

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

**DANIELLE PEREIRA LEÃO
ELAYNE CRISTINNE MOURA LIMA
ELIAN RODRIGUES FERREIRA
JOAMA GUSMÃO PEREIRA**

**HÁBITOS DE VIDA DOS HIPERTENSOS ATENDIDOS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – SANTA EFIGÊNIA, SÃO LUÍS-MA.**



São Luís
2007

**DANIELLE PEREIRA LEÃO
ELAYNE CRISTINNE MOURA LIMA
ELIAN RODRIGUES FERREIRA
JOAMA GUSMÃO PEREIRA**

**HÁBITOS DE VIDA DOS HIPERTENSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA-SANTA EFIGÊNIA, SÃO LUÍS-MA.**

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

Orientadora: Prof^ª. MsC. Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luís
2007

Leão, Danielle Pereira et al

**Hábitos de vida dos hipertensos atendidos no programa saúde da família-
Santa Efigênia, São Luís-MA./ Danielle Pereira Leão; Elayne Cristinne Moura
Lima; Elian Rodrigues Ferreira; Joama Gusmão Pereira. - São Luís, 2007.**

43 f:il

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – LABORO – Excelência em
Pós – Graduação / Universidade Estácio de Sá, São Luís – Maranhão, 2007.

1. Hipertensão arterial. 2 Hábitos de vida. I.Título

CDU 616.12-008.331.1

**DANIELLE PEREIRA LEÃO
ELAYNE CRISTINNE MOURA LIMA
ELIAN RODRIGUES FERREIRA
JOAMA GUSMÃO PEREIRA**

HÁBITOS DE VIDA DOS HIPERTENSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA-SANTA EFIGÊNIA, SÃO LUÍS-MA.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. MsC. Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)
Mestra em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo

Prof^ª. Doutora Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina pela USP

AGRADECIMENTOS

À Deus, por até aqui nos ter ajudado.

À Professora MsC. Rosemary Ribeiro Lindholm, pelo auxílio, orientação e incentivo na elaboração deste trabalho.

Aos nossos familiares pelo companheirismo, ajuda e paciência na elaboração deste trabalho.

À equipe de Saúde da Família de Santa Efigênia, pela significativa colaboração, em especial aos agentes de saúde dessa unidade;

À Dra. Dorinha (diretora da Unidade de Saúde Santa Efigênia), pelo apoio à realização deste trabalho;

O Senhor é o meu pastor e nada me faltará.
Sl. 23, 1.

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença que se caracteriza pela presença de níveis altos da pressão do sangue dentro das artérias. Para controle desta, é necessário que o hipertenso adote hábitos de vida saudáveis. Portanto, este estudo tem como objetivo avaliar os hábitos de vida dos hipertensos atendidos no Programa Saúde da Família – Santa Efigênia em São Luís-MA. Este estudo tem uma abordagem quantitativa do tipo transversal descritiva, utilizou-se como instrumento para roteiro da pesquisa um questionário contendo perguntas relacionadas com as condições demográficas, sócio-econômicas e hábitos de vida. A população foi composta por 57 hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA na Unidade de Saúde da Família Santa Efigênia. Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados são do sexo feminino, na faixa etária acima de 65 anos, aposentados, estudaram até o fundamental completo, renda de um salário mínimo, uso de medicação regular, não fumantes, não etilistas, atividade física realizada é caminhada, atividade de lazer é ver televisão, hábitos alimentares verduras, peixes e arroz.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Hábitos de Vida

ABSTRACT

The high blood pressure is an illness that is characterized by the presence of high levels of blood pressure inside the arteries. To control it, it is necessary that the ill adopts healthful life habits. Therefore, this study has as objective to evaluate the ill's life habits assisted by the Program Saúde da Família -Santa Efigênia in São Luís-MA. This study has a quantitative boarding of the descriptive transversal type, a questionnaire was used as instrument to be the script of the research. The questions were related to the demographic and social-economic conditions and life habits. The population was composed by 57 ill's registered in the program HIPERDIA in Unidade de Saúde da Família Santa Efigênia. The results showed that the majority of the interviewed ones are females, over 65 years old, are retired, had studied until elementary school, earn a minimum salary, are regular medication users, don't smoke, walking is the only physical activity, watching TV is the leisure activity and eating habits include vegetables, fish and rice.

Key-words: High Blood Pressure. Life Habits.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	p.
Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo o sexo.....	21
Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo a ocupação....	24
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo o uso de medicação.....	28
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo o hábito de fumar.....	29
Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo o uso de bebida alcoólica.....	30
Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo a atividade física.....	31
Quadro 1 - Classificação da pressão arterial em adultos.....	12
Quadro 2 - Classificação da pressão arterial em adultos.....	19
Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual dos 57 entrevistados, segundo hábitos alimentares. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.....	26

LISTA DE TABELAS

	p.
Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo a idade.....	20
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo a raça.....	21
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo o estado civil.....	22
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo a convivência.....	23
Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo o grau de escolaridade.....	25
Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo a renda familiar.....	26
Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo os hábitos alimentares.....	27
Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo os níveis pressóricos.....	32

LISTA DE SIGLAS

ECA	- Enzima Conversora da Angiotensina
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	- Hipertensão e Diabetes
PSF	- Programa Saúde da Família
SNC	- Sistema Nervoso Central
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
USF	- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	p.
LISTA DE GRÁFICOS.....	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE SIGLAS	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Tipo de estudo	17
3.2 Local da pesquisa.....	17
3.3 População	17
3.4 Aspectos éticos	17
3.5 Instrumento de coleta de dados	18
3.6 Coleta de dados	18
3.7 Análise dos dados.....	18
3.8 Definições utilizadas no estudo.....	19
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	20
5 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	37
ANEXO	42

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS é definida por Engel et al (2002), como uma entidade clínica na qual o indivíduo apresenta repetidos níveis de pressão arterial que conferem um significativo aumento dos riscos de eventos cardiovasculares, a curto ou longo prazo, justificando uma programação terapêutica.

A HAS é uma doença da regulação vascular, na qual estão alterados os mecanismos que controlam a pressão arterial dentro da faixa da normalidade. Os mecanismos de controle predominantes são: o Sistema Nervoso Central - SNC, o Sistema Pressor Renal - Sistema Renina Angiotensina Aldosterona, e o volume de líquido extracelular. “A explicação básica é que a pressão arterial se encontra elevada, quando existe débito cardíaco aumentado mais resistência vascular periférica aumentada” (NETTINA, 1998).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002), a HAS é uma síndrome caracterizada pela presença de níveis altos da pressão do sangue dentro das artérias, iguais ou superiores a 140 X 90mmHg (milímetros de mercúrio). Está associada a alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas, entre as quais a própria elevação dos níveis tensionais, as dislipidemias, a obesidade centrípeta, a microalbuminúria, a atividade aumentada dos fatores de coagulação, a redução da competência arterial e a hipertrofia com alterações da função diastólica do ventrículo esquerdo.

Segundo Mano (2006), a hipertensão arterial sistêmica atualmente não pode mais ser vista apenas como uma condição clínica em que as cifras tensionais estão acima de um determinado valor. Na verdade a hipertensão arterial existe num contexto sindrômico, com alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas, entre as quais a própria elevação dos níveis tensionais, as dislipidemias, a resistência insulínica, a obesidade centrípeta, a microalbuminúria, a atividade aumentada dos fatores de coagulação, a redução da complacência arterial e a hipertrofia com alteração da função diastólica do VE.

O recente trabalho de Santos (2006), levou a uma simplificação das categorias e a categorização de uma situação dita "pré-hipertensão", onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, tendo em vista a grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial com o avançar da idade.

A classificação de pressão arterial em adultos pode ser mostrada no quadro abaixo. (Quadro1).

NÍVEL DA PRESSÃO ARTERIAL	CLASSIFICAÇÃO
< 120 sistólica e < 80 diastólica	Normal
<= 139 sistólica e <= 89 diastólica	Pré-Hipertensão
140~159 sistólica ou 90~99 diastólica	Hipertensão Estágio 1
> 100 diastólica ou > 160 sistólica	Hipertensão Estágio 2

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

Esta classificação segundo Brunner; Suddart (2002), mostra relação direta entre o risco de morbidade e a mortalidade a partir da hipertensão e o nível de pressões arteriais sistólica e diastólica, pois quanto maior for à pressão quer sistólica quer diastólica, maior será o risco.

Ainda para as autoras acima citadas, a hipertensão pode ser vista como três entidades: um sinal, um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica e uma doença. Como um sinal, os profissionais de saúde usam a pressão arterial para monitorizar o estado clínico do paciente; uma pressão elevada pode indicar uma dose excessiva de medicação vasoconstrictora ou outros problemas. Como um fator de risco, a hipertensão contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumula dentro das paredes vasculares. Quando considerada uma doença, a hipertensão é um importante contribuinte para a morte ou por doença cardíaca, renal e vascular periférica.

Os fatores de risco que influenciam no agravamento ou aparecimento da hipertensão são: hereditariedade, idade (acima de 30 anos), raça (afro-americana), sexo, obesidade e sobrepeso, ingestão elevada de sódio, dieta rica em gorduras, uso de pílulas anticoncepcionais, etilismo, tabagismo, sedentarismo, estresse e diabetes mellitus (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2006). Estes mesmos autores destacam que hipertensão arterial constitui uma das doenças mais comuns do mundo moderno, atingindo cerca de 15 a 20% da população adulta.

No Brasil, de acordo com Mano (2006), diversos estudos demonstram uma prevalência elevada de hipertensão arterial na população brasileira. Em média, a prevalência

se situa na casa de 15% da população adulta, variando conforme o estudo e a localidade pesquisada de 9 a 30% de prevalência os segmentos sociais mais pobres são os que possuem maior prevalência de hipertensão e também de complicações como acidentes vasculares. As regiões rurais apresentam menor prevalência de hipertensão em relação à metropolitana. O índice de prevalência de hipertensão varia numa mesma população de determinada origem conforme ocorrem migrações, portanto o ambiente é um importante fator determinante. A urbanização, os hábitos sociais e as atividades profissionais são determinantes maiores.

A estimativa de prevalência de Hipertensão Arterial na população adulta do Brasil, baseada nos dados estatísticos de 1995, estima que:

Existiam 13 milhões de brasileiros hipertensos com cifras de Pressão Arterial de > 160 e/ou 95 mmHg. Se considerarmos as cifras entre 140-159 e/ou 90-94 estima-se 30 milhões de hipertensos no Brasil em 1995. Provavelmente 50% destes (aproximadamente 15 milhões), desconhecem ser hipertensos (BRASIL, 2001).

No Maranhão, registra-se em 1996, um estudo epidemiológico de base populacional, que aconteceu em São Luis, que revelou 23,8% da população como portadora de hipertensão arterial. (BARBOSA et al, 2002).

Segundo Castro et al (2003), as necessidades humanas básicas, definidas por Horta, como estados de tensões resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais, podem estar associadas a alterações em diversos aspectos do corpo humano, entre elas a mecânica corporal, a regulação neurológica, a nutrição, a condição sócio-econômica, o sono e repouso e a auto-realização. As doenças crônicas, entre as quais a HAS, constitui desequilíbrios que impõem modificações no estilo de vida, exigindo readaptações ante a nova situação e estratégias para seu enfrentamento. Esse processo depende tanto da complexidade, gravidade e fase da doença, como das estruturas disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o estado de equilíbrio.

Nesse sentido, no caso da HAS, grande ênfase tem-se dado às medidas não farmacológicas, de mudança no estilo de vida, para prevenção e controle dos níveis tensoriais elevados, que devem ser implementadas para todos os hipertensos, mesmo aqueles em uso de drogas anti-hipertensivas, pois o estilo de vida saudável e o auto-cuidado não apenas previne as doenças coronárias, como também diminuem o progresso da doença e melhoram a qualidade de vida.

Para Brasil (2001), as opções de controle para a hipertensão estão inseridas dentro das modificações do hábito de vida como estabelecer um preparo alimentar, onde o mesmo

deverá ser personalizado de acordo com: idade, sexo, atividade metabólica, hábitos sócio-culturais, situação econômica, disponibilidade dos alimentos em sua região; oferecer refeições fracionadas, objetivando a distribuição harmônica dos alimentos; incentivar o consumo de fibras alimentares (frutas, verduras, legumes, cereais, etc); evitar o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas; reduzir a ingestão de sódio a não mais que 2g por dia; aumentar a ingestão de potássio, pois estudos populacionais indicam que o aumento do consumo de potássio previne o aumento da pressão arterial e preserva a circulação cerebral; evitar frituras em geral; aumentar a atividade física; parar de fumar e limitar a ingestão de álcool a não mais que 30ml de etanol por dia.

Para Nettina (1998), após as alterações no estilo de vida, a pressão arterial permanece igual ou superior a 140X90mmHg ou não está no nível ótimo na presença de outros fatores de risco cardiovascular durante três a seis meses, a terapia medicamentosa deve ser iniciada.

O tratamento da hipertensão arterial inclui a educação, modificação de hábitos e estilos de vida e se necessário, tratamento medicamentoso. O cliente deve ser estimulado a adotar hábitos de vida saudáveis como: manutenção do peso adequado, diminuição da ingestão de sal, prática regular de atividades físicas, suspensão de hábitos de fumar, evitar consumo de bebidas alcoólicas, gorduras saturadas e maior consumo de potássio. (BRASIL, 2001).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentada em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não medicamentosas isoladas como associadas a fármacos anti hipertensivos.

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Assim, os princípios gerais para o tratamento medicamentoso são:

- Ser eficaz por via oral;
- Ser bem tolerado;
- Permitir a administração em menor número possível de tomadas diárias, com preferência para aqueles com posologia de dose única diária;
- Iniciar com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente. Deve-se levar em

conta que quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos;

- Não é recomendável o uso de medicamentos anti-hipertensivos obtidos através de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, biodisponibilidade e/ou de interação química dos compostos;
- Pode-se considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes com hipertensão em estágios II e III;
- Respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo, em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos;
- Instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade de tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os efeitos terapêuticos;
- Considerar as condições sócio-econômicas.

Os anti-hipertensivos em uso em nosso meio podem ser divididos em seis grupos: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueadores dos canais de cálcio, antagonistas do receptor AT, da angiotensina II (AII).

Devido à vivência profissional no Programa Saúde da Família – PSF, observou-se grande número de hipertensos cadastrados pelas equipes. Dessa forma, surgiu a necessidade de elaborar um trabalho para conhecer os hábitos de vida dos hipertensos de modo que, venha facilitar a conduta profissional e auxiliar na promoção do auto-cuidado desses clientes, orientando-os a aderir novos hábitos de vida saudáveis no tratamento correto e consequentemente na melhoria da qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar os hábitos de vida, aspectos demográficos, sócio-econômicos e tratamento medicamentoso dos hipertensos atendidos no Programa Saúde da Família - Santa Efigênia São Luís - MA.

2.2 Específicos

- Identificar as características demográficas e sócio-econômicas dos hipertensos estudados;
- Identificar os hábitos de vida dos hipertensos acompanhados pelo PSF - Santa Efigênia;
- Verificar algumas características do tratamento medicamentoso dos hipertensos estudados.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa.

3.2 Local da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da família – USF, Santa Efigênia, onde são desenvolvidas atividades do Programa Saúde da Família. Nesta unidade a equipe de trabalho é composta por: duas médicas, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, quatorze Agentes Comunitários de Saúde, quatro agentes administrativos e uma administradora. Está situada no Bairro Santa Efigênia, próximo ao Hospital Clementino Moura (Socorrão II) na periferia de São Luís, cobrindo uma área de cerca de 2090 (dois mil e noventa) famílias. A Unidade de Saúde da Família por ser um anexo do Hospital acima citado, é pequena, possuindo apenas três consultórios, uma sala de curativo, sala de vacina, serviço de arquivo médico, farmácia, almoxarifado, três banheiros, uma cozinha e uma sala de espera. São realizadas consultas médicas e de enfermagem, palestras educativas, imunização, curativos, nebulizações, coleta para o exame de Papanicolau, visitas domiciliares, e outros.

3.3 População

A população é composta por 147 hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe 054 da Unidade de Saúde da Família - Santa Efigênia e constituiu-se de 57 pacientes hipertensos que compareceram à palestra no período da coleta de dados.

3.4 Aspectos éticos

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em cumprimento a legislação vigente

sobre pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A).

3.5 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado, elaborado pelas pesquisadoras, contendo dados demográficos, sócio-econômicos, hábitos de vida, além de aspectos do tratamento que vem realizando (Apêndice A).

3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados em reuniões previamente agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde durante a primeira e a terceira sexta-feira dos meses de julho e agosto de 2006, sendo duas reuniões em julho e uma em agosto, pois de acordo com o cronograma de atividades da equipe, são realizadas reuniões mensais com o grupo de hipertensos da área. Na oportunidade, foi lido o termo de consentimento e explicado que a participação seria espontânea e que o fato de aceitar ou não a participar da pesquisa não teria nenhuma influência no atendimento dos mesmos. Para os que optaram pela participação, foi assegurado o sigilo quanto as informações prestadas, respeitando os preceitos éticos e legais que envolvem os seres humanos. (Apêndice B)

Esta pesquisa foi facilitada por uma das pesquisadoras trabalhar na Unidade de Saúde onde os hipertensos são acompanhados viabilizando o acesso e aceitação dos mesmos.

3.7 Análise dos dados

Após aplicação do questionário, os dados foram analisados, digitados e processados no Programa EPI INFO 2002.

3.8 Definições utilizadas no estudo

- Ex-fumante: tabagista que abandonou o cigarro há pelo menos seis (SUÁREZ, 2002).
- Atividade física: realização atividade física contínua ou acumulada na maioria dos dias da semana (MONTEIRO, 2005).
- Pressão Arterial: foram Considerados os valores pressóricos, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2006. (Quadro 2).

NÍVEL DA PRESSÃO ARTERIAL	CLASSIFICAÇÃO
< 120 sistólica e < 80 diastólica	Normal
<= 139 sistólica e <= 89 diastólica	Pré-Hipertensão
140~159 sistólica ou 90~99 diastólica	Hipertensão Estágio 1
> 100 diastólica ou > 160 sistólica	Hipertensão Estágio 2

- Tratamento regular: considerou-se tratamento regular o hipertenso que utiliza a medicação diariamente, de acordo com a prescrição médica.
- Comer com frequência: considerou-se comer com frequência, o hábito de comer pelos duas vezes por semana, os seguintes alimentos: verduras e peixes, arroz, legumes, frutas, frango, café, carne, vermelha, farinha, leite, comida gordurosa e ovos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A população foi constituída por hipertensos cadastrados no PSF da Unidade de Saúde - Santa Efigênia que participaram das reuniões do Grupo de Hipertensos na primeira e na terceira sexta-feira dos meses de julho e agosto de 2006. Os resultados após tabulados e analisados foram apresentados através de gráficos e tabelas.

Segundo Brunner; Suddart (2002), as alterações estruturais e funcionais no coração e nos vasos sanguíneos contribuem para os aumentos da pressão arterial que ocorrem com a idade. A hipertensão, principalmente a pressão arterial sistólica, elevada, aumenta o risco de morte e complicações nos pacientes idosos. O tratamento reduz o risco. A exemplo dos pacientes mais jovens, os pacientes idosos devem começar o tratamento com as modificações no estilo de vida.

De acordo com os dados relativos à variável idade, observa-se que o maior percentual encontrado foi de mais de 60 anos, o que representa 40,3% (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos 57 entrevistados, segundo idade. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

IDADE	Nº	%
30-40	13	22,9
40-50	06	10,5
50-60	15	26,3
60+	23	40,3
TOTAL	57	100

Os pacientes com mais de 60 anos constituem a maioria dos hipertensos nos dias atuais, devido ao aumento da expectativa de vida mundial. A maioria deles tem hipertensão sistólica isolada. O controle da HAS, especialmente da hipertensão sistólica isolada, nesses pacientes é extremamente eficaz na redução de sua morbi-mortalidade e isto também se aplica para os indivíduos com 80 anos ou mais. (ENGEL, et al, 2002).

Em relação ao sexo, o maior percentual encontrado foi referente ao feminino 70,0%. (Gráfico 1).

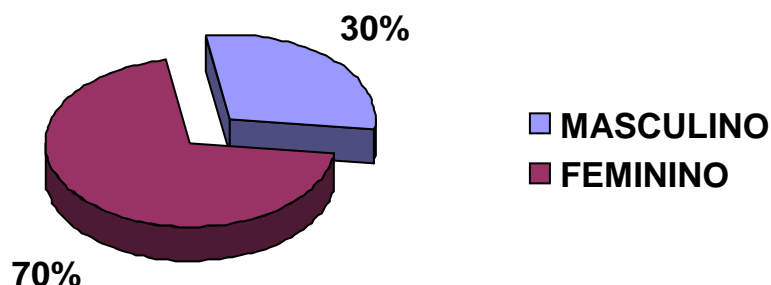


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 57 entrevistados, segundo sexo. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

Para Mano (2006), estudos americanos demonstram que a prevalência da hipertensão arterial aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos.

As mulheres representam uma parcela muito significativa porque culturalmente elas procuram mais pelos serviços de saúde do que os homens (SEIXAS, 2006).

Os dados da tabela 2 revelam que entre os entrevistados, mais da metade 56,1%, eram pardos.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos 57 entrevistados, segundo raça. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

RAÇA	Nº	%
Pardo	32	56,1
Negro	15	26,4
Branco	10	17,5
TOTAL	57	100

De acordo com o Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2006), nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou sócio-econômicos. Predominam, em nosso país, os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão.

Conforme Engel et al (2002), a HAS é mais comum e mais grave entre negros e pardos. A porcentagem de hipertensos no estágio III é muito maior nos negros, em relação aos brancos. Entretanto, esse grupo pode ser tratado e controlado de forma tão eficaz quanto os brancos, se os pacientes tiverem acesso a um bom atendimento médico e à aquisição dos medicamentos.

De acordo com os dados da tabela 3 observou-se que dos entrevistados, 52,6% são casados, 21,0% são viúvos, 12,3% vivem juntos 7,0% são divorciados, 5,3% são solteiros e 1,8% não especificaram seu estado civil.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos 57 entrevistados, segundo estado civil.

Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

ESTADO CIVIL	Nº	%
Solteiro	03	5,3
Casado	30	52,6
Viúvo	12	21,0
Divorciado	04	7,0
Vive junto	07	12,3
Outros	01	1,8
TOTAL	57	100

Diante destes resultados, pode-se perceber que o estado civil pode influenciar diretamente à adesão ao tratamento, pois a maioria dos entrevistados faz o tratamento regularmente.

Conforme os dados da tabela 4, a maioria dos entrevistados, 93,0%, convive com familiares.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos 57 entrevistados, segundo convivência. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

CONVIVÊNCIA	Nº	%
Vive só	03	5,3
Com familiares	53	93,0
Com outras pessoas	01	1,7
TOTAL	57	100

De acordo com esses dados, pode-se afirmar que a participação dos hipertensos juntamente com seus familiares nas atividades educativas promovidas pela Unidade de Saúde da Família-Santa Efigênia, é um dado bastante relevante, pois, pode favorecer a adesão ao tratamento e redução do abandono visto que foi possível observar durante a coleta de dados o entrosamento familiar com a equipe e o hipertenso em estudo.

Segundo Brunner; Suddart (2002), o envolvimento dos membros da família em programas de educação capacita-os a apoiar os esforços do paciente para controlar a hipertensão.

Em se tratando da ocupação dos hipertensos em estudo, o maior percentual encontrado foi de aposentados, 41,0%, seguido de 19,0% de desempregados, 12,0% de empregados, autônomos e pensionistas e somente 4,0% afastado de suas atividades laborais por motivo de tratamento de saúde.

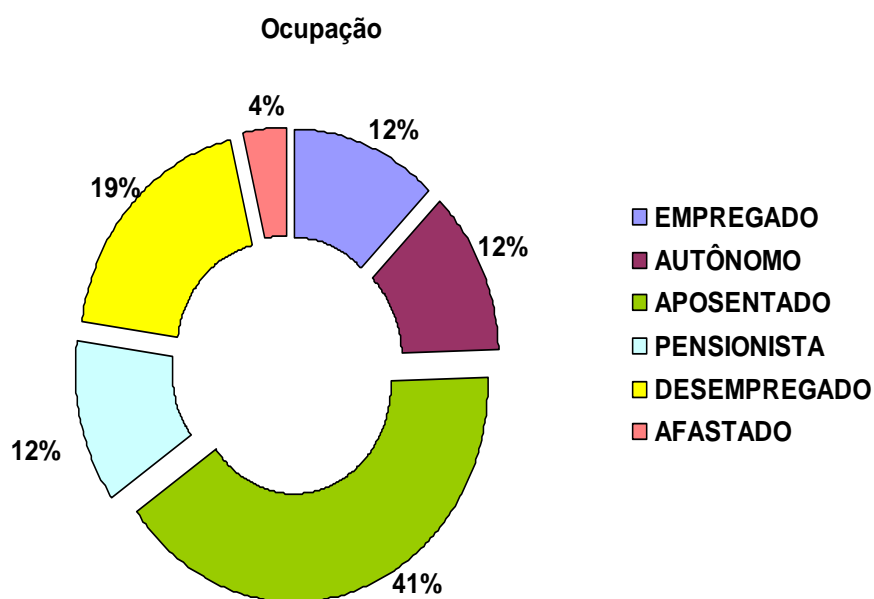


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 57 entrevistados, segundo ocupação. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

Conforme Pessuto; Carvalho (1998) alguns estudos relacionam a profissão/ocupação com a elevação da pressão arterial, sendo que os índices mais baixos de pressão arterial ocorrem no grupo socialmente mais privilegiado e os que nunca trabalharam ocupam uma posição intermediária em relação à prevalência de hipertensão.

Para Castro et al (2006), as pessoas são guiadas para adquirir bens e muitas vezes não têm um bom emprego ou salário bastante para alcançar e manter um bom estilo de vida. Essa incongruência pode ser cronicamente estressante e levar, entre outras doenças, à Hipertensão Arterial.

Em relação ao grau de escolaridade, o maior percentual encontrado foi de 61,4% relativos ao fundamental completo, seguido de 17,5% de analfabetos, 12,3% com ensino médio incompleto, 7,0% com fundamental incompleto e apenas 1,8% com ensino médio completo. Assim, de acordo com os dados obtidos, é válido dizer que conforme aumenta a escolaridade, há uma tendência na queda no número de hipertensos.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual dos 57 entrevistados, segundo grau de escolaridade. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

GRAU DE ESCOLARIDADE DOS HIPERTENSOS	Nº	%
Analfabeto	10	17,5
Fundamental completo	35	61,4
Fundamental incompleto	04	7,0
Ensino Médio completo	01	1,8
Ensino Médio incompleto	07	12,3
TOTAL	57	100

De acordo com Sousa (2006), existem estudos comprovando uma relação inversa da prevalência da hipertensão arterial com a escolaridade formal, com menores cifras tensionais nos maiores níveis de instrução. No entanto essa variável precisa ser associada com situação de moradia e estresse psicossocial.

Os baixos níveis de escolaridade, como observados na população estudada, têm sido apontados como importantes fatores que dificultam a conscientização em relação à gravidade da doença e adesão ao tratamento (NOBRE; PERIN; MION JÚNIOR et al, 1994).

Para Rocha (1998), a educação e a escolaridade podem contribuir para maior adesão e compromisso com o tratamento, fundamentais na hipertensão arterial.

Os dados da tabela 6 mostram que os hipertensos acompanhados pela Unidade de Saúde estudada possuem baixa renda familiar, sendo que 64,9% sobrevive com um salário mínimo, 14,0% possui renda superior a dois salários, 12,3% abaixo de um salário mínimo e apenas 8,8% com um salário mínimo.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual dos 57 hipertensos atendidos na Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006, segundo a renda familiar.

RENDA FAMILIAR DOS HIPERTENSOS	Nº	%
Menor que 01 salário mínimo	07	12,3
Igual a 01 salário mínimo	37	64,9
Maior que 01 salário mínimo	05	8,8
Maior que 02 salários mínimos	08	14,0
TOTAL	57	100

Pelos dados obtidos entende-se que a baixa renda familiar pode refletir na manutenção de hábito de vida saudável pelos hipertensos (Pessuto; Carvalho, 2006).

Em relação aos hábitos alimentares dos hipertensos da Unidade de Saúde em estudo, observou-se que possuem bons hábitos, porém, grande parte dos entrevistados relatou que não seguem uma dieta saudável, pois, gostam de café, carne vermelha, fritura e farinha..

Quadro 3 – Distribuição numérica e percentual dos 57 entrevistados, segundo hábitos alimentares. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

HÁBITOS ALIMENTARES DOS HIPERTENSOS	Nº	%
Verduras e peixes	56	98,24
Arroz	55	96,49
Legumes	51	89,47
Frutas	50	87,71
Frango	46	80,70
Café	45	78,94
Carne vermelha	42	73,68
Farinha	40	70,17
Leite	28	49,12
Comida gordurosa	24	42,10
Ovos	21	36,84

Os hábitos alimentares contribuem para o equilíbrio da hipertensão arterial, através dos níveis de sódio e de potássio estáveis e consumo de carboidrato equilibrado, o que contribui para a redução e posterior manutenção do peso corporal (CASTRO et al, 2006).

A pesquisa mostrou que 35,1% apresentou níveis pressóricos normais, isto deve-se ao fato de que a população estudada é acompanhada pela equipe interdisciplinar do PSF, o que favorece a aceitação da população no que se refere ao tratamento medicamentoso e adoção de hábitos de vida saudáveis.(Tabela 8).

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual dos 57 entrevistados, segundo níveis pressóricos. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

PRESSÃO ARTERIAL	Nº	%
Normal	20	35,1
Pré-Hipertensão	10	17,5
Estágio I	16	28,1
Estágio II	11	19,3
TOTAL	57	100

A Hipertensão Arterial é um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, representando um problema de saúde pública dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde (BRASIL, 2001).

Em relação ao tratamento medicamentoso 98% dos entrevistados respondeu que usa a medicação regularmente e somente 2,0% não usa ou usa somente quando sente que a pressão arterial está alterada. (Gráfico 3).

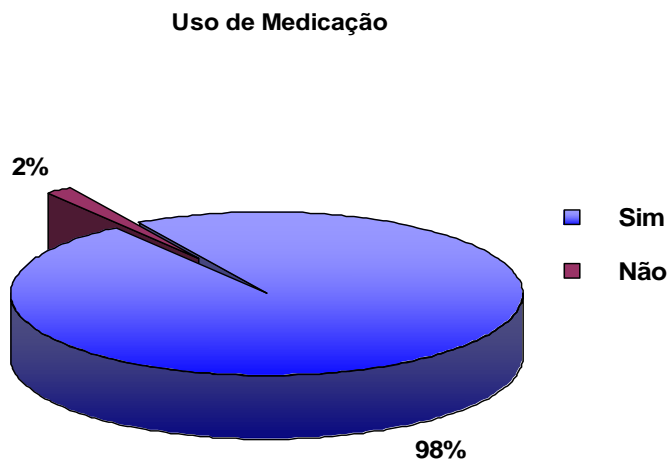


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 57 entrevistados, segundo o uso de medicação. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), apesar da comprovada efetividade do tratamento, a manutenção da pressão arterial dentro de níveis desejáveis ainda é insatisfatória. Tal fato é resultado em grande parte, da falta de adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de consciência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. Destacam-se os aspectos do comportamento do indivíduo em relação à sua saúde: em termos de tomar o medicamento corretamente, seguimento das orientações dos profissionais relacionados a dietas e mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas.

Segundo Mano (2006) apesar do reconhecimento da hipertensão como uma entidade de prevalência elevada seu tratamento continua inadequado. Apesar de devidamente diagnosticados, apenas 50% dos pacientes utilizam medicação de forma regular. Isso se deve principalmente ao caráter assintomático da hipertensão durante seus 15 a 20 primeiros anos de evolução. Os dados encontrados nesta pesquisa revelam que a adesão ao tratamento é considerada relevante, talvez pelo fato de a maioria dos entrevistados ser do sexo feminino e estas serem mais assíduas às consultas médicas e atividades de educação em saúde promovidas pela equipe de saúde da família da unidade em estudo.

Quanto ao hábito de fumar, o maior percentual encontrado entre os hipertensos, foi de 61% que referiu não fumar, 37% são ex-fumantes e apenas 2% são fumantes. (Gráfico 4).

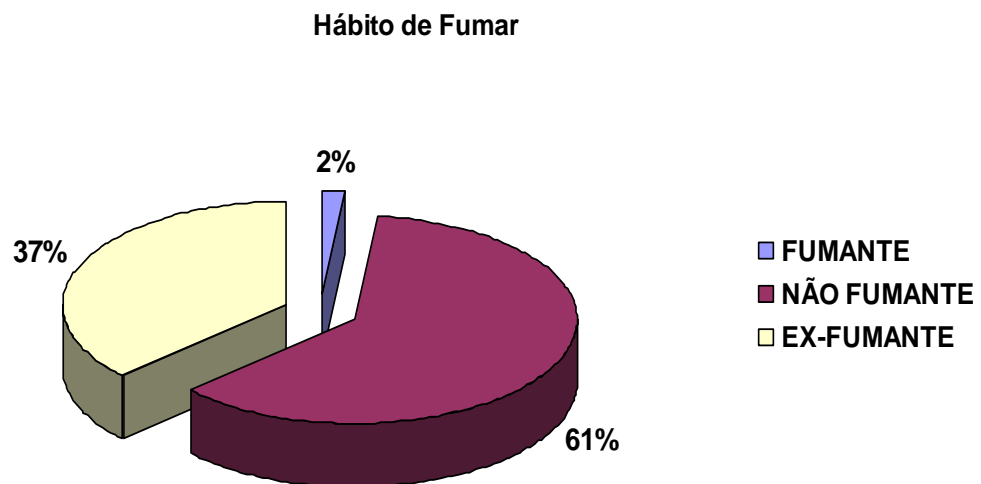


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 57 entrevistados, segundo hábito de fumar.
Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

Para Brasil (2001), o hábito de fumar é o principal fator de risco para doenças do coração e dos vasos sanguíneos, bem como para o câncer e lesões pulmonares irreversíveis.

Podemos afirmar, no entanto, que entre os entrevistados, o uso do tabaco já não se constitui fator de risco visto que o maior percentual encontrado foi de não fumantes, porém recomenda-se restrição calórica e prática regular de atividade física para evitar ganho ponderal e possível aumento da pressão arterial.

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, houve uma grande diferença nos resultados, onde a maioria, 95,0% referiu não consumir nenhum tipo. (Gráfico 5).

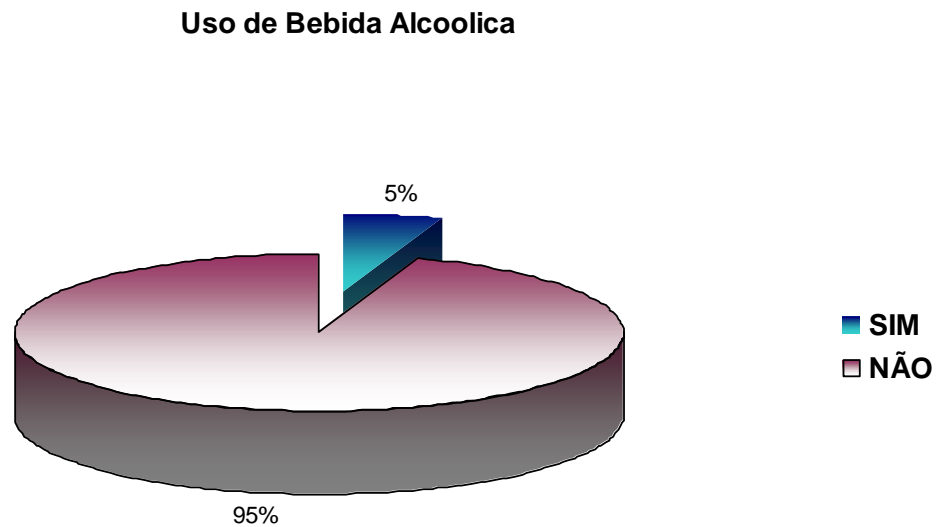


Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 57 entrevistados, segundo o uso de bebida alcoólica. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

Para Pessuto; Carvalho (2006), o álcool é um fator de risco, comentado na literatura, que contribui para o agravamento da patologia. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2mmhg para cada 30ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que quando suspenso, as cifras reverterem.

Dentre os indivíduos que realizam atividade física, 29%, faz caminhada, sendo que a periodicidade maior é a diária (de segunda a sexta-feira), enquanto que 69,0% não realiza atividade física. (Gráfico 6).

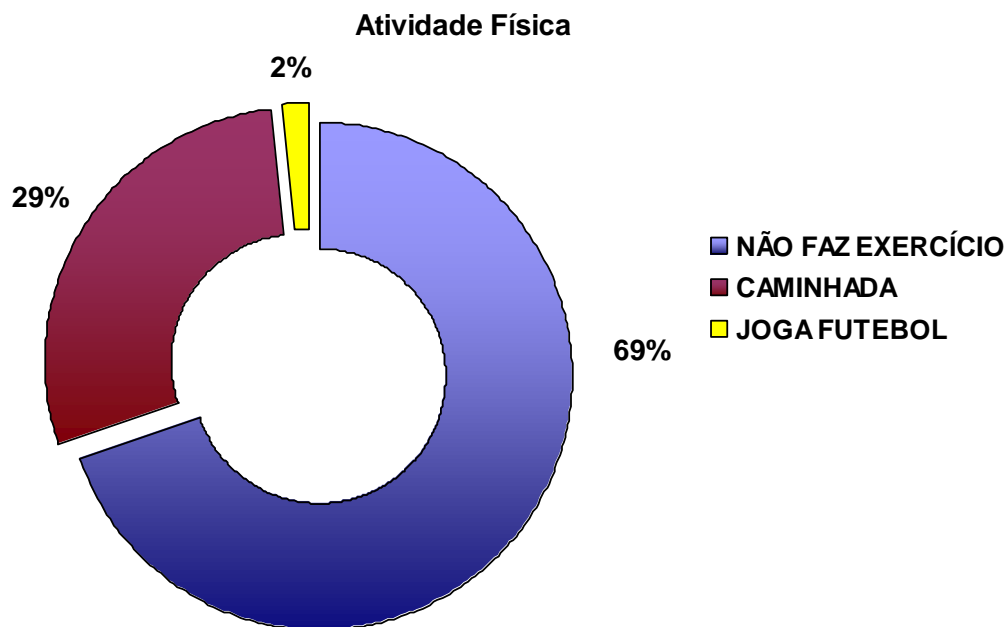


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 57 entrevistados, segundo a atividade física. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006.

Segundo Engel et al (2002), o exercício físico regular aeróbico reduz de forma independente os níveis de pressão arterial (média de 5mmhg) e aumenta os níveis de HDL - colesterol, diminuindo, assim, o risco cardiovascular.

O exercício não deve ser extenuante e deve ser regular: pelo menos três vezes por semana em períodos de 30 a 40 minutos. O exercício também pode contribuir para a correção da obesidade e prevenção de doenças coronarianas. também auxilia na preservação da independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação.

Para Santos (2002), um estudo da Cooper Clinic, de Dallas, constatou um risco relativo de desenvolver hipertensão arterial (no período de 12 anos) em cerca de 50% dos indivíduos normotensos com baixo condicionamento físico. Outros trabalhos surgiram confirmando uma relação entre sedentarismo e elevação da pressão arterial, assim como do efeito benéfico de exercícios físicos regulares.

Em relação ao lazer, a tabela 8, mostra que a maioria dos entrevistados, 33,0% referiu a televisão como atividade de lazer e 19,0% refere ir à igreja, fato que mostra que a religiosidade é bem marcante entre eles. Outro dado que chama atenção é a conversa entre amigos, 17,0% seguido de 16% que relata atividades domésticas (cozinha) como prática de atividade de lazer.

Tabela 8 - Distribuição percentual dos 57 entrevistados, segundo atividade de lazer. Unidade Saúde da Família - Santa Efigênia. São Luís-MA, 2006r.

LAZER	Nº	%
Ver televisão	21	33,0
Limpar a casa	08	15,5
Ir à igreja	11	19,0
Conversar com amigo	09	17,0
Cozinhar	08	15,5
TOTAL	57	100

Buscando identificar a execução de atividade de lazer e redução do stress, percebeu-se que a população pesquisada tem com principal atividade assistir televisão, o que implica em maior sedentarismo, enquanto que as outras atividades contribuem para a redução da obesidade e gasto de calorias, prevenindo assim o aparecimento de doenças coronarianas.

5 CONCLUSÃO

O estudo realizado na Unidade de Saúde da Família Santa Efigênia, permitiu identificar as características demográficas, sócio-econômicas, bem como os hábitos de vida dos hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA, assistidos pela Equipe 054 referida Unidade de Saúde. De acordo com os resultados obtidos, pode-se chegar as seguintes conclusões:

- Quanto à faixa etária, menos da metade dos hipertensos em estudo, tem 65 anos ou mais; sendo que a maioria dos hipertensos pertence ao sexo feminino e se considera de cor parda, mais da metade do grupo estudado, é casado convive com seus familiares e está aposentado, tem ensino fundamental completo, e com renda familiar igual a 01 salário mínimo;
- Os hábitos alimentares, segundo os hipertensos estudados, apresentam uma grande variedade de alimentos, destacando-se as verduras, peixes, arroz, legumes, frango e outros, com menor frequência, ovos;
- Em relação aos níveis pressóricos, quase metade possui valor normal;
- A grande maioria dos hipertensos estudados faz uso regular do tratamento medicamentoso;
- Quanto ao hábito de fumar, mais da metade referiu não fumar e quanto ao uso de bebida alcoólica, a grande maioria, do grupo estudado, informou não fazer uso;
- A atividade física não faz parte dos hábitos da maioria dos hipertensos estudados, destacando-se como atividade de lazer, vê televisão, seguido de ir à igreja;

Enfim considera-se que os objetivos propostos nesta pesquisa, foram alcançados, onde se pode observar que os hipertensos acompanhados na Unidade e Saúde da Família – Santa Efigênia apresentaram aspectos positivos no que diz respeito aos hábitos de vida saudáveis e tratamento medicamentoso, com menos destaque as atividades físicas. Este quadro reflete uma boa atuação da Equipe de Saúde da Família que acompanha essa comunidade e que continuará atenta aos hábitos de vida que necessitam ser incorporados no dia a dia do grupo estudado, considerando que o papel primordial da Equipe de Saúde da Família é promover ações básicas de saúde a população adstrita.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. M *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em São Luís-MA. **Rev. Soc. Brás. Hipertensão**, v. 5, p. 43, 2002. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, 94p.

CASTRO, Maria Euridéa de et al. **Necessidades humanas básicas afetadas pela Hipertensão Arterial e estilo de vida**. Disponível em: <http://www.unifor.br/hp/revista_saúde>. Acesso em: 18 nov. 2006.

BRUNNER, Lílian Shaltis, SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, v. 2, cap. 29, p.690-700.

CAVALINI, Luciana Tricai; CHOR, Dora. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 11 nov. 2006.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., 2002. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/diretrizes>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4., 2002. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/diretrizes>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

ENGEL, Cássio L. et al. **Cardiologia**. Rio de Janeiro: Frattari, 2002. 103p.

HALTY, LUÍS SUÁREZ et al. . Cigarette smoking survey among physicians of Rio Grande, Rio Grande do Sul: prevalence and smoker's profile. **J. Pneumologia.**, São Paulo, v. 28, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

LOYOLA, Cristina; ROCHA, Sebastião. **O caminho das pérolas**: novas formas de cuidar em saúde. São Luís: Unigraf, 2002.

MANO, Reinaldo. **Fisiopatologia da hipertensão arterial**. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has>>. Acesso em: 9 ago. 2006.

MION JR, D.; PIERIN, A.M. G.; GUIMARAES, A. Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 3, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 09 nov. 2006.

MONTEIRO, Maria de Fátima; SOBRAL FILHO, Dário C.. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 10, n. 6, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 nov. 2006.

NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1998.

NOHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001, 238p.

NOBRE, Fernando; PERIN, Ângela; MION JÚNIOR, Décio. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. In: **NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY DE 1994**, São Paulo: Lema Nacional, 2001.

PESSUTO, Janete; CARVALHO, Emília Campos de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan. 1998. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br>>. Acesso em: 16 ago. 2006.

SANTOS, Viviane. Hipertensão. **Hebrom atualidade**, v. 5, p.20-22. 2004.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa; SILVA, Raimunda Magalhães da. **Hipertensão Arterial**: modelo de educação em saúde para o auto-cuidado. Fortaleza: UNIFOR, 2002. 94p

SEIXAS, Lúcia. **As mulheres se preocupam mais com a saúde do que os homens**. Disponível em: <http://www.marieclaire.globo.com>>. Acesso em 16 nov.2006

SIMONETTI, Janete; BATISTA, Lúgia, CARVALHO; Lúcia Raquel de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 415-422, maio/jun. 2002. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br>>. Acesso em: 16 ago. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Quartas diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. Campos do Jordão; São Paulo, 2002. Suplemento.

SOUSA, Ana Luiza Lima. Hipertensão Arterial: perfil da morbidade referida na região sudeste da grande São Paulo, 1989-1990. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.2, n.1, out. /dez. 2000. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 nov. 2006.

SOUSA, Luciano Burigo de; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; SCOCHI, Maria José. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 nov. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade: _____ Sexo: (1)M (2) F Raça/Etnia – (1) negro (2) branco

Naturalidade: _____

Nacionalidade:

Estado Civil (1) solteiro (a) (4) divorciado (a)
(2) casado (a) (5) vive junto
(3) viúvo (a) (6) outros

II- INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS

• Convivência

(1) Vive só (3) Com outras pessoas
(2) Com familiares (4) Em instituições

• Situação em relação ao trabalho (ocupação)

(1) Empregado (4) Pensionista
(2) Trabalhador autônomo (5) Afastado
Aposentado (6) Desempregado

• Grau de escolaridade

(1) Analfabeto
(2) Ensino fundamental incompleto
(3) Ensino fundamental completo
(4) Ensino médio incompleto
(5) Ensino médio completo
(6) Ensino superior

- **Renda familiar**

(1) < 1SM (3) > 1SM

(2) = 1SM (4) > 2SM

III- HÁBITOS DE VIDA

O que costuma comer com frequência

- () carne vermelha
- () frango
- () alimentos industrializados
- () enlatados e conservas
- () ovos
- () manteiga ou margarina
- () queijo
- () comida gordurosa e frituras
- () verduras
- () frutas
- () peixes
- () legumes
- () café
- () leite desnatado
- () leite
- () arroz
- () farinha

- **Toma alguma medicação**

(1) sim. Qual(is) _____

(2) não

- **Com que frequência toma a medicação**

- () regularmente
- () quando sente a pressão aumenta
- () quando lembra

- **É Fumante**

(1) Sim, quantos cigarros por dia _____.

(2) Não

(3) Ex-fumante. Há quanto tempo parou _____ fumava quantos cigarros por dia _____

- **Ingere bebida alcoólica**

(1) Sim. Frequência _____ Quantidade _____

(2) Não

- **Pratica atividade física**

(1) Sim. Qual _____

(2) Não

O que gosta de fazer no tempo livre?

() ler

() ir à praia

() passear

() ouvir música

() ver televisão

() fazer crochê, costurar, bordar...

() conversa com amigo

() ir à igreja

() limpar a casa

() cozinhar

() relação sexual

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

Orientador(a): Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)

End.: Rua L, Qda. 22 Casa 08-Parque Atenas CEP 65072-510, Tel. 3246-1194,

Rosemary_Lindholm@yahoo.com.br

Pesquisadores: Danielle Pereira Leão, Elayne Cristinne Moura Lima, Joama Gusmão Pereira, Elian Rodrigues Ferreira Marinho,

Prezado (a), Senhor (a):

A pesquisa: Hábitos de Vida dos Hipertensos atendidos no PSF Santa Efigênia que tem como objetivo geral, avaliar os hábitos de vida dos hipertensos, e objetivos específicos, analisar o perfil sócio-demográfico dos hipertensos ,conhecer os principais hábitos.quanto ao lazer, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, cigarro e uso de medicação Concordo em responder o questionário que a mim será aplicado. Também sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sei que meu anonimato estará assegurado e que a minha informação estará sob total privacidade. Estou consciente que independente de qualquer decisão que venha tomar não correrá risco de sofrer qualquer dano como consequência imediata ou tardia e também que minha participação nesta pesquisa não acarretará em ônus ou despesa de qualquer natureza.

Qualquer dúvida entrar em contato com a professora Rosemary Ribeiro Lindholm (coordenadora de pesquisa) residente á rua L quadra 22 casa 08 Parque Atenas , Tel. 3246 1194, ou Wildoberto Batista Gurgel (coordenador do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário), situado na Rua Itapary, nº 227, Centro, Tel. 3219-1092).

Declaro que após ter sido convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora concordo em participar, na qualidade de entrevistado (a).

Assinatura do entrevistado

Assinatura do Pesquisador

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTÂNCIADO