



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Fatores que influenciam hipertensos na
adesão ao tratamento em uma Unidade de Saúde da Família**

SÉRVULO AUGUSTO REGALADO FERREIRA

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

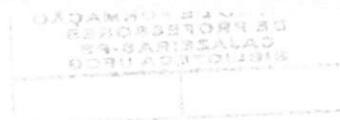
SÉRVULO AUGUSTO REGALADO FERREIRA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Fatores que influenciam hipertensos na adesão ao tratamento em uma Unidade de Saúde da Família

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro

**CAJAZEIRAS - PB
2010**





F383h Ferreira, Sérvulo Augusto Regalado.
Hipertensão arterial sistêmica: fatores que influenciam hipertensos na adesão ao tratamento em uma Unidade de Saúde da Família / Sérvulo Augusto Regalado Ferreira. - Cajazeiras, 2010.
60f. : il. e color.

Monografia(Bacharelado em Enfermagem)Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2010.
Contem Bibliografia e Apendices.

1. Hipertensão arterial. 2. Saúde da família. I. Carneiro, Cynara Rodrigues. II. Título

CDU 616.12-008.331.1

SERVULO AUGUSTO REGALADO FERREIRA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Fatores que influenciam hipertensos na adesão ao tratamento em uma Unidade de Saúde da Família.

DATA DA DEFESA: 7 de julho de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
(Orientador)

Prof. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
(Examinadora)

Prof. Esp. Mary Luce Melquíades Meira
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
(Examinadora)

A ambição é o puro sensor de dever, pois a si só não produz frutos realmente importantes para a pessoa humana, pelo contrário os frutos verdadeiros derivam do amor e da dedicação para com as pessoas e as coisas.

Albert Einstein

AGRADECIMENTO

Nietzsche falou uma vez que a busca pela verdade ainda nos levaria a muita aventura.

Dedico este trabalho a todos aqueles que me auxiliaram nesta aventura, reservando agradecimentos especiais:

- *Agrade primeiramente a Deus, por me proporcionar este momento de alegria, e por esta vitória onde o topo mais alto do sucesso é o meu destino.*
- *Á Lucídio e Zilna, pelos pais maravilhosos que sempre foram me amparando para que nada faltasse, em todos os sentidos.*
- *A minha namorada Clebiany por seu companheirismo, por estar presente nos melhores momentos e também nos mais difíceis... Saiba que sempre te amarei.*
- *A Cynara, minha orientadora, pela paciência e incentivo que a mim foi dedicado desde o convite como a minha orientadora e a todos os meus companheiros desses longos anos de curso que se tornaram parte da minha família.*
- *A todos os funcionários da UFCG, pela alegria e felicidade que nos recebem, e concerteza fazem parte dos momentos de alegria.*
- *A todos os colegas que passaram por problemas encontrados em Campina Grande nos estágios e conseguiram traçar os seus próprios caminhos.*
- *A toda minha família pela força que sempre depositaram em mim, apoiando e incentivando a seguir em frente e que hoje estão felizes com essa conquista.*
- *Aos meus companheiros de Faculdade Hugo, Diógenes, Cesar, Thiago, Ana Adília, Thaliny e thaisy que hoje comemoram junto comigo essa conquista.*
- *Ao meu amigo Deilton por dar toda a força quando mais precisei.*
- *Pelo apoio e liberdade da enfermeira Gerdillene na sua USF*
- *Aos participantes da pesquisa que através de suas experiências contribuíram na construção desse trabalho*
- *Aos amigos Wandersom Débora, Núbia, Andréia, Robéria, Tomásia, que fizeram parte dessa turma, mas tiveram que deixar-la para ir em busca dos seus ideais.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição do grupo em estudo segundo a idade-----	37
Tabela 2 Distribuição do grupo em estudo segundo o peso-----	38
Tabela 3 Aferições da pressão realizadas no grupo em estudo-----	39
Tabela 4 Distribuições do grupo de acordo com o estado civil-----	40
Tabela5 Distribuições do grupo segundo a escolaridade-----	41
Tabela6 Distribuições do grupo segundo a renda familiar-----	42
Tabela7 Distribuição do sexo predominante ao portador de Hipertensão-----	43

LISTA DE FIGURAS

Figura1 Distribuição do grupo em estudo segundo a idade-----	37
Figura2 Distribuição do grupo em estudo segundo o peso-----	38
Figura3 Aferições da pressão realizadas no grupo em estudo-----	39
Figura4 Distribuições do grupo de acordo com o estado civil-----	40
Figura5 Distribuições do grupo segundo a escolaridade-----	41
Figura6 Distribuições do grupo segundo a renda familiar-----	42
Figura7 Distribuição do sexo predominante ao portador de Hipertensão-----	43
Figura 8 Dados relacionados às dificuldades em seguir o tratamento-----	45
Figura 9 Dados relacionados aos aspectos em que o portador sente dificuldade-----	46
Figura 10 Dados relacionados aos que responderam <i>dificuldade com a medicação</i> --	47
Figura 11 Dados relacionados aos que responderam <i>falta de orientação ou orientação inadequada</i> -----	48
Figura 12 Dados relacionados aos que responderam como dificuldade <i>prática de atividades físicas</i> -----	49
Figura 13 Dados relacionados aos que marcaram dificuldade no <i>controle da dieta</i> --	50
Figura 14 Dados relacionados aos que responderam como dificuldade <i>restrição ao tabaco</i> -----	51
Figura 15 Dados relacionados às dificuldades quanto à <i>restrição do álcool</i> -----	52
Figura 16 Dados referentes aos que tem problemas com <i>a ida ao consultório ou posto de saúde</i> -----	53

LISTA DE SIGLAS

CNS: Conselho Nacional de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HA: Hipertensão Arterial

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

MS: Ministério da Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade de Saúde da família

USF: Unidade de Saúde da Família

RESUMO

FERREIRA, S. A. R. Hipertensão arterial sistêmica: fatores que influenciam hipertensos na adesão ao tratamento em uma Unidade de Saúde da Família. Monografia de conclusão de curso (Conclusão do Curso Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Cajazeiras - PB, 2010.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia crônica, frequentemente assintomática, de evolução lenta em que muitas vezes ocasiona uma série de outras doenças e agravos à saúde. Sua prevalência no Brasil oscila de 15 a 20% na população adulta, conseqüentemente, se tornou um problema de saúde pública e dos profissionais desta área. A terapêutica está diretamente relacionada com a mudança no estilo de vida, por este fato, surgem inúmeros problemas com o tratamento dessa enfermidade. Objetivou-se a investigar os fatores que influenciam na adesão ao tratamento hipertensivo numa Unidade de Saúde da Família (USF), bem como identificar as dificuldades relacionadas à continuidade da terapêutica, assim como descrever os entraves associados a cada dificuldade. Trata-se de um estudo de campo, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, a amostra foi formada por 60 hipertensos cadastrados numa USF de Frutuoso Gomes-RN e os dados foram coletados através de um questionário. Os resultados demonstraram que 78% dos hipertensos têm acima de 50 anos; 68% dizem não sentir nenhuma dificuldade em seguir o tratamento; porém 53% ainda continuam com a pressão arterial acima dos padrões normais; 36% relataram ter como principal entrave, o seguimento terapêutico e o controle da dieta; 22% se mostram como dificuldade a prática de atividades físicas; entretanto 16% afirmam como obstáculo o uso da medicação; com igualdade de valores vem restrição ao álcool e tabaco com 8% desses relacionaram; 5% se relacionavam ao traslado ao consultório ou ao posto de saúde e por fim com 5% relataram à falta de orientação. O estudo revelou que existem inúmeras barreiras que interferem no tratamento adequado, como a prática de atividades físicas, uso da medicação, restrição ao tabaco e álcool. Espera-se que o estudo possa contribuir para uma maior reflexão dos profissionais de saúde sobre os entraves no controle de uma doença crônica e que estes possam lançar mão de estratégias que minimizem ou solucionem as dificuldades sofridas pelo hipertenso.

Palavras Chaves: Adesão, Tratamento e Hipertensão Arterial

ABSTRACT

FERREIRA, S. A. R. Hypertension: factors influencing adherence to treatment in hypertensive patients in a Family Health Unit. Monograph of completion (Completion Degree Course in Nursing) - Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Cajazeiras - PB, 2010.

Hypertension is a chronic, often asymptomatic, slow evolution that often causes a number of other diseases and health problems. Its prevalence in Brazil varies 15-20% in the adult population, hence the prevalence of hypertension that has become a public health problem and professionals in this area. The therapy is directly related to the change in lifestyle, by this fact, there are numerous problems with the treatment of this disease. This study aimed to investigate factors that influence adherence to treatment in hypertensive Family Health Unit (FHU), as well as identifying the difficulties related to the continuity of therapy, and describe the barriers associated with each difficulty. This is a field study of exploratory and descriptive with quantitative approach, the sample consisted of 60 hypertensive patients enrolled in USF José Carlos Araújo Gomes in the city of fructose-RN and the data were collected through a questionnaire. The results showed that most respondents, 68% say they feel no difficulty in following the treatment, with 53% of respondents still with blood pressure levels above the standard, whereas 36% reported having as the main cause of the control diet; 78% show that age is over 50 years, 8% spoke to the difficulty in going to the doctor or the clinic. The study revealed that there are numerous barriers that interfere with appropriate treatment such as physical activity, medication use, restrictions on tobacco and alcohol. Therefore, we conclude that hypertensives are being studied, as your problem in following appropriate treatment, this makes it easier to perform the treatment in a productive manner, thus contributing to their well-being.

Keywords: Adherence, Treatment and Hypertension

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1 Fisiologia cardiovascular e Hipertensão Arterial Sistêmica.....	17
3.2 Adesão ao Tratamento.....	21
3.3 Assistência de Enfermagem ao Paciente com Hipertensão Arterial.....	27
4 PERCURSO METOLÓGICO.....	32
4.1 Tipo de Estudo.....	32
4.2 Local de Estudo.....	32
4.3 População e Amostra.....	32
4.4 Posicionamento Ético do Pesquisador.....	33
4.5 Instrumento de coleta de dados.....	33
4.6 Análise dos dados.....	34
5 DISCUTINDO E ANALISANDO OS RESULTADOS.....	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES.....	60
Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice B- Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Responsável	
Apêndice C- Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Participante	
Apêndice D- Instrumento de Coleta de Dados	
ANEXOS.....	76

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma patologia crônica, frequentemente assintomática, de evolução lenta, prolongada e permanente, muitas vezes ocasionando uma série de outras doenças e agravos à saúde e, que por isto, tem sido foco de atenção dos profissionais da saúde. No Brasil possui prevalência que oscila entre 15 a 20% da população adulta e é vista como um problema de saúde pública, cujo controle terapêutico se torna essencial para a prevenção de complicações, como o acidente vascular cerebral, a angina *pectoris*, o infarto agudo do miocárdio, tromboembolismo, entre outras alterações orgânicas.

A terapêutica se baseia em ações de nível individual e coletivo, em ambas estão associadas certas mudanças que podem incidir em dificuldades na continuidade do tratamento. No primeiro caso, têm-se as modificações no estilo de vida do indivíduo, através de uma alimentação pobre em gorduras saturadas e ricas em frutas e verduras, com teor sódico diminuído; redução do peso corporal a índices abaixo de 25 Kg Max; prática de exercícios físicos; controle do tabagismo e etilismo, além do uso dos anti-hipertensivos.

Já no segundo enfoque, isto é, as ações que não dependem unicamente do usuário, destacam-se as intervenções da equipe de saúde, por meio das atividades educativas, na elucidação dos efeitos colaterais medicamentosos, das repercussões nocivas a órgãos-alvo, coração, rins, olhos, cérebro e ainda, no cuidado para que as medidas de controle da doença sejam respeitadas e no reconhecimento de complicações decorrentes da hipertensão. Ainda esclarecendo que para propiciar maior engajamento e, conseqüentemente, diminuir as dificuldades do paciente no seguimento da terapêutica, é necessário torná-lo ciente dos objetivos da terapia e também considerar as suas condições socioeconômicas (BRASIL, 2006).

Os resultados do controle da HAS para a sociedade somente serão visíveis em longo prazo, pela modificação das taxas da morbidade e mortalidade cardiovascular e, se estabelecem, obrigatoriamente, a partir da participação efetiva do hipertenso ao tratamento (LESSA, 2006). Nesta perspectiva, o controle desta enfermidade constitui um desafio, para o seu portador, onde o uso crônico de fármacos, as restrições alimentares, o controle rigoroso da pressão arterial, as consultas periódicas às Unidades de Saúde, tornam-se, muitas vezes, dificuldades, que rompem a continuidade do tratamento e dificultam a adesão à terapêutica.

Desta feita, enfatiza-se a relação dos fatores que interferem o portador de HAS, da escolha de: alimentação saudável, rica em frutas e verduras, prática de exercícios físicos, da terapêutica anti-hipertensivo, bem como dos inerentes à equipe do ESF como distribuição de panfletagem sob a doença, palestras, horários adequados que irão influenciar mui

significativamente a continuidade ao tratamento. Em razão desta constatação, de que existem determinantes que impedem o prosseguimento terapêutico, optou-se por investigar quais serão os fatores que dificultam o tratamento da HAS de uma USF de um município do Estado do Rio Grande do Norte? Serão os mesmos destacados na literatura? Quais serão as proporções de cada fator? Em que pesam mais, os determinantes individuais, os relacionados à USF/profissionais ou fármacos?

O interesse do pesquisador em desenvolver a temática surgiu nos estágios nas Unidades de Saúde da Família onde, verificou-se que os profissionais referiam inúmeros abandonos do tratamento anti-hipertensivo, constatando, com isto a existência de dificuldades dos portadores de HAS no prosseguimento terapêutico. Assim, surgiu o interesse em investigar quais seriam os obstáculos associados ao andamento inadequado ou mesmo, interrupção da terapia.

A hipertensão tem alta mortalidade no Brasil, com isso é um desafio preveni-la e controlá-la, o que torna crucial descobrir as dificuldades que podem resultar no abandono do tratamento. Espera-se que o estudo possa contribuir para uma maior reflexão dos profissionais de saúde sobre os entraves no controle de uma doença crônica e que estes possam lançar mão de estratégias que minimizem ou solucionem as dificuldades sofridas pelo hipertenso.

2.1 Geral

- Investigar os fatores que influenciam na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade de Saúde da Família no município de Frutuoso Gomes/RN.

2.2 Específicos

- Identificar as dificuldades relacionadas à continuidade da terapêutica da Hipertensão arterial Sistêmica;
- Descrever os maiores entraves associados a cada dificuldade no seguimento da terapêutica anti-hipertensiva.

3.1 Fisiologia Cardiovascular e Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo Lacchine e Irigoven (2008), o coração move o sangue seqüencialmente para uma circulação pulmonar e uma sistêmica. A parede cardíaca é composta, predominantemente, por fibrócitos e células musculares estriadas cardíacas, além de matriz extracelular. A espessura da parede de cada camada cardíaca é relacionada diretamente por sua função. Os átrios, que desenvolvem baixas pressões, apresentam parede relativamente fina. Já os ventrículos, que desenvolvem pressões maiores, apresentam parede consideravelmente mais espessa. É importante lembrar que o funcionamento cardíaco correto depende da eficiência das valvas cardíacas, responsáveis por separar suas camadas, como é o caso de qualquer bomba.

De acordo com Araújo (2006), o coração humano apresenta quatro cavidades: duas superiores, denominadas átrios e duas inferiores, denominadas ventrículos. O átrio direito comunica-se com o ventrículo direito por meio da valva tricúspide. O átrio esquerdo, por sua vez, comunica-se com o ventrículo esquerdo por meio da valva bicúspide ou mitral. A função das valvas cardíaca é garantir que o sangue siga uma única direção, sempre dos átrios para os ventrículos, e dos ventrículos para aorta ou artéria pulmonar. O coração é composto por três tipos principais de músculo: o átrio, o ventrículo e as fibras especializadas que conduzem as cargas elétricas.

No estado de repouso, as células musculares cardíacas estão polarizadas, o que significa que existe uma diferença elétrica na membrana celular. Logo que o impulso elétrico é iniciado, a permeabilidade celular se modifica e o sódio se movimenta rapidamente para dentro da célula, enquanto o potássio sai. Essa troca iônica começa a despolarização, convertendo a carga elétrica da célula para positiva. A contração do miocárdio segue-se a despolarização. Quando uma célula cardíaca é despolarizada, ela atua como um estímulo para uma célula vizinha, fazendo com que ela se despolarize. A despolarização suficiente de uma célula resulta, portanto na despolarização e contração de todo o miocárdio. Já repolarização ocorre à medida que a célula retorna o seu estado basal ou de repouso; isso corresponde ao relaxamento do músculo miocárdio (SMELTZER; BARE, 2002).

O coração por se só não conseguiria, com sua pressão inicial, fazer todo o trabalho, e para isso é auxiliado pela elasticidade das artérias, que ao se distenderem para receberem o sangue, tendem a retornar ao seu calibre normal. Quando ocorre um descontrole de algum

desses aspectos; seja pela força do coração, elasticidade ou aumento do volume de líquido nos vasos ocorre à hipertensão arterial (LOMBA, 2006).

De acordo com Potter (1998), a pressão sanguínea reflete as inter-relações entre os vários fatores hemodinâmicos: débito cardíaco, resistência vascular periférica, volume e viscosidade sanguíneos e elasticidade das artérias, cada fator afeta significativamente os demais. O complexo controle do sistema cardiovascular normalmente evita que um único fator altere permanentemente a pressão sanguínea. Sempre que houver aumento de volume em um espaço restrito, a pressão nesse espaço aumenta mais sangue é bombeado em direção às paredes arteriais, conseqüentemente ocorre uma elevação da pressão arterial surgindo com isso à hipertensão arterial.

Apesar do interesse pelo pulso vascular ser muito antigo, remontando a mais de 300 a. c, a medida da pressão arterial só foi conseguida no ano de 1733 em Middlessex, na Inglaterra, pelo reverendo Inglês Stephen Hales (1677-1761). Hales realizou a medida de uma pressão em uma égua, inserindo uma cânula conectada a um tubo de vidro na artéria crural, observando-se que o sangue elevou-se a 2,5 m no tubo. Comprovou, também, as variações provocadas pela movimentação do animal e pela saída do sangue. O método utilizado foi a medida direta, intra-arterial da pressão, que é até hoje o padrão ouro neste procedimento, apesar dos inconvenientes para executá-lo (CELENO, 2008).

A hipertensão é definida como uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg durante um período sustentado; os dados foram estabelecidos em 1997 pelo Sixth Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Segundo o mesmo, foram definidos três estágios de hipertensão (estágios 1, 2 e 3) e afirmou que o diagnóstico de hipertensão deve basear-se na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma avaliação inicial (EMELTZER; BARE, 2005).

Por outro lado a variabilidade da pressão arterial é o aspecto que mais dificulta a sua interpretação. Embora todas as variáveis hemodinâmicas sofram, em graus variados, a influência de fatores ambientais, emocionais, farmacológicos e fisiológicos, o impacto sobre a pressão arterial é significativo a ponto de influenciar, equivocadamente, decisões clínicas (GELEILETE; COELHO; NOBRE, 2009).

A principal conseqüência da alta pressão arterial é a lesão de órgãos-alvo. A importância dessa designação reflete a gravidade da doença e alerta o médico para a

necessidade de um tratamento intensivo visando ao controle pressórico. Dentre as várias lesões de órgãos-alvo, pode-se destacar: a hipertrofia de ventrículo esquerdo um complexo fenômeno de adaptação do miocárdio ao aumento crônico da pressão arterial sistêmica, o acidente vascular cerebral, a encefalopatia hipertensiva, a retinopatia hipertensiva e a nefropatia hipertensiva (LOPES, 2006).

A hipertensão arterial ocupa posição de destaque no grupo das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), em decorrência de sua alta prevalência e incidência, considerada uma “doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial e assintomática (na grande maioria dos casos), que comprometem fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados” (BRASIL, 2001).

Todavia, Potter e Perry (1998), referem que a infusão rápida e descontrolada de líquidos intravenosos é uma causa típica de elevação da pressão arterial. Quando ocorre uma diminuição do volume de sangue circulante, como, por exemplo, no caso de uma hemorragia ou desidratação, há uma queda da pressão arterial sanguínea. O termo “viscosidade” se refere à espessura do sangue. A porcentagem de hemácias no sangue determina a viscosidade sanguínea. Uma maior viscosidade aumenta a dificuldade do fluxo sanguíneo através dos pequenos vasos. Quando ocorre um aumento do hematócrito e o fluxo sanguíneo torna-se mais lento, aumenta a pressão dentro do sistema arterial, pois o coração continua a manter o seu débito cardíaco.

A epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil apresenta aspectos peculiares e coincidentes com outros países com impacto importante no perfil de mortalidade, tais como: desigualdade social da distribuição do risco de morte, acesso ao diagnóstico de hipertensão arterial e proporção de indivíduos com pressão arterial elevada. No Brasil, as taxas de mortalidade por doença cerebrovascular são das mais elevadas para homens e mulheres, quando comparadas às de outros países da América Latina (LOTUFO, 2008).

De acordo com Brasil (2006), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento esta cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores. A carga de doenças representada pela

morbimortalidade devida a doenças é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

Fuchs e Wannamacher (2006), também relacionam a HAS como fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, as quais se exteriorizam, predominantemente, por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. É também a causa da cardiopatia hipertensiva. Por decorrência do comprometimento cardíaco, hipertensão também se associa a insuficiência cardíaca. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, caracterizam-se como uma das maiores causas de redução na expectativa e qualidade de vida dos indivíduos.

O envelhecimento está associado ao aumento da pressão arterial principalmente em relação à pressão arterial sistólica; paralelamente existe o aumento da inatividade física entre os idosos, um fator de risco que contribui para o aumento da incidência de doenças crônicas entre estas a hipertensão arterial (SCHER; NOBRE; LIMA, 2008).

A hipertensão é a doença que mais acomete os idosos, incidente em cerca de 60 a 70% da população idosa. A aterosclerose é um dos fatores que contribuem para o aumento da pressão arterial. No idoso, a progressiva deposição de cálcio, maior deposição de colágeno e menores quantidades de elastina nas camadas artérias contribuem para menos distensibilidade e maior rigidez das artérias e, em conseqüência, aumento da resistência vascular periférica, levando a hipertensão arterial. A maior retenção de sódio e água promove a constrição do leito arterial vascular. Nos idosos ocorre menos débito cardíaco, menor volume intramuscular, menor fluxo renal, maior resistência vascular periférica (MIRANDA, 2005).

Segundo Nobre (2002), a prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que na população em geral. Em razão da disautonomia, a pressão arterial em diabético deve ser medida nas posições deitada, sentada e em pé. No diabético tipo I, a hipertensão se associa à nefropatia diabética e o controle da pressão arterial é crucial para retardar a perda de função renal. Ainda citando o referido autor o diabético tipo 2, a hipertensão se associa à síndrome de resistência à insulina e ao alto-risco cardiovascular. Estudos em diabéticos hipertensos ressaltam a importância da redução da pressão arterial sobre a morbimortalidade cardiovascular e as complicações microvasculares relacionadas ao diabetes.

Se referindo as mulheres, as mesmas apresentam menor morbidade e mortalidade cardiovascular de que os homens, para qualquer grau de hipertensão. Além disso, antes da

menopausa a hipertensão é menos comum nas mulheres do que nos homens, talvez refletindo o menor volume sanguíneo das mulheres em decorrência da menstruação. Nas primeiras gestações de mulheres previamente normotensas, a hipertensão aparece depois de 20 semanas (hipertensão gestacional) e, na metade dos casos, esta hipertensão evoluirá pra pré-eclâmpsia, edema ou anormalidades hematológicas ou hepáticas, as quais, por sua vez, aumentam o risco de evolução para a eclampsia, definida pela ocorrência de convulsões. (KAPLAN, 2006).

Para Lopes (2006), nenhum mecanismo isolado é responsável pelo surgimento da HAS na maioria dos indivíduos. Entretanto, deve-se ter em mente que o desenvolvimento da doença é lento e gradual: à medida que a pressão arterial vai tornando-se mais elevada, inúmeros mecanismos compensatórios atuam na tentativa de normalizar as alterações, impedindo muitas vezes que os fatores iniciais sejam prontamente reconhecidos; são eles: o sistema nervoso simpático que é o mediador fundamental nas mudanças agudas da pressão arterial e na frequência cardíaca; sistema renina-angiotensina-aldosterona tem uma participação destacada na gênese da HA; sensibilidade ao sal; disfunção endotelial é a redução na resposta vasodilatadora para vários estímulos de liberação de óxido nítrico; resistência à insulina e a suscetibilidade genética.

Como resposta a esses problemas, o objetivo que o paciente deve seguir é a adesão ao tratamento anti-hipertensivo que visa diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular. Entretanto, quando o clínico decide a necessidade de tratamento, ele deve considerar um objetivo de nível de pressão a ser atingida. Apesar das dificuldades em atingir os níveis apropriados da pressão arterial como o tratamento, o bom controle pode ser atingido na maioria dos pacientes se eles receberem atividades educacionais apropriadas e medicação anti-hipertensiva suficiente e de maneira progressiva (SMELTZER; BARE, 2002).

3.2 Adesão ao Tratamento

Embora muitos pesquisadores relacionem adesão ao tratamento com adesão ao medicamento, esse termo se refere os numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição do medicamento, como também envolvem aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença. A adesão é um grau que o comportamento de uma pessoa representa pela ingestão do medicamento, o seguimento da

dieta, as mudanças no estilo de vida correspondem a concordar com as recomendações de um médico ou de outro profissional de saúde (MION; GUSMÃO, 2006).

A adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios de quem trata o grande número de pacientes com hipertensão arterial, levando em consideração que na maioria das vezes são assintomáticas e descobrem ser hipertensos em uma consulta de rotina. Essa doença consiste em um fenômeno multidimensional em que estão envolvidos pelo menos cinco fatores: sistema de saúde, fatores socioeconômicos, fatores relacionados à terapêutica, relacionados ao paciente e fatores relacionados à doença (MACHADO, 2008).

É indispensável obter adesão continuada ao tratamento. Além de dificuldades usuais – crenças e fantasias, efeitos adversos de fármacos, dificuldades econômicas, inadequação da relação médico - paciente, existem dois fatores adicionais para a falta de adesão: usual inexistência de sintomas e cronicidade da doença. É compreensível a dificuldade de se utilizarem medidas terapêuticas crônicas que não produzem alívio de sintomas. O esclarecimento da doença pode aumentar a adesão. A perspectiva de cura deve ser afirmada, embora à custa de tratamento prolongado. Comparar hipertensão a doenças incuráveis ou com menor possibilidade de cura pode auxiliar. Atendimento multiprofissional tem sido progressivamente reconhecido como medida capaz de aumentar o grau de controle de hipertensão arterial (FUCHS, WANNAMACHER, 2006).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima). A opinião comum de que os pacientes são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganadora e reflete o equívoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir a seu tratamento (MION; GUSMÃO, 2006).

Para um melhor tratamento, o médico é guiado pelo algoritmo de tratamento fornecido no relato do JNV, em conjunto com os dados de avaliação dos fatores de risco e a categoria (ou extrato) da pressão arterial do paciente para escolher os planos de tratamento inicial e subseqüente para os pacientes (SMELTZER; BARE, 2002).

Um aspecto importante é a ênfase na abordagem multiprofissional, visto que alguns estudos demonstraram que todas as vezes que o profissional não médico é colocado nesse circuito, aumenta-se a adesão, pois o paciente recebe as mesmas informações de diferentes

formas, facilitando o entendimento da importância do tratamento da hipertensão arterial (MACHADO, 2008).

Conforme refere Lopes (2006), o objetivo primordial do tratamento da hipertensão é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. A decisão terapêutica é tomada a partir de um diagnóstico preciso, embasado em uma boa anamnese, exame físico e exames complementares. Na avaliação inicial do paciente hipertenso e na decisão terapêutica devem ser levados em conta não só os níveis de pressão arterial, mas todos os fatores de risco associados que possam aumentar o risco cardiovascular global desse paciente. Por um lado, a sua falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial é o maior desafio para todos os que trabalham e investigam esta área. Aumenta o custo e os riscos de eventos cardiovasculares em consequência do controle inadequado da pressão, provocado por esta prática. Pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentaram níveis de pressão arterial controlados.

Teorias procuram explicar e orientar formas de abordagens para se obter o comprometimento dos pacientes com doenças crônicas; passaram então a ser investigada sistematicamente uma dessas teorias é: “modelo de crença na saúde” surgiu diante da comprovação de que há resistência nos indivíduos em aceitar a prevenção de doenças ou programas de detecção precoces de afecções assintomáticas. As contribuições trazidas por essas análises foram muitas, agregaram conhecimento, mas não esgotaram o assunto ou conseguiram explicar, de forma definitiva, a grande resistência dos pacientes em se manterem fiéis à terapêutica (JARDIM; JARDIM, 2006).

Por outro lado, o tratamento não farmacológico tem sido implementado com muito entusiasmo por alguns profissionais e algumas vezes visto até com certo ceticismo por outros profissionais. O fundamental é a estratificação do risco cardiovascular do paciente com hipertensão pelo médico mediante história clínica, exames físicos e complementares (LOPES, 2006).

A prevenção primária da HAS pode ser feita mediante controle de seus fatores de risco. História familiar de hipertensão aumenta de peso, em particular do perímetro da cintura, sobrecarga de cloreto de sódio e ingestão insuficiente de potássio são os principais fatores de risco identificados. Duas estratégias de prevenção têm sido propostas, a populacional e a dirigida a grupos de risco. A primeira advoga redução da exposição coletiva a fatores de risco, principalmente o cloreto de sódio. Restrição à adição de sal na preparação de alimentos industrializados, identificação da quantidade de cloreto de sódio presente nos alimentos e

estratégias educacionais, entre outros. Redução de somente 2 mmHg, em média, na pressão arterial de toda a população propiciaria palpável diminuição na incidência de eventos cardiovasculares (FUCHS; WANNAMACHER, 2006).

O paciente com HA deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade físico e baixo consumo de gorduras saturadas). O tratamento deve ser individualizado respeitando as seguintes situações: idade do paciente, presença de outras doenças, estado mental do paciente, dependência de drogas e outros (BRASIL, 2006).

Antes da orientação para a prática de exercício físico regular, além do condicionamento cardiorrespiratório, a avaliação adequada das variáveis biomecânicas por profissionais especializados deve ser priorizada, para que não haja impedimento de tal exercício, ou, ainda, para que o paciente seja adequadamente orientado sobre as possíveis limitações e como estas devem ser abordadas antes do estabelecimento do exercício propriamente dito (CARDOSO; TAVARES; OLAVNIK, 2008).

Por outro lado, existem exercícios físicos que vai além da redução da pressão arterial (PA), estando associados à redução dos fatores de risco cardiovasculares e à menor morbimortalidade; logo após uma sessão de exercício agudo (efeito agudo) observa-se que a PA permanece abaixo dos níveis encontrados no repouso, também uma combinação de atividades e exercícios físicos tais como: caminhada, atividades recreacionais e alongamento (SCHER; NOBRE; LIMA, 2008).

Fuchs e Wannamacher (2006) relatam que o consumo abusivo de sal é o desencadeamento ambiental mais importante de hipertensão arterial. Se os alimentos não fossem conservados em sais do sódio, e se não se adicionasse cloreto de sódio no preparo dos alimentos, a pressão arterial provavelmente não se elevaria durante a vida, como se demonstrou em inúmeras populações não-aculturadas. O efeito da restrição salina sobre a pressão arterial de indivíduos normotensos e hipertensos, entretanto, tem sido frustrante. Inúmeros ensaios clínicos foram realizados para isolar esse efeito, geralmente por breves períodos, mostrando resultados muito discretos. Nos estudos mais prolongados a efetividade é ainda menor. A dificuldade de seguir continuamente as recomendações de restringir sal em condições reais – até porque a maior parte do sal contido nos alimentos é adicionada na fase industrial – é o maior limitante da efetividade dessa abordagem terapêutica.

Ao planejar uma terapia para um paciente hipertenso, o profissional deve conhecer o nível pressórico normal do paciente. Medições repetidas durante várias horas ou dias

geralmente determinam à variação normal para esse paciente. O profissional deve basear as decisões relativas à administração de medicamentos e assistência nas leituras normais para esse paciente, e não na média obtida de indivíduos normais da mesma faixa etária e sexo (POTTER; PERRY, 1998).

O tratamento farmacológico se impõe quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial. Em pacientes em fase I e imediatamente após o diagnóstico em pacientes com alto risco cardiovascular. As drogas de primeira linha todas têm resultados benéficos comprovados em vários trabalhos na prevenção de complicações cardiovasculares: os diuréticos tiazídicos, os bloqueadores dos canais de cálcio, os betabloqueadores e os inibidores da enzima angiotensina. Quando existe a adesão à terapia medicamentosa, bem como a mudanças de hábitos de vida, contribui consideravelmente para a redução de eventos cardiovasculares de maiores proporções para o indivíduo (OLIVEIRA; NOBLAT; POSSOS, 2008).

No tratamento propriamente dito, a principal característica avaliada nos estudos de adesão se refere aos efeitos colaterais. Quanto mais freqüentes e incapacitantes, menor a motivação do paciente; enquanto 10% dos pacientes abandonaram o tratamento por efeitos colaterais, 50% o fizeram por sentir-se bem (JARDIM; JARDIM, 2006).

De acordo com Pimenta (2008), os diuréticos continuam sendo as classes de fármacos anti-hipertensivos mais utilizados em virtude de sua eficácia terapêutica e do seu baixo custo, embora possuam diferenças entre si quanto à duração e ao local de ação no néfron. Os tiazídicos reduzem de forma satisfatória a pressão arterial (PA) quando utilizadas em baixas doses e possuem excelente ação quando associados aos inibidores da enzima conversora da angiotensina II, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e bloqueadores dos canais de cálcio.

Segundo Brasil (2006), os agentes anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial. Entre os fármacos mais utilizados em que se mostra benefício em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores estão os diuréticos em baixas doses. Devem ser prescritos em monoterapia inicial, especialmente para pacientes com hipertensão arterial em estágio I que responderam às medidas não-medicamentosas. Entretanto, a terapia única deve ser inicial e eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitos pacientes necessitam a associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da ECA, beta-bloqueadores, antagonista do cálcio.

A terapia farmacológica para os pacientes com nenhuma complicação e nenhuma indicação específica para outro medicamento, os medicamentos iniciais recomendados incluem diuréticos, beta-bloqueadores ou ambos. A princípio, os pacientes recebem doses baixas do medicamento. Quando a pressão arterial não cai para menos de 140/90mm Hg, a dose é aumentada gradualmente, sendo os medicamentos adicionais incluídos, conforme necessário para o controle. Quando a pressão arterial está abaixo de 140/90mm Hg durante pelo menos 1 ano, está indicado a redução gradual dos tipos e doses do medicamento. Para promover a adesão os médicos tentam prescrever o esquema de tratamento mais simples possível, de maneira ideal um comprimido, uma vez ao dia (SMELTZER; BARE, 2008).

Nos idosos, ocorrem mudanças estruturais e funcionais no sistema cardiovascular, com a maior prevalência da hipertensão arterial como consequência, os idosos se tornam os principais usuários de medicamentos para o tratamento. Existe uma redução da reserva funcional cardíaca, porém essa reserva funcional é muito maior que o necessário para a vida cotidiana. Em situação de esforço físico, ocorre maior débito cardíaco. Os vasos sanguíneos apresentam alterações morfológicas e teciduais mesmo na ausência de patologias. (OHARA; SOUTO, 2008).

Conforme classes de medicamentos podem ser recomendadas para iniciar a terapia anti-hipertensiva no idoso: diuréticos, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas dos receptores da angiotensina II, entre outras (SCHER; NOBRE; LIMA, 2008).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), pesquisas mostraram que a angiotensina II promove vários eventos a nível celular, sugerindo que seu papel biológico é tão amplo que vai do intracelular ao tecido ou ao sistema. O sistema renina-angiotensina é um importante regulador fisiológico de volume, balanço eletrolítico e pressão arterial.

Kaplan (2006) refere que o tratamento pode ser à base da angioplastia quando se observa uma redução da pressão arterial em 60 a 70% dos pacientes, com a doença fibromuscular do que com a aterosclerose, da mesma forma que a cirurgia. Em três estudos pequenos e controlados, a angioplastia com balão foi capaz de causar uma redução modesta, mais significativamente maior da pressão arterial do que o tratamento clínico. Já por meio de cirurgia a revascularização está indicado em pacientes cuja hipertensão não esteja bem controlada ou a função renal se deteriorou com o tratamento clinica e naqueles com insucesso com a angioplastia ou nos quais as lesões não permitirem a realização do procedimento. A

cirurgia é mais recomendada para preservar a função renal do que para aliviar a hipertensão e deve ser realizada antes que o nível de creatinina exceda 3 mg/dl.

Finalizando o tratamento, existe uma dificuldade da adesão em todas as mudanças do estilo de vida, havendo sempre por parte dos pacientes uma maior facilidade para uma medida em relação a outras. Ao contrário do tratamento farmacológico no qual, ao associarmos fármacos diferentes, obtemos um efeito aditivo, no caso das mudanças do estilo de vida não encontramos uma relação linear entre a associação das mudanças do estilo de vida que atuam no mesmo mecanismo fisiológico (SMELTZER; BARE, 2005).

3.3 Assistência de Enfermagem ao Paciente com Hipertensão Arterial

Os indivíduos sedentários apresentam aumento de cerca de 30% no risco de desenvolver hipertensão arterial comparados àqueles com atividades regulares, mas a prática de exercícios aeróbicos promove reduções pressóricas da ordem de 3 mmHg, sendo maior quanto mais elevada a pressão se mostra antes do exercício. A atividade física é indicada para todos os hipertensos, incluindo aqueles sob tratamento medicamentoso, mas nos pacientes com hipertensão estágio 3, sem controle adequado, a indicação é limitada. Embora nem todos os indivíduos hipertensos respondam ao exercício de resistência, este é amplamente recomendado (CARDOSO; TAVARES; OLAVNIK, 2008).

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), é importante que o paciente compreenda o processo patológico, e também como as alterações no estilo de vida e os medicamentos podem controlar a hipertensão. A enfermeira deve enfatizar o conceito do controle da hipertensão, em vez de sua cura. A profissional pode encorajar o paciente a consultar um nutricionista para ajudar a desenvolver um plano para a perda de peso. Em geral, o programa consiste na restrição da ingestão de sódio e lipídios, no aumento da ingestão de frutas e vegetais e na implementação da atividade física regular. Explicar que as papilas gustativas demoram de 2 a 3 meses para se adaptarem às interações de sal, podendo prejudicar o paciente a ajustar-se à ingestão reduzida de sal. O paciente deve ser aconselhado a não beber mais do que duas doses de álcool por dia, devendo o fumo ser evitado.

Afirma Lopes (2006), que a hipertensão arterial é indiscutivelmente um dos problemas de saúde pública mais importantes do mundo. Apresenta alta prevalência (no Brasil de 22 a 44%) e uma baixa porcentagem de controle com os tratamentos adotados. Ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem sua condição de portadores da doença e

os que têm conhecimento, 40% ainda não estão em tratamento. Dentre as causas desse desconhecimento, pode-se destacar o fato da doença ser assintomática e pela ausência de um contínuo esforço que vise à divulgação, ao conhecimento e à facilitação do acesso a população ao Sistema de Saúde.

As mudanças do estilo de vida são recomendações que devem ser feitas a todas as pessoas, independente de sexo, raça, idade e presença de morbidades. Essas mudanças podem prevenir ou retardar a instalação da hipertensão, tendo uma grande indicação para a população pré-hipertensa, pois se estima que esta seja equivalente em números à população hipertensa. As populações que mais se beneficiam com as mudanças do estilo vida são as de alto risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial (AMODEO; BORELLI; SOUSA, 2008).

Uma medida residencial da pressão arterial permite a antecipação de um diagnóstico que poderia exigir várias consultas e demorar meses para ser firmado. Isso se torna ainda mais relevante quando são consideradas que as possibilidades diagnósticas não mais se limitam à hipertensão arterial e à normotensa, mas há a identificação cada vez mais freqüente de pacientes com hipertensão mascarada e do avental branco (GELEILETE; COELHO; NOBRE, 2009).

Uma boa orientação com o autocuidado é através de uma boa orientação sobre a doença e o uso regular de medicamentos prescritos, reorientarem sobre hábitos de vidas pessoais e familiares, terem em mente efeitos positivos com o tratamento para supostos sucessos. Existe outro caminho a ser seguido que é a automedida da pressão arterial, no qual a mensuração da pressão arterial é realizada pelo próprio paciente ou familiar, em seu domicílio de fato essa forma tá cada vez mais ganhando aplicabilidade entre os pacientes e vantagens como: aumento a aderência ao tratamento e redução de custos no manejo dos pacientes hipertensos (ALESSI, 2008).

Para que se continue com um bom autocuidado, atualmente a realização de atividade física aeróbica é o melhor caminho. Com intensidade moderada por um mínimo de 30 minutos, cinco dias por semana, ou atividade aeróbica intensa e vigorosa por, no mínimo, 20 minutos, três vezes por semana, de forma alternada. Para que o exercício físico seja realizado de forma adequada e seguro, é fundamental que o paciente apresente condição como boa flexibilidade e amplitude articular, e não-alterações significativas na biomecânica das estruturas osteoarticulares. Toda vez que se inicia uma atividade física, há necessidade de se preparar à musculatura circunvizinha para a realização do exercício (CARDOSO; TAVARES; OLAVNIK, 2008).

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), as principais metas para o paciente incluem a compreensão do processo patológico e seu tratamento, a participação em um programa de autocuidado e a ausência de complicações. O esquema terapêutico é responsabilidade do paciente, em colaboração com o profissional de saúde, a educação, os objetivos e o suporte social podem ajudar o paciente a alcançar o controle da pressão arterial. Além disso, o envolvimento dos membros da família em programas de educação capacita-se a apoiar os esforços do paciente para controlar a hipertensão. Quando ocorrem efeitos colaterais, os pacientes precisam compreender a importância de relatá-los e a quem eles devem ser reportados.

As atividades residenciais não devem ser vista como substituto da medida de consultório. Embora alguns autores já tenham sugerido que os médicos não deveriam mais realizar a medida da pressão arterial de consultório em decorrência da freqüente impropriedade com que medem a pressão. Por outro lado, essas medidas podem apresentar como principal vantagem, em relação à medida casual, a possibilidade de coletar um número maior de medidas de pressão arterial durante vários dias, até mesmo meses, e sem a interferência de um observador. Isso permite avaliar o efeito da terapia instituída em diversos horários e sem a reação de alarme usualmente presente durante uma medida casual (GELEILETE; COELHO; NOBRE, 2009).

Estudos realizados por Smeltzer e Bare (2005), afirmam que as mudanças do estilo de vida para um bom autocuidado são recomendações que devem ser feitas a todas as pessoas, independente de sexo, raça, idade e presença de morbidade. Há dificuldades para a implementação de mudanças do estilo de vida, pois isso consome tempo, contrário aos hábitos de vida, exige esforço e persistência, embora tenha custos-efetivos. No atendimento domiciliar é importante para a enfermeira uma história completa para avaliar os sintomas que indicam a lesão do órgão-alvo. Certos sintomas podem incluir a dor anginosa; falta de ar; alterações na fala; visão ou equilíbrio; epistaxes; cefaléias; tonteira; ou nictúria. Uma avaliação completa pode fornecer informações valiosas sobre a extensão com que a hipertensão afetou e sobre qualquer outro fator pessoal, social ou financeiro relacionado com a condição.

O alcance da meta fundamental de um bom cuidado domiciliar com relação à enfermidade está diretamente relacionado ao melhor controle da pressão arterial e a menores taxas de complicações secundárias à hipertensão. Como vimos a preocupação é antiga, geral e só será atenuada quando conseguirmos um modelo de atuação que torne os pacientes

verdadeiros agentes das mudanças tão necessárias, co-responsabilizando-os por seus cuidados. Dessa forma teremos dado um grande passo para a diminuição da morbimortalidade ocasionada por esse agravo tão prevalente e incapacitante (JARDIM; JARDIM, 2006).

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório com abordagem quantitativa. Segundo Matioli (2007), pesquisas exploratórias são as que proporcionam maior familiaridade com o problema, tornando-se mais explícito e seu principal objetivo é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de instituições. Enquanto o estudo descritivo tem por objetivo conhecer, analisar e descrever um determinado contexto, buscando entender as relações estabelecidas dos atores com seus meios para assim formular estratégias.

De acordo com Triviñus (1994), o estudo quantitativo envolve toda investigação baseada na estatística que pretende obter resultados objetivos, estabelecendo relação estatisticamente significativa ou não entre os fenômenos e proporcionam maior experiência em relação a determinado problema, para obtenção dos resultados desejados, quando em contato com uma determinada população. Marconi; Lakatos (2003), refere que quantitativamente procura enumerar/medir eventos estudados e empregar instrumental estatístico na análise dos dados.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família José Araújo Carlos, que está implantada desde 1982, localiza-se na cidade de Frutuoso Gomes-RN, que consta com cadastro de 598 hipertensos. A referida USF conta com uma equipe de saúde constituída por enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde, atendente, odontólogo e médico. A escolha da referida UBS para a realização deste trabalho foi motivada por dispor de estrutura adequada e organização técnica no atendimento ao usuário hipertenso e que atenderá aos meus critérios de pesquisa.

4.3 População e Amostra

A instituição escolhida, consta com 498 famílias cadastradas, representando um total de aproximadamente 1990 pessoas. Deste total, existem aproximadamente 280 hipertensos. A amostra foi definida de acordo com a fórmula para cálculo do tamanho da amostra, onde N representa o tamanho da população (280 hipertensos), E_0 , erro amostral tolerável $1/ (0,10)^2$: 100, no , primeira aproximação do tamanho da amostra e n , ao tamanho da amostra, dessa forma a formula é $(n: N*no/N+no)$. Portanto $n= 498*100/498+100=49800/598= 60$ pessoas

aproximadamente. Então amostra foi composta por 60 hipertensos, que tiveram disponibilidade para aceitarem colaborar voluntariamente com a pesquisa mediante aceitação verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tendo os seguintes critérios de inclusão:

- Usuários do sexo feminino ou masculino com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Usuários hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS José Araújo Carlos, durante o período de coleta de dados;
- E, principalmente, os hipertensos os que não compareçam regularmente a USF para tratamento da doença.

4.4 Posicionamento Ético do Pesquisador

Todos os participantes receberam os devidos esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, através de informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente participaram da pesquisa aqueles que concordam com o TCLE.

A coleta de dados foi implantada mediante apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria e encaminhamento de ofício à Secretária de Saúde do município de Frutuoso Gomes/RN e ao coordenador da USF onde foi desenvolvida a pesquisa, comunicando a pretensão da mesma. Após esses trâmites, foi realizada a coleta nos meses de abril e maio de 2010, em dias úteis, nos turnos, manhã e tarde, horário de funcionamento do serviço.

4.5 Instrumento e Coleta de Dados

No primeiro momento a pesquisa foi solicitada com a autorização da coordenadora da unidade que compõem o Programa de Saúde da Família (PSF), através do ofício no sentido de viabilizando o estudo do mesmo.

Para tanto foi utilizado um formulário a partir de um roteiro pré-estabelecido pelo próprio autor, incluindo variáveis que atenderam as questões sócio-demográficas e referentes à temática pesquisada. Segundo Polit e Hungler (1995), quando são utilizadas pessoas para investigações científicas precisa-se ter muito cuidado para assegurar que os direitos estarão protegidos.

Como trata de uma pesquisa que envolveu seres humanos e existiu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando os direitos das pessoas que foram pesquisadas e os do pesquisador. Seguindo os aspectos éticos que envolvem seres humanos, estabelecidos pelo conselho nacional de saúde com a resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Por essa razão o projeto foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa da Faculdade Santa Maria, cajazeiras/PB, para análise e aprovação do mesmo.

4.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos receberam tratamento estatístico simples, foram representados a partir de tabelas, gráficos, quadros e pela descrição de dados a partir das respostas dos participantes e discutidos a luz da literatura pertinente.

5.1 Características do Grupo do Estudo

Cabe ressaltar que no município pesquisado existem apenas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no qual uma abrange a área rural e a outra a área urbana, a clientela atendida da instituição pesquisada consiste em sua totalidade por pessoas que vivem na cidade. A maioria destas vive com o emprego da prefeitura ou então da agricultura de subsistência. Por ser um município pequeno, a saúde ainda depende dos grandes centros próximos como Mossoró e Natal.

A estrutura física da UBS da cidade de Frutuoso Gomes/RN, não se encontra satisfatoriamente adequada às necessidades do grupo em estudo. Observamos que a luta por novas construções e pela implantação de uma nova unidade é objetivo da Secretaria Municipal de Saúde, possibilitando uma estrutura arquitetônica mais favorável ao processo de saúde-doença para a comunidade, desde que, se observa uma relação direta entre a facilidade ao acesso aos serviços de saúde e o acompanhamento adequado dos pacientes com adesão ao tratamento.

O enfermeiro da atenção básica desempenha um papel extremamente importante no controle da HAS, pois é ele o responsável por promover a educação, fator tão importante, e decisivo, na decisão dos pacientes ao tratamento, fornecendo orientações sobre alimentação, exercícios físicos, uso de álcool e tabaco, a importância do uso correto de medicamentos, quando necessário, entre outros.

A hipertensão é uma doença altamente prevalente, com custos sociais elevados, que atualmente apresenta dois grandes desafios, a adesão ao tratamento e a manutenção dos níveis tensionais estáveis pela ausência de complicações aos órgãos-alvo aos pacientes que aderem à terapêutica.

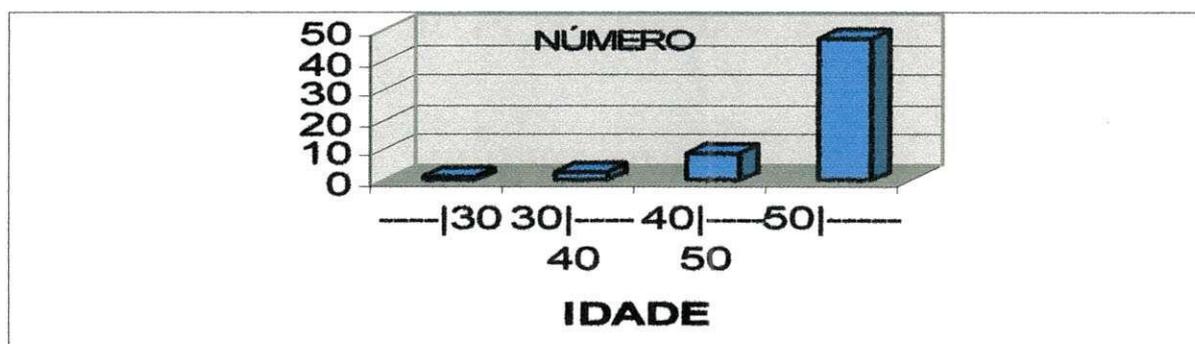
5.2 Análise dos fatores sócio-demográficos

A apresentação dos resultados e suas discussões obedeceram para os fatores sócio-demográficos com a seguinte ordem: a idade dos pesquisados, peso, valores mensurados da pressão arterial, estado civil, escolaridade, renda familiar e por ultimo, a frequência quanto ao sexo (masculino ou feminino).

TABELA E FIGURA 1 – Distribuição do grupo em estudo segundo a idade, Frutuoso Gomes, 2010.

INCIDÊNCIA DE HAS X IDADE

IDADE	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
--- 30	1	2
30 ---40	3	5
40 ---50	9	15
50 -----	47	78
TOTAL	60	100



No grupo estudado, predominou a idade acima de 50 anos, fazendo um percentual de 78%; em segundo, com percentual de 15%, a faixa de 40 a 50 anos; em seguida com 5%, o grupo com 30 a 40 anos e assim por diante.

Para a tabela relacionada verifica-se uma relação direta do aumento da pressão arterial com o envelhecimento. Por outro lado, a Hipertensão está acometendo cada dia pessoas mais jovens, o que antes era menos comum. Isso mostra a necessidade de criar novos métodos educacionais direcionados aos adolescentes e adultos e não apenas para idosos.

É válido salientar que a predominância dos enfermos, ainda está na faixa acima de 50 anos, havendo um aumento na idade de 40 a 50 anos; estima-se que 20 a 25% da população adulta e pelo menos 65% dos idosos brasileiros sejam hipertensos. Para o tratamento do idoso hipertenso, além da estratificação de risco, é fundamental a avaliação de comorbidades e do uso de medicamentos (NOBRE, 2002).

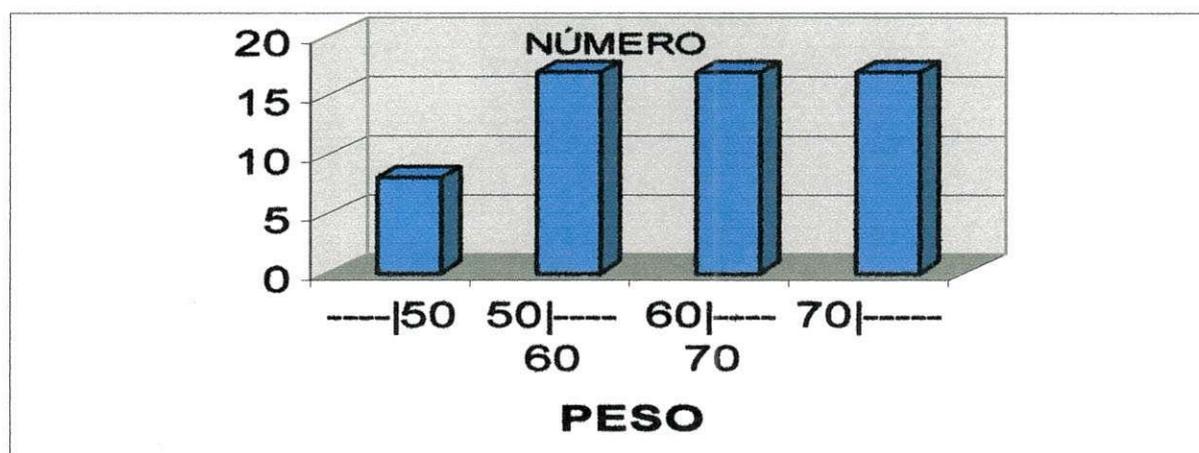
De acordo com o Manual de Enfermagem do Ministério da Saúde (MS), no Brasil há cerca de 17 milhões de portadores de HAS, 35% da população com 40 anos ou mais. Esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores. Além disso, a morbimortalidade é muito alta, o que torna a HAS um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo

(BRASIL, 2006). Ao analisar os dados pesquisados se verifica certa semelhança, pois a faixa etária abaixo de 30 anos mostra próximo aos 5%, tendo semelhanças com os dados correspondentes a pesquisa.

TABELA E FIGURA 2 - Distribuição do grupo em estudo segundo o peso, Frutuoso Gomes, 2010.

RELAÇÃO HIPERTENSO X PESO

PESO	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
---- 50	8	16
50 ----60	17	28
60 ----70	17	28
70 ----	17	28
TOTAL	59	100



Evidenciam-se na tabela acima que peso acima de 70 kg, alcançou o percentual de 28%; logo atrás, de 60 a 70 kg com 28%; em terceiro, vem de 50 a 60kg com 28% dos casos e por fim, os abaixo de 50kg, com 16%. De acordo com a tabela é importante mostrar que a obesidade ainda está relacionada com a má educação alimentar com índices de massa corpórea acima de 25kg/m² na maioria dos casos relacionados as respectivas alturas.

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência dessa enfermidade podem ser explicadas por essa associação. A obesidade, em especial a central, com acúmulo de gordura visceral está freqüentemente associada à dislipidemia e aumento da pressão nos vasos (NOBRE, 2002).

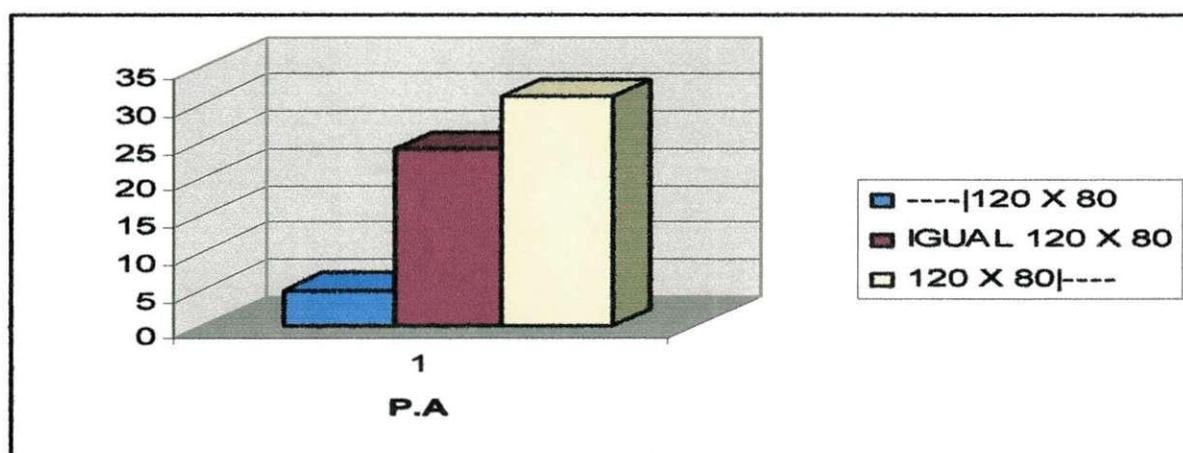
Nos resultados, observa-se uma ligação entre a doença e o alto peso, este também está associado aos portadores de hipertensão. Como solução, a busca de atividades físicas e uma

reeducação alimentar, seria, pois, um caminho a ser seguido; isso possibilitaria uma sociedade mais saudável e com níveis tensionais mais baixos, haja vista a relação muito estreita da doença com a obesidade.

TABELA E FIGURA 3 - Aferições da pressão realizadas no grupo em estudo, Frutuoso Gomes, 2010.

RELAÇÃO HIPERTENSO X PRESSÃO ARTERIAL

P.A	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
---- 120 X 80	5	7
IGUAL 120 X 80	24	40
120 X 80 ----	31	53
TOTAL	60	100



Na tabela 3, vê-se que 53%, dos entrevistados ainda continuam com a pressão arterial alta (acima de 120x80mmHg); vindo depois com 40% dos casos com pressão controlada na faixa ainda aceita (igual a 120x80mmHg); por fim com 7%, os que têm a P. A inferior a média permitida (120x80mmHg).

Para Smeltzer e Bare (2002), 90% e 95% possuem hipertensão primária, significando que o motivo para a elevação da pressão arterial não pode ser identificada. Os 5% a 10% restantes desse grupo apresentam pressão arterial elevada relacionada às causas específicas, como o estreitamento das artérias renais, determinados medicamentos e gestação. A hipertensão secundária é o termo usado para significar elevação a partir de uma causa identificada.

A hipertensão arterial é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares com uma relação linear e contínua a partir de valores para a pressão arteriais sistólica e diastólica, respectivamente, de 120x80mmHg (CARDOSO, 2008).

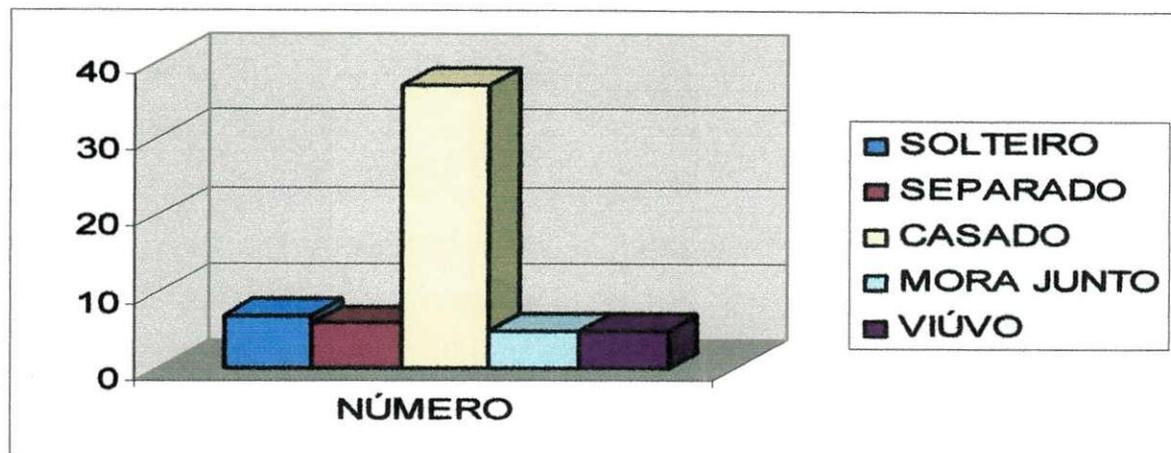
Estes achados surpreendem e demonstram que estão ocorrendo falhas na condução terapêutica, e que tal problema já deveria ter sido notado pela equipe da USF e corrigido habilmente. O controle da PA é o mínimo exigido para alcance dos resultados do plano assistencial anti-hipertensivo; se a mesma permanece elevada ou instável, a probabilidade de comprometimento de órgãos-alvo, como o coração, olhos, rins e cérebro é bem maior. É essencial que algum membro da Unidade rastreie quem são os usuários com pressões não controladas e reencaminhem ao médico para uma reavaliação medicamentosa. Tal conduta é básica, porém é importante investigar como os hábitos alimentares, a inatividade física dentre outros.

Já os que estão na normalidade pressórica, talvez sejam recomendável diminuição da dosagem medicamentosa e, principalmente, estimular e/ou reforçar as práticas comportamentais que levam ao resultado satisfatório. Este trabalho pode ser eficazmente desempenhado pelo enfermeiro, que está em ligação mais próxima com o usuário.

TABELA E FIGURA 4 - Distribuições do grupo de acordo com o estado civil, Frutuoso Gomes, 2010.

RELAÇÃO HIPERTENSO X ESTADO CIVIL

EST CIVIL	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
SOLTEIRO	7	12
SEPARADO	6	10
CASADO	37	62
REL. ESTÁVEL	5	8
VIÚVO	5	8
TOTAL	60	100



Evidencia-se na tabela 4, que 62% dos casos, são casados; já 12% são solteiros e os separados, com 10%, vindo posteriormente, em igualdade de valores com 8%, os viúvos e os com relação estável.

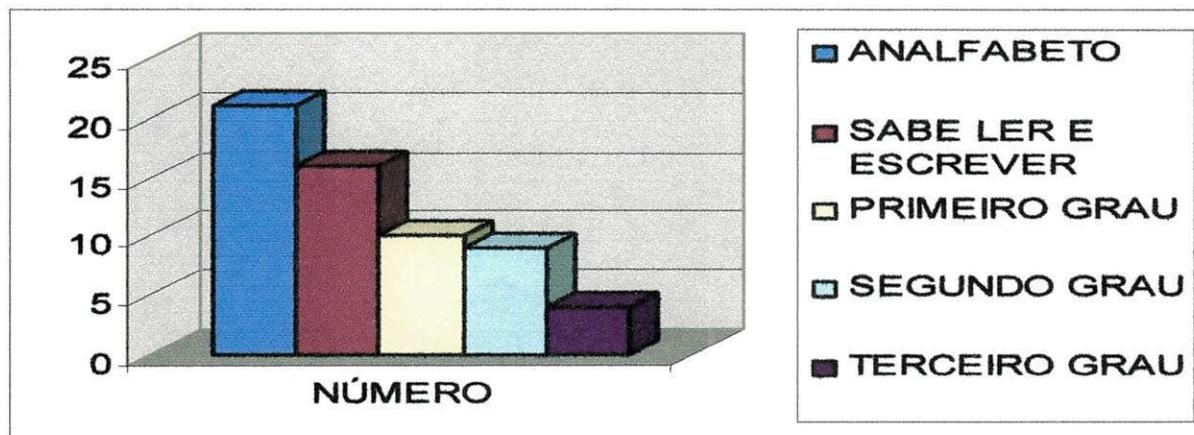
O estado civil, mais precisamente o apoio marital, favoreceria o acompanhamento farmacológico, a prática de atividades físicas e educação alimentar, pois o incentivo do cônjuge funciona como um meio de preservação da saúde orgânica. Isto é corroborado por, Pimenta (2008); cujos estudos demonstraram que o tratamento da hipertensão nos idosos, que têm vida conjugal, aumenta o autocuidado e seguimento detalhado da terapia.

Todavia, existem os que não têm parceiros ou famílias cuidadoras, os que são separados, os viúvos, todos mais vulneráveis ao esquecimento do tratamento e a negação das orientações. Pimenta (2008) valida esta afirmação, quando relata que, a independência do doente causa esquecimento e desconfiança com o tratamento.

TABELA E FIGURA 5 - Distribuições do grupo segundo a escolaridade, Frutuoso Gomes, 2010.

DISTRIBUIÇÃO HIPERTENSO X ESCOLARIDADE

ESCOLARIDADE	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
ANALFABETO	21	35
SABE LER E ESCREVER	16	27
PRIMEIRO GRAU	10	17
SEGUNDO GRAU	9	15
TERCEIRO GRAU	4	6
TOTAL	60	100



Com relação à escolaridade, verifica-se que 35% estão inclusos no analfabetismo; 27% sabem ler e escrever, 17% concluíram o primeiro grau; por último o terceiro e o segundo grau com respectivamente 17% e 6%.

O nível de instrução constitui ferramenta importante no controle da HAS, pois através desta é que o doente compreende a doença e há maiores probabilidades de aceitação da mesma e de sua terapia. Nesta perspectiva, a situação nacional é preocupante, pois nem toda a totalidade populacional é beneficiada com a educação.

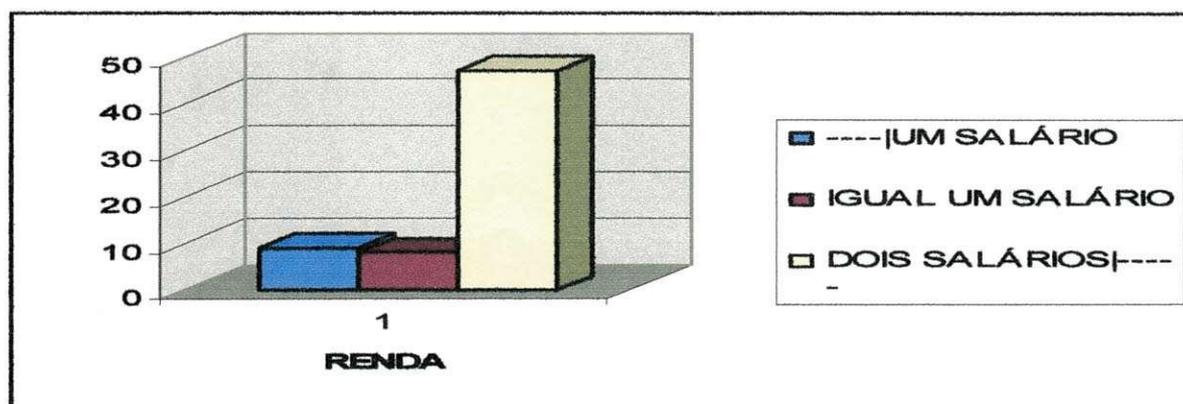
Segundo Santos (2001), o Brasil investiu 33.344 bilhões na educação, o que ainda se constitui em uma verba orçamentária deficiente e se reflete em diversas causas: a evasão escolar, que é um fenômeno vivenciado nesse país, em decorrência do difícil acesso à escola, as condições de vida e saúde da população com baixo poder aquisitivo, a deficiência do ensino nas escolas públicas, contribuindo assim para um alto índice de analfabetismo e evasão escolar nos dias de hoje.

Para um doente se tratar de uma doença é preciso que o mesmo saiba, mesmo que basicamente, sua definição, quadro clínico e tratamento, complicações. Já os que têm maior grau de instrução formal, podem ter acesso a informações vindo de propagandas, reportagens, panfletos e compreendem mais facilmente as razões dos cuidados à patologia.

TABELA E FIGURA 6 - Distribuições do grupo segundo a renda familiar, Frutuoso Gomes, 2010.

RELAÇÃO HIPERTENSO X RENDA FAMILIAR

RENDA	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
--- UM SALÁRIO	9	17%
IGUAL UM SALÁRIO	8	13%
DOIS SALÁRIOS -----	47	70%
TOTAL	60	100



A tabela 6 mostra que 70% dos hipertensos sobrevivem com mais de dois salários mínimos mensais; o que recebe igual a um salário, corresponde a 13% e abaixo de um salário mínimo 17% dos entrevistados.

Com um salário mínimo, ou seja, de R\$ 510,00 reais, fica difícil o atendimento às necessidades básicas, incluindo a assistência médica básica, a uma alimentação rica em frutas, verduras e demais nutrientes essenciais ao corpo humano; a aquisição do medicamento, a atividades de lazer, atendimento educacional, que embora, não necessariamente precisem ser pagos, requerem certas exigências financeiras.

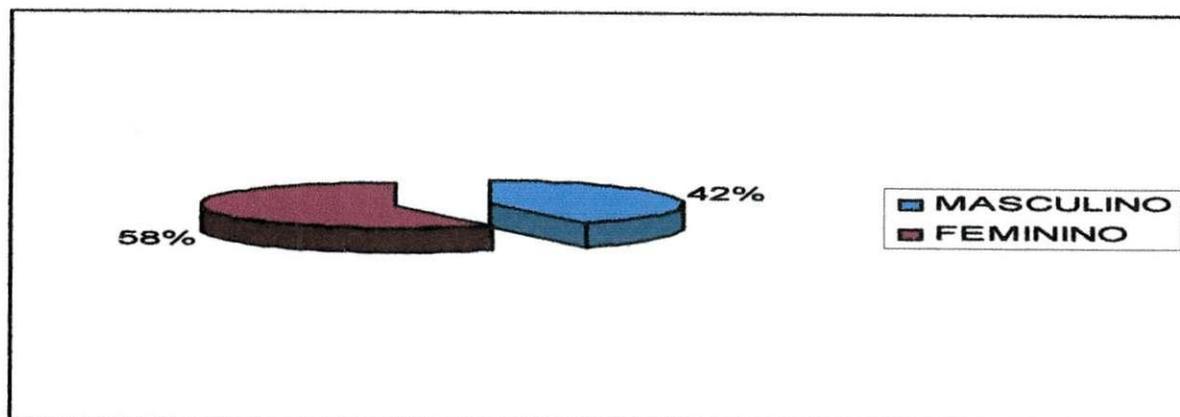
Modelos iniciais tentaram relacionar a adesão a algumas características socioeconômicas. Os aspectos do paciente que são analisados incluem as condições econômicas favoráveis para se viver em pequenas cidades, por outro lado o desemprego como característica de risco para a não-adesão (JARDIM, JARDIM, 2006).

A HAS é considerada uma doença de todas as classes sociais visto que está relacionada diretamente a obesidade; dieta rica em gorduras saturadas e sódio; o estresse do dia-a-dia; o sedentarismo ou inatividade física e, não necessariamente ao desconhecimento da doença. São situações comuns, nos dias atuais que correspondem a hábitos comportamentais plenamente aceitos e reforçados pela sociedade e que se agrava, principalmente, se houver história genética positiva para a enfermidade.

TABELA E FIGURA 7 - Distribuições do sexo predominante ao portador de Hipertensão, Frutuoso Gomes, 2010.

RELAÇÃO HIPERTENSO X SEXO

SEXO	NÚMERO	PERCENTAGEM (%)
MASCULINO	25	43
FEMININO	35	57
TOTAL	60	100



De acordo com a figura, observou-se uma maioria de mulheres com 57%; por outro lado, 43% de homens.

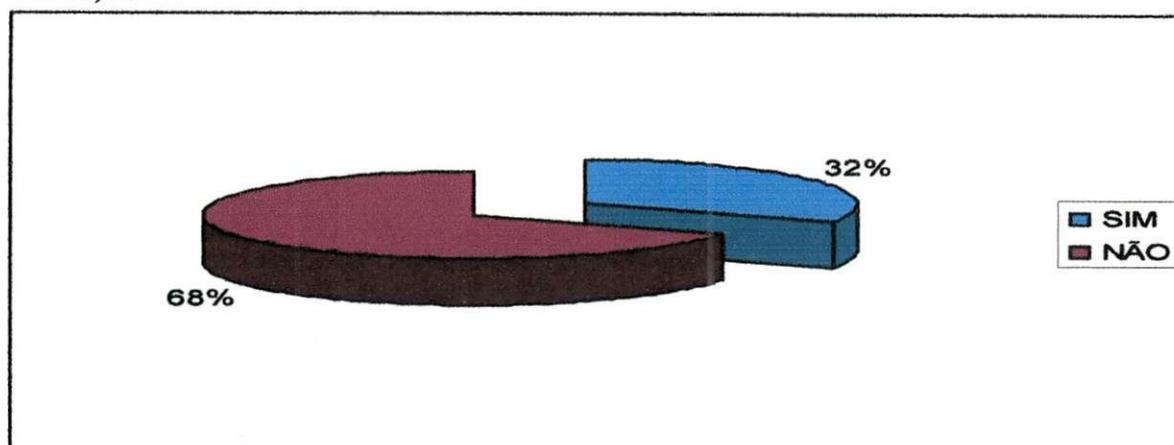
Verifica-se uma maior presença da mulher pelo fato de a mesma procurar com mais facilidade as unidades de saúde comparada com homens, devido a sua vontade e maior interesse de cuidar de sua saúde e dos que dela dependem. Pode-se associar, também, a longevidade, visto que a feminina é superior à masculina. Ainda, pode estar associada a uma questão de gênero no que se refere ao funcionamento orgânico, onde as mulheres estariam mais vulneráveis, como demonstra alguns estudos, como o de Santos; et al; (2007) onde foi encontrada uma população hipertensa em Teresina - PI, demonstrando a superioridade feminina: a amostra era de 125 idosos, com 17 homens e 108 mulheres.

5.3 Questões relacionadas à temática

Através do contato estabelecido com os entrevistados que se propuseram a participar da pesquisa, levantou-se dados através de observações e entrevistas, que possibilitaram realizar uma caracterização desses hipertensos, de forma que um perfil pudesse ser delineado. Assim sendo deparou-se com: dificuldades em seguir o tratamento, quanto ao uso da medicação, a falta de orientação, ao controle da dieta, a prática de atividade física, a restrição ao álcool, à restrição do tabaco e a ida ao consultório ou posto de saúde, cujas frequências serão expostas a cada figura com a devida transcrição dos resultados.

Conforme já constatado por Jardim e Jardim (2006), os fatores que influenciam na adesão ao hipertenso são os mais importantes enfrentados pelos que atuam na área de saúde. Gera custos substanciais, pelas baixas taxas de controle alcançadas em todo o mundo, que acabam aumentando a morbimortalidade conseqüente dessa síndrome.

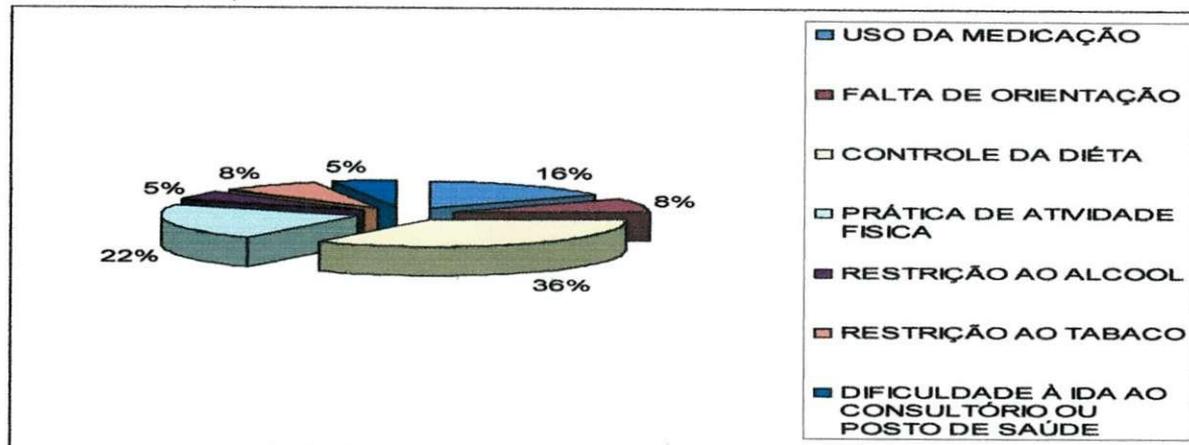
FIGURA- 8 Dados relacionados às dificuldades em seguir o tratamento, Frutuoso Gomes, 2010.



Nos dados relacionados aos obstáculos em seguir o tratamento observou-se; dificuldade relacionada em seguir o tratamento, 68% respondeu não sentir vislumbrar nenhum problema na condução terapêutica; por outro lado, 32% relataram que sentem dificuldades e mais a seguir nas próximas figuras, esclarecem em que pontos sentem maior dificuldade para continuidade do plano assistencial. Conforme se observa, a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios de quem trata o grande número de pacientes com hipertensão arterial, levando em consideração que na maioria das vezes, são assintomáticos e descobrem ser hipertensos em uma consulta de rotina (MACHADO, 2008).

Ao analisar o grupo em estudo, observou-se que a maioria não refere obstáculos na adesão anti-hipertensiva, porém, verifica-se que apesar deste número significativo ser expressivo, contrasta com os achados anteriores, que demonstraram pressões elevadas nos usuários participantes do estudo. Pacientes que não aderem às recomendações de mudança do estilo de vida e não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis de pressão arterial controlada.

Figura- 9 Dados relacionados aos aspectos em que o portador sente dificuldade, Frutuoso Gomes, 2010.



Com relação aos aspectos em que o hipertenso sente mais dificuldade em seguir a terapia, houve predominância de 36%, de pessoas que referem o controle da dieta como principal obstáculo; em seguida, com 22%, a prática de atividades físicas; 16 % responderam no uso da medicação; após com igualdade de valores com 8% falta de orientação e restrição ao tabaco e por último, também com igual (5%) percentagem vem as dificuldade à ida ao consultório ou ao posto de saúde (5%) e restrição ao álcool (5%).

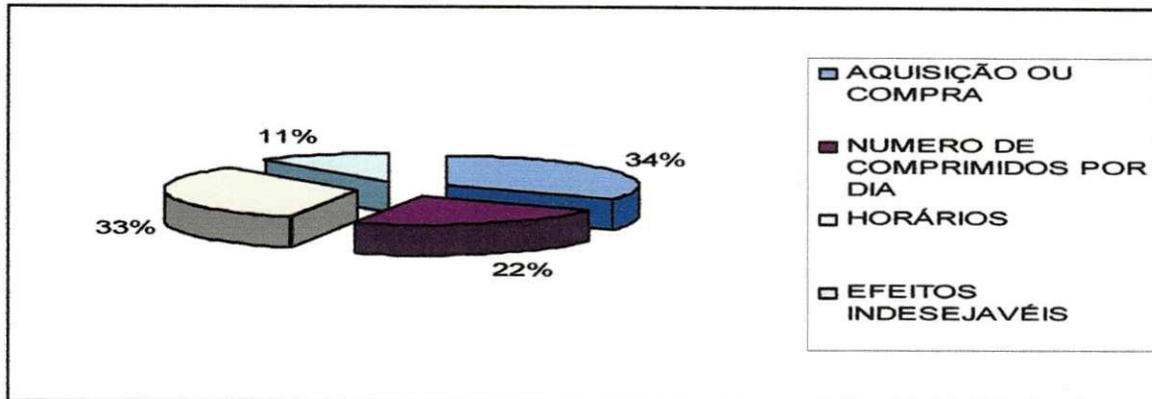
O ponto crucial para o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão é a facilidade de acesso aos serviços de saúde. Há necessidade de melhora dos serviços de saúde, da educação permanente dos profissionais de saúde, que atuam principalmente na rede básica, da porta de entrada do sistema representada pela Unidade de Saúde da família (USF), ou seja, o “posto de saúde” mais próximo da residência do hipertenso, que, na verdade, é unidade de tratamento de doenças, não desenvolvendo ações de prevenção de doença e promoção de saúde como deveria se esperar. A rede básica no Brasil é a maior do mundo, com aproximadamente 63 mil USFs (MACHADO, 2008).

Com a implantação do SUS em 1988, que garante equidade e universalidade de atendimento para a população, houve maior aproximação desta aos profissionais de saúde, melhorando, com isto, o atendimento primário. Todavia, este sistema tem defeitos e problemas que devem ser solucionados nas UBS, como, por exemplo, a falta de recursos humanos e de infra-estrutura. Portanto, às dificuldades mencionadas devem ser levados a sério, tentando com isso, solucioná-los para a melhora da assistência oferecida.

O hipertenso deve colaborar também para o alcance dos resultados esperados no controle da pressão arterial e não deve se abster de suas obrigações quanto ao controle de sua enfermidade, através de uma alimentação balanceada, saudável; de sua participação nas

programações oferecidas pela unidade; da manutenção do peso ideal e ainda, na preservação do compromisso na obediência às recomendações dos profissionais em relação à terapia.

Figura- 10 Dados relacionados aos que responderam *dificuldade com a medicação*, Frutuoso Gomes, 2010.



Os que marcaram dificuldade quanto à medicação mencionaram as seguintes alternativas: 34% responderam que sentiam dificuldade na aquisição ou compra da medicação; 33%, nos horários de tomada; 22%, na grande quantidade de comprimidos que tinha de tomar por dia e 11%, nos efeitos indesejáveis que as medicações ocasionavam.

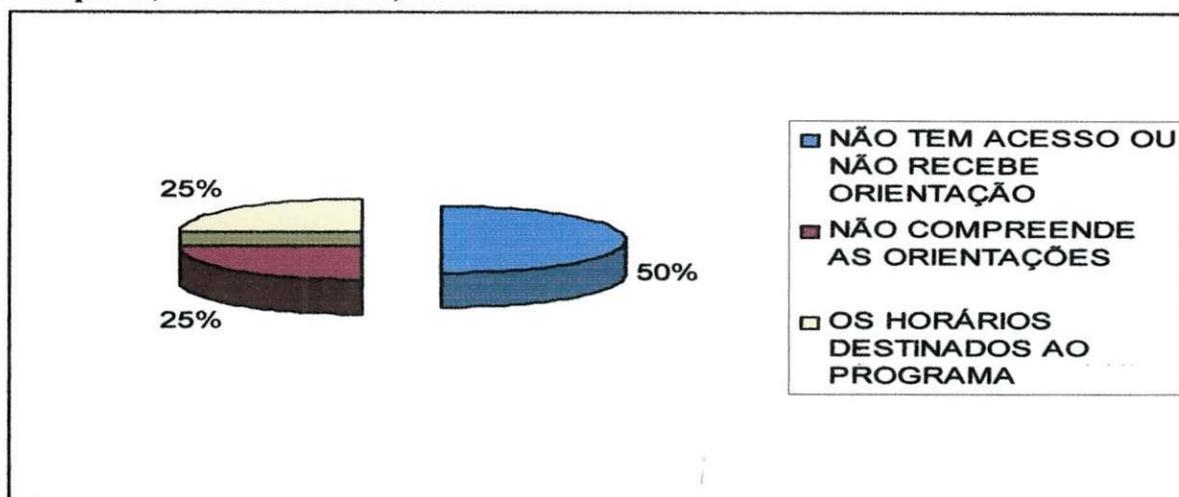
No tratamento propriamente dito, a principal característica avaliada nos estudos de adesão se refere aos efeitos colaterais, aquisição, os horários e a quantidade dos comprimidos. Quanto mais freqüente e incapacitante for o tratamento, menor a motivação do paciente. Nos cuidados com a hipertensão, o abandono da terapêutica pelos efeitos mencionados é avaliado de diversas maneiras (JARDIM; JARDIM, 2006).

A aquisição do medicamento a USF é gratuita em todo o território brasileiro, porém como a demanda é alta, muitas vezes, faltam estas drogas e as encontradas nas farmácias, são caras; desta forma, o paciente deixa de usar o fármaco até que a mesma esteja disponível novamente na Unidade para recebê-la gratuitamente. Na maioria dos casos os portadores de HAS são idosos e por isso existem outras doenças associadas ao envelhecimento como: a osteoporose, artrite, artrose e diabetes, entre outras, que necessitam, portanto, de outros remédios, agravando os problemas citados.

Quando o paciente inicia a tomada de medicamento podem ocorrer os efeitos colaterais, obrigando o paciente a descontinuar o tratamento. Prevendo esta situação, o enfermeiro deve alertá-lo sobre a possibilidade desta ocorrência, e, enfatizar, também, que são reações transitórias, que tendem a desaparecer com o tempo. Frisa-se, portanto, que o profissional deve esclarecer sobre as reações transitórias e as realmente graves estão passíveis de interrupção da droga e, nestes casos, procurar, imediatamente, assistência médica.

Nos idosos, se a memória estiver comprometida pode ocorrer o esquecimento das tomadas diárias, cessando, assim a terapêutica. A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial se verifica nos comportamentos e possíveis abandonos ao plano assistencial.

Figura- 11 Dados relacionados aos que responderam *falta de orientação ou orientação inadequada*, Frutuoso Gomes, 2010.



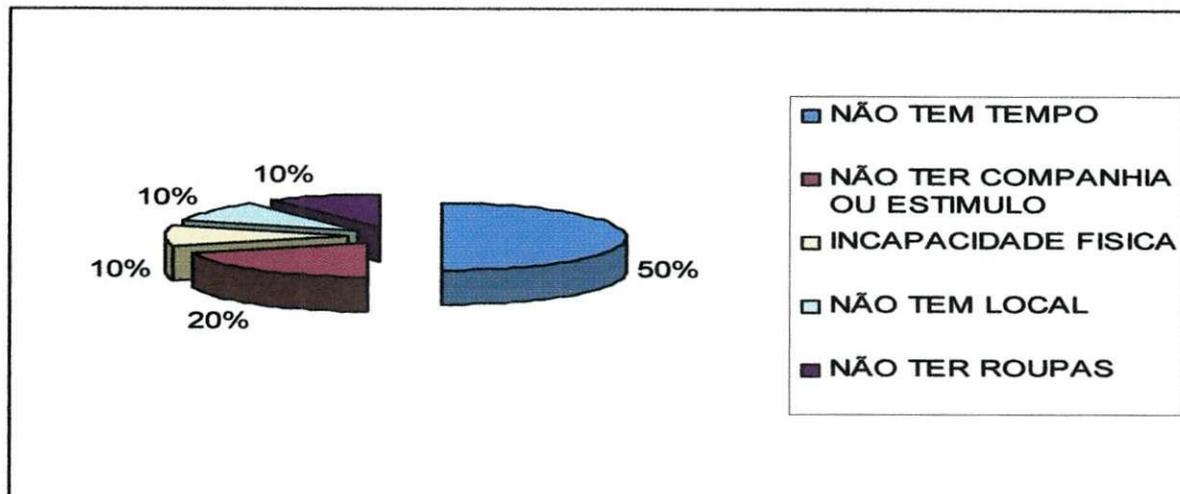
Com 50% dos casos, a maioria marcou não ter acesso ou não receber orientação adequada; em igual percentagem com 25% relataram não gostar do profissional da unidade, junto com os que afirmaram indisponibilidade com o horário de atendimento semanal.

Dos fatores relacionados com o paciente, o mais significativo é o baixo conhecimento sobre a importância do tratamento, devido ser uma doença inicialmente assintomática, é o principal fator de risco para 40% dos casos de mortalidade por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Portanto, na primeira consulta, deve-se informar ao paciente em linguagem entendível a importância do tratamento, como tratar, o que ocorre se não for tratada adequadamente e as causas de não-adesão relacionadas com os pacientes (MACHADO, 2008).

Na USF segue um cronograma de horários onde deve situar-se também o programa do governo federal HIPERDIA, onde são cadastrados todos os hipertensos e diabéticos, a fim de receber os medicamentos básicos do Ministério da Saúde (MS), como o captopril, o hidroclorotiazida e propanolol, entre outros. No entanto, pode ocorrer que, nos dias destinados ao atendimento desta clientela, o usuário não possa comparecer, por motivos pessoais, alheios a sua vontade.

É importante que o profissional estabeleça linguagem acessível e de fácil entendimento ao grau de compreensão do paciente, para se ter maior garantia de que as medidas repassadas serão seguidas corretamente.

Figura- 12 Dados relacionados aos que responderam como dificuldade *prática de atividades físicas*, Frutuoso Gomes, 2010.



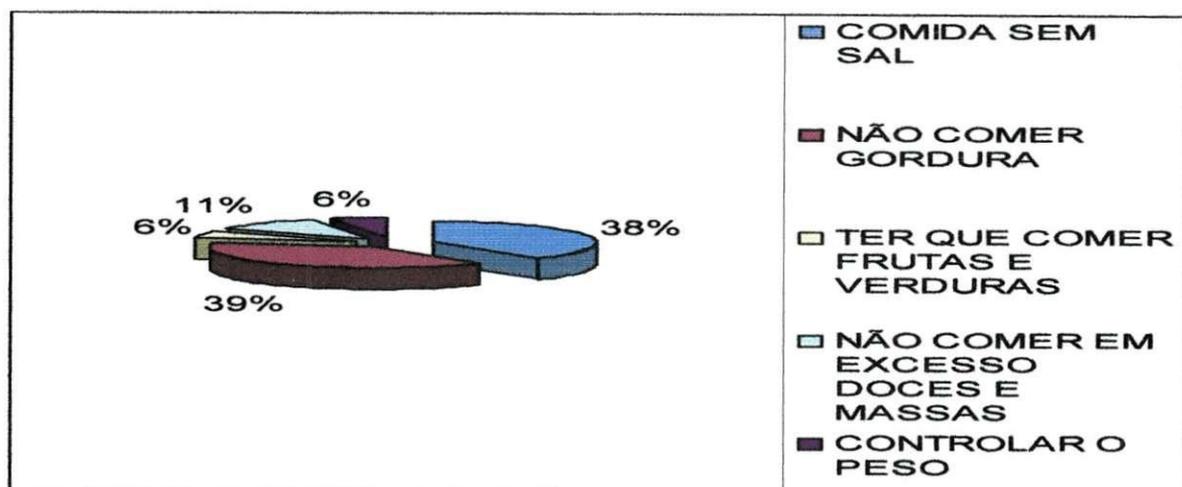
Os dados obtidos através da dificuldade com a prática de atividade física, relataram com: 50% não praticam exercícios físicos por falta de disponibilidade do tempo; 20% não têm companhia ou falta de estímulo para a prática; por fim com igualdade de número, 10% afirmaram não ter lugar para exercitar, ou incapacidade física ou falta de roupa e calçados apropriados.

Está bem estabelecido que a pressão arterial (PA) aumenta com o envelhecimento. Os exercícios físicos podem promover alterações cardiovasculares, como redução da PA no repouso ou em cargas submáximas do esforço. O efeito da PA tem sido observado com medidas casuais e por meio da monitorização ambulatorial da PA. Além disso, os exercícios físicos tem sido proposto como estratégia para prevenção, tratamento e controle da hipertensão arterial, com redução de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (SCHER; NOBRE; LIMA, 2008).

No acompanhamento dos pacientes na unidade, observou-se uma grande preocupação não somente desta instituição, mas de todo o município quanto a estímulos para atividades físicas, através da criação de grupos para caminhadas, criação do “fórró do idoso”, construção de pistas para pedestres, “praça dos idosos” local onde tem atividades ergométricas e alongamentos acompanhados por fisioterapeuta. Está nos planos da enfermeira responsável pela USF fixar horários semanais, com o objetivo de reestruturar o atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública dos serviços de saúde, o surpreendente, no entanto, é que um

número expressivo de hipertensos relaciona sua dificuldade à não dispor de tempo para realização de uma prática tão salutar, com todo o aparato físico e social.

Figura- 13 Dados relacionados aos que marcaram dificuldade no controle da dieta, Frutuoso Gomes, 2010.



Sem dúvidas, são os fatores mais referidos pelos entrevistados que influenciam na adesão ao tratamento foi à dieta. Em primeiro, com 39% acham como principal obstáculo comidas gordurosas; em seguida vêm com 38%, os que reclamam não conseguir deixar o uso do sal; 11%, os que alegam não serem capazes de deixar os doces e massas; 6% não gostam de frutas e verduras, o que complementaria a nutrição salutarmente e por fim, 6% referem como principal obstáculo, o controle do peso.

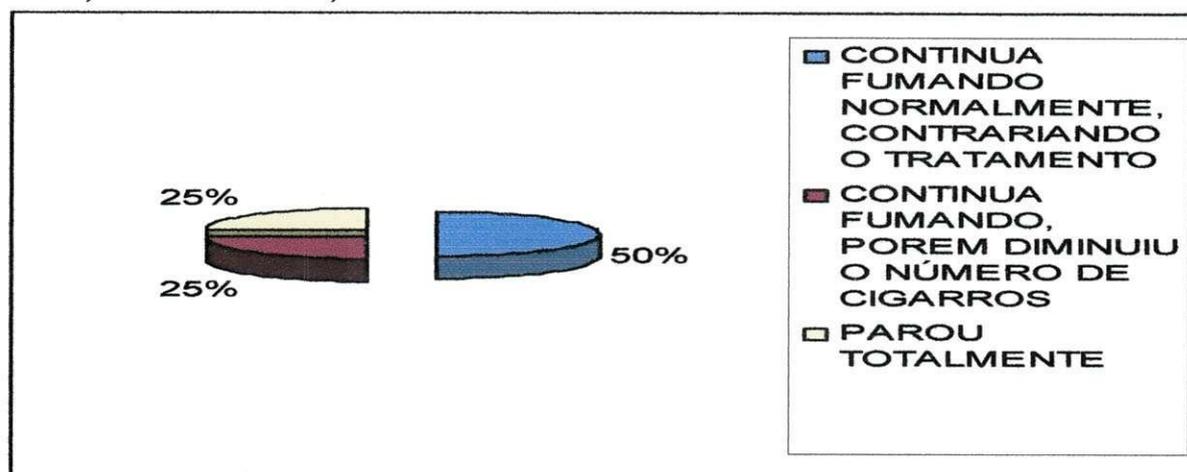
Ao se consumirem alimentos, ocorrem à ingestão de diferentes nutrientes com variadas respostas sobre a pressão arterial e o sistema cardiovascular. Isso sugere maior atenção ao padrão da dieta do que ao consumo de alimentos tidos como “de risco”. A conduta alimentar básica em pacientes com hipertensão arterial deve: controlar e manter o peso corporal em níveis adequados, reduzir a quantidade de sal na elaboração de alimentos e retirar a saleira da mesa, substituir doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas e optar por alimentos com reduzido teor de gordura e preferencialmente do tipo mono ou poliinsaturados, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco (ALESSI, 2008).

De acordo com Carvalho; Dusse e Vieira (2001), na hipertensão essencial ocorrem um aumento na concentração intracelular de Na^+ nas células sanguíneas e de outros tecidos. Isso pode ser resultado de anormalidades na troca de Na^+ K^+ e de outros mecanismos de transporte de Na^+ . O aumento de Na^+ intracelular pode acarretar, por facilidades de troca, a

elevação da concentração do Ca^{++} intracelular. Isso poderia explicar o aumento do tônus da musculatura lisa vascular, que é característica da hipertensão arterial estabelecida.

O padrão alimentar brasileiro é rico em sal e esse produto está relacionado diretamente com o aumento da pressão arterial. Por esse fato, é importante uma reeducação alimentar através de atividades como: distribuição de panfletos sobre os problemas e os benefícios dos alimentos relacionados à doença. O padrão alimentar saudável está relacionado diretamente com uma vida longa e livre de doenças, como a ingestão de frutas e verduras, controle do peso adequado e a prática de atividades físicas.

Figura- 14 Dados relacionados aos que responderam como dificuldade *restrição ao tabaco*, Frutuoso Gomes, 2010.

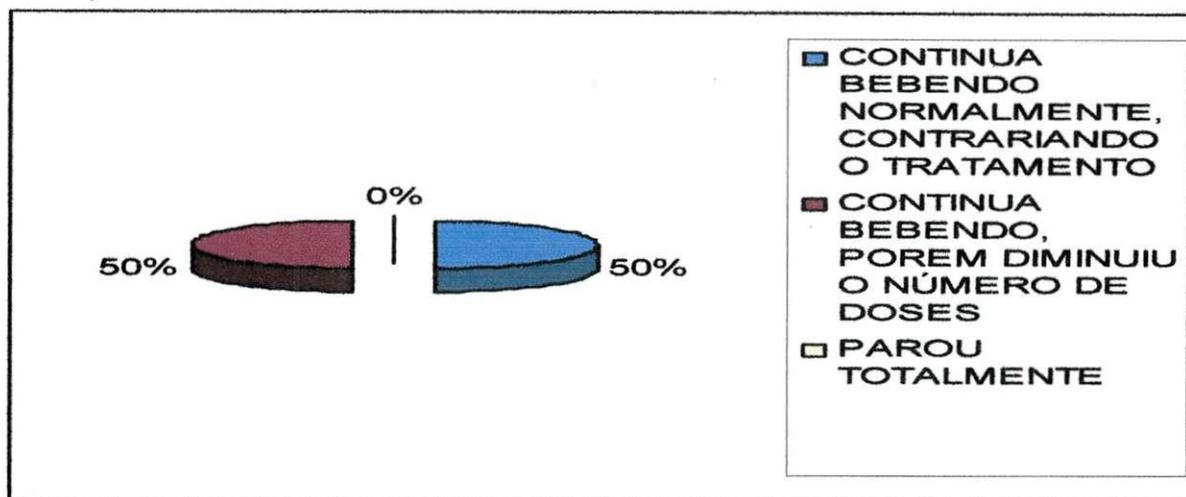


Na indagação aos que referem como problema restrição ao tabaco mostrou-se: 50% preferiram responder que continuam fumando normalmente depois que foi diagnosticado como hipertenso; com a mesma percentagem (25%) vêm os que referirão ainda estar fumando, porém, em menor quantidade e, ainda os que, pararam de fumar.

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Em avaliação, a pressão sistólica de fumantes comparadas com a de não-fumantes foi significativamente mais elevada, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo (CARDOSO, 2008).

A maioria dos pesquisados fumam, mesmo sendo hipertensos e relataram não ter nenhum problema com a continuação do vício e demonstraram não possuir nenhum conhecimento sobre os problemas que o fumo pode causar ao hipertenso. Portanto, estes, principalmente, devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de palestras e medidas terapêuticas de suporte específicas.

Figura- 15 Dados relacionados à dificuldade quanto a restrição do álcool, Frutuoso Gomes, 2010.

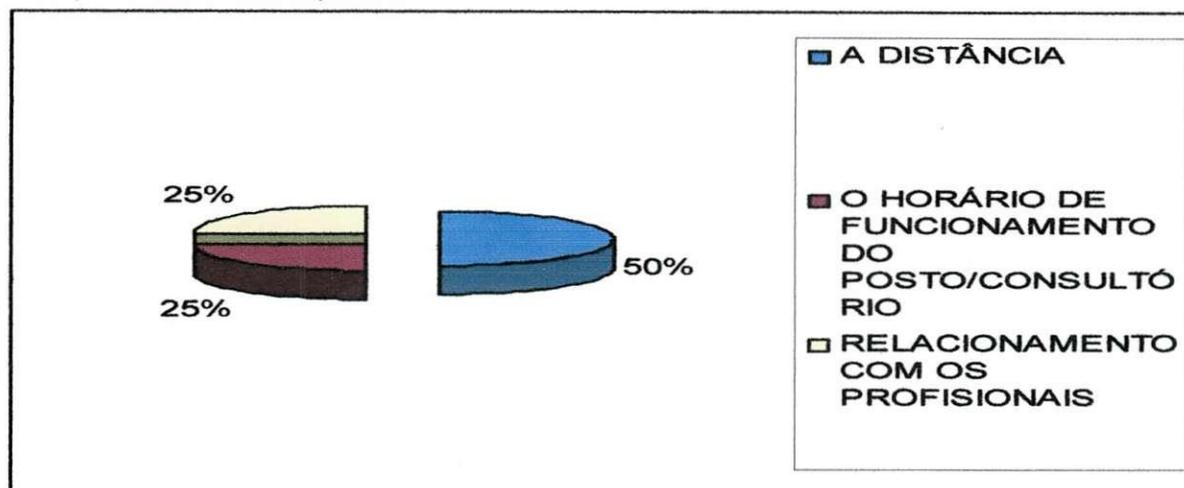


Os dados apresentados a seguir são referentes à restrição alcoólica, resultando em: 50% referiram ingerir álcool normalmente, contrariando o tratamento; 50% afirmaram ter continuado o tratamento, porém diminuindo o número de doses totalmente a prática e nenhum participante (zero) mostrou o interesse em interromper totalmente a dosagem.

Tem se observado a relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial. Ensaios clínicos também já demonstraram que a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a 30 ml/dia de etanol para homens e a metade para mulheres (CARDOSO, 2008).

Numa cidade tão pequena, fica difícil encontrar atividades para lazer e então muitos procuram os bares para se embriagarem em momentos de diversão e de folga dos trabalhos e esta prática focaliza cada vez mais, jovens e adolescentes. Destes, muitos são hipertensos e ainda não sabem; quando são diagnosticados fica difícil a interrupção do vício. Entretanto existem os que diminuem a frequência de tomadas, pois na maioria já sentiram algum problema quanto à doença, como dor de cabeça, angina e outros problemas cardiovasculares ou hepáticos associados aos efeitos da bebida.

Figura-16 Dados referentes aos que tem problemas com a *ida ao consultório ou posto de saúde*, Frutuoso Gomes, 2010.



Na indagação aos que refere como problema a ida ao consultório ou posto de saúde: 50% dos casos marcaram não freqüentar a UBS devido à distância, 25% escolheram o horário de funcionamento, 25% optaram como barreira, o relacionamento com o profissional.

Segundo Chaves e Araújo (2006) o enfermeiro exerce papel importante dentro do contexto da HAS, abrangendo aspectos que vão desde a participação do programa de detecção precoce, até o desenvolvimento de estratégias para garantir adesão ao tratamento. A educação para hipertensos deve ser associada à assistência ao paciente, de modo a prover todos os recursos necessários para o tratamento adequado.

A localidade para a instalação de uma UBS é de fundamental para proporcionar facilidade de acesso a todos. Pelo fato de Frutuoso Gomes, ter uma extensa área rural, muitos acabam não recebendo os fármacos ou as orientações dos profissionais devido à distância da residência ao “posto de saúde”. A Unidade abre de segunda a quinta de 07h00min horas da manhã, as 17h00min horas da tarde, porém, sempre nesta instituição tem outras atividades como pré-natal, puericultura, citológico e outros programas que devem ser cumpridos. O cuidado ao hipertenso ocorre nas quintas-feiras durante o período integral, com consulta médica e de enfermagem, e entrega de medicamentos.

O presente estudo relatou as dificuldades encontradas em uma Unidade de Saúde da Família (USF), relacionada à terapêutica dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. Atualmente no Brasil o Hiperdia oferece medicação e atendimento gratuito ao hipertenso, bastando, para isto, cadastrar-se na unidade de saúde mais próxima.

Porém observou-se nos resultados obtidos, que apenas a distribuição da medicação não é a única forma de combate à hipertensão. É importante ver que, além da dispensação de remédios, é imperativo o controle da pressão arterial, mensalmente de cada portador, e também mensurações de outros parâmetros como peso corporal e avaliação da funcionalidade, de outros órgãos (alvos de complicações diretas da doença) e, ainda, pesquisa da dieta alimentar; reforço da compreensão da terapêutica, distribuição de panfletos, realização de palestras, entre outros, proporcionando, com isto, uma maior qualidade de vida.

Na cidade estudada observa um empenho dos órgãos públicos, no combate dessa doença, situações e locais foram criados para o bem dessa classe, porém ocorrem muitos problemas como a falta de medicação em muitos casos, de recursos humanos treinados e infra-estrutura para um bom atendimento.

Percebeu-se, nessa caminhada, que para se implantar um serviço dessa natureza é necessária à participação de todos os membros da unidade, seja de modo direto ou indireto, bem como é mister conquistar a confiança dos hipertensos ao programa e à equipe, pois eles não buscam apenas realizar o tratamento, mas também, um espaço acolhedor, livre de disputas e intrigas políticas para também esclarecer dúvidas que permeiam sua rotina de certas limitações por uma doença crônica.

Apreendeu-se também, que quando os entrevistados não são sensibilizados ou convidados a freqüentar a USF para atividades e acompanhamentos referentes à doença, eles deixam de procurar e só voltam a buscar ajuda quando apresentam complicações relativas à respectiva patologia.

A tentativa de um acompanhamento individual é essencial para o combate dessa doença que só faz crescer a atingir uma gama cada vez maior da população. Os portadores dessa cronicidade precisam conhecer e tentar solucionar através de: exercícios físicos, diminuição de gordura e sal nas alimentações, tomada regular da medicação prescrita e visita mensal a UBS para acompanhamentos.

Nessa investigação, aprendeu que um único membro da equipe não conseguirá convencer o paciente a aderir ao tratamento, é necessário o trabalho conjunto de toda a Unidade multiprofissional treinada para fazê-lo e garantir o sucesso da terapia. Por isso,

embora propondo estratégias, faz-se necessário, discutir com a equipe o que está sendo feito e o que pode ser feito para convencer o paciente a aderir ao tratamento para que este tenha uma vida saudável.

REFERÊNCIAS

ALESSI, A. Automedida da pressão arterial – opinião do agonista. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol.15, n. 4, pág.196-198. São Paulo, 2008.

AMODEO, C; BORELLI, F.A. O; SOUSA, M.G. Tratado não-medicamentoso da hipertensão arterial. In: NOBRE, F; SERRANO, C. V. **Tratado de Cardiologia**. São Paulo: Mamole. 2008.

ARAÚJO, R.G. Tratado de Clínica Médica: **Aspectos Básicos e Fisiologia Cardiovascular**, Vol.1. São Paulo: Roca, 2006.

BARRETO, I. S; MEDEIROS, M.; SILVA, O. V. Tendências da política de saúde pública no Brasil e os desafios para a solidificação do sistema único de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.1, n. 1, out/dez 1999. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 23 jun de 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196 de 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção básica: **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2006.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. Manual de hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília. 2001.

CARDOSO, A. L. S; TAVARES, A; PLAVNIK, F, L. Aptidão física em uma população de pacientes hipertensos: avaliação das condições osteoarticulares visando a benefício cardiovascular. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol. 15, n. 3, pág. 125-132. São Paulo, 2008.

CARVALHO, M. das G; DUSSE, L.M. S; VIEIRA, L. M. Revisão sobre alterações hemostáticas na Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG). **J. Brás. Patol. Méd. Lab**. Rio de Janeiro, v. 37, nº. 4, 2001. Disponível <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 24 de junho de 2010.

CELENO, C. **Exame Clínico: Bases para a Prática Médica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CHAVES, L; ARAÚJO, D. Eficácia de programa de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, nº 4, jul/ago, 2006.

FUCHS, F.D.; WANNAMACHER, L. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GELEILETE, T.M; COELHO, E. B; NOBRE, F. Medida residencial da pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol. 16, n. 3, pág. 186-189. São Paulo, 2009.

JARDIM, P. C. B. V; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol. 13, n.1, pág. 26-29, 2006.

KAPLAN, N.M. In: **BRAUNWALD. Hipertensão Sistêmica: Mecanismos e Diagnóstico.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LACCHINI, S.; IRIGOVEN, M.C. **Estrutura e Função do Sistema Cardiovascular: Fisiologia.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

LATUFO, P. A; LOLIO, C. A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. In: **Manual de Cardiologia Socesp.** Vol. 2, pág. 327-331, Atheneu, 1996.

LEFRE, F; LEFREVE AMC. **Discurso do Sujeito Coletivo.** Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2ª Ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Vol.13, n. 1, pág. 39-46. São Paulo, 2006.

LOMBA, M. **Objetivo Saúde: Especialidades Médicas.** Vol.1. Olinda. Edição dos autores, 2006.

LOPES, H.F. **Tratado de Clínica Médica: Hipertensão Arterial.** Vol.1. São Paulo: Roca, 2006.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. In: **NOBRE, F; SERRANO, C.V. Tratado de Cardiologia.** São Paulo: Manole, 2008.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento – tema cada vez mais atual. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Vol. 15, n. 4, pág. 220-221. São Paulo, 2008.

MARCONI, M.A; LAKATAS, E.M. **Fundamento de Metodologia Científica.** 5ªed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATIOLI, C. P . et al. Metodologia: interpretando autores In: FIGUEIREDO, N. M. A.de (organizadora). **Método e Metodologia na Pesquisa Científica.** 2 ed, São Paulo: Yendis, 2007.

MION, D; GUSMÃO, J. L. Adesão ao tratamento - conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Vol. 13, n. 13, pág. 23-25. São Paulo. 2006.

MIRANDA, R.D. Hipertensão arterial: o que muda na fisiologia e no tratamento? In: **Ramos, L.R; Neto, J.T. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar.** São Paulo: Manole, 2005.

NOBRE, F. Tratamento da hipertensão em situações especiais. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Vol. 9, n. 1, pág. 398-401. São Paulo, 2002.

OHARA, E.C.C.; SOUTO, R.X.S. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade.** São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, M.G; NOBLAT, A. C. B; POSSOS, L. C. Análise da prescrição de captopril em pacientes hospitalizados. **Sociedade Brasileira de Cardiologia.** Vol. 91, n. 6, pág. 415-417. Salvador, 2008.

PIMENTA, E.F; Hidroclorotiazida x clortalidona: os diuréticos tiazídicos são todos iguais? . **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol.15, n. 3, pág. 166-167. São Paulo, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Método, Avaliação e Utilização**. 3. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

POTTER, P.A; PERRY, I. A. **Grande tratado de Enfermagem Prática Clínica e Prática Hospitalar**. 3 ed. São Paulo. Santos, 1998.

SCHER, L. M. L; NOBRE, F; LIMA, N. K. C. O papel do exercício físico na pressão arterial em idosos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol. 15, n. 4, pág. 228-231. São Paulo, 2008

SANTOS, M. R; MENDES, S. C; MORAIS, D. B. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina /PI. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Vol. 10, n: 1, Rio de Janeiro, 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 9 ed. Vol. 2. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10 ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à Pesquisa em Ciências: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES QUE INFLUENCIAM HIPERTENSOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador responsável: Cynara Rodrigues Carneiro

Pesquisador participante: Sérvulo Augusto Regalado Ferreira

Eu....., RG:....., CPF:, residente à , fui informado (a) que este projeto tem o objetivo de investigar os fatores que dificultam a não-adesão ao tratamento na Unidade de Saúde da Família José Araújo Carlos no município de Frutuoso Gomes-RN. Para desenvolvê-lo será necessário responder a um questionário contendo perguntas objetivas sobre o tema pesquisado. Estou ciente que, de acordo com a resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996, está garantido meu anonimato, minha privacidade e minha liberdade para desistência em qualquer momento da pesquisa sem nenhum tipo de risco mediante participação desse projeto.

Após receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras - PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250 / 3335-4586, ou ainda a pesquisadora responsável, a professora Cynara Rodrigues Carneiro, telefone (083) 87905860.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Nome do sujeito/ou do responsável:.....

Assinatura:



Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL

Eu, **Cynara Rodrigues Carneiro**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação do aluno, do Curso de Graduação em Enfermagem: Sérvulo Augusto Regalado Ferreira, a desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) cujo projeto de pesquisa intitula-se: **“HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES QUE INFLUENCIAM HIPERTENSOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”** e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

Eu **Sérvulo Augusto Regalado Ferreira**, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a Prof. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado **“HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES QUE INFLUENCIAM HIPERTENSOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”** e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Peso: _____

P.A: _____

Sexo: F () M ()

Estado Civil: Solteiro () Casado () Separado () Mora Junto () Viúvo
() Outro ()

Escolaridade: Analfabeto () Sabe ler e escrever () 1º Grau () 2º Grau () 3º
Grau ()

Renda Familiar : < 1 salário () ; igual a 1 salário () ; >2 salários()

DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA

1. O senhor sente dificuldades em seguir o tratamento? () sim, () não

2. Se sim em quais aspectos o senhor sente dificuldades?

- () No uso da medicação;
- () Na falta de orientação e/ou orientação inadequada ;
- () No controle da dieta;
- () Na prática de atividades físicas;
- () Na restrição do álcool;
- () Na restrição do tabaco.
- () Na ida ao consultório;

3. Se o Sr.(a) marcou dificuldades quanto à *medicação*, o que mais atrapalha?

- () O número de comprimidos ao dia;
- () Os efeitos indesejáveis ou colaterais;
- () Os horário;
- () A aquisição e/ ou compra;

4. Se Sr(a) marcou *falta de orientação ou orientação inadequada do profissional*, o que mais atrapalha?

- () Não tem acesso e/ou não recebi orientações;
- () Não compreende as orientações;
- () Não "gosta" do profissional da unidade;
- () Os horários destinados ao programa de hipertensão não são os que podem comparecer.

5. Se Sr.(a) marcou dificuldade no controle da dieta, o que é pior?

- Comida sem sal;
- Não comer gordura;
- Ter que comer frutas e verduras;
- Ter que controlar o peso;
- Não comer em excesso doces e massas.

6. Se o Sr.(a) marcou práticas de atividades físicas, o que mais dificulta?

- Não poder realizar/ incapacidade física ou orgânica;
- Não ter companhia ou sem estímulo;
- Não ter tempo;
- Não ter local;
- Não ter roupas ou calçados.

7. Se o Sr.(a) marcou como dificuldade a restrição ao tabaco, qual das seguintes alternativas se parece com seu dia-a-dia?

- Continua fumando, porém, diminuiu o número de cigarros por dia;
- Continua fumando normalmente;
- Parou de fumar.

8. Se o Sr.(a) marcou como dificuldade restrição ao álcool, qual das seguintes alternativas se parece com seu dia-a-dia?

- Continua bebendo, porém, em menores quantidades;
- Bebe diariamente;
- Parou total.

9. Se o Sr.(a) marcou como dificuldade a ida ao consultório ou posto de saúde, o que mais dificulta essa ida?

- A distância ;
- O horário do atendimento;
- O relacionamento com o profissional;

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ofício no. 025/2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 08 de Abril de 2010.

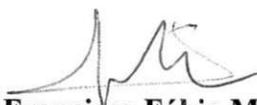
DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva

À: Secretaria de Saúde do Município Frutuoso Gomes - RN
MD. Sra. Gerdilene Carlos Tomas da Silva

Solicitamos a V. Sa. autorização para o aluno **Sérvulo Augusto Regalado Ferreira**, matrícula **50612124**, coletar dados referentes à pesquisa para Monografia de Conclusão do Curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada: **Hipertensão Arterial Sistêmica: fatores que influenciam hipertensão na adesão ao tratamento em uma Unidade de Saúde da Família**, sob orientação da professora Cynara Rodrigues Carneiro.

Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,



Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem



FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
BR 230, KM 504, Cristo Rei, CEP 58900-000
Cajazeiras – PB

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Hipertensão arterial sistêmica: Fatores que influenciam hipertensos na adesão ao tratamento em uma unidade de saúde da família**, protocolo 506042010 da pesquisadora Cynara Rodrigues carneiro, foi aprovado, em reunião realizada no dia 13/05/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 10 de junho de 2010.



Josélio Santos

Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa

**FACULDADE SANTA MARIA
CURSO DE ENFERMAGEM
FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA AO
COMITÊ DE ÉTICA**

<i>Para preenchimento pelo Comitê de Ética da FSM</i>	
Protocolo n.º:	Data de recebimento: / /

Título do Projeto de Pesquisa: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES QUE INFLUENCIAM HIPERTENSOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisa() Extensão() TCC(X) Especialização() Mestrado() Doutorado()

Nome do Pesquisador Responsável: Cynara Rodrigues Carneiro.

Endereço: Rua Professor Trajano, Sousa, centro n: 24

Telefone(s)(083) 87905860

E-mail:cynara.carneiro@hotmail.com

Nome do Pesquisador Participante: Sérvulo Augusto Regalado Ferreira

Endereço: Praça Coronel de Matos, Cajazeiras, centro n:28, AP:202.

Telefone(s): (083) 99471615

E-mail: servulo_fg@hotmail.com

Cajazeiras – PB, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador Responsável