordagem dos entrevistados ocorreu por meio de contato prévio solicitando o aceite do mesmo em participar do estudo, seguido do esclarecimento dos propósitos da pesquisa, assinatura do termo de consentimento e sigilo dos pacientes, preservando o anonimato dos mesmos. (APENDICE B)

Os questionários foram codificados e revisados, em seguida, digitalizados, utilizando o programa Microsoft Office Excel 2010. Essa análise é enriquecida nas discussões com referencias teóricas relacionadas ás abordagens. Os resultados são apresentados sob forma de gráficos e tabelas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi utilizado como instrumento para a coleta, um esfigmomanômetro, um questionário que foi preenchido pelos clientes. Os resultados a seguir, para melhor exploração e entendimento das características gerais da pesquisa estão expostos em forma de tabelas de acordo com o gênero.

Fizeram parte desta pesquisa 132 (45%) clientes, do universo de 315 hipertensos cadastrados no Programa de Saúde da Família em um Centro de Saúde no município de São-Luis-MA. Os dados foram processados, no programa Microsoft office Excel 2007 e os resultados apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

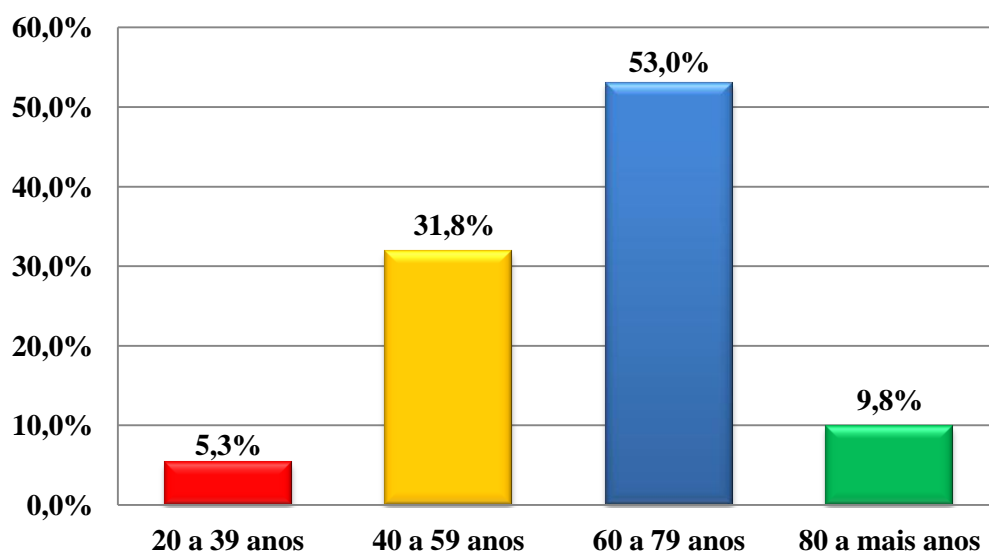


Gráfico 1 – Distribuição de hipertensos, segundo a faixa etária, em um Centro de Saúde em São Luis-Ma 2013.

Em relação á faixa etária, a amostra foi composta por 70 hipertensos que equivale (53,0%) entre 60-79 anos; 42 hipertensos que representa (31%) e entre 40 e 59 anos; 13 hipertensos (9,8%) 80 a mais anos, 6 hipertensos (5,3%) 20 e 39 anos.

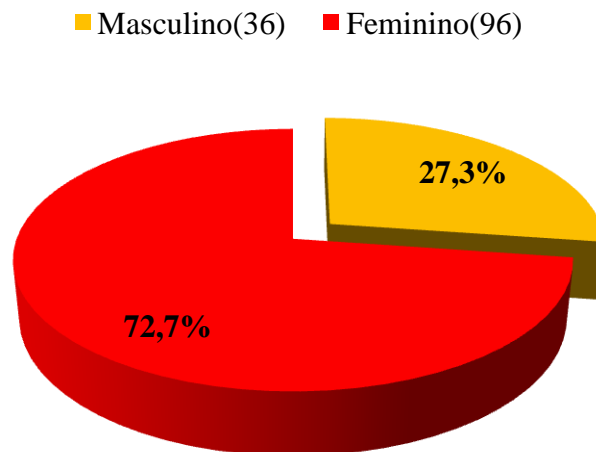


Gráfico 2- Distribuição de hipertensos, de acordo com o sexo, em um centro de saúde em São Luis-Ma 2013.

O gráfico 2 mostra a distribuição por sexo, onde se observa uma nítida concentração de 96 dos entrevistados do sexo feminino que equivale (72,7%), e 36 dos entrevistados do sexo masculino que equivale 27,3%, de um total de 132 entrevistado. 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 mulher com hipertensão é maior, porem nesta pesquisa se observa um numero muito maior nas mulheres (BRANDÃO Et al.2008).

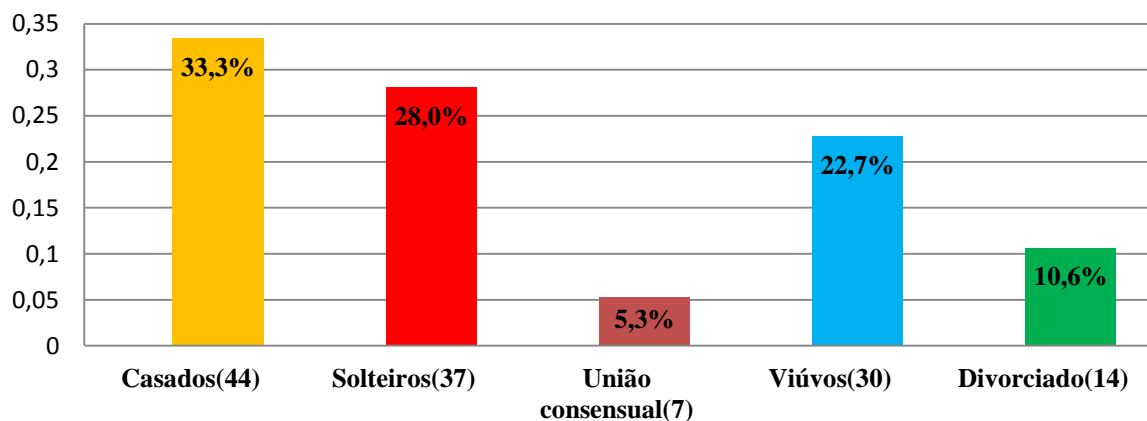


Gráfico 3 – Distribuição de hipertensos, segundo o estado civil em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma 2013.

No gráfico 3 observa-se que 44 (33,3%) dos entrevistados são casados, 37 (28,0%) são solteiros, 30 (22,7%) são viúvos, 14 (10,6%) são divorciados e 7 (5,3%) união consensual.

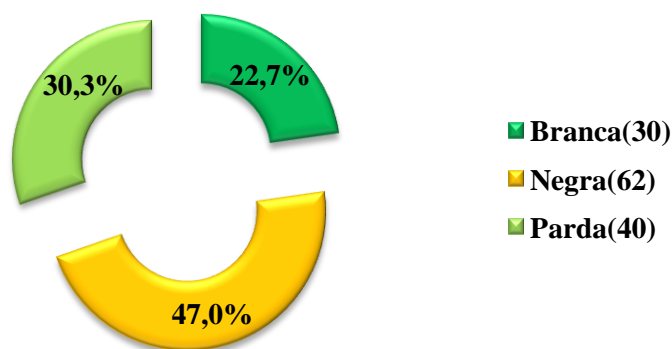


Gráfico 4– Distribuição de hipertensos, segundo a cor, em um Centro de Saúde em São Luis-Ma 2013.

O Gráfico 4 mostra que 62 (47,0%) são de cor negra, 40 (30,3%) são de cor parda e 30 (22,7%) são brancos. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial nos negros a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos ou socioeconômicos. Para Monteiro e Filho (2004), o negro tem maior sensibilidade ao sódio, fator que pode estar ligado a menor excreção urinária neste grupo comparado a indivíduo branco.

Escolaridade		
Nível	n	%
Analfabeto	18	13,6%
Ensino Fundamental	73	55,3%
Ensino Médio	36	27,3%
Ensino Superior	5	3,8%
Total	132	100%

Tabela 1- Distribuição de hipertensos, segundo a escolaridade, em um Centro de Saúde em São Luis-Ma 2013.

Através da tabela 1 pode-se, perceber que a maioria dos hipertensos entrevistados concluíram ensino fundamental com 73 (55,3%), possui ensino médio 36 (27,3%), são analfabeto 18 (13,6%), possui ensino superior 5 (3,8%). “É importante resaltar que a escolaridade permite avaliar as influencias sociais e suas associações aos riscos da hipertensão

arterial. No entanto, os dados do indicador, oriundos do inquérito telefônico de fatores de risco e proteção para doenças crônicas – VIGITEL, apresenta uma variação da prevalência em relação a escolaridade nos anos de 2006 – 2010) essa diferença pode ser observado nos extremos da escolaridade, quem tem mais anos de estudo apresenta risco 90% menor do que os de menos anos de escolaridade.

Renda familiar		
Qtd. Salários Mínimos	n	%
< 1	81	61,3%
1 a 3	34	25,8%
≥ 4	9	6,8%
Sem renda	8	6,1%
Total	132	100%

Tabela 2 - Distribuição de hipertensos, segundo a renda familiar, em um Centro de Saúde em São Luis-Ma 2013.

A análise dos dados revela que a maioria dos entrevistados 81 (61,3%) tem renda menor que um salário mínimo; 34 (25,8%) possui renda de 1 a 3 salários mínimos; que 9 (6,8%) ≥ 4 salário mínimo e 8 (6,1%) se declaram-se sem renda. A pobreza estar relacionada com a prevalência de todas as doenças, bem como a maior mortalidade em todas as faixas etária.

Variável		
Trabalho	n	%
Empregado	20	15,2%
Autônomo	23	17,4%
Aposentado	65	49,2%
Pensionista	12	9,1%
Desempregado	12	9,1%
Total	132	100%

Tabela 3 - Distribuição de hipertensos, segundo a situação em relação ao trabalho em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma 2013.

O resultado relacionado á situação de trabalho indicaram que 65 (49%) dos entrevistados eram aposentados; 23 (17%) são autônomos; 20 (15%) empregados; 12 (9%) são aposentados e 12 (9%) estão desempregado.

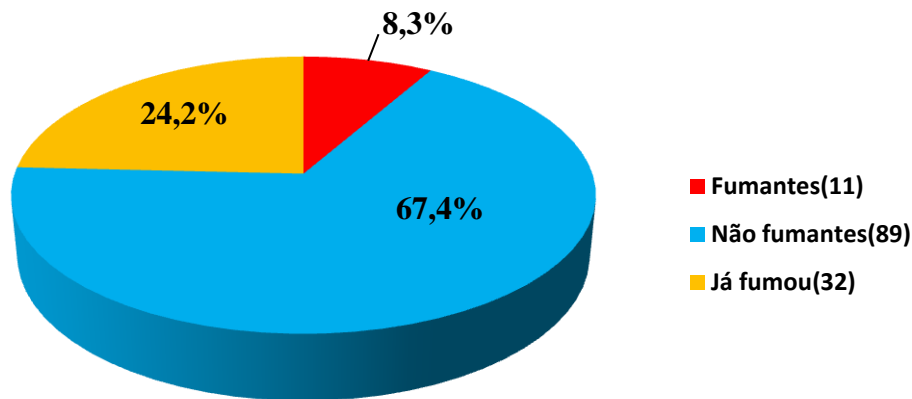


Gráfico 5 - Distribuição de hipertensos, segundo tabagismo, em um Centro de Saúde em São Luís 2013.

Quanto ao habito de fumar, 89 (67,4%) disseram que não fumavam; 32 (24,2%) já fumaram e apenas 11 (8,3%) são tabagistas. O tabagismo é um fator de risco importante pôr ser prevenível. Para a doença cardiovascular, a nicotina aumenta a pressão arterial e acelera a progressão da aterosclerose.

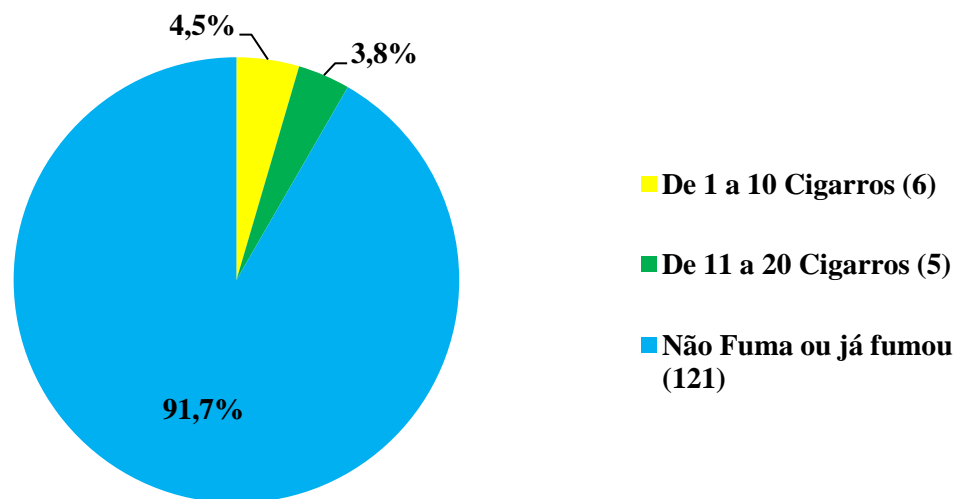


Gráfico 6 - Distribuição de hipertensos, segundo o consumo diário de cigarros, em um Centro de Saúde em São Luís - MA 2013.

O gráfico acima mostra que 6 (4,5%) dos entrevistados consomem de 1 a 10 cigarros por dia, e 5 (3,8%) consomem de 11 a 20 cigarros por dia, dentre os pesquisados não houve percentual para o consumo acima de 20 cigarros por dia, não fumante 121 (91,7%), segundo a VI diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), o risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e a profundidade da inalação.

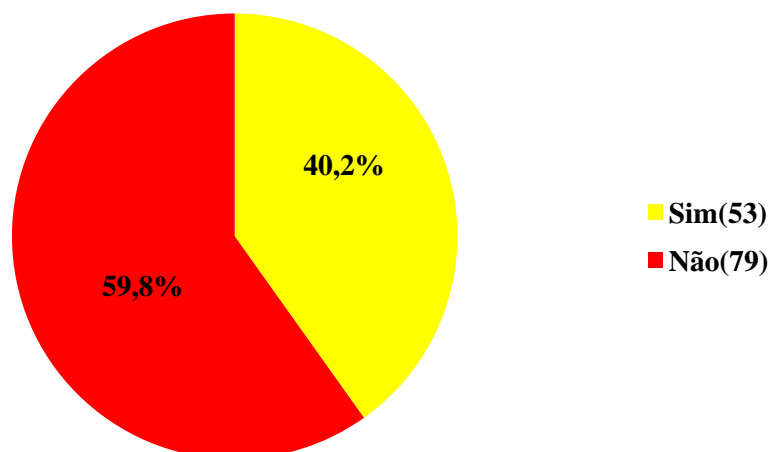


Gráfico 7-Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão de bebida alcoólica, em um Centro de Saúde em São Luis-Ma 2013.

Dos entrevistados, 79 (58,8%) referiram não ingerir nenhum tipo de bebida alcoólica, 53 (40,2%) afirmaram consumir bebida alcoólica.

De acordo com Jim Mann 2011, a prevalência da HA aumenta com a ingestão habitual de álcool acima de três a quatro drinques por dia, podendo assim causar efeitos deletério ao indivíduo.

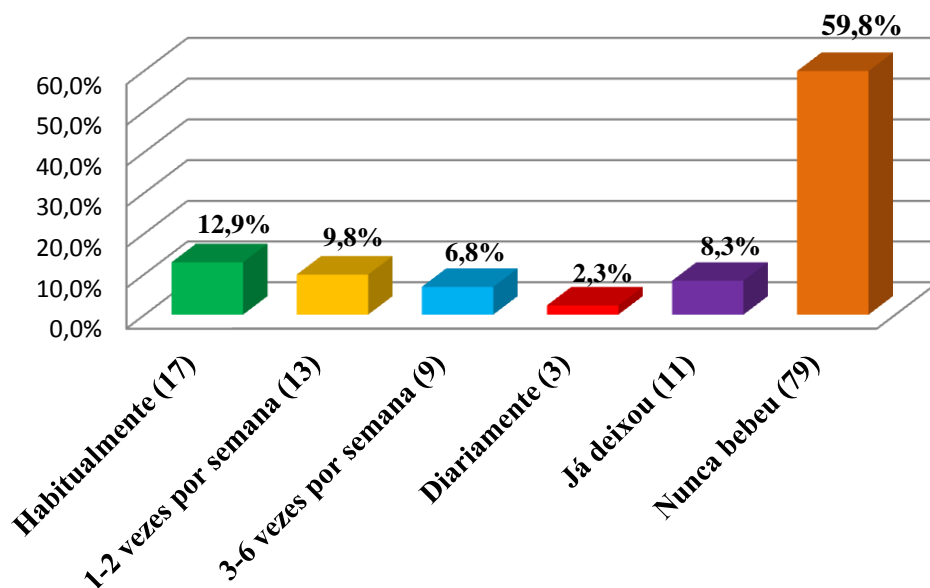


Gráfico 8- Distribuição de hipertensos, segundo a frequência do consumo de álcool, em um Centro de Saúde em São Luis-Ma 2013.

Dos clientes entrevistados 17 (12,9%) responderam que tomam habitualmente em comemorações, 13 (9,8%) afirmam consumir álcool de 1 a 2 vezes por semana, 11 (8,3%) dos que se consideravam etílico e já deixaram de ingerir por motivo de saúde, 9 (6,8%) afirma consumir álcool 2 a 3 vezes por semana, 3 (2,3%) tomam diariamente e ao ser perguntado se são alcoólatra eles responderam que não, 79 (59,8%) afirmaram não ingere bebida alcoólica.

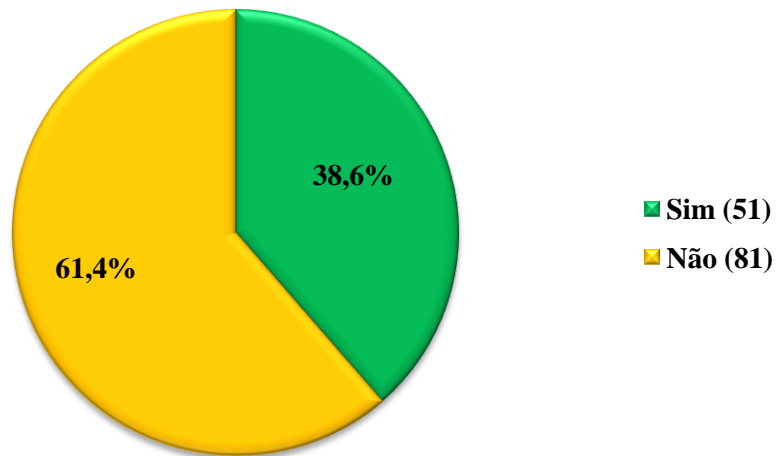


Gráfico 9 - Distribuição de hipertensos, segundo a prática de atividade física, em um centro de saúde, em São Luis-Ma 2013.

Na amostra 81 (61,4%) dos hipertensos afirmaram não praticar exercício, e 51 (38,6%) sim, praticam exercícios.

Segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), os pacientes hipertensos devem iniciar programa de exercício regulares, desde que tenham sido submetidos à avaliação clínica prévia, pois os mesmos reduzem consideravelmente os riscos de doenças arteriais e coronária.

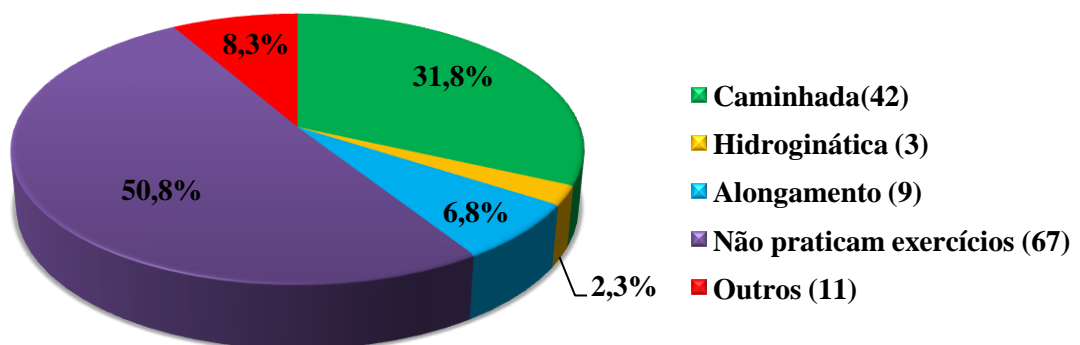


Gráfico 10 - Distribuição de hipertensos, segundo o tipo de atividade física, em um Centro de Saúde, em São Luis - Ma 2013

Por meio da pesquisa, pode-se destacar a caminhada como a atividade física mais praticada pelos clientes, 42 (31,8%) logo após outras modalidades com 11(8,3%) , alongamento foi citado por 9 (6,8%), hidroginástica com 3 (2,3%), dentre os pesquisados que não praticam nenhum tipo de exercícios temos um total de 67 (50,8%)

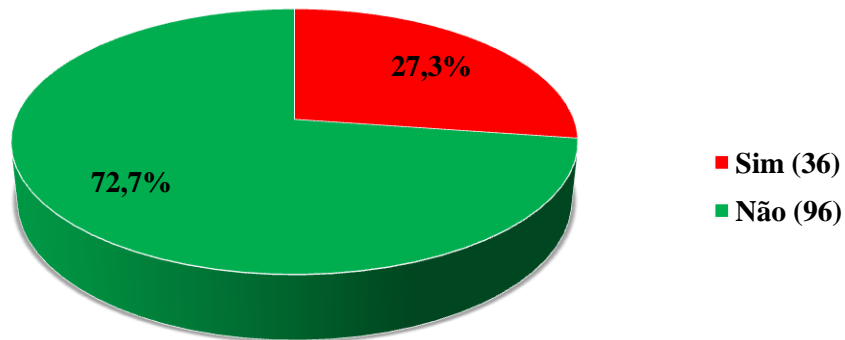


Gráfico11- Distribuição de hipertensos, segundo o conhecimento dos riscos pela falta de atividade física em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma 2013

Dos entrevistados, 96 (72,7%) afirmaram não ter conhecimento dos riscos, 36 (27,3%) tem conhecimento, mas não realizam exercício por falta de tempo.

Para Engel (2009); o exercício reduz de forma independente os níveis de PA. o exercício não precisa ser extenuante, porém tem que ser regular no mínimo três vezes por semana.

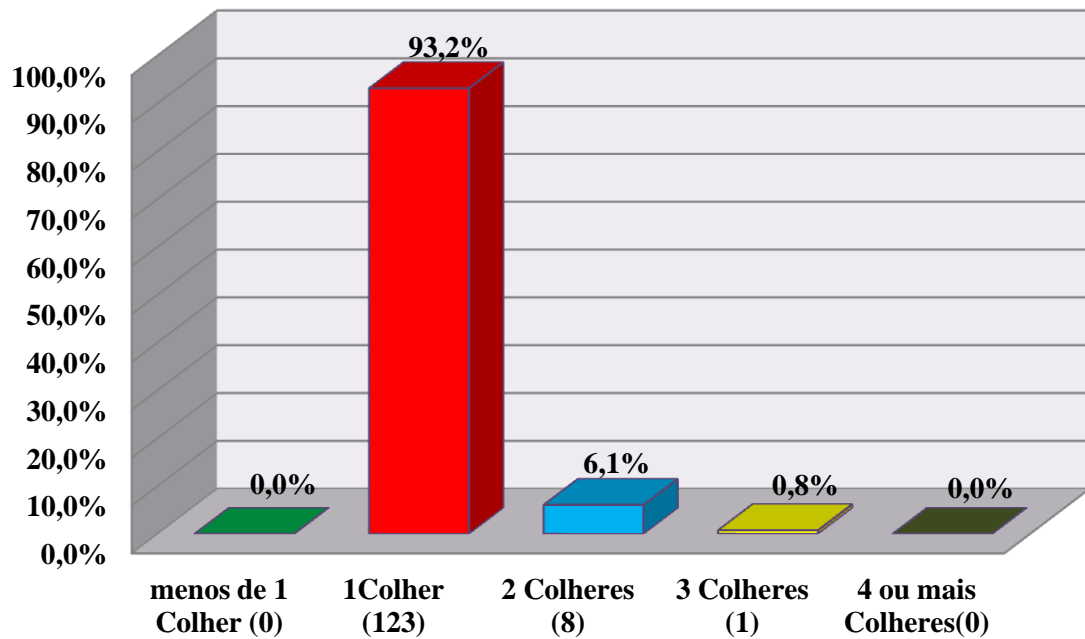


Gráfico 12 - Distribuição de hipertensos, segundo o consumo de sal diário, em um Centro de Saúde em São Luis-Ma 2013

Dos entrevistados, 123 (93,2%) consomem 1 colher de chá de sal por dia; 8 (6,1%) consomem 2 colheres de sal por dia e 1 (0,8%) afirmou que consome 3 colheres de sal por dia. Dentre os respondentes não houve percentual para menos de 1 colher e 4 ou mais colheres 0 (0,0%).

Estudos mostraram que 50% dos hipertensos é sódio sensível, esse percentual sendo mais elevado nos idosos e negro. Historicamente a restrição sódica foi o primeiro tratamento eficaz contra a hipertensão maligna Engel (2010).

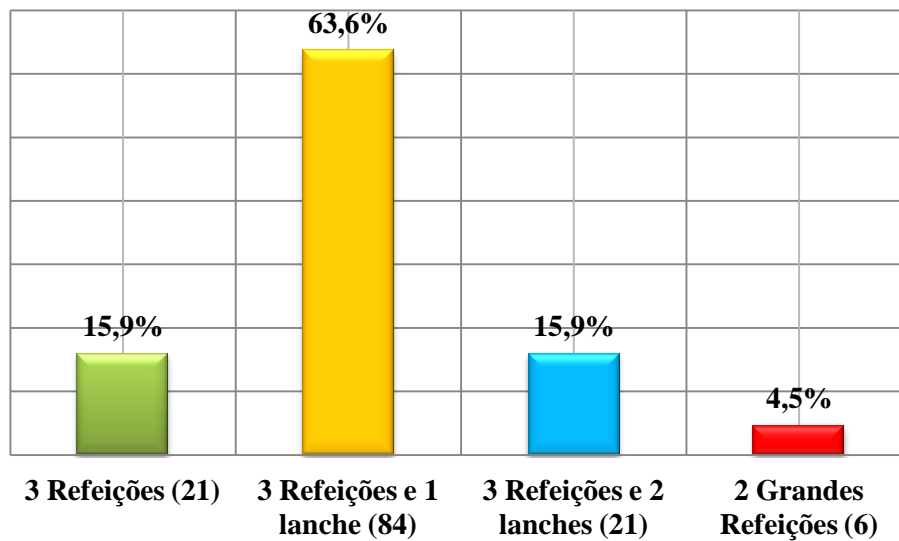


Gráfico 13 - Distribuição de hipertensos, segundo a frequência de refeições diárias, em um Centro de Saúde em São Luis-Ma 2013

Referente a frequência alimentar, 84 (63,6%) realizam três refeições e um lanche por dia, 21 (15,9%) realizam três grandes refeições por dia, 21 (15,9%) realizam três refeições e dois lanches por dia e 6 (4,5%) realizam somente duas grandes refeições por dia.

Para Mendonça (2010), a quantidade adequada de refeições são cerca de 5 a 6 refeições ao dia, incluindo desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia. O volume deve atender as necessidades nutricionais de cada cliente procurando manter o peso corporal equilibrado.

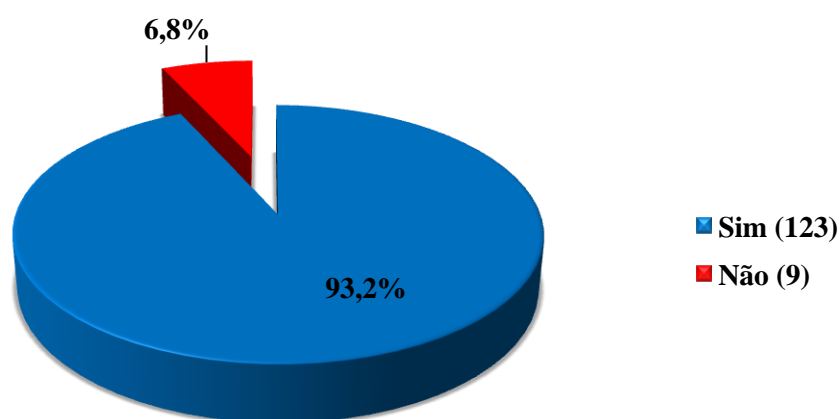


Gráfico 14 - Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão de café, em um Centro de Saúde em São Luís - Ma 2013

A amostra relacionada ao consumo de café, 123 (92,3%) afirmaram consumir café e 9 (6,8%) responderam que não consomem café. Ambos os grupos acham que o café não influencia na saúde.

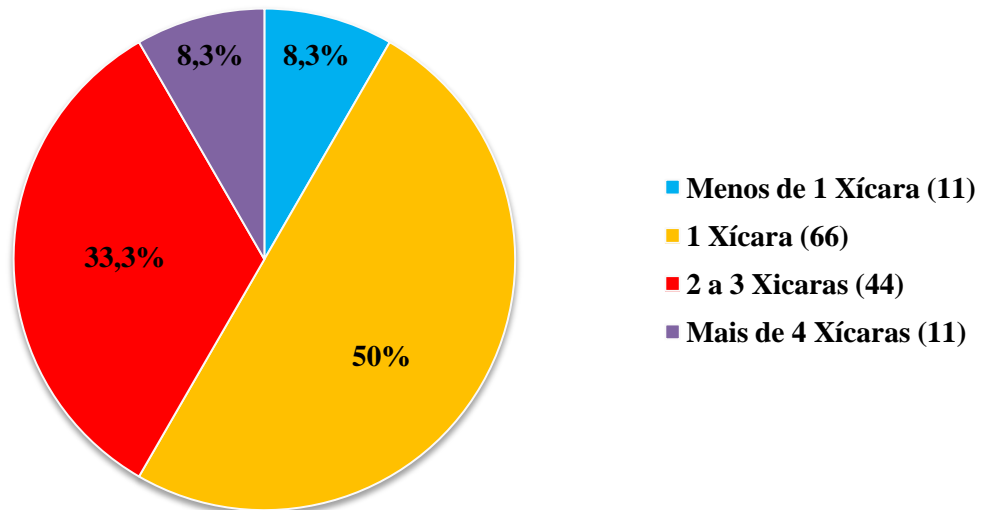


Gráfico 15 - Distribuição de hipertensos, segundo a quantidade de xícara de café, consumidos diariamente em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma 2013

Como mostra o gráfico, 66 (50%) afirmaram ingerir 1 xícara de café por dia, 44 (33,3%) referiram ingerir 2 a 3 xícara de café por dia, 11 (8,3%) ingere menos de 1 xícara de café por dia, o mesmo percentual, 11(8,3%) referiram tomar mais de quatro xícara de café por dia.

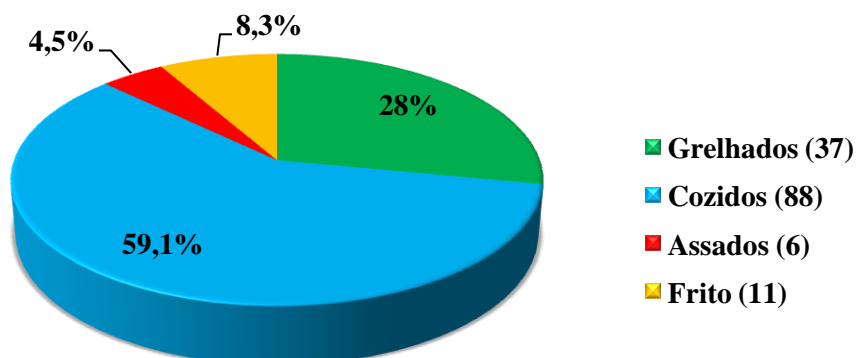


Gráfico 16 - Distribuição de hipertensos, segundo a preparação dos alimentos em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma 2013

Dos respondentes, 88 (59,1%) preparam alimentos cozidos, 37 (28%) preparam alimentos grelhados; 11 (8,3%) alimentos fritos; 6 (4,5%) dizem prepararem assados.

Para Engel (2009) uma das condutas alimentares de formas saudáveis é adotar uma dieta rica em vegetais, frutas, rica em laticínios não gordurosos, pobre em gorduras saturadas. Esta dieta pode levar à diminuição da hipertensão e corrigir a obesidade.

Para você, alimentação balanceada é:		
Variável	n	%
Uma alimentação variada contendo nutrientes essenciais à saúde como: vegetais, frutas, carnes e massas.	90	68,2%
Rica em verduras e frutas	30	22,7%
Rica em massa e gordura	5	3,8%
Não souberam informar	7	5,3%
Total	132	100%

Tabela 4-Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão balanceada de alimentos em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma 2013

Dentre os entrevistados prevaleceram os que 90 (68,2%) entendiam que uma alimentação balanceada é variada contendo nutrientes essenciais à saúde com: vegetais, frutas, carnes e massas; 30 (22,7%) entendiam como sendo uma alimentação rica em verduras e frutas; 5 (3,8%) rica em massas e gorduras; 7 (5,3%) não souberam informar.

Mendonça (2010) afirma que a HA. é um sintoma identificado também em jovens e crianças, devido muitos lares adotarem consumo exagerado de produtos industrializados ou por não ter conhecimento dos danos.

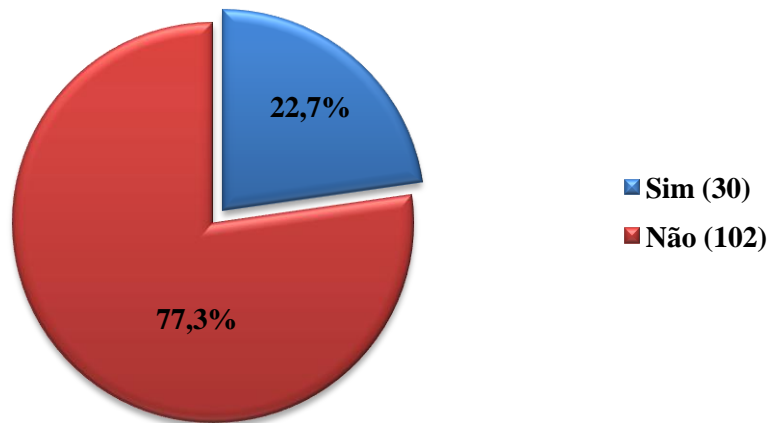


Gráfico 17 - Distribuição de hipertensos, segundo a opinião sobre a importância do tratamento não medicamentoso em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma 2013

A pesquisa revelou que 102 (77,3%) disseram não conhecer e não tinham informações se o mesmo existia, não souberam informar a importância do tratamento não medicamentoso; 30 (22,7%) afirmaram conhecer e que é importante para a melhoria na qualidade de vida.

Engel (2010) são necessárias medidas gerais que inclui mudanças na dieta, no consumo de alguns alimentos, exercício físico, redução de sódio parar de fumar, do álcool, cafeína ou drogas ilícitas.

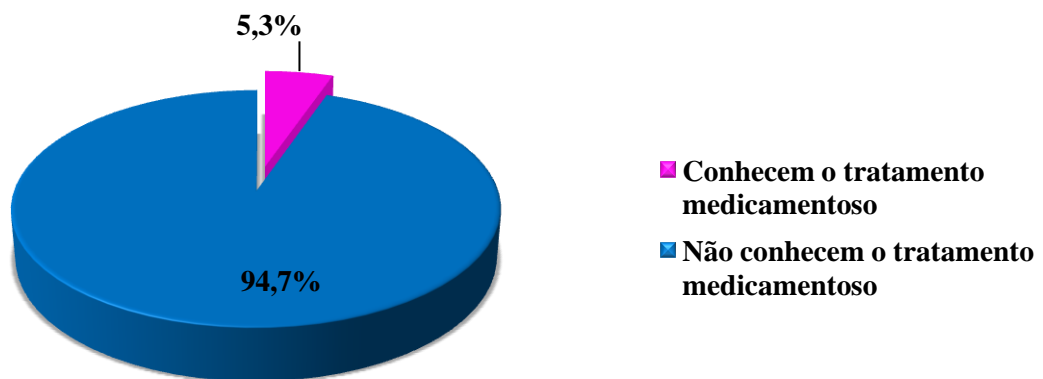


Gráfico 18 - Distribuição de hipertensos, segundo os que disseram conhecer o tratamento medicamentoso em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma 2013

Dos respondentes de sim, 7 (5,3%) disseram conhecer mais não praticam por não acharem muito validos e por ser uma perda de tempo, 125 (94,7%) afirmaram que praticam com muito cuidado.

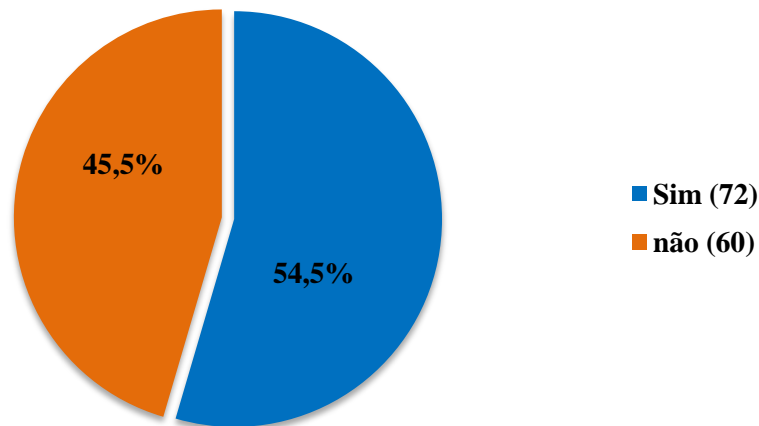


Gráfico 19 - Distribuição de hipertensos, segundo a ingestão de chás em substituição da medicação em um Centro de Saúde, em São Luis-Ma 2013

Dentre os entrevistados vários clientes disseram fazer uso de chás para ajudar na medicação ou em substituição das mesma 72 (54,5%); e 60 (45,5%) não usam outro tratamento fora do medicamentoso. Os mesmos foram orientados sobre a importância dos tratamentos e o acompanhamento de um profissional.

5 CONCLUSÃO

Os resultados foram analisados conforme os objetivos traçados.

Conclui-se que:

- Em relação á faixa etária, a amostra foi composta por 70 hipertensos que equivale (53,0%) entre 60-79 anos; 42 hipertensos que representa (31%) e entre 40 e 59 anos; 13 hipertensos (9,8%) 80 a mais anos, 6 hipertensos (5,3%) 20 e 39 anos, havendo um predomínio do sexo feminino.

- Dos informantes 44 (33,3%) dos entrevistados são casados, 37 (28,0%) são solteiros, 30 (22,7%) são viúvos, 14 (10,6%) são divorciados 7 (5,3%) união consensual, com o predomínio da cor negra.

- Em relação a escolaridade a maioria dos hipertensos entrevistados concluíram ensino fundamental com 73 (55,3%), possui ensino médio 36 (27,3%), são analfabeto 18 (13,6%), possui ensino superior 5 (3,8%), todavia em relação ao trabalho indicaram que 65 (49%) dos entrevistados eram aposentados; 23 (17%) são autônomos; 20 (15%) empregados; 12 (9%) são aposentados e 12 (9%) estão desempregado.

- Os que informaram não ingerirem bebida alcoólica 79 (58,8%) referiram não ingerir nenhum tipo de bebida alcoólica, 53 (40,2%) afirmaram consumir bebida alcoólica.

- Em relação a frequência alimentar 90 (68,2%) entendiam que uma alimentação balanceada é variada contendo nutrientes essenciais á saúde com: vegetais, frutas, carnes e massas; 30 (22,7%) entendiam como sendo uma alimentação rica em verduras e frutas; 5 (3,8%) rica em massas e gorduras; 7 (5,3%) não souberam informar, 84 (64%)

- Does respondentes destacar a caminhada como a atividade física mais praticada pelos clientes, 42 (31,8%) logo após outras modalidades com 11(8,3%), alongamento foi citado por 9 (6,8%), hidroginástica com 3 (2,3%), dentre os pesquisados que não praticam nenhum tipo de exercícios temos um total de 67 (50,8%)

Quanto á compreensão sobre a importância do tratamento não medicamentoso percebeu-se que 7 (5,3%) disseram conhecer mais não praticam por não acharem muito validos e por ser uma perda de tempo, 125 (94,7%) afirmaram que não conhece. Conclui-se que a falta de adesão ao mesmo seja pela falta de conhecimento. É preciso esclarecer a importância e qual a vantagem que este tratamento oferece.

Além da necessidade de mudança da valorização de novos conceitos, faz-se necessário que os usuários de saúde sejam coautores de um processo educativo para as mudanças de hábitos, contribuindo para que diminua a frequência de vários agravos, incluindo a

hipertensão arterial, melhorando a qualidade de vida e garantindo um envelhecimento saudável e prazeroso. O profissional de saúde deve Incentivar o exercício, desde que não tenha contra indicações porque além de facilitar à perda de peso, a circulação, a atividade física auxilia no controle da pressão arterial.

Acredito que a educação consiste num dos principais elementos de promoção da saúde em saúde na Atenção Básica, em especial no programa Saúde da Família, pois além de os profissionais conhecerem os fatores de risco para diversas doenças, tal como a Hipertensão arterial, sabe quais são os hábitos de vida daquela população, assim fica mais fácil de realizar uma intervenção positiva.

É necessário que os profissionais tenham metas e objetivos claros que é prevenir a HA por meio de tratamento não farmacológico, para aqueles que já adquiriram a hipertensão às atividades devem ser voltada para a redução dos níveis pressóricos, para o controle da mesma e dos fatores predisponentes e redução das drogas anti- hipertensiva.

A equipe deve conhecer os hábitos dos clientes e alertar quanto ao uso abusivo do tabaco, álcool, redução do peso entre aqueles com sobrepeso. Implantar estratégias de atividades físicas agradáveis á população destinada, realizar dinâmica voltada para a redução do consumo de sódio (Sal). Realizar palestras educativas sobre o estilo alimentar, a importância do consumo de hortaliças, grãos, e frutas, Diminuição dos alimentos com gorduras saturadas estimulo a autoestima.

É preciso instaurar uma relação profissional e paciente para que haja esse repasse de informações visando um resultado positivo e, sobretudo a instauração de credibilidade e confiança dos clientes para com os profissionais.

REFERÊNCIAS

Ávila, Adriana, et al. Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**. VI Diretrizes Brasileiras de Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

ANGELAM. G. PIERIN, *Hipertensão arterial*. Editora, Manole, 2004.

MENDES, Romeu; BARATA, J. L. Themudo. **Exercício aeróbio e pressão arterial no idoso**. Ver Port. Clin. Geral. 2008; 24: 251 – 257.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRUNNER; STUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Rio de Janeiro*:Guanabara Koogan, 2012.

CARVALHO FILHO, E. T., PAPALÉO NETO, M. **Geriatría - Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2010.

CECIL, Andreoli. **Medicina interna básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

EMILTON LIMA Jr. **Alterações Comportamentais e Hipertensão Arterial Sociedade Brasileira de Cardiologia /DHA n.4, Out/ Dez 2010.**

ENGEL, C. L.; NICOLICH, M.; STOCKLER, A. P. **Pediatria. Revista Medigrupo ciclo 1: Medyn, 2010.**

FERRAZ, Alex Soares Marreiros; MACHADO, André Accioly Nogueira. **Atividade física e doenças crônico-degenerativas. Revista Diversa. n. 1, p. 25-35, jan/jun, 2, 2008.**

GONÇALVES, Ivan de Oliveira; SILVA, Gustavo José Justo; NAVARRO, Antônio Coppi. **Efeito hipotensivo do exercício aeróbico agudo em idosos hipertensos entre 60 e 80 anos. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício. São Paulo. V 1, n 5. p 76 – 84. set/out. 2007.**

GONÇALVES, Sabrina et al. **Hipertensão arterial e a importância da atividade física. EstudosBiol, 2007.**

GRAVINA, Cláudia F.; GRESPAN, Stela Maris; BORGES, Jairo L. **Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. Revista Brasileira de Hipertensão. v. 14. p 33-36. 2007.**

Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família Enferm. glob. vol.11 no.26 Murcia abr. 2012

JIM MANN, A Stewart; tradução Carlos Henrique Cosendey, Maria de Fátima A. Tema Lúcia A.; **Nutrição Humana**, [Reimpr.].- Rio de Janeiro: Guanabara KOOgan, 2011

Lima, SML, et al. **Caderno de Saúde Pública: Utilização de Diretrizes Clínicas e Resultados na Atenção Básica à Hipertensão Arterial.**, v. 25, n. 9, 2009.

BRANDÃO, Andrea Araujo: **como tratar- Hipertensão Arterial- Volume 3 Ed. Manole 2008**

MANO, Reinaldo. **Hipertensão Arterial Sistêmica**: Manuais de Cardiologia. Disponível em: <<http://www.manuaisdcardiologia.med.br/has/has.htm>>. Acesso em: 07 maio 2013.

Ministro da Saúde relaciona **baixa escolaridade à hipertensão** [Internet]. São Paulo: Portal Andravirtual; 2011 Abr 29 [acesso em 17 de Agosto de 2013].

MENDONÇA, Rejane Teixeira. **Um guia completo de alimentação**. Apresentado por Roberto Figueiredo. 1ª Ed. São Paulo: Redeel, 2010.

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

MORAES, Edgar Nunes de. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Ciipmel, 2008.

MURTA. **Prática e saberes**: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 4ed São Caetano do Sul: SP: Difusão Editora, 2008.

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

SBH.Sociedade Brasileira de Hipertensão - 2013

SBH-Sociedade brasileira de hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Disponível em<www.sbh.org.br/medica/> Acesso em 08/07/13.

SERRANO JÚNIOR, Carlos V et al. **Comotrar: hipertensão arterial**.São Paulo: Manole, V.3, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Bras Cardiol, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - 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 Monica Alves Gama
Pesquisadora: MARIA JOSÉ MELO SILVA.

**HIPERTENÇÃO ARTERIAL: COMPREENSÃO DO CLIENTE QUANTO AO
TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO - SÃO LUIS-MA**

Prezado (a) Sr (a), estou realizando uma pesquisa sobre o tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial. Para isso, preciso fazer algumas perguntas para o (a) Sr.(a) que ajudarão a estudar o conhecimento sobre tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial nos pacientes cadastrados em uma unidade de saúde. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o Sr. (a). Quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O Sr. (a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convido você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradeço sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, e o conhecimento sobre a pesquisa, dentre outras. 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.

São Luís..... / /.....

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Unidade de Saúde da Família Alde de Barro
Bairro de Fátima S/N São Luis-MA.

APENDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CLIENTES DO PROGRAMA SAÚDE DE FAMÍLIA

(PSF).

SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL DO. Bairro de Fátima, São Luis-Ma

Caro cliente, este questionário é parte fundamental da pesquisa monográfica, por isso, é importante que suas respostas sejam dadas de maneira mais reais e objetivas possíveis.

I – IDENTIFICAÇÃO

1) Faixa Etária:

20 -39 40 – 59 60 -79 80 ou mais

2) Sexo:

Masculino Feminino

3) Estado Civil:

Solteiro União consensual Separados Casado Viúvo

4)Cor:

Branca Parda Negra

II – DADOS SOCIOECONOMICO

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 Cuidador Com Familiares Outros

III – HABITOS DE VIDA

9) Fumante

- Sim
 Não
 Já Fumou

Se sim; explique

- 1 a 10 cigarros por dia
 11 a 20 cigarros por dia
 mais de 20 cigarros por dia

10) Ingere bebida alcoólica:

- Sim ,diariamente?
 Não
 Deixou

Se sim; com que frequência

- Habitualmente
 De 1 a 2 vezes por semana
 De 3 ou mais vezes por semana

11) Pratica Exercícios físicos?

- Sim
 Não

Se sim; Qual?

- caminhada
 Hidroginástica
 Alongamento
 Não pratica exercício
 Outros

Você conhece os principais benefícios dos exercícios?

- Sim Não

IV – HABITOS ALIMENTARES

12) Quais os alimentos mais frequentes em sua casa?

- Naturais Industrializados

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

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

14) Ingestão de café

- Sim
 Não

Se sim; (Xícaras de chá)

- Menos de uma xícara por dia
 1 xícara por dia
 2 – 3 xícara por dia
 Mais de 4 xícara pó dia

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

- Cozidos Assados Grelhados Fritos

16- Quantas refeições você realiza por dia?

- Três grandes refeições
 Três refeições e um lanche
 Três refeições e dois lanches

17- Para você o que é uma alimentação balanceada?

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

18- Você conhece o tratamento não medicamentoso para a hipertensão?

- Sim Se sim; pratica?
 Não sim
 Não

19- Você tem consciência do risco que corre?

- Sim Não

ANEXOS

ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



Ofício nº 14/2013 – CA. LABORO

São Luís, 10 de julho de 2013.

De: Profª. Doutora Mônica Elinor Alves Gama – Diretora Acadêmica da LABORO: Excelência em Qualificação.

Para: Srº César Félix Diniz – Secretário Municipal de Saúde / São Luis.
Local da Coleta: Centro de Saúde Bairro de Fátima – Célia Bastos - Diretora

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 SAÚDE PÚBLICA** e seus alunos encontram-se em fase de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso iniciando a etapa de coleta de dados. A discente Maria José Melo Silva desenvolverá o trabalho intitulado **"HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMPREENSÃO DO PACIENTE QUANTO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO"**.

O referido trabalho está sob a orientação da Profª Mônica Elinor Alves Gama. Destacamos que serão respeitadas as normas estabelecidas para pesquisa 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. Cobcamos-nos ao seu dispor.


Profª Mônica Elinor Alves Gama
Diretora Acadêmica da Laboro

FACULDADE LABORO
CNPJ: 02.517.398/0001-00



[98] 3216-9900 | www.institutolaboro.com.br
Av. Castelo Branco, nº 605, Sala 400. São Francisco.
São Luís – MA CNPJ: 02.517.398/0001-00

ANEXO B - SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



Ofício nº 14/2013 - CA. LABORO

São Luís, 10 de julho de 2013.

De: Profª Doutora Mônica Elinor Alves Gama - Diretora Acadêmica da LABORO: Excelência em Qualificação.

Para: Srº César Félix Diniz - Secretário Municipal de Saúde / São Luís.
Local da Coleta: Centro de Saúde Bairro de Fátima - Célia Bastos - Diretora

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 SAÚDE PÚBLICA** e seus alunos encontram-se em fase de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso iniciando a etapa de coleta de dados. A discente Maria José Melo Silva desenvolverá o trabalho intitulado **"HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMPREENSÃO DO PACIENTE QUANTO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO"**.

O referido trabalho está sob a orientação da Profª Mônica Elinor Alves Gama. Destacamos que serão respeitadas as normas estabelecidas para pesquisa 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.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Educação e Saúde
Coordenação de Estágio, Pesquisas e Extensão

Antonio de Souza Azevedo Neto
AUTORIZADO em 11/07/13

*condicionada a
portaria de CEP*

Mônica Elinor Alves Gama
Profª Mônica Elinor Alves Gama
Diretora Acadêmica da Laboro

FACULDADE LABORO
CNPJ: 02.517.198/0001-00

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Educação e Saúde
Coordenação de Estágio, Pesquisas e Extensão

GABINETE: _____
DATA: 11/07/13
HORA: 13:19