

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

RENATO TAVARES LOPES
VANESSA GOEDEL

**A ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA
HIPERDIA NO CENTRO DE SAÚDE DR. JOSÉ R.F. CORRÊA, SÃO LUÍS-MA**

São Luís

2012

RENATO TAVARES LOPES
VANESSA GOEDEL

**A ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA
HIPERDIA NO CENTRO DE SAÚDE DR. JOSÉ R.F. CORRÊA, SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso Pós Graduação em Saúde da
Família do Instituto Laboro, como Seminário de Pesquisa
III para obtenção de nota.

Orientadora: Prof. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2012

“O homem deve ir em busca da sabedoria da mesma maneira que um soldado vai para a guerra: com medo, com respeito, e com total segurança. Deve agir como se soubesse onde está indo, embora na realidade não tenha a menor ideia do que irá encontrar; o que importa é que ele está percorrendo o caminho que escolheu”.

Paulo Coelho

RESUMO

Este trabalho objetivou-se descrever a adesão ao tratamento não-farmacológico anti-hipertensivo entre usuários do Centro de Saúde José Ribamar Frazão Correa, localizado na zona rural do município de São Luís-MA, Brasil. O estudo foi descritivo, destinado à totalidade de hipertensos com confirmação diagnóstica de HA primária, cadastrados e acompanhados no referido Centro, no período de Outubro a Dezembro de 2011. A coleta de dados foi feita através de uma entrevista estruturada, avaliando o perfil sócio demográficos dos usuários e contendo questões fechadas quanto o consumo alimentar, hábito tabagista, hábito etilista, controle de estresse e prática de exercício físico e quanto a presença de comorbidades. Identificou-se o percentual de adesão a cada critério do tratamento não-farmacológico investigado, assim como a caracterização dos hipertensos. Nos resultados constatou-se maioria dos pesquisados são do sexo feminino, faixa etária prevalente acima de 55 anos, e com baixa escolaridade entre eles. No comportamento de risco encontrou-se a baixa adesão à dieta alimentar e à atividade física; Alto índice de hipertensos com comorbidades, como sobrepeso, obesos e diabetes mellitus tipo 2; Contudo, consta um bom acompanhamento mensal no HIPERDIA, uma vez que a educação e formulação de estratégias entre as equipes de saúde, se fazem necessário para aumentar o índice de adesão ao tratamento não medicamentoso desses hipertensos e assim contribuir para diminuição dos índices de sequelas e mortes precoces em idosos, devido o tratamento deficiente da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Palavras-chave: Tratamento não-farmacológico, Hipertensão arterial.

ABSTRACT

This study aimed to describe the adherence with treatment non-pharmacological antihypertensive among users of the Center for Health Jose Ribamar Frazão Correa, located in the rural municipality of São Luís-MA, Brazil. The study was descriptive, for the whole of hypertensive patients with confirmed diagnosis of primary hypertension, registered and followed at this Center, in the period October to December 2011. Data collection was done through a structured interview, evaluating socio demographic profile of users and with closed questions on food consumption, smoking habit, alcohol consumption, stress management and physical activity and the presence of comorbidities . We identified the percentage of adherence to each criterion of non-pharmacological treatment investigated, as well as the characterization of the hypertensive patients. In the results it was found most respondents were female, most prevalent age group above 55 years, with low education levels among them. At risk behavior was found poor adherence to diet and physical activity; High rate of hypertensive patients with comorbidities, such as overweight, obese and type 2 diabetes mellitus, however, contained a good accompaniment HIPERDIA monthly since education and formulation of strategies among health teams, if they need to increase the rate of adherence to nonpharmacological treatment of hypertension and thus contribute to lower rates of sequelae and premature death in the elderly due to poor treatment of Hypertension .

Key-words: Non-pharmacological treatment, Hypertension.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o gênero/sexo.....	19
Gráfico 2	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a faixa etária.....	20
Gráfico 3	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a situação conjugal..	21
Gráfico 4	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a raça/cor.....	22
Gráfico 5	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a escolaridade.....	23
Gráfico 6	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a renda familiar.....	24
Gráfico 7	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o índice de massa corpórea (IMC).....	25
Gráfico 8	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o tabagismo.....	26
Gráfico 9	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a adesão à atividade física.....	27
Gráfico 10	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a ingestão de bebidas alcoólicas.....	28
Gráfico 11	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o consumo de bebidas alcoólicas.....	29
Gráfico 12	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a presença de comorbidades.....	30
Gráfico 13	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a avaliação do nível de estresse.....	31
Gráfico 14	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a realização de atividades de lazer.....	32
Gráfico 15	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o consumo de potássio.....	33
Gráfico 16	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o consumo de sódio.....	34
Gráfico 17	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o consumo de gorduras.....	35
Gráfico 18	Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o acompanhamento mensal dos pacientes no programa HIPERDIA.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	10
1.2	TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO.....	12
1.3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	GERAL.....	16
2.2	ESPECÍFICOS.....	16
3	METODOLOGIA	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
5	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICES.....	41

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica degenerativa de etiologia multifatorial que compromete os vasos do organismo, determinando alteração no tônus vasomotor e favorecendo a vasoconstrição, caracterizando níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) se associando frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com conseqüente aumento dos riscos de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Existe um problema para diferenciar a pressão alta da pressão considerável normal. Ocorre variabilidade entre a pressão diastólica e a pressão sistólica e é difícil determinar o que seria considerado normal e anormal neste caso. Alguns estudos farmacológicos antigos criaram um mito de que a pressão diastólica elevada seria mais comprometedora da saúde que a sistólica. Na realidade, um aumento nas duas é fator de risco (WOODS et al., 2005; MION JUNIOR et al, 2006).

A hipertensão arterial pode ou não surgir em qualquer indivíduo, em qualquer época de sua vida, mas algumas situações aumentam o risco. Dentro dos grupos de pessoas que apresentam estas situações, um maior número de indivíduos será hipertenso. Como nem todos terão hipertensão, mas o risco é maior, estas situações são chamadas de fatores de risco para hipertensão. São fatores de risco conhecidos para hipertensão: Idade; Sexo; Etnia; Nível socioeconômico; Consumos de sal e álcool; Obesidade e Sedentarismo. (J CHRONIC DIS, 1978).

A HAS pode ser primária ou secundária. Na hipertensão arterial primária não há uma causa para o aumento da pressão arterial, ocorrendo um aumento da rigidez das paredes arteriais, fato que é favorecido pela predisposição genética. Os pacientes relatam que existem casos de hipertensos nos familiares mais diretos (pais, irmãos, tios e avós). Nos casos de hipertensão arterial secundária, é possível se determinar a causa do aumento da pressão arterial. Tal causa pode ou não ser tratável. Dentre as causas secundárias de hipertensão arterial destacam-se: as nefropatias, a estenose das artérias renais, o diabetes, a gestação, o uso de certos medicamentos, os tumores das glândulas supra renais e a apnéia obstrutiva do sono.

Geralmente, até os dois anos de idade, a causa mais comum de hipertensão é a secundária (existe uma causa que pode ser tratável). Após os dois anos de idade, a prevalência

aumenta progressivamente, com predomínio da hipertensão arterial primária sobre as causas secundárias (TUDOR, 2000).

Entre as principais complicações da hipertensão arterial sistêmica destacam-se o acidente vasculo-encefálico (AVE), o infarto agudo do miocárdio (IAM), hipertrofia do ventrículo esquerdo, insuficiência renal e cardíaca e morte súbita (N. ENGL. J. MED, 1982).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO et al, 2008; ROSARIO et al., 2009).

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA, 2009). Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; MACMAHON et al., 1990).

Como a doença é de etiologia multifatorial, em geral vários sistemas estão ativados na elevação da pressão arterial. O desenvolvimento da hipertensão arterial dependerá da integração de fatores genéticos e ambientais. O indivíduo nasce com uma predisposição genética para o desenvolvimento da doença (KAPLAN, 2010).

Desenvolver ou não hipertensão dependerá, basicamente, do estilo de vida que as pessoas levam. Em indivíduos com predisposição genética e com estilo de vida inadequado (sedentarismo, dieta hipersódica, hipercalórica e hipergordurosa) a doença se apresenta mais precocemente, geralmente próximo da terceira década de vida e com características de maior resistência ao tratamento (DUNBAR-JACOB et al., 2001).

Vários são os sistemas neuro-humorais envolvidos na hipertensão arterial, mas os principais são o sistema nervoso e o sistema renina angiotensina aldosterona. Ocorre alteração do reflexo barorreceptor, automatizando o sistema a níveis pressóricos elevados além da presença de estímulos excitatórios gerados pelos arcos reflexos. Os rins possuem participação fundamental no desenvolvimento da doença, pois são responsáveis pelo balanço hidrosalino. Algumas pessoas apresentam uma situação genética de maior dificuldade de excreção do excesso de sal que consomem. Há também mecanismos hormonais e vasculares primários, independentes de alterações em outros sistemas. (KAPLAN, 2010).

1.1 Diagnóstico e Tratamento

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual através de equipamentos como esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide devidamente calibrado, ou com técnica oscilométrica pelos aparelhos semi-automáticos digitais de braço validados também calibrados. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças, tais como dor de cabeça, tonturas, cansaço, enjôos, falta de ar e sangramentos nasais. Esta falta de sintomas pode fazer com que o paciente esqueça-se de tomar o seu medicamento ou até mesmo questione a sua necessidade, o que leva a grande número de complicações (TUDOR, 2000).

É importante enfatizar a necessidade de estratificação do risco cardiovascular dos pacientes hipertensos. Tal estratificação está baseada no valor de pressão arterial e na presença de outros fatores de risco associados - idade, sexo e etnia, fatores socioeconômicos, sal, obesidade, álcool e sedentarismo -, da identificação de comprometimento de órgãos alvo e na coexistência de comorbidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)

Normotensão			Hipertensão			
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limítrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS ≥180 PAD ≥110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto
LOA - lesão de órgãos-alvos; SM - síndrome metabólica; DM - diabetes mellitus.						

Deve ser observado que para o mesmo estágio de hipertensão arterial o indivíduo poderá estar com baixo, moderado, alto ou muito alto risco cardiovascular adicional. Isso determinará estratégias terapêuticas diferentes. O tratamento deverá, portanto, estar baseado nessa estratificação de risco, dividindo-se em dois tipos: Tratamento não-medicamentoso e medicamentoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

1.2 Tratamento não-medicamentoso

No tratamento não-medicamentoso as medidas comprovadamente eficazes no controle da pressão arterial são: Dieta com pouco sal (hipossódica) e rica em potássio; Atividade física regular; Eliminação do álcool e tabaco; Perda de peso com manutenção do peso ideal; Controle de situações de stress.

O sal é um dos fatores ambientais mais importantes dentre os aspectos multifatoriais envolvidos na patogênese da hipertensão arterial. As evidências epidemiológicas indicam que a participação do sal é importante, principalmente nos indivíduos com predisposição genética. Do ponto de vista de mecanismo, sabe-se que a ingestão de sódio de grande quantidade pode ativar mecanismos pressores no organismo. Dentre essas destacam-se o aumento do cálcio intracelular e das catecolaminas plasmáticas e a piora da resistência a insulina. Sabe-se que a sensibilidade da pressão arterial ao sal é em grau variável, e está relacionada ao fator hereditariedade e à resistência a insulina. Contudo pode-se dizer que é consenso que a dieta com restrição moderada de sódio (aproximadamente 5g/dia) é ideal para o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial (LOPES et al., 2003).

A redução da ingestão de sódio é geralmente acompanhada de aumento do consumo de potássio, e essa modificação no hábito alimentar pode resultar em grande benefício. 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. A dieta rica em potássio pode ser encontrada em alimentos como: feijões, ervilha, banana, vegetais de cor verde-escura, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

A adoção de hábitos saudáveis desempenha um papel muito importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos. O Ministério da Saúde tem em linhas gerais tais recomendações dietéticas para os hipertensos, como: Manter o peso corporal adequado; reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o sal da mesa; Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, embutidos, conservas, enlatados etc.; Incluir pelo menos seis porções de frutas, legumes e

verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores; Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, etc (BRASIL, 2006).

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle de peso (LOPES et al., 2003).

A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana de forma contínua ou acumulada. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo das funções diárias, que envolvam pelo menos 150min/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias da semana. A atividade não deve ser fatigantes, pois aí ela deixaria de ser moderada e passaria a ser intensa. Para a prática de exercícios moderados, não há necessidade de realização de avaliação cardiorrespiratória de esforço para indivíduos iniciarem um programa de atividade física. Porém, para pacientes com escore de Framingham alto ou aqueles que desejam desenvolver exercícios estruturados que exijam níveis de atividade física de alta intensidade devem passar por uma avaliação médica (BRASIL, 2006).

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e a profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. O Ministério da Saúde, recomenda limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no

máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose) (BRASIL, 2006).

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso do peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. 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 redução da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdômen, está frequentemente associada com resistência a insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência abdominal acima dois valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular. A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático (LOPES et al., 2002).

O estresse acarreta um maior estímulo simpático, que por sua vez, pode induzir a modificações, nos níveis de pressão arterial. Estudos tentam analisar o efeito da modificação na quantidade de estresse, através de técnicas de relaxamento, sobre a pressão arterial, mas até o momento pouco tem-se obtido de benefício sobre o tratamento da hipertensão arterial com tais técnicas não medicamentosas. Por outro lado, a maior descarga simpática com o estresse, pode dificultar a ação de medicamentos anti-hipertensivos. Diante disso, apesar de pouco embasamento, recomenda-se que os pacientes hipertensos que necessitarem, utilizem-se de todas as técnicas disponíveis para diminuir o estresse (AMODEO; LIMA, 1996).

1.3 Tratamento Medicamentoso

Quanto ao tratamento medicamentoso, as tendências das diversas diretrizes existentes é o início do tratamento com fármacos em associação. O objetivo primordial baseia-se na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Os principais grupos de medicamentos são: os diuréticos (de alça e tiazídicos); os inibidores adrenérgicos (betabloqueadores e alfa-2 agonistas centrais); inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA); bloqueadores do receptor de Angiotensina (BRA); inibidores da

produção de renina e os bloqueadores dos canais de cálcio. Há ainda um grupo avançado de medicamentos, usados somente em situações de urgência ou emergência hipertensivas que são os vasodilatadores de ação direta. Quando a pressão arterial sistólica está acima de 20 mmHg e/ ou a diastólica acima de 10 mmHg dos valores recomendados para cada situação, recomenda-se o início do tratamento com medicamentos em associação, sendo que geralmente um diurético em doses baixas deverá sempre estar presente, salvo contra indicação a sua utilização (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento deve estar pautado no tripé do comprometimento. Em um dos lados estão os profissionais da área da saúde como médicos, enfermeiros, nutricionistas entre outros, que devem se comprometer com aquilo que aprenderam e procurarem fazer com que o paciente fique dentro das metas preconizadas para o seu caso específico. Na outra parte está o paciente, que deve se comprometer com a necessidade de tomar o medicamento, mas, também, de mudar seu estilo de vida. Finalmente, na outra parte do tripé, está a família do paciente, que também deve se comprometer em auxiliá-lo para que atinja as metas de seu novo estilo de vida (PEPE et al., 2000).

A má adesão ao tratamento anti-hipertensivo constitui um sério problema de saúde pública, sendo considerado como um dos maiores obstáculos para o sucesso do tratamento da hipertensão arterial. A elevada prevalência desta morbidade clínica e seqüelas devastadoras no controle inadequado da pressão arterial têm sido freqüentemente relacionadas a mortes precoces em idosos. Portanto justifica-se um estudo que avalie a adesão ao tratamento não-medicamentoso, com base em observações pessoais e profissionais obtidas em consultas médicas e de enfermagem de pacientes que demonstraram baixa adesão às consultas e orientações dadas.

No Brasil, atualmente, existem poucos estudos que avaliem a associação entre fatores específicos, como o padrão diurético, com a prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica, demonstrando então uma notória necessidade de se realizar um estudo enfatizando e confirmando a dieta e de outros fatores de estilo de vida no controle do mesmo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar a adesão ao tratamento não-medicamentoso entre os pacientes hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA do Centro de Saúde Dr. José Ribamar Frazão, com o propósito de aperfeiçoar os programas de atendimento para essa categoria.

2.2 Específicos

- Verificar os aspectos sócio-demográficos do grupo em estudo;
- Investigar os comportamentos de risco para HAS entre os pesquisados;
- Identificar presença de co-morbidades (diabetes, obesidade e dislipidemias).
- Determinar o percentual de acompanhamento mensal no programa HIPERDIA;

3 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em um estudo quantitativo, realizado no período de outubro a dezembro de 2011, no Ambulatório de Saúde da Família do Centro de Saúde José Ribamar Frazão Correa, localizado na zona rural do município de São Luís. Foram sujeitos da pesquisa todos os 122 hipertensos com confirmação diagnóstica de hipertensão arterial primária, cadastrados e acompanhados neste Centro.

A coleta de dados será realizada utilizando-se questionários, contendo perguntas fechadas, que será aplicado após a anuência verbal das participantes do estudo quanto a sua livre participação como sujeitos da pesquisa, depois de serem devidamente esclarecidos da sua finalidade e de terem a garantia do sigilo de suas informações. Dessa forma, cumpriu-se a observância dos aspectos preconizados na Resolução 196/96 MS (BRASIL, 1996), que trata dos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, particularmente no seu artigo IV, que aborda a importância do consentimento livre e esclarecido.

Os principais critérios de inclusão foram todos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados no programa HIPERDIA do Centro de Saúde no período do estudo que compareceram a consulta, no dia da entrevista, com registro de duas ou mais consultas no programa. Foram excluídos os pacientes com deficiências que impedissem a comunicação, ou que estivessem em condições clínicas que desaconselhassem sua participação no estudo.

Para a realização do estudo e a coleta dos demais dados, foram utilizados dois instrumentos: um questionário próprio estruturado e padronizado, contendo avaliação clínica de acordo com os critérios baseados nos parâmetros do programa HIPERDIA do Ministério da Saúde, e um formulário de análise de prontuário, onde serão registrados os dados obtidos quando da análise do prontuário dos pacientes já entrevistados. Serão analisados o perfil sócio-demográfico: idade, situação familiar/conjugal, escolaridade, raça/cor, ocupação/profissão, renda familiar; e dados clínicos como consumo alimentar, tabagismo, etilismo, controle de estresse, prática de atividade física, avaliação de presença de comorbidades e percentual de acompanhamento mensal no HIPERDIA. Com a aplicação desses instrumentos, obtiveram-se as variáveis demográficas, sociais e clínicas do paciente.

Em relação à dieta, o formulário de entrevista foi embasado na Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) e nas recomendações das diretrizes nacionais para controle da HAS. Avaliou-se a ingestão de frutas e verduras, com suas respectivas quantidades de porções

por dia; quantidade estimada de sal presente nas refeições, considerando que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu consumir no máximo, 5g de sal/dia (equivalentes a 3 colheres rasas de chá de sal e 2g dos próprios alimentos), sendo esta avaliação de caráter subjetivo informado pelo paciente; e feita avaliação geral sobre a presença de alimentos ricos em gorduras na alimentação diária.

Quanto à prática de atividade física, foi considerado que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu realizar exercício físico com frequência mínima de três vezes ou mais por semana e com duração mínima de 30 minutos cada. Para o controle de estresse, foi considerado que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu possuir atividade que considerasse lazer, além da auto-definição de possuir comportamento calmo e/ou autocontrole do estresse na maioria das situações cotidianas.

Ao avaliar o hábito tabagista, foi considerado que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu não possuir este hábito. Em relação ao hábito etilista, foi considerado que a adesão ocorreu para o indivíduo que referiu este hábito ocasional e seguindo a quantidade permitida ou referiu não possuir este hábito.

Os dados colhidos na entrevista e no exame do prontuário serão armazenados em banco de dados específico, criado no ambiente do programa estatístico Epi-info. Será realizada uma categorização em percentuais para avaliação da adesão ao tratamento não-medicamentoso.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com 122 pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica que são acompanhados no Programa HIPERDIA do município de São Luís. O gráfico 1 mostra a distribuição dos pesquisados quanto ao gênero, sendo que 37 dos pacientes são do gênero masculino e 85, a maioria, do gênero feminino.

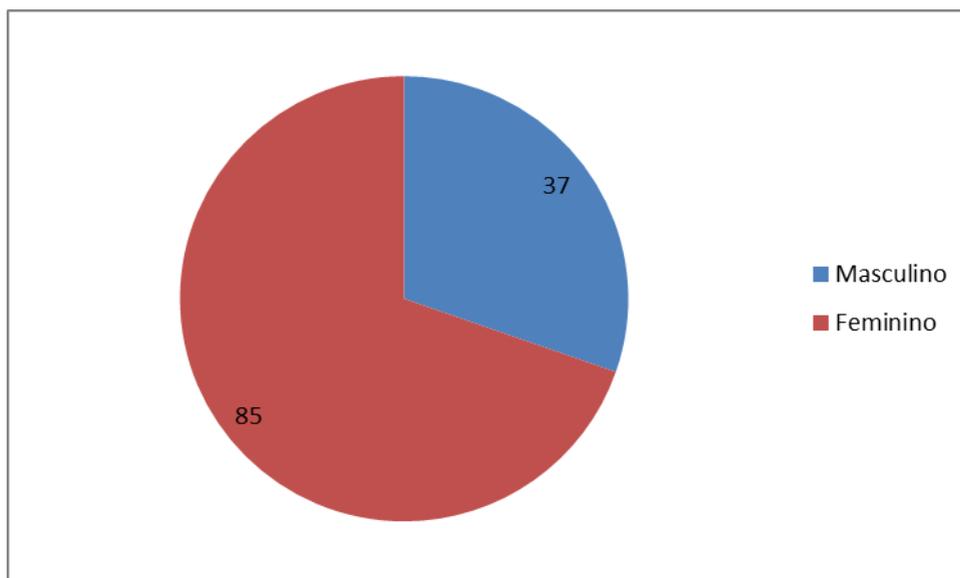


Gráfico 1- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o gênero/sexo. São Luís, 2012.

O número maior de mulheres que homens encontrado neste trabalho pode ser respaldado na característica do serviço, e não apenas pela epidemiologia da doença, uma vez que se sabe da sua prevalência maior em homens até os 45 anos, e em mulheres após esta faixa etária (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

No gráfico 2 estão distribuídos os hipertensos de acordo com a faixa etária, sendo 3 na faixa etária de 26 a 35 anos, 12 na faixa de 36 a 45 anos, 37 na faixa de 46 a 55 anos e 70 estão acima de 55 anos.

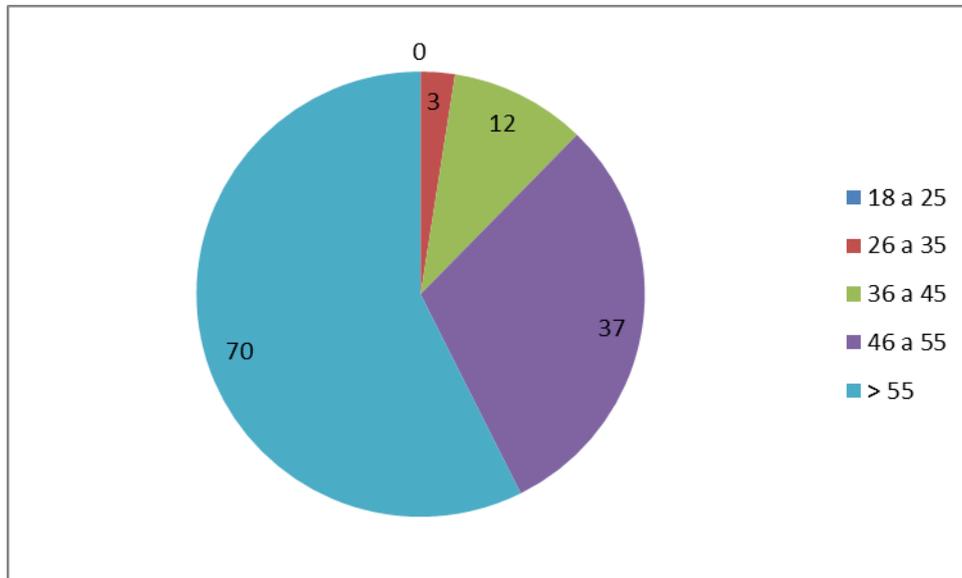


Gráfico 2 - Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a Faixa etária. São Luís, 2012.

Os dados revelam que a maioria dos pesquisados estão acima dos 55 anos. Contudo, não se pode desconsiderar a exposição maior dessa faixa etária a doenças crônicas, além da HAS, que pode contribuir para o maior zelo por sua condição de doença.

O Ministério da Saúde diz que, a idade avançada já se mostrou associada a menores taxas de controle da pressão arterial, merecendo atenção especial do serviço de saúde para com esta clientela no que se refere ao acompanhamento frequente (BRASIL, 2006).

Quanto a situação conjugal, o gráfico 3 revela que, 64 dos entrevistados convivem c/ companheiro(a) e filho(s), 18 convivem c/ companheiro (a) c/ laços conjugais e s/ filhos, 8 convivem c/ companheiro (a), filho(s) e/ou familiares, 10 convivem c/ familiares, sem companheiro (a), 4 convivem c/ outra (s) pessoa(s) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais e 18 vivem só.

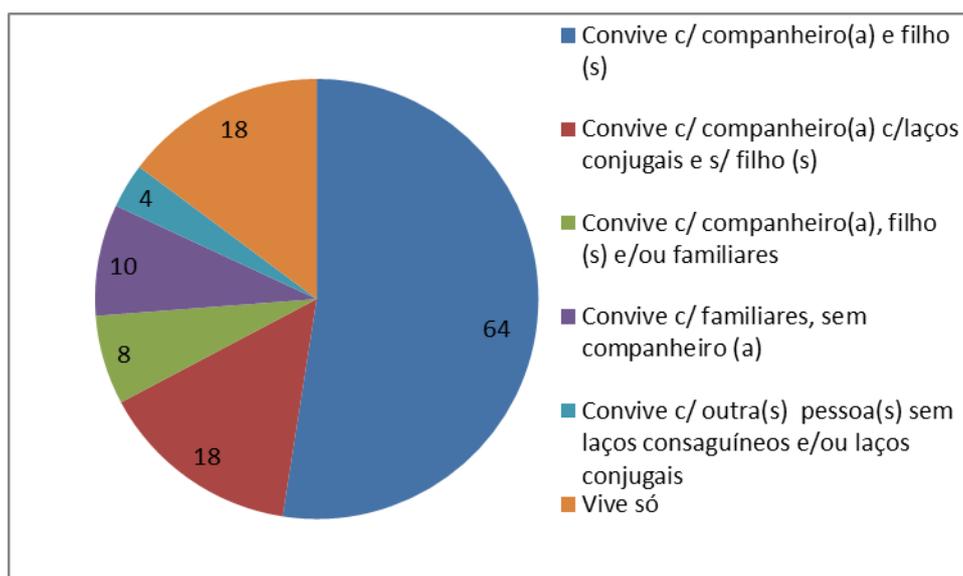


Gráfico 3- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a situação conjugal. São Luís, 2012.

Nesta questão, observou-se que a grande maioria convive com companheiro(a) tendo ou não laços conjugais, porém um número preocupante de entrevistados referiram viver só, o que pode contribuir para uma menor adesão ao tratamento. No momento, não existem estudos claros que mostrem alguma associação.

Os dados do gráfico 4 revelam que 20 dos estudados pertencem a raça/cor branca, 18 cor preta, 6 amarela e 78 parda.

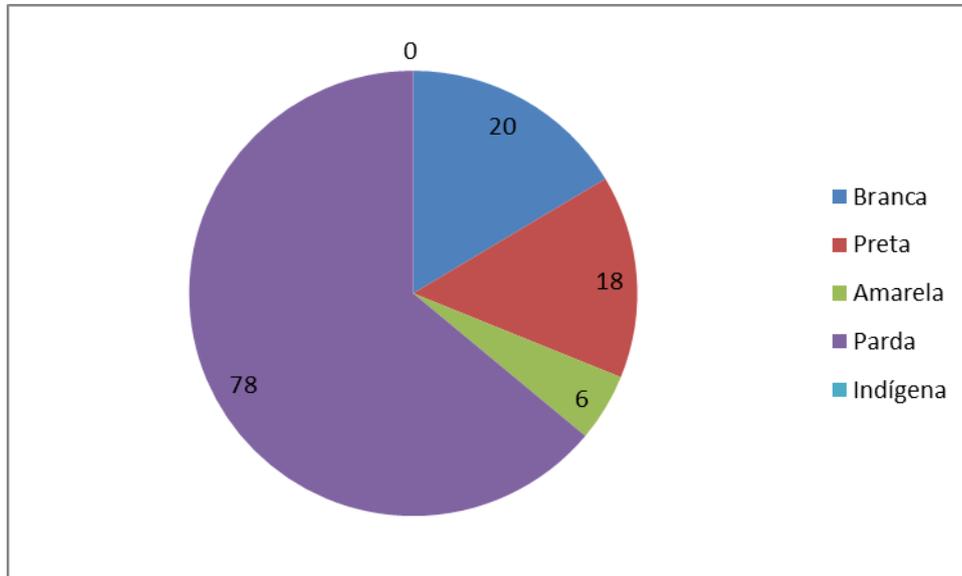


Gráfico 4 - Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a raça/cor. São Luís, 2012.

O Ministério da Saúde afirma que, nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão (BRASIL, 2006).

Analisando o grau de escolaridade o gráfico abaixo, revela que 36 dos entrevistados não sabem ler/escrever, 22 são alfabetizados, 37 possuem o ensino fundamental incompleto, 6 Fundamental completo, 8 Médio incompleto, 10 Médio completo, 2 Superior completo e 1 Especialização. O estudo revela uma grande parcela, 36, de analfabetos.

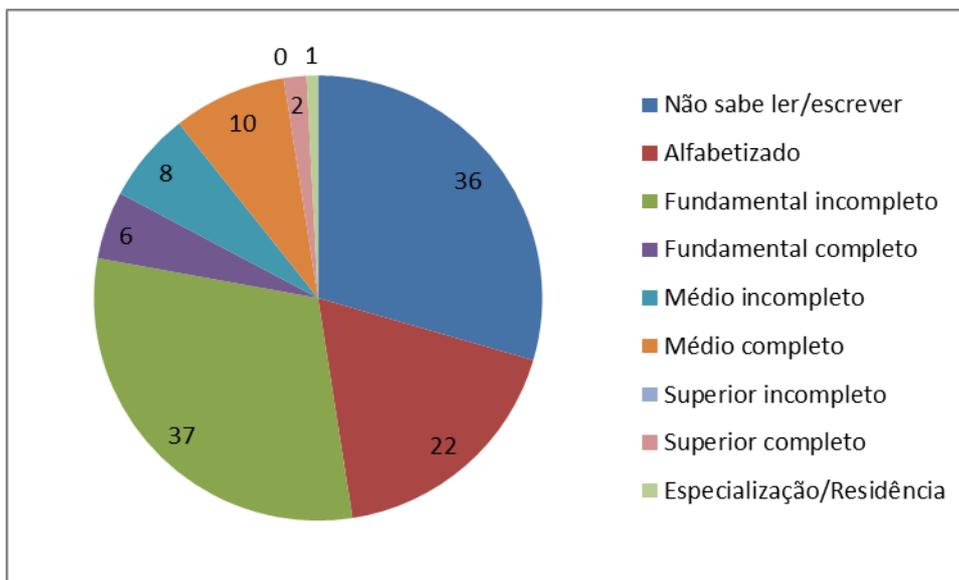


Gráfico 5- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a escolaridade. São Luís, 2012

A baixa escolaridade constatada neste estudo permite que se enfatize a suposta relação direta com o baixo nível socioeconômico, o que por sua vez associa-se a outros fatores de risco para a HAS, como o difícil acesso às informações e à rede de serviços de saúde (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

No que se refere a renda familiar, o gráfico 6 mostra que 22 dos entrevistados tem como renda menos de 1 salário mínimo, 34 possuem 1 salário mínimo, 45 possuem de 1 até 2 salários, 12 possuem de 2 a 3 salários e 9 tem como renda mensal mais de 3 salários.

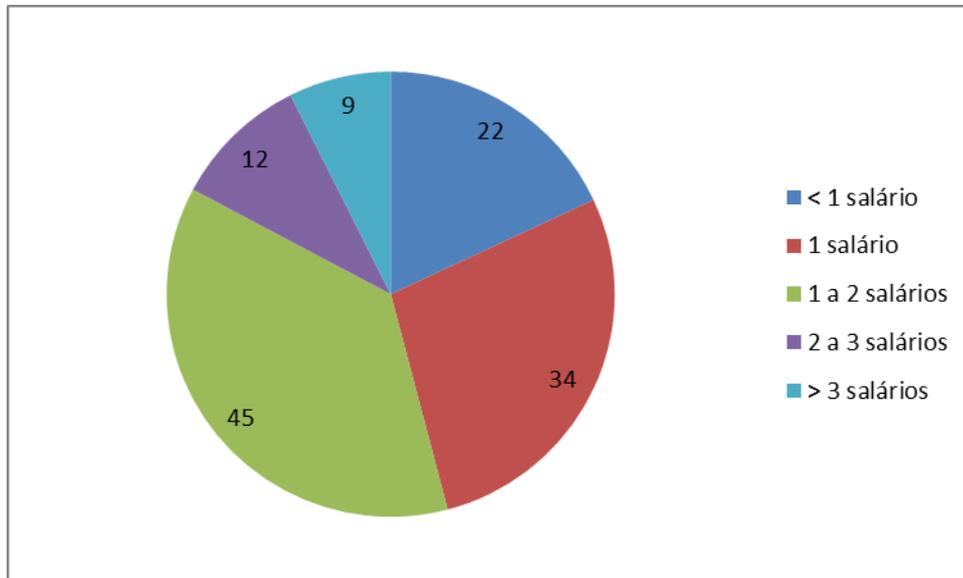


Gráfico 6- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a renda familiar. São Luís, 2012.

Os dados do estudo revelam que grande proporção das entrevistados apresentam uma renda familiar baixa, sendo considerada uma população com baixo nível econômico.

Para Carvalhaes; Moura; Monteiro (2004) a baixa renda pode ser mencionada como fator de risco para a HAS por estar associada a condições precárias de vida, e difícil acesso a serviços de saúde.

Na avaliação do índice de massa corpórea dos pesquisados, constatou-se no gráfico 6, que 34 estão com peso normal, 46 estão acima do peso, 31 classificam em obesidade I, 6 obesidade II (severa) e 5 Obesidade III (mórbida). Contudo, o estudo mostra que o tratamento não farmacológico é de grande valia para manutenção e recuperação da saúde desses pacientes.

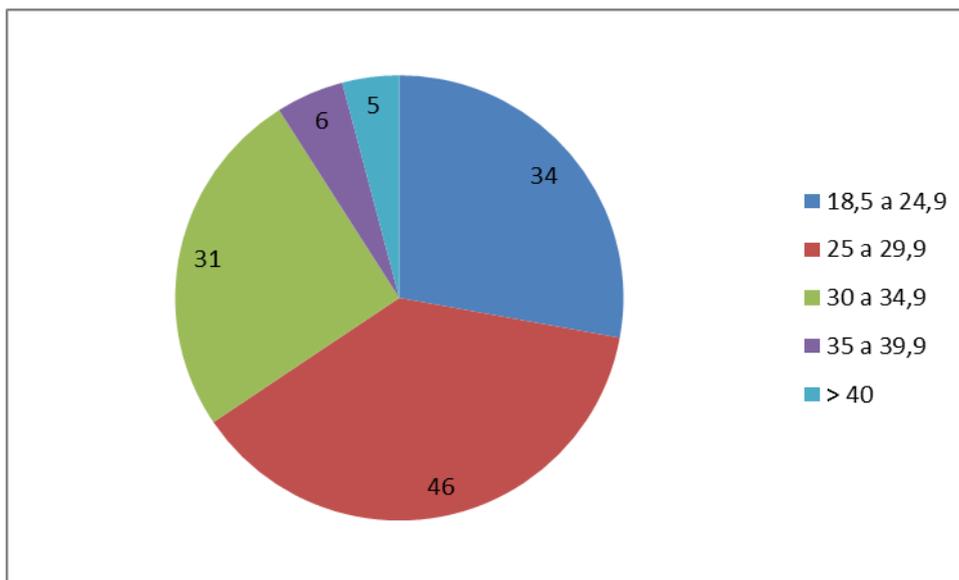


Gráfico 7- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o índice de massa corpórea (IMC). São Luís, 2012.

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial (LOPES et al., 2003).

Conforme o gráfico 8, a pesquisa revela que 28 dos entrevistados são fumantes e 94 não fumam.

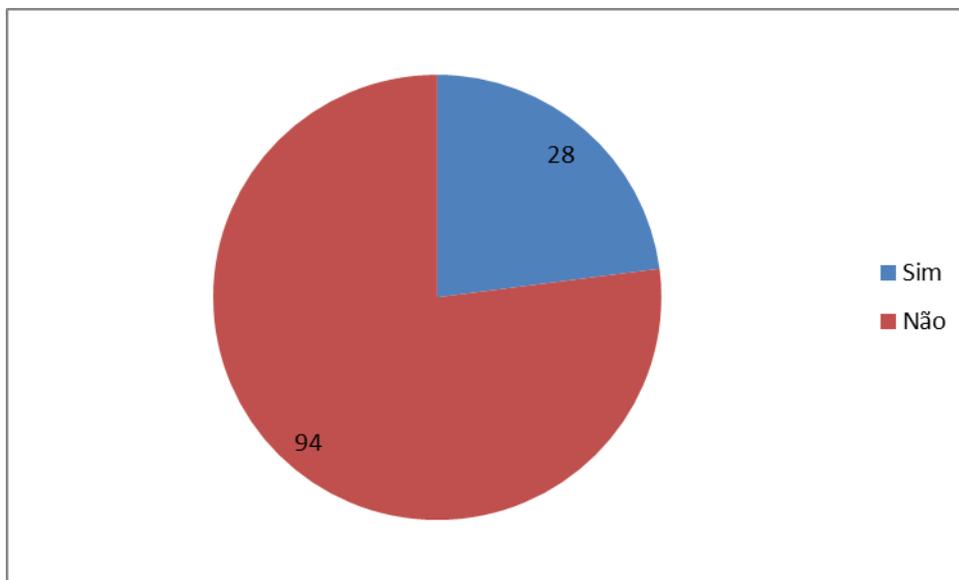


Gráfico 8- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o tabagismo. São Luís, 2012.

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e a profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

O hábito tabagista é desaconselhado para o tratamento da hipertensão arterial por considerar que eleva os valores pressóricos (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

No que se refere à adesão a atividade física, constatou-se que 53 dos usuários são praticantes e 69 não praticam exercícios, conforme pode ser observado no gráfico 9.

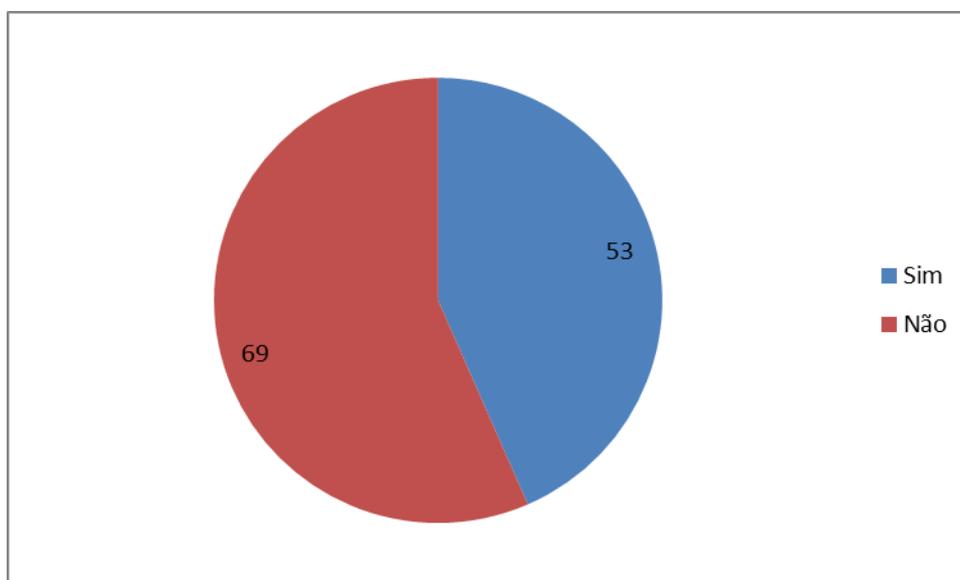


Gráfico 9 - Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a adesão a atividade física. São Luís, 2012.

A atividade física regular pode contribuir muito para evitar as incapacidades associadas ao envelhecimento. Seu enfoque principal deve ser na promoção de saúde, mas em indivíduos com patologias já instaladas a prática de exercícios orientados pode ser muito importante para controlar a doença, evitar sua progressão, e/ou reabilitar o paciente.

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle de peso (LOPES et al., 2003).

Quanto ao hábito de ingerir bebidas alcoólicas, o gráfico10 mostra que 32 ingerem bebidas alcoólicas e 90 não ingerem.

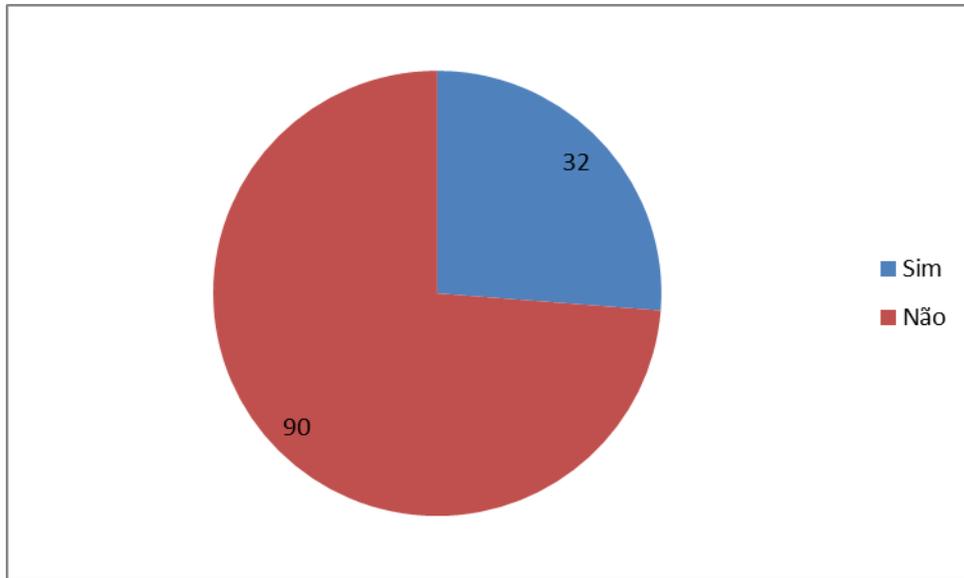


Gráfico 10 - Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a ingestão de bebidas alcoólicas. São Luís, 2012.

. Importante frisar que em virtude da maioria dos entrevistados serem do sexo feminino, este dado pode estar sendo subestimado.

Analisando o consumo de bebidas entre os usuários de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, os dados do gráfico abaixo mostram que 26 têm um consumo normal e 6 consumo elevado.

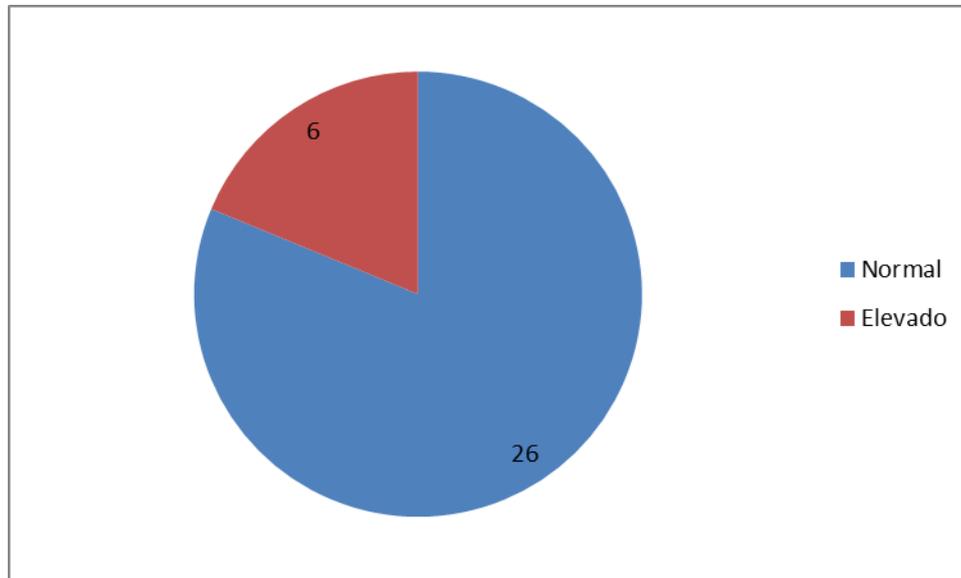


Gráfico 11- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o consumo de bebidas alcoólicas. São Luís, 2012.

O Ministério da Saúde diz que, a relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006).

Na avaliação da presença de co-morbidades revelada no gráfico 12, constatou-se que 42 dos hipertensos são obesos, 2 apresentam Diabetes Mellitus tipo I, 43 Diabetes Mellitus tipo II, 20 dislipidemias e 13 outras (cardiopatia coronariana, pé diabético).

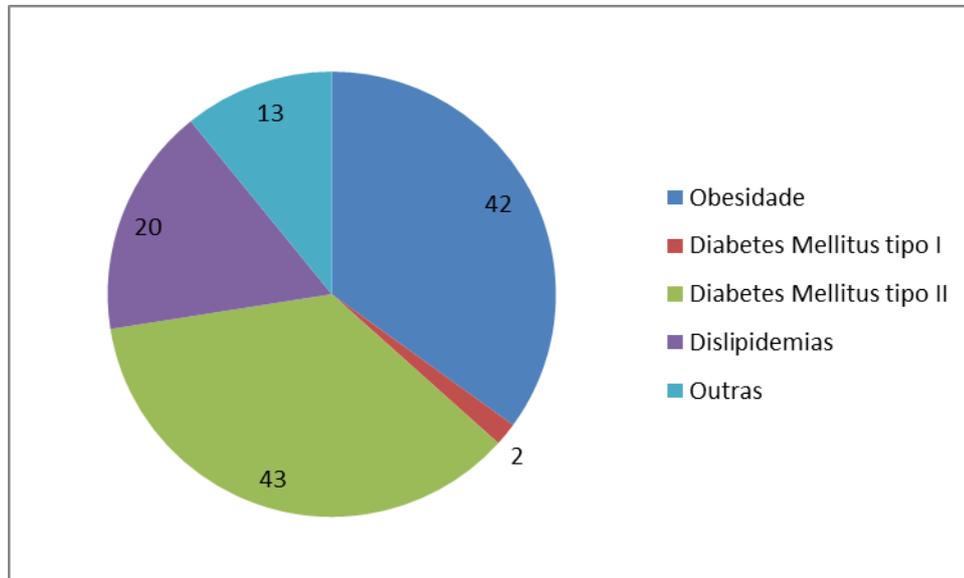


Gráfico 12- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a presença de co-morbidades . São Luís, 2012.

“O aumento do risco cardiovascular em hipertensos ocorre pela agregação de outros fatores, tais como tabagismo e dislipidemias - alterações nos níveis de colesterol e triglicérides, intolerância à glicose e diabetes melito” (LOURENÇO, 2012).

No quesito avaliação do nível de estresse, 94 dos hipertensos se consideram calmos e 28 agitados, conforme mostra o gráfico abaixo.

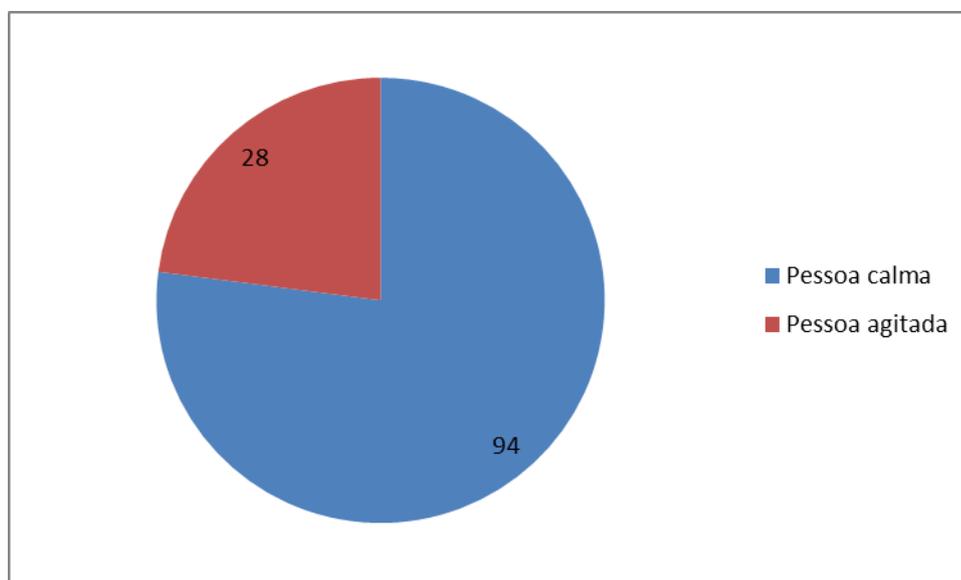


Gráfico 13- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo avaliação do nível de estresse. São Luís, 2012.

O potencial excitatório do estresse emocional na reatividade cardiovascular de indivíduos hipertensos está amplamente comprovado, principalmente nas pesquisas que averiguaram o impacto do estresse interpessoal. A redução do estresse emocional podem, potencialmente, reduzir crises hipertensivas, muitas vezes desencadeadas por fatores estressantes da vida diária, como ilustrado pelo trabalho de Urbini;Lipp (2007), e também porque podem colaborar para o controle da hipertensão arterial sistêmica e para a prevenção de outras possíveis patologias associadas.

No que se refere à realização de atividades de lazer, os dados do gráfico 14 revela que 101 dos entrevistados as realizam e 21 não realizam nenhuma atividade de lazer.

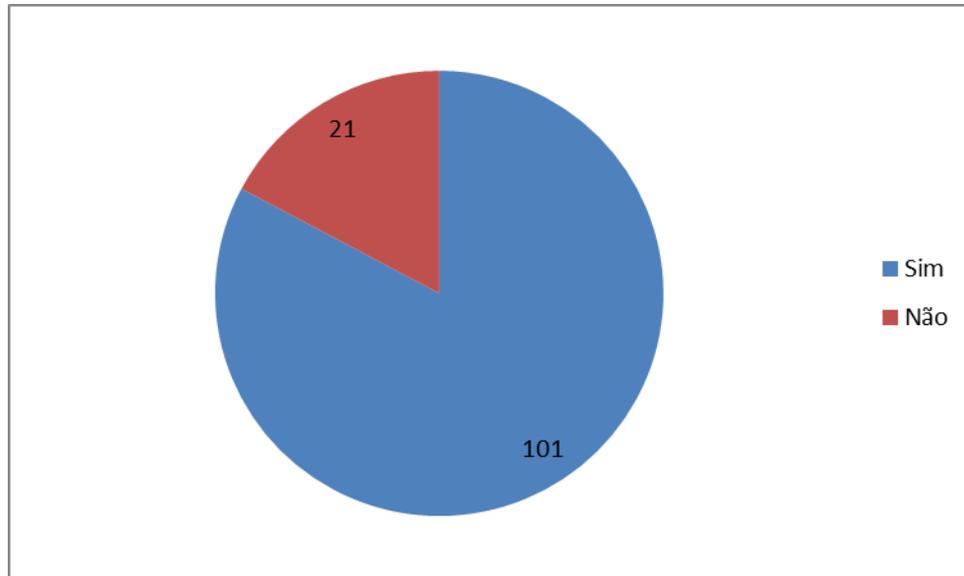


Gráfico 14- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo a realização de atividades de lazer. São Luís, 2012.

Os benefícios do lazer refletem grandemente na qualidade de vida do paciente hipertenso, pois sua realização possibilita o convívio social mais amplo, mobilidade física e ainda proporciona momentos de prazer mental e emocional.

Em relação à dieta, embasado na *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) o gráfico abaixo evidencia que, o consumo de potássio entre os entrevistados foram: 74 tiveram consumo adequado/bom e 48 com consumo deficiente.

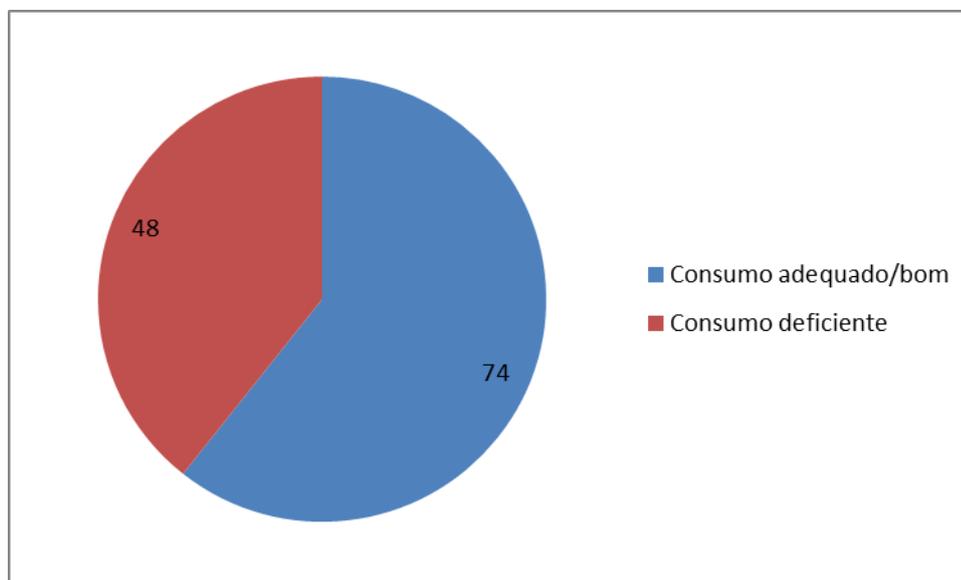


Gráfico 15- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o consumo de potássio. São Luís, 2012.

O consumo diário de potássio encontrado em frutas, grãos e verduras ativam mecanismos que reduzem a pressão arterial, são eles: 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 (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Quando questionado quanto o consumo de sódio na dieta alimentar dos hipertensos, 109 têm consumo leve/normal e 13 consumo moderado/elevado, conforme mostra o gráfico 16.

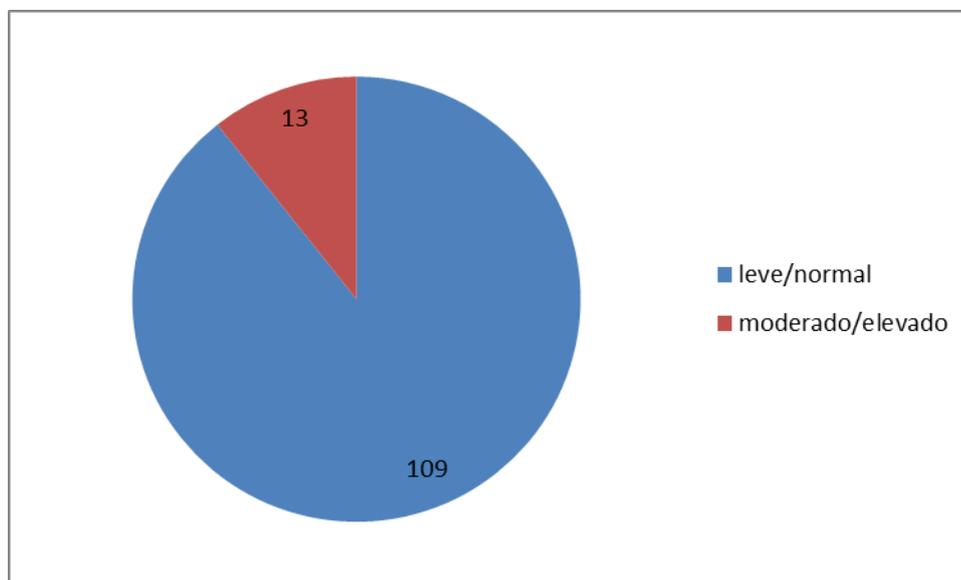


Gráfico 16 - Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o consumo de sódio. São Luís, 2012.

No trabalho de Lopes et al. (2003) destaca-se que a ingestão de sódio de grande quantidade pode ativar mecanismos pressores no organismo. E que a sensibilidade da pressão arterial ao sal é em grau variável, e está relacionada ao fator hereditariedade e à resistência à insulina. Contudo pode se dizer que é consenso que a dieta com restrição moderada de sódio (aproximadamente 5g/dia) é ideal para o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.

No gráfico 17, os dados da pesquisa revelam que 6 dos hipertensos consomem alimentos fritos, 89 alimentos cozidos, 27 alimentos assados/grelhados. Tendo um grande percentual de consumo de alimentos cozidos o que contribui na redução de gorduras no preparo das refeições.

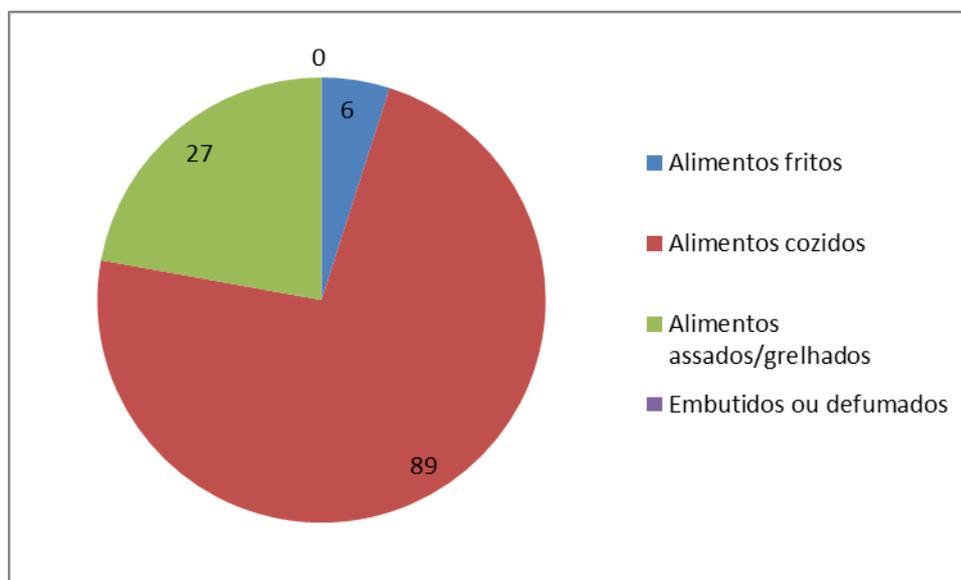


Gráfico 17- Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o consumo de gorduras. São Luís, 2012.

A adoção de hábitos saudáveis desempenha um papel muito importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com a quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos, O Ministério da Saúde tem recomendações dietéticas para os hipertensos, como: restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, embutidos, conservas, enlatados etc.; Incluir pelo menos seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores; Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, etc (BRASIL, 2006).

Quanto questionado sobre o acompanhamento mensal no Programa HIPERDIA os dados do gráfico 18 revelam que, 97 responderam que fazem o acompanhamento e 25 não o fazem.

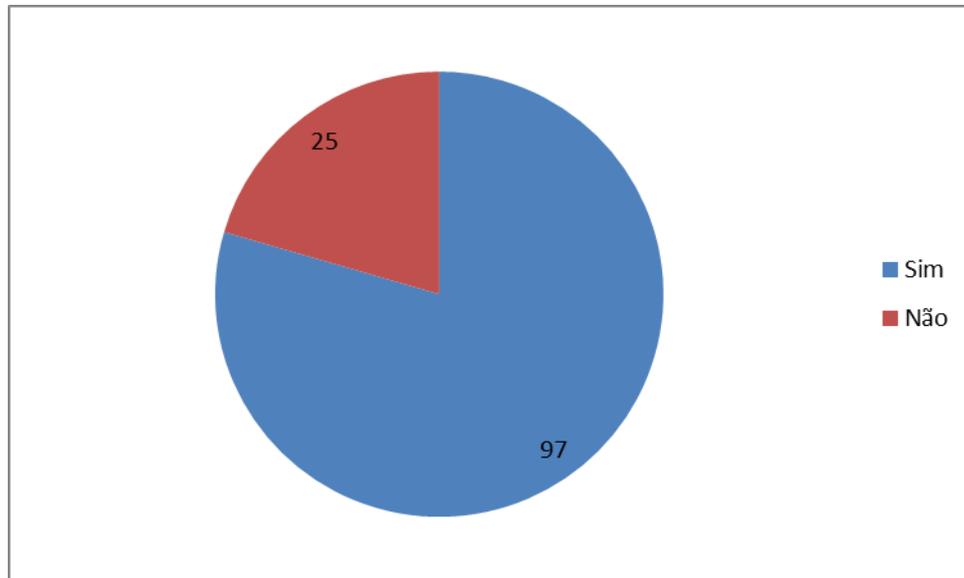


Gráfico 18 - Distribuição numérica dos 122 hipertensos, segundo o acompanhamento mensal dos pacientes no programa HIPERDIA. São Luís, 2012.

Quando questionado qual o motivo do não acompanhamento no programa, muitos relataram falta de locomoção, moram distantes e outros que não têm tempo para ir às consultas.

Segundo o Ministério da Saúde, o programa HIPERDIA permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2006).

5 CONCLUSÃO

O Centro de Saúde José Ribamar Frazão Corrêa possui, entre os cadastrados e acompanhados por hipertensão arterial, em sua maioria: mulheres, faixa etária acima dos 55 anos, convivem com companheiro(a) ou filhos, cor predominante parda, escolaridade fundamental incompleto, renda familiar de 1 a 2 salários, apresentam sobrepeso, não são fumantes, sedentários, não ingerem bebidas alcoólicas, apresentam a Diabetes Mellitus tipo 2 como co-morbidade, se consideram calmos, realizam atividades de lazer, referem bons consumos, tanto de sódio, quanto de potássio, consomem preferencialmente alimentos cozidos e realizam regularmente acompanhamento mensal ao programa HIPERDIA.

Em relação ao tratamento não-farmacológico da hipertensão pelos critérios propostos no estudo, contemplou-se que a dieta foi o critério de menor adesão. Esta comprovação leva a questionar que questões culturais estejam intimamente ligadas a este fato, como, por exemplo, a questão dos hábitos alimentares, onde o alimento é matriz de junção e desempenha algum papel social. Desta maneira, as substituições na dieta em muitas das vezes são bastante difíceis, ocasionando em certos casos, isolamento social e dificuldade da adesão a este tratamento. No entanto, sobre o consumo de sal observou-se uma diminuição do consumo de sal médio.

O segundo critério de menor adesão revelado pelos pacientes entrevistados foi a falta de atividade física, situação esta considerada um grande entrave no mundo atual. O sedentarismo é um comportamento moderno que necessita de um empenho para sobrepujar este problema, haja vista que influencia bastante na qualidade de vida das pessoas e, especificamente, na qualidade de vida do portador de hipertensão arterial. O costume de não realizar exercícios físicos desfavorece o controle da HA e está diretamente relacionada ao aumento de peso.

Esta situação pode ser decorrente da falta da prescrição desta forma de tratamento aos hipertensos ou de sua divulgação inadequada, impedindo não só os pacientes de se beneficiarem desta terapêutica, mas também, a população como um todo de conhecer estas medidas de prevenção e promoção à saúde. O desconhecimento de algumas medidas não farmacológicas, tais como redução de ingestão de sal, peso e bebidas alcoólicas, por outro lado, foi elevado, mostrando que os pacientes não sabem que a hipertensão pode ser tratada sem uso de medicações ou, então, que tratar sem remédios significa seguir as medidas não farmacológicas.

É importante salientar que a quase totalidade dos obesos (IMC >30) indicou a redução de alimentos gordurosos na alimentação como forma de tratamento e os fumantes indicaram a interrupção deste hábito e redução da ingestão de bebidas alcoólicas.

Os achados deste estudo reforçam mais uma vez a importância da participação ativa dos hipertensos no tratamento. O comprometimento do hipertenso em seu auto cuidado deve-se fazer presente em todas as fases da doença, se propondo um esquema terapêutico que possa dar oportunidade para que o paciente exponha suas escolhas e necessidades em relação ao mesmo. Uma abordagem individual que realmente caracterize as reais necessidades do hipertenso considerando suas crenças, hábitos de vida, valores, compromissos com sua saúde, é essencial para uma ideal e adequada adesão ao tratamento, tendo em vista que o seguimento das medidas não farmacológicas implica diretamente em mudanças no estilo de vida.

É necessário o compromisso de todos os profissionais de saúde para a compreensão destas condições, no sentido de buscar alternativas para seu enfrentamento. Conclui-se que as limitações deste estudo se baseiam na dificuldade de compor as causas para a não-adesão, propondo que pesquisas futuras favoreçam a apreensão dos fatores relacionados, assim contribuindo com ações que aumentem a eficiência dos programas de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

REFERÊNCIAS

- AMODEO, C.; LIMA, N.K. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 29, p. 239-243, abr./set. 1996.
- ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento antihipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletrônica Enferm.** 2006.
- BALDISSERA, V.D.A.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 27-32, mar. 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 15, p. 58, 2006.
- CARVALHAES, M.A.B.L.; MOURA, E.C.; MONTEIRO, C.A. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, 2004.
- CESARINO, C.B.; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Card.**, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.
- DOSSE, C. et al. Fatores associados à não-adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão arterial. **Revista Latino-am. Enfermagem**, p. 1-7, 2009.
- DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M.K. Treatment adherence in chronic disease. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 54, 2001.
- HYPERTENSION DETECTION AND FOLLOW-UP PROGRAM COOPERATIVE GROUP. The effect of treatment on mortality in mild hypertension. **N. Engl. J. Med.**, n. 307, p. 976-980, 1982.
- KAPLAN, N.M. **Kaplan's Clinical Hypertension**. 10. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- KOHLMANN, J.R. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol. Metab**, v. 43, n. 4, p. 257-286, 1999.
- LOPES, H.N. et al. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. de São Paulo**, v. 13, n. 1, jan./fev. 2003.
- LOURENÇO, P.S.V. **Hipertensão arterial**. Disponível em: <http://drpaulosvl.site.med.br/index.asp?PageName=HIPERTENS-C30-20-20ARTERIAL>. Acesso em 24 fev. 2012.
- MACMAHON, S. et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part I, prolonged differences in blood pressure: perspective observational studies corrected for the regression dilution bias. **Lancet**, n. 335, p. 765-774, 1990.

MION, J.D. et al. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**, p. 1-50, 2006.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, 2000.

ROSARIO, T.M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Card.**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão Arterial**, v. 9, n. 4, p. 384-385, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** **95**, n.1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** **2006**, n.1, p. 1-48, 2006.

THE POOLING PROJECT RESEARCH GROUP. Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: final report of the Pooling Project. **J Chronic Dis**, n. 31, p. 201-306, 1978.

TUDOR, J. **Tudo sobre hipertensão arterial**. Andrei, 2000.

URBINI, F.S.; LIPP, M.E.N. A importância do diagnóstico do stress na urgência hipertensiva em mulheres. **Medicina On line – Rev Virt Med**, abr. 2007.

WOODS, S.; SIJARAM, E.; MOTZER, S.; **Enfermagem em Cardiologia**. Barueri: Manole, 2005.

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

QUESTIONÁRIO

• **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

1 Nome:

2 Sexo: () Feminino () Masculino

3 Idade: () 18 – 25a () 26 – 35a () 36 – 45a () 46 – 55a () mais de 55 anos.

4 Situação conjugal/ familiar:

- () convive com companheira (o) e filho(s)
() convive com companheira (o) s/ filho(o)
() convive com companheira (o), filho(s) e/ou outros familiares
() convive com familiares s/ companheira (o)
() convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
() vive só.

5 Raça/cor:

() branca () preta () amarela () parda () indígena

6 Escolaridade:

- () não sabe ler e escrever
() alfabetizado
() Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
() Fundamental completo (1º grau completo)
() Médio incompleto (2º grau incompleto)
() Médio completo (2º grau completo)
() Superior incompleto
() Superior completo

8 Renda familiar:

() menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários
() 2 a 3 salários () mais de 3 salários

• **DADOS CLÍNICOS:**

1 Sobrepeso/obesidade

Peso: _____

Altura: _____

IMC: _____

18,5 – 24,9

25 – 29,9

30 – 34,9

35 – 39,9

> 40

Circunferência abdominal: _____

2 Fuma?

sim não

3 Pratica alguma atividade física?

sim não

a) Se sim, quantas vezes por semana?

1 vez 2 vezes 3 vezes mais de 3 vezes

b) Se sim, gasta em média quanto tempo de exercício físico?

menos de 30 minutos 30 minutos mais de 30 minutos

4 Consome algum tipo de bebida alcoólica?

sim não

a) Se sim, qual o tipo de bebida?

cerveja vinho bebida destilada

b) Qual a quantidade de bebida ingerida diariamente?

menos de uma garrafa uma garrafa(720ml) mais de uma garrafa

menos de uma taça uma taça(240ml) mais de uma taça

uma dose (60ml) mais de uma dose

5 Apresenta alguma co-morbidade?

obesidade (de acordo com IMC)

diabetes mellitus tipo I

diabetes mellitus tipo II

dislipidemias (de acordo com resultado de exames)

outras

não possui nenhuma co-morbidade.

6 Você se considera uma pessoa calma?

Sim

Não

a) Se sim, você costuma realizar atividades que gosta?

Sim

Não

7 Costuma comer verduras e frutas em sua dieta?(potássio)

sim não

a) Se sim, quantas porções por dias?

1 2 a 3 porções mais de 3 porções

8 As refeições diárias são realizadas e/ou consumidas ?(sódio)

com pouco sal sal moderado ou elevado

9 Nas refeições diárias são ingeridos mais de 3 vezes por semana?(gorduras)

alimentos fritos alimentos cozidos alimentos grelhados e/ou assados

embutidos e defumados carne vermelha frango peixe

nenhum tipo de carne outros

10 Você realiza o acompanhamento mensal do tratamento da hipertensão no posto de saúde?

Sim

Não

a) Se não, porque?

não tenho tempo é longe da minha casa esqueço das consultas

outros _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Monica Elinor Alves Gama.

e-mail: acadêmico@institutolaboro.com.br

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

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

Pesquisadores: Vanessa Goedel, Renato Tavares Lopes.

**A ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA
HIPERDIA NO CENTRO DE SAÚDE DR. JOSÉ R.F. CORRÊA, SÃO LUÍS-MA**

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa para descrever a adesão ao tratamento não farmacológico anti-hipertensivo. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a avaliar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento não farmacológico. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sra. 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 sobre perfil sócio-demográfico, hábitos alimentares, estilo de vida e alguns dados clínicos. 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 dados de identificação pessoal da Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Unidade de Saúde Dr. José Ribamar Frazão Correa.
Rua Tancredo Neves, S/N, CEP: 65095490.
São Luís – MA.