

**FILIPPE SIQUEIRA GOMES**

**ANÁLISE DA TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA APLICADA A  
PACIENTES EM MICROÁREA COBERTA PELO CENTRO DE  
SAÚDE DA FAZENDA DO RIO TAVARES**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de  
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2004**

**FILIPPE SIQUEIRA GOMES**

**ANÁLISE DA TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA APLICADA A  
PACIENTES EM MICROÁREA COBERTA PELO CENTRO DE  
SAÚDE DA FAZENDA DO RIO TAVARES**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso**

**Orientador(a): Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros**

**Co-orientador(a): Prof. Dra. Maria de Fátima Marques da Silva**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2004**

Gomes, Filipe Siqueira.

*Análise da Terapia Antihipertensiva Aplicada a Pacientes em Microárea Coberta pelo Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares / Filipe Siqueira Gomes – Florianópolis, 2004.*

59p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Hipertensão 2. Terapia Preventiva 3. Atenção Primária 4. Saúde Pública I. Análise da Terapia Antihipertensiva Aplicada a Pacientes em Microárea Coberta pelo Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Dr. Marco Aurélio da Ros e a Dra. Maria de Fátima Marques da Silva pela orientação e apoio durante toda a jornada de trabalho, desde o começo até o fim desta pesquisa.

À equipe do Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares, especialmente a Joana, estagiária do curso de Serviço Social, e a enfermeira Daniele, que tanto ajudaram na obtenção dos dados indispensáveis para a realização deste.

À agente de saúde comunitária Marineiva, pela grande ajuda prestada durante a fase de coleta de dados (entrevistas), pois sem este auxílio a pesquisa não tomaria efeito.

E, finalmente, a Mayana de Melo Reis, por ter me acompanhado durante todo o trabalho, tendo sido de grande valia a sua presença, companheirismo, apoio e paciência nesse tempo.

# SUMÁRIO

<b>Agradecimentos</b> -----	<b>ii</b>
<b>Resumo</b> -----	<b>iv</b>
<b>Summary</b> -----	<b>v</b>
<b>1. Introdução</b> -----	<b>1</b>
<b>2. Hipertensão Arterial</b> -----	<b>3</b>
<b>3. Objetivos</b> -----	<b>18</b>
<b>4. Métodos de Pesquisa</b> -----	<b>19</b>
<b>5. Resultados e Discussão</b> -----	<b>26</b>
<b>6. Conclusão</b> -----	<b>40</b>
<b>7. Sugestões</b> -----	<b>41</b>
<b>8. Normas Adotadas</b> -----	<b>42</b>
<b>9. Referências Bibliográficas</b> -----	<b>43</b>
<b>10. Anexos</b> -----	<b>46</b>

## RESUMO

O objetivo desse estudo transversal e descritivo realizado com pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica do Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares foi analisar tanto o impacto da terapia prescrita na rede de atenção primária à saúde, como a forma com que essa doença está sendo divulgada pelo órgão responsável e encarada pelos seus portadores. Foram realizadas entrevistas com dez indivíduos, e o que se encontrou foi que, apesar de todo o trabalho e destreza da equipe responsável, o conhecimento e a visão que os pacientes têm sobre a própria doença, a mudança de hábitos de vida – como prática de exercícios e lazer -, a participação nos grupos informativos e a informação advinda de locais que não o Centro de Saúde, todas ações essenciais para um bom controle clínico, estão muito aquém do considerado adequado para que o empenho da equipe de saúde como um todo tenha o impacto esperado. Conclui-se que a terapia promovida é ineficaz, tanto no que tange à terapêutica medicamentosa, como no que diz respeito às atividades oferecidas – e não freqüentadas - pelo Centro de Saúde. Além disso, a campanha informativa do órgão de saúde responsável também não está sendo efetiva. Portanto, sugere-se uma abordagem interdisciplinar e um novo enfoque informativo nos mais diversos meios de comunicação, com fins de se obter uma redução na morbidade e mortalidade de uma doença tão prevalente em nosso meio.

## **SUMMARY**

The objective of this transversal and descriptive study, carried with patients bearing Sistemic Arterial Hipertension of the “Fazenda do Rio Tavares” Health Center was to analyze the impact of the prescribed therapy in primary attention nteetwork, just as the way that this illness is being publicized by the responsible agency and faced by the patients. Interviews with ten individuals had been carried through, and the encountered was that, despite all the work and skills of the responsible team, the knowledge and vision that the patients have on the proper disease, the change in life habits – like exercising and leisure-, the participation in the informative groups and the information coming from foreign places (not the Health Center), all essential actions for a good clinical control, are all very far from the adequate in wich the effort of the health team may have the expected impact. In conclusion, the carried therapy is ineffectual, concerning not only the drugs therapeutic, but in what refers to the activities offered - and not attented - by the Health Center as well. Moreover, the responsible health agency’s informative campaign isn’t also being effective. Therefore, an interdisciplinary approach and new informative campaign in the most diverse medias are suggested, claiming the reduction in the morbidity and mortality of such a prevalent disease in our environment.

# 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), apresentaram um aumento significativo nas últimas décadas, sendo responsáveis por um grande número de óbitos em todo o país <sup>8</sup>. Este fato pode ser atribuído a uma maior longevidade da população e também às modificações ocorridas em seu estilo de vida.

Quando não tratada adequadamente, a HAS pode acarretar graves conseqüências a alguns órgãos vitais <sup>3</sup>, e, isoladamente, encontra-se entre as mais freqüentes morbidades do adulto <sup>8</sup>. Desse modo, a doença hipertensiva tem constituído um dos mais graves problemas de saúde pública <sup>4</sup>.

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento <sup>3</sup>. Segundo Lessa<sup>8</sup> (1998), 50% dos hipertensos conhecidos não faz nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada. Entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos. O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida.

Para Jardim et al <sup>6</sup> (1996), modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, sendo assim, o meio social tende a afetar diretamente os hipertensos na forma como enfrentam a doença e o tratamento dessa enfermidade <sup>2</sup>.

Dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento <sup>13</sup>. Para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador <sup>15</sup>. Muitas vezes os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, lingüísticos e psicológicos distintos <sup>16</sup>. Torna-se, então, necessário conhecer o meio em que este se insere, com vistas a uma maior efetividade do atendimento.



O presente trabalho iniciou a tomar corpo durante o estágio de Saúde Pública da 10ª fase do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) realizado no Centro de Saúde (C.S.) da Fazenda do Rio Tavares, através do Projeto Docente Assistencial. Durante o primeiro semestre do ano de 2003 tive a oportunidade de constatar as rotinas de um Centro de Atenção Primária à Saúde, que prima pela prevenção e atenção básica à população, através de visitas domiciliares, atividades informativas pela comunidade e no próprio C.S., além do trabalho em grupo e multidisciplinar exercido por toda a equipe responsável. Tendo em vista a importância social e econômica de uma doença prevalente como a HAS, e sabendo do papel da atenção primária (através do médico, equipe de enfermagem e agentes de saúde), é de vital importância que se aprimore o conhecimento sobre o impacto da terapia aplicada aos pacientes hipertensos, e é com essa preocupação que a pesquisa a ser descrita foi motivada.

## **2. HIPERTENSÃO ARTERIAL**

### **1. CONCEITO**

A **Hipertensão Arterial**, uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível. Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio.

### **2. HIPERTENSÃO ARTERIAL - DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial.

#### **2.1 MEDIDA INDIRETA DA PRESSÃO ARTERIAL**

A medida da pressão arterial, pela sua importância, deve ser estimulada e realizada, em toda avaliação de saúde, por médicos de todas as especialidades e demais profissionais da área de saúde.

O esfigmomanômetro de coluna de mercúrio é o ideal para essas medidas. Os aparelhos do tipo aneróide, quando usados, devem ser periodicamente testados e devidamente calibrados. A medida da pressão arterial deve ser realizada na posição sentada, de acordo com o procedimento descrito a seguir:

1 - Explicar o procedimento ao paciente.

2 - Certificar-se de que o paciente:

- não está com a bexiga cheia;

- não praticou exercícios físicos;

## **2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL -**

### **INVESTIGAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL E DECISÃO TERAPÊUTICA**

Os principais objetivos da avaliação clínico laboratorial estão apresentados no Quadro 1.

Para que esses objetivos sejam atingidos, são fundamentais a história clínica, o exame físico e a avaliação laboratorial, respeitando-se o princípio de custo/benefício.

#### **Quadro 1**

<b>Objetivos da investigação clínico laboratorial</b>
• Confirmar a elevação da pressão arterial
• Avaliar lesões de órgãos-alvo
• Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares
• Diagnosticar a etiologia da hipertensão arterial

#### **2.2.1 HISTÓRIA CLÍNICA**

São aspectos relevantes da história clínica:

**1** - Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica.

**2** - História atual: duração conhecida da hipertensão arterial e níveis de pressão arterial; adesão e reações adversas a tratamentos prévios; sintomas de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência vascular arterial periférica, doença renal e diabetes melito; indícios de hipertensão secundária (Quadro 3).

**3** - Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, diabetes melito, obesidade e sedentarismo; alteração de peso; características do sono; função sexual; e outras afecções concomitantes, como doença pulmonar obstrutiva crônica e gota.

**4** - História pregressa de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, insuficiência vascular arterial periférica, doença renal e diabetes melito.

**5** - História familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos; mulheres < 65 anos), doença renal, diabetes melito, dislipidemia, morte prematura e súbita.

**6** - Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.

**7** - Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína.

**8** - Consumo de medicamentos ou drogas que possam elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento.

### **2.2.2 EXAME FÍSICO**

Os itens relacionados a seguir devem ser destacados no exame físico:

**1** - Medida de peso e altura, para cálculo do índice de massa corporal.

**2** - Inspeção: fácies e aspecto físico sugestivos de hipertensão secundária (Quadro 2).

**3** - Sinais vitais: duas medidas da pressão arterial, separadas por intervalo de pelo menos 2 minutos, com o paciente em posição deitada ou sentada. Deve ser medida também a pressão após 2 minutos na posição em pé, nas situações especificadas anteriormente. Verificar a pressão do braço contralateral; caso as pressões sejam diferentes, considerar a mais elevada. A frequência cardíaca também deve ser medida.

**4** - Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação da presença de estase venosa e palpação de tireóide.

**5** - Exame do precórdio: ictos sugestivos de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo, arritmias, 3ª bulha (sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo) ou 4ª bulha (sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo), hiperfonese de 2ª bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.

6 - Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos.

7 - Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais (aorta e artérias renais).

8 - Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou o retardo do pulso das artérias femorais sugerem doença obstrutiva ou coartação da aorta. Verificação de edema.

9 - Exame neurológico sumário.

10 - Exame de fundo do olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

## Quadro 2

<b>Indícios de hipertensão secundária</b>
• Início da hipertensão antes dos 30 ou após os 50 anos
• Hipertensão arterial grave (estágio 3) e/ou resistente à terapia
• Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaléia em crises
• Uso de medicamentos e drogas que possam elevar a pressão arterial (Quadro 14)
• Fácies ou biotipo de doença que cursa com hipertensão: doença renal, hipertireoidismo, acromegalia, síndrome de Cushing
• Presença de massas ou sopros abdominais
• Diminuição da amplitude ou retardo do pulso femoral
• Aumento da creatinina sérica
• Hipopotassemia espontânea (< 3,0 mEq/l)
• Exame de urina anormal (proteinúria ou hematúria)

## 2.2.3 AVALIAÇÃO LABORATORIAL

### 2.2.3.1 AVALIAÇÃO BÁSICA

Os exames laboratoriais recomendados como básicos na avaliação do hipertenso estão apresentados no Quadro 3.

**Quadro 3**

<b>Avaliação laboratorial básica</b>
• Exame de urina: bioquímica e sedimento
• Creatinina
• Potássio
• Glicemia
• Colesterol total
• Eletrocardiograma de repouso

### 2.2.3.2 AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

De acordo com a indicação clínica, os exames relacionados no Quadro 4 poderão fazer parte da avaliação laboratorial complementar do paciente hipertenso.

Os pacientes que apresentarem indícios de hipertensão secundária (Quadro 2) ou de lesão em órgãos-alvo devem ser investigados por meio de métodos específicos.

**Quadro 4**

<b>Avaliação laboratorial complementar</b>
<b><i>Cardiovascular</i></b>
• Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA — vide Capítulo 1 quanto a indicações)
• Ecocardiograma

• Radiografia de tórax
• Teste de esforço (paciente com risco coronariano)
<b><i>Bioquímica</i></b>
• HDL-colesterol (sempre que o colesterol total e a glicemia estiverem elevados)
• Triglicerídeos
• Ácido úrico
• Proteinúria de 24 horas
• Hematócrito e hemoglobina
• Cálcio
• TSH

#### **2.2.4 DECISÃO TERAPÊUTICA**

A decisão terapêutica deve levar em conta, além dos valores da pressão arterial, a presença ou não de lesões em órgãos-alvo e de fatores de risco cardiovascular associados. No Quadro 5 estão apresentados os componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo.

Com base nessas informações, os pacientes podem ser classificados em três grupos, descritos no Quadro 6.

A Tabela I apresenta a orientação terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis da pressão arterial. As medidas de modificação de estilo de vida podem ser recomendadas à população em geral, como forma de promoção da saúde. Além disso, essas medidas devem ser instituídas em todos os pacientes enquadrados na Tabela I. Todos os pacientes com hipertensão arterial moderada e severa (estágios 2 e 3) devem receber tratamento medicamentoso inicial. O tratamento medicamentoso também está indicado para os pacientes hipertensos com lesão em órgãos-alvo, ou doença cardiovascular, ou diabetes melito, independentemente do estágio da hipertensão arterial. Pacientes com valores de pressão arterial enquadrados na faixa normal limítrofe, mas pertencentes ao grupo de risco C devem receber tratamento medicamentoso caso apresentem insuficiência cardíaca, insuficiência renal,

ou diabetes melito. Na hipertensão leve (estágio 1), os pacientes enquadrados nos grupos de risco A e B são elegíveis para ser tratados unicamente com modificações no estilo de vida por 6 a 12 meses. Se, nesse período de acompanhamento, a pressão arterial não for controlada, o tratamento medicamentoso deverá ser considerado. A idade avançada ou a presença de pressão sistólica elevada isoladamente não alteram a decisão terapêutica.

### Quadro 5

<b>Componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo</b>	
<i>Fatores de risco maiores</i>	<i>Lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo</li> <li>• Dislipidemia</li> <li>• Diabetes melito</li> <li>• Idade acima de 60 anos</li> <li>• Sexo: homens ou mulheres pós-menopausa</li> <li>• História familiar de doença cardiovascular em:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mulheres com menos de 65 anos de idade</li> <li>- homens com menos de 55 anos de idade</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças cardíacas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- hipertrofia ventricular esquerda;</li> <li>- angina ou infarto prévio do miocárdio;</li> <li>- revascularização miocárdica prévia;</li> <li>- insuficiência cardíaca.</li> </ul> </li> <li>• Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico</li> <li>• Nefropatia</li> <li>• Doença vascular arterial periférica</li> <li>• Retinopatia hipertensiva</li> </ul>



## Quadro 6

<b>Estratificação em grupos, de acordo com o fator de risco individual</b>
<b>Grupo A</b> sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo
<b>Grupo B</b> presença de fatores de risco (não incluindo diabetes melito) e sem lesão em órgão-alvo
<b>Grupo C</b> presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes melito

**Tabela I**

<b>Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão</b>			
<b>Pressão arterial</b>	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Grupo C</b>
<b>Normal limítrofe</b> (130-139 mmHg/ 85-89 mmHg)	Modificações no estilo de vida	Modificações no estilo de vida	Modificações no estilo de vida*
<b>Hipertensão leve (estágio 1)</b> (140-159 mmHg/ 90-99 mmHg)	Modificações no estilo de vida (até 12 meses)	Modificações no estilo de vida** (até 6 meses)	Terapia medicamentosa
<b>Hipertensão moderada e severa (estágios 2 e 3)</b> ( $\geq 160$ mmHg/ $\geq 100$ mmHg)	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa	Terapia medicamentosa
* Tratamento medicamentoso deve ser instituído na presença de insuficiência cardíaca, insuficiência renal, ou diabetes melito. ** Pacientes com múltiplos fatores de risco podem ser considerados para o tratamento medicamentoso inicial.			

## **2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL -**

### **ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL DO HIPERTENSO**

Pelo fato de a hipertensão arterial ser multicausal e multifatorial, por não acarretar, na maioria das vezes, qualquer sintoma aos pacientes e por envolver orientações voltadas para vários objetivos, o sucesso na consecução dessas metas é bastante limitado quando decorre da ação de um único profissional. Esse fato talvez justifique o baixo índice de sucesso e de adesão obtido quando os cuidados aos pacientes são realizados por um único profissional de saúde, classicamente o médico.

Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens e a formação de uma equipe multiprofissional, que irá proporcionar essa ação diferenciada.

Tratar e até mesmo prevenir a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para que se processem mudanças dos hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não-medicamentoso quanto ao tratamento com agentes anti-hipertensivos. A consecução dessas mudanças é lenta e, na maioria das vezes, penosa, e por serem medidas educativas, necessitam continuidade em sua implementação.

É considerando exatamente esse aspecto que o trabalho da equipe multiprofissional, ao invés do médico isoladamente, poderá dar aos pacientes e à comunidade uma gama muito maior de informações, procurando torná-los participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas, e com motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas.

#### **2.3.1 A EQUIPE**

A equipe multiprofissional pode e deve ser constituída por profissionais que, de uma forma ou de outra, lidem com pacientes hipertensos. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos e, inclusive, funcionários administrativos e agentes comunitários em saúde podem integrar a equipe. Isso não implica, entretanto, na necessidade da existência de todo esse grupo para a formação da equipe. Quando se aglutinam mais de um profissional, desde que imbuídos do mesmo espírito, pode estar sendo constituída uma equipe multiprofissional. O que determina a existência dessa equipe é a filosofia de trabalho, que, em última análise, visa ao bem-estar dos pacientes e das pessoas

de maneira geral. Os membros de um grupo multiprofissional, respeitada a especificidade de sua ação dada pela sua formação básica, devem conhecer a ação individual de cada um dos outros membros.

Para que a equipe seja composta, cada local de trabalho deve adequar sua realidade. Isso significa que não são necessários todos os profissionais, nem todos os equipamentos para a formação desse grupo de ação, bastando conhecimento, boa vontade e determinação.

A seguir estão relacionadas as principais vantagens desse tipo de atuação:

- 1 - O número de pessoas atendidas será maior e tão maior quanto mais afinada estiver a equipe em seus diversos modos de abordagem.
- 2 - A adesão ao tratamento será nitidamente superior.
- 3 - O número de pacientes com pressão arterial controlada e adotando hábitos de vida saudáveis será, conseqüentemente, muito maior.
- 4 - Cada paciente poderá ser um replicador de conhecimentos sobre esses hábitos.
- 5 - Haverá favorecimento do desenvolvimento de ações de pesquisa em serviço, já que a sistematização do atendimento possibilita esse tipo de atuação.

Existem, ainda, vantagens adicionais, como o crescimento profissional de cada um pela constante troca de informações e pela maior confiança individual e do serviço como um todo, servindo, inclusive, de incentivo para outros setores espelhados no trabalho coeso da equipe.

### **2.3.2 AÇÕES COMUNS À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

A seguir estão descritas as ações comuns a todos os membros da equipe:

- 1 - Ações educativas (educação preventiva, modificação de fatores de risco, produção de material educativo).
- 2 - Treinamento de profissionais.

3 - Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado.

4 - Ações assistenciais, individuais e em grupo.

5- Participação em projetos de pesquisa.

### **2.3.3 AÇÕES ESPECÍFICAS INDIVIDUAIS**

Apesar de haver uma definição bastante clara do papel que será exercido pelos diferentes profissionais, haverá momentos em que as funções serão comuns, e isso deve acontecer de maneira natural. Essa naturalidade só será possível na imbricação de funções se for adotada, por ocasião da constituição do grupo, uma perfeita uniformidade de linguagem, evitando-se, assim, que idéias ou terminologias conflitantes possam dificultar o processo educativo do paciente.

Uma vez diagnosticada a hipertensão arterial, seja qual for o meio, é iniciada efetivamente a ação da equipe.

#### **ENFERMEIRA**

A consulta de enfermagem consiste de:

- aferição da pressão arterial;
- investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida;
- orientação sobre o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, avaliação de sintomas, reforço a orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares;
- administração do serviço: controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas.

As atividades do técnico/auxiliar de enfermagem serão delegadas pelo enfermeiro.

#### **MÉDICO**

A participação do médico consiste de:

- consulta médica;
- responsabilidade pelas condutas terapêuticas aos pacientes em consonância com as regras gerais do Consenso;
- revisão da avaliação clínica dos pacientes com pressão controlada pelo menos uma vez por ano;
- apoio aos demais membros, quando solicitado.

## **NUTRICIONISTA**

A participação da nutricionista consiste de:

- consulta de nutrição: avaliação nutricional e de hábitos alimentares;
- educação nutricional individual e em grupo;
- prescrição de dietas, resguardando aspectos socioeconômicos e culturais;
- criação de modelos que possibilitem a implementação dos conhecimentos alimentares e nutricionais, em consonância com as recomendações para os pacientes hipertensos, traduzidas em preparações alimentares saborosas e práticas.

## **PSICÓLOGA**

A participação da psicóloga consiste de:

- consulta de psicologia: avaliação, diagnóstico e tratamento de aspectos emocionais que interfiram com a qualidade de vida do paciente;
- atendimento a familiares, para facilitar as mudanças de hábitos de vida do paciente e sua adesão ao tratamento;
- consulta com outros profissionais para esclarecer a melhor abordagem do paciente;
- constituir grupo de apoio para maior harmonia da equipe;

- atendimento a grupos de pacientes, possibilitando a inovação e a adequação de modelos que viabilizem melhor adesão.

## **ASSISTENTE SOCIAL**

A participação da assistente social consiste de:

- entrevista social: para identificação socioeconômica e familiar, caracterização da situação de trabalho e previdência, e levantamento de expectativas para o tratamento;
- atualização do cadastro de recursos sociais (para encaminhamento do atendimento das dificuldades dos pacientes e família que possam interferir na terapêutica);
- busca ativa de faltosos.

## **PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

A participação do professor de Educação Física consiste de:

- programação e supervisão das atividades físicas dos pacientes, adequando-as às realidades locais.

## **FARMACÊUTICO**

A participação do farmacêutico consiste de:

- planificação do quantitativo de drogas no serviço;
- manuseio e cuidados com o uso dos medicamentos.

## **FUNCIONÁRIOS ADMINISTRATIVOS**

A participação dos funcionários administrativos consiste de:

- recepção dos pacientes e controle de consultas e reuniões agendadas.

## **AGENTES COMUNITÁRIOS EM SAÚDE**

São o elo entre a equipe multiprofissional e a comunidade. Suas ações são:

- coleta de dados referentes à hipertensão;
- sugestão de encaminhamento para Unidades de Saúde de Referência;
- ações educativas primárias, visando à promoção da saúde.

### **2.3.4 AÇÕES EM GRUPO**

#### **2.3.4.1 REUNIÕES COM PACIENTES**

São ações educativas e terapêuticas em saúde, desenvolvidas com grupos de pacientes e seus familiares, sendo adicionais às atividades individuais.

A convivência estimula a relação social, possibilita a troca de informações e permite apoio mútuo. O paciente, nesse tipo de atividade, identifica-se com outros pacientes com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Passa a compartilhar das experiências de todos e a discutir, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus.

#### **2.3.4.2 REUNIÕES DA EQUIPE**

Atividades periódicas com a participação de todo o grupo, para a análise crítica das atividades desenvolvidas, acerto de arestas e novas orientações, caso necessário.

#### **2.3.4.3 PROGRAMAS COMUNITÁRIOS**

Dada a escassez de recursos, a equipe multiprofissional deve procurar estimular, por meio dos pacientes, dos representantes da comunidade e da sociedade civil, o desenvolvimento de atividades comunitárias, que terão grande força de pressão para a implementação das mais diversas ações governamentais ou não em benefício da saúde da comunidade.

É preciso ressaltar, novamente, que não há necessidade da existência de todos os profissionais nos grupos de atendimento multiprofissional a serem constituídos. O número de componentes importa pouco, o tipo de profissional de saúde é secundário. O que determina o bom funcionamento do grupo é sua filosofia de trabalho: caminhar unido na mesma direção.



### **3. OBJETIVOS**

Através desse estudo realizado com pacientes hipertensos, pretende-se analisar o impacto da terapia prescrita, bem como compreender todos os aspectos envolvidos na aceitação ou não dessa mesma segundo a visão que eles têm da sua doença e também do profissional de saúde – e mesmo do serviço como um todo – que os orienta. Também se pretende avaliar a forma como esse tema está sendo divulgado pelo órgão de saúde responsável, sugerindo soluções para as eventuais falhas.

Espera-se que ao término da pesquisa tenha-se conseguido analisar com sucesso a maioria das variantes técnicas, social, emocionais, culturais, financeiras e pessoais que estão envolvidas nas condutas medicamentosas (ou não) que são necessárias para o controle dos pacientes hipertensos. As possíveis falhas no tratamento deverão ser esclarecidas ao fim do trabalho, e sendo essas relacionadas a não aceitação, total ou parcial, do paciente às medidas propostas, ou mesmo um tratamento incorreto por um não entendimento do mesmo, deverão ser reavaliadas as próprias formas com que os profissionais da saúde encaram essa doença e os seus portadores. A informação e a confiança são a base sólida para qualquer ato médico, e os resultados dessa pesquisa possivelmente irão demonstrar em que situação se encontra a base do nosso sistema de saúde.

## 4. MÉTODOS DE PESQUISA

A pesquisa - descritiva e transversal - foi realizada seguindo o método qualitativo, sendo os dados obtidos por meio de entrevistas domiciliares ou no Centro de Saúde, com o auxílio de um gravador, sendo transcritas (vide Anexo) respeitando o vocabulário dos entrevistados. A obtenção das mesmas nestas localidades deveu-se ao fato de não haver necessidade de aparatos para a sua realização, que consistiram apenas de perguntas abertas propostas em um questionário padronizado. A transcrição das respostas obtidas encontra-se no Anexo II.

Antes de serem interrogados, os entrevistados recebiam um termo de consentimento (vide Anexo III) e somente após o lerem com atenção é que o questionário fora aplicado. No caso das pessoas que possuíam alguma dificuldade de leitura (analfabetismo ou dificuldade visual), o entrevistador encarregou-se de ler o termo na íntegra. Ao término das entrevistas foi entregue aos pacientes um folheto informativo (vide Anexo IV) sobre algumas medidas básicas de mudanças de hábitos de vida e explicado a estes a importância destas. Também foi entregue à Agente de Saúde uma cópia para que possa esta ser distribuída aos outros hipertensos com os quais esta mantém contato.

A aferição da Pressão Arterial Sistêmica foi realizada com o uso de um estetoscópio e um esfigmomanômetro, tendo sido obtido antes o consentimento do paciente. Os pacientes foram recrutados mediante visita domiciliar e o pesquisador principal foi o encarregado de obter o consentimento dos mesmos. Em caso de desistência, bastava ao participante realizar uma comunicação verbal ao pesquisador principal, a agente de saúde responsável pela sua microárea, ou por meio do próprio C.S. da Fazenda do Rio Tavares. Todos os dados da pesquisa serão devidamente arquivados no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, onde estarão seguros quanto à confidencialidade.

## **AMOSTRA**

O objeto da pesquisa – os indivíduos diagnosticados com HAS – foi selecionado por meio de consulta ao Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares, onde foi escolhida uma determinada microárea por meio de sorteio, e nesta foram entrevistados os sujeitos-alvo, também determinados por sorteio.

## **BENEFÍCIOS DA PESQUISA**

Com a avaliação das possíveis falhas no tratamento da HAS, poderá ser avaliada uma nova forma de divulgação da importância do correto tratamento, seja pelo profissional de saúde responsável, seja pelo próprio órgão municipal/estadual/federal responsável pela saúde. Isso beneficiaria não somente os portadores da doença, mas também todos os que trabalham na área da Saúde. A pesquisa poderá, também, ser utilizada como modelo para outros Centros de Saúde, com intuito comparativo.

## **VANTAGENS E RISCOS AOS PARTICIPANTES**

Os pacientes puderam ter conhecimento mais detalhado sobre a sua doença e as formas de tratamento e prevenção de complicações, além de poderem opinar e discutir sobre o sistema de saúde responsável por seu atendimento, podendo, assim, melhorar de alguma forma a sua própria percepção de qualidade de vida. Não houve risco algum para os participantes, visto que as entrevistas foram realizadas em suas próprias residências, não se fazendo uso de nenhum método intervencionista.

## **COMITÊ DE ÉTICA – PRÉ-PROJETO**

Antes de iniciada a pesquisa, um pré-projeto foi apresentado junto a um comitê de ética em pesquisas com seres humanos, tendo obtido aprovação unânime de todos os membros julgadores. A conclusão da banca examinadora encontra-se no anexo I.

## **A PESQUISA**

A pesquisa foi realizada na microárea I, coberta pelo Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares, escolhida através de sorteio dentre as nove microáreas que são cobertas pelo mesmo, sendo as entrevistas realizadas com a ajuda da Agente de Saúde responsável pela região. Antes de prosseguir, devemos fazer algumas colocações sobre o local de realização do estudo e sobre o Centro de Saúde responsável pela sua população.

### **LOCAL DE ESTUDO: A MICROÁREA I, COBERTA PELO CENTRO DE SAÚDE DA FAZENDA DO RIO TAVARES.**

A região coberta pelo C.S. da Fazenda do Rio Tavares localiza-se no sul da ilha de Florianópolis, e tem como característica peculiar a ambigüidade socioeconômica. Se por um lado há famílias que possuem condições financeiras estáveis, fazendo uso de planos de saúde e habitando casas requintadas e com ótimas condições sanitárias, por outro há moradores que habitam locais de risco (em que há tráfico de drogas, prostituição infantil, abuso sexual, sublocações e vendas de terrenos ilegais, invasão florestal no morro), sem o básico necessário em relação à higiene e saneamento; e que não tem condições de fazer uso de planos privados de assistência à saúde.

A geografia local é bastante incomum: toda ela é cercada por morros com florestas (habitadas inclusive por macacos sagüis) e por mangues, que em períodos de chuva causam, por vezes, alagamento. A região inteira é cortada pela rodovia SC-405, e ao longo desta podem ser vistos pastos de grande extensão, com a presença de criação de animais como o gado bovino e cavalos (daí o nome de “Fazenda”). É justamente por esse motivo, e tendo em vista os alagamentos causados pelo mangue e a impossibilidade de adentrar as florestas circunvizinhas, que quase a totalidade das casas situa-se ao longo da rodovia, sendo de fácil acesso aos Agentes de Saúde.



**Figura 1** – Mapa da Fazenda do Rio Tavares

A área de cobertura do C.S. foi dividida em nove microáreas (vide mapa da figura 1), sendo que cada uma possui uma Agente de Saúde responsável por cadastrar todas as famílias e realizar periodicamente as visitas domiciliares. Três microáreas estão descobertas (sem a presença do cadastramento citado), e a divisão numérica exclui a de número seis, que foi anexada recentemente a de número cinco (daí o motivo de o número 10 ser o da última microárea). O número total de famílias é de 1677, com uma população estimada de 5870 habitantes, e o registro consta de 140 hipertensos. A microárea em estudo, a de número um, possui um número total de 131 famílias, com população estimada em torno de 459 habitantes, sendo 25 hipertensos. A tabela a seguir mostra o crescimento populacional ocorrido na região, advindo principalmente do Paraná, e mais recentemente do Oeste do Estado.

Ano	2000	2001	2002	2003 (maio)	2004 (janeiro)
<b>População total</b>	4115	4253	4395	4541	5870

## **O CENTRO DE SAÚDE – CARACTERÍSTICAS E ATIVIDADES**

O Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares, localizado na microárea I, tem o seu horário de funcionamento das 08:00 às 12:00 no período da manhã, e à tarde está aberto das 13:00 às 22:00. Conta com duas equipes de PSF (Programa de Saúde da Família), e às segundas e terças-feiras à tarde funciona o Projeto Docente Assistencial, em conjunto com a UFSC. A equipe é formada por três médicas (sendo uma encarregada pelo projeto, trabalhando somente nos dias citados), duas enfermeiras, três técnicas em enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um dentista e uma auxiliar de dentista. Não conta atualmente com auxiliar administrativa.

Os pacientes hipertensos contam com atividades especiais desenvolvidas por um grupo chamado HIPERDIA (que também atende os diabéticos). Estas atividades tomam curso toda penúltima quinta feira de cada mês no período da tarde, quando, ao chegar, é aferida a P.A. e a glicemia capilar de cada participante, e a seguir o grupo é reunido e é dado início à tarefa proposta àquele dia. Alguns exemplos do que a equipe de saúde desenvolve estão listados a seguir.

.Passeios (na Lagoa do Peri, na Casa da Colina);

.Bingos;

.“Show do Milhão”;

.Terapia Aquática duas vezes por semana;

.Caminhadas (conhecer o terminal de ônibus novo, a igreja, academia, etc.);

.Palestras educativas (sempre aprimorando o conhecimento sobre a HAS e incitando perguntas para novas descobertas).

Aproximadamente trinta pessoas comparecem às reuniões todo mês, e além destas, os pacientes portadores de HAS ainda têm outras prioridades como prontuários separados e identificação no próprio cartão do SUS como usuários do HIPERDIA, não precisando assim entrar em filas para marcar consulta, bastando ir ao C.S. e agendá-la quando da disponibilidade de vaga; e aquisição de uma folha de controle com dados como peso, P.A. e glicemia, que deve ser sempre levada às consultas, ao grupo e a qualquer visita eventual ao Centro.

A rotina adotada pela equipe de saúde com relação aos hipertensos no que diz respeito às consultas é a seguinte:

.Consulta trimestral;

.Receitas válidas por três meses (podendo ser obtida a medicação em qualquer Centro de Saúde);

.As medicações são entregues com a quantidade exata para um mês, induzindo o paciente a que não se ausente do C.S. por um período maior do que trinta dias;

.A cada nova entrega da medicação, consulta, atividade no Grupo HIPERDIA, visita domiciliar e exame médico por quaisquer motivos, a folha de controle deve ser sempre preenchida, e para isto sempre são verificados peso, P.A. e glicemia, fornecendo ao médico e toda a equipe de saúde dados vitais para um bom controle clínico do indivíduo.

## **ENTREVISTAS**

As entrevistas foram realizadas nas residências de 10 pacientes hipertensos da microárea I, constando das 11 perguntas abertas a seguir.

### **Questionário de Pesquisa:**

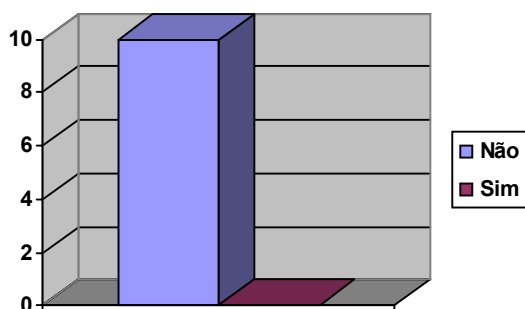
- 1.Você sabe o que é hipertensão? O que você acha que causa a hipertensão?**
- 2.Você acha que essa doença traz restrições a sua vida?**
- 3.Você faz a aferição da sua pressão arterial regularmente?**
- 4.Você faz tratamento para a hipertensão? Há quanto tempo? Qual?**
- 5.Já interrompeu a medicação em alguma ocasião? Por quê?**
- 6.Você acha que essa doença pode trazer complicações futuras a sua vida? Quais?**
- 7.Você faz atividades físicas regularmente? Qual? Acha que a prática regular pode mudar o curso da sua doença?**
- 8.Você acha que a mudança ou abandono de hábitos como fumo, bebidas e alimentação pode mudar o curso da sua doença?**
- 9.Você costuma ter um tempo reservado ao seu lazer? Acha que isso pode mudar o curso da sua doença?**
- 10.Você participa de alguma atividade no Centro de Saúde em relação a sua doença? Acha que isso pode mudar o curso da sua doença?**
- 11.Você já viu ou ouviu alguma informação sobre sua doença em outro lugar que não o Centro de Saúde? Onde? (TV, rádio, outdoors, folder, cartazes)**

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir encontram-se os dados obtidos - dispostos em gráficos esquemáticos - através do questionário e uma análise individual de cada uma das perguntas. Sempre que necessário será elucidada uma resposta (ou parte desta) para que a compreensão da pesquisa seja a mais completa possível.

### Questão I

#### .1ª Parte: **Você sabe o que é hipertensão?**



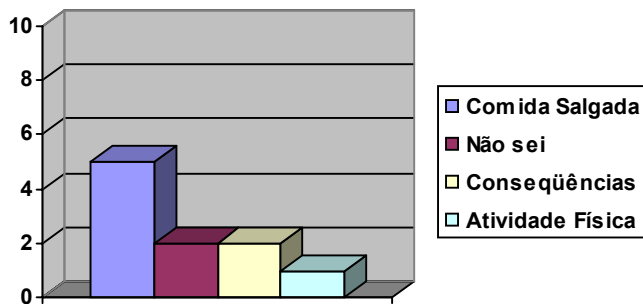
Como se observa no gráfico, 100% dos entrevistados não souberam responder o que é a doença que possuem. Uma das respostas dizia que “sabe, mas não sabe explicar”, enquanto outra comentava que “sabia, mas não lembra mais o que a médica explicou”.

Dell'Acqua et al<sup>5</sup> (1997), em uma amostra de 66 sujeitos, verificou que apenas 5% relataram não saber a definição de hipertensão arterial, embora tenha concluído também que grande parte da amostra apresentou conceitos vagos e pouco elaborados.

O ocorrido nesse caso foi semelhante, e isso revela uma falta de interesse e conhecimento sobre si mesmo em todos os entrevistados, tendo o pesquisador notado de forma geral um certo conformismo com essa situação de ignorância - mesmo nos pacientes que tentaram justificá-la – o que dificulta muito o correto tratamento por parte da equipe de saúde.



## 2ª Parte: O que você acha que causa a hipertensão?

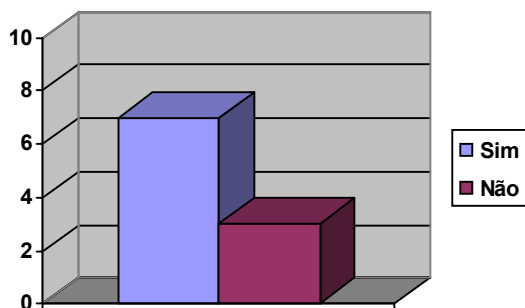


Como notado anteriormente, metade dos pacientes acredita que a alimentação com excesso de sal e os maus hábitos alimentares e de vida é que são responsáveis pela HAS. Duas pessoas confundiram a causa da doença com as suas conseqüências, tendo citado o derrame e problemas de coluna nesse item da questão. Um entrevistado citou a movimentação do corpo (atividade física), e mais dois não souberam responder.

Minayo<sup>10</sup> (1988), num estudo sobre a concepção popular da etiologia das doenças, encontrou, na população estudada, uma idéia de que muitas doenças físicas são originadas de problemas emocionais.

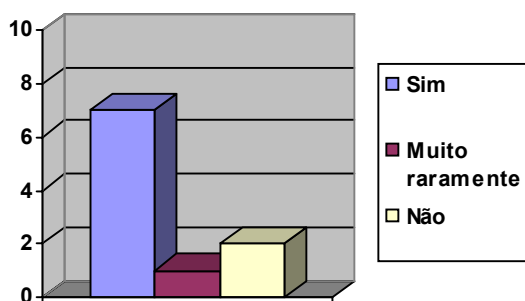
Mesmo não estando em concordância com isso as respostas obtidas parecem sugerir um desconhecimento ou uma não compreensão da natureza multifatorial da hipertensão arterial, tentando explicá-la de maneira simplista e reducionista, assim como aquele mesmo autor inferiu.

## Questão II Você acha que essa doença traz restrições a sua vida?



Como ficou claro, a maioria das pessoas acredita que mesmo em menor grau há algum tipo de restrição causado pela HAS, sendo consenso a impossibilidade de cumprir tarefas caseiras. Outras respostas citaram impossibilidade de trabalhar de forma adequada e mesmo de “pegar sol muito quente”. Apenas três pessoas responderam que não vêem nenhuma restrição causada pela sua doença. Para Pierin<sup>11</sup> (1989), o fato dos pacientes conhecerem, de forma inadequada ou parcialmente, os riscos da hipertensão não controlada pode ser um fator que favorece a não adesão ao tratamento. Essa afirmação é importante quando se tem em mente o fato de que o saber que a doença causa algum empecilho a sua vida normal é o que leva o paciente a se informar e se tratar corretamente.

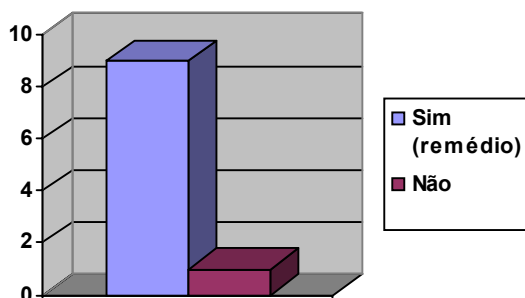
### Questão III **Você faz a aferição da sua pressão arterial regularmente?**



Novamente a resposta foi quase unânime: sete dos dez responderam que aferem com regularidade a pressão arterial (P.A.), seja no Centro de Saúde (local mais citado), seja em casa (no caso de uma pessoa que “possui aparelho para medir em casa”) ou mesmo em hospitais e farmácias (outros lugares mencionados). Um paciente confessou que aferem com muito pouca frequência (“porque às vezes falta de ir ao posto”) e mais dois disseram que “não tem o costume de medir a pressão”. Felizmente a maioria demonstra preocupação em relação à aferição da sua P.A., e as respostas positivas indicam que o Centro de Saúde é o local que todos procuram para a realização desta.

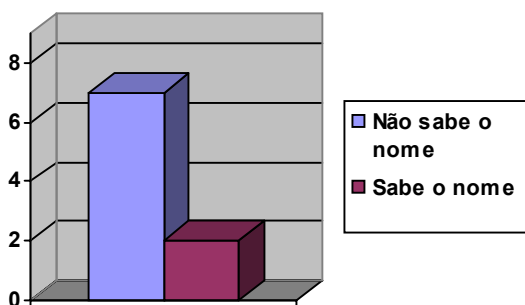
## Questão IV

### .1ª Parte: **Você faz tratamento para a hipertensão? Há quanto tempo?**



Neste item notamos que quase a totalidade (90%) das pessoas entrevistadas faz tratamento com medicação prescrita pelo profissional de saúde responsável no Centro de Saúde (médico). Apenas uma pessoa não faz qualquer tipo de tratamento. Todos souberam dizer há quanto tempo fazem uso da medicação, o que demonstra preocupação com o próprio tratamento. Pinkus<sup>12</sup> (1988) disse que o remédio é a forma de cura mais difundida e freqüente, o que indica uma fé no saber médico<sup>18</sup>, e foi realmente o constatado nesse trabalho.

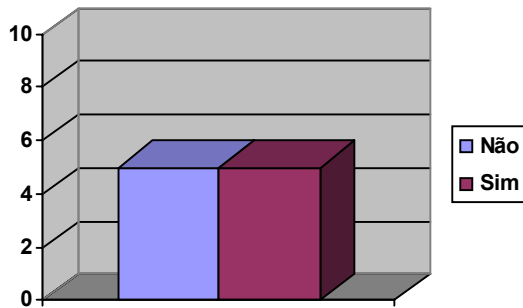
### .2ª Parte: **Qual?**



Infelizmente a grande maioria dos pacientes não soube dizer qual o nome da medicação que faz uso (sete dos nove), o que reflete novamente a falta de conhecimento sobre a própria doença, neste caso sobre a terapêutica aplicada a ela. Talvez por delegar todo o conhecimento ao médico os pacientes não

demonstrem tal interesse; de qualquer forma este é outro fator que dificulta a equipe de saúde como um todo.

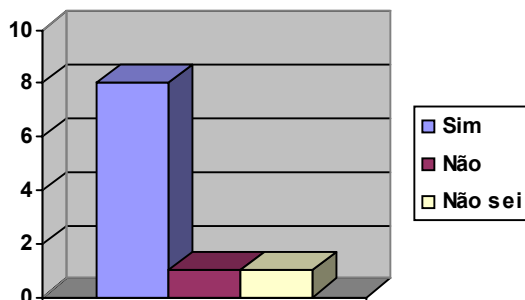
#### Questão V Já interrompeu a medicação em alguma ocasião? Por quê?



Assim como pudemos observar, metade das respostas indica a preocupação com a não interrupção do tratamento medicamentoso, o que auxilia muito a equipe de saúde, porém, ao constatarmos que a outra metade já interrompeu a medicação alguma vez, seja por “se sentir melhor” ou “para fazer umas farras por aí”, ou mesmo porque “eu senti que melhorei e não precisava mais”, o que notamos novamente é a falta de cooperação para com todos os profissionais responsáveis pelo tratamento da HAS. De acordo com Podell (1976) citado por Car et al<sup>3</sup> (1991), apenas um terço dos pacientes sempre toma a medicação conforme a prescrição. Outro terço, às vezes, e um terço raramente ou nunca a toma. Tais dados podem ser atribuídos ao cansaço do paciente em viver na condição de "doente", situação esta que o uso da medicação de algum modo salienta<sup>12</sup>. Ou seja, tomar o remédio o faz lembrar de sua condição crônica de saúde, podendo gerar ansiedade, medo e tristeza e o levando a evitar esta situação. Essa visão é bastante ampla, e pode se adequar neste estudo ao se considerar que um trabalho multidisciplinar, envolvendo psicólogos e assistentes sociais, poderia fazer com que as cinco pessoas que responderam “Sim” mudassem suas atitudes, ajudando o C.S. no seu tratamento.

## Questão VI

### .1ª Parte **Você acha que essa doença pode trazer complicações futuras a sua vida?**



Neste item a maioria (80%) respondeu afirmativamente, o que demonstra preocupação e temor em relação ao futuro, ao contrário de uma pessoa que respondeu que “não acho que possa me trazer nada de mal” e de outra que não soube responder.

A associação de sintomas e complicações à hipertensão é um dado relevante, já que pacientes portadores de doenças assintomáticas aderem menos ao tratamento <sup>3,11</sup>.

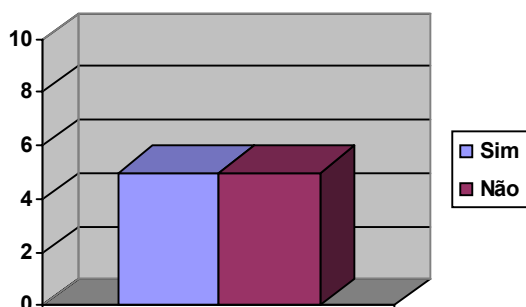
### .2ª Parte **Quais?**

Pierin <sup>11</sup> (1989) encontrou que as complicações mais citadas pelos pacientes estudados foram o derrame e o infarto, dados também encontrados aqui. Isso nos indica que há grande preocupação com doenças do coração e cérebro advindas da hipertensão sistêmica.

Como há muita correlação popular entre esses órgãos e a funcionalidade plena do organismo, no que diz respeito ao conhecimento sobre seqüelas adquiridas por essa doença, os pacientes entrevistados demonstraram saber o mínimo suficiente para que possam se ajudar na prevenção das mesmas.

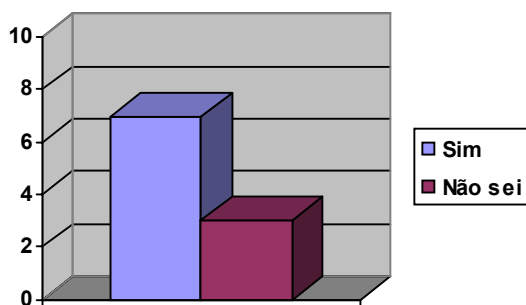
## Questão VII

### .1ª Parte **Você faz atividades físicas regularmente? Qual?**



No gráfico apresentado vemos que as respostas estão bem divididas: metade das pessoas se exercita com frequência, enquanto os outros 50% não o fazem, seja por falta de tempo, disposição ou companhia. A atividade física realizada pelos cinco pacientes é a caminhada, e em relação àqueles que não praticam nenhum exercício, quase todos relataram já a terem feito, porém cessaram a prática por motivos diversos.

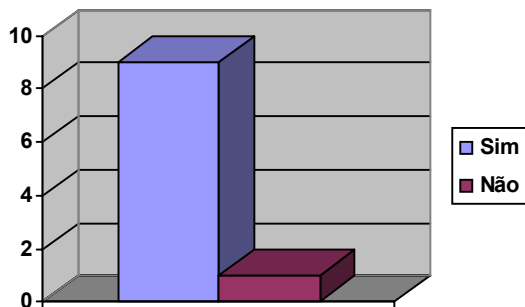
### .2ª Parte **Acha que a prática regular pode mudar o curso da sua doença?**



É quase unânime a resposta positiva nesse item, já que somente três pessoas não souberam opinar. Como ninguém respondeu “não”, fica claro que o conhecimento sobre a atividade física é suficiente para que a equipe do Centro de Saúde possa trabalhar com mais amplitude, porém mesmo sabendo do prejuízo do sedentarismo, cinco pessoas ainda continuam sem fazer nada para mudar essa situação. Pinkus<sup>12</sup> (1988) relatou ser possível haver uma tentativa dos sujeitos de negar uma parte da

realidade, no caso, o tratamento não farmacológico, e de depositar, no médico e na medicação, o poder de controlar sua pressão - como se apenas estas duas práticas fossem responsáveis pela diminuição dos níveis pressóricos.

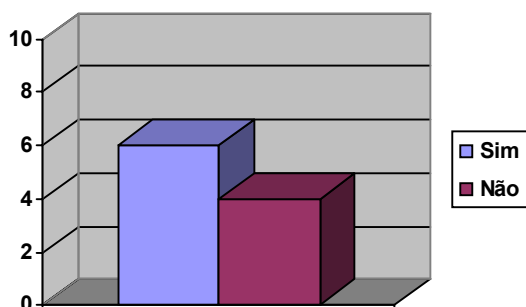
**Questão VIII Você acha que a mudança ou abandono de hábitos como fumo, bebidas e alimentação pode mudar o curso da sua doença?**



Como evidente no gráfico, quase a totalidade dos entrevistados (90%) foram enfáticos ao dizer que a alimentação errática e os vícios são os grandes vilões do controle da pressão arterial. Alguns inclusive referiram terem parado de fumar, enquanto outros já se prontificaram a revelar que jamais fizeram uso de cigarro ou bebidas, o que novamente demonstra a preocupação com os hábitos para o bom tratamento de sua moléstia. A única resposta negativa não teve explicação, talvez por ignorância, ou mesmo por nervosismo (de certa forma demonstrado por todos os entrevistados). Strauss & Glaser (1975) apud Trentini et al <sup>20</sup> (1990) encontraram que mudar um estilo de vida, bem como um hábito alimentar (exemplo: eliminar ou diminuir o sal) pode levar ao isolamento social em função dos pacientes deixarem de ir a festas e reuniões para evitar ingerir alimentos inadequados. Assim, a condição crônica de saúde pode levar a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer (beber, fumar e comer), perdas financeiras e na capacidade física <sup>20</sup>. Todas essas perdas podem levar ao desânimo, tristeza e depressão, sendo um agravante no momento de mudar um hábito ou um estilo de vida. O encontrado nesse caso, pelo menos na teoria, não é o repúdio esperado em relação às mudanças de hábitos, favorecendo em muito a proposta da atenção primária, que prima pela prevenção em vez da intervenção.

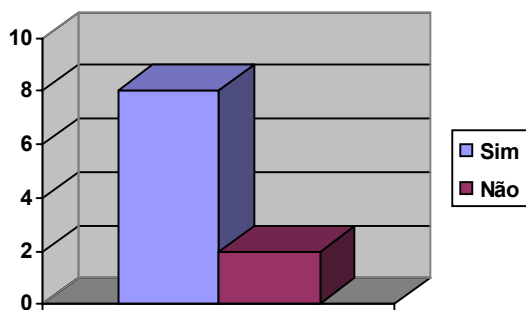
## Questão IX

### .1ª Parte **Você costuma ter um tempo reservado ao seu lazer?**



Desta vez as respostas ficaram bem divididas: pouco mais da metade dos entrevistados (60%) tem tempo para o lazer, e os que responderam “Não” a esse item justificaram que “não tem tempo, pois o trabalho não deixa”.

### .2ª Parte **Acha que isso pode mudar o curso da sua doença?**



Apesar da divisão percebida na questão acima, desta feita foram oito de dez pessoas que responderam “Sim” a este item, sendo que as duas pessoas que não souberam opinar justificaram dizendo que “nunca tiveram esse tempo, então não sabem se pode ser bom”. É muito importante saber que os entrevistados percebem que o tempo que tem para aliviar o stress diário e se divertirem tem importância no tratamento e prevenção de complicações da HAS, pois foi percebido nas respostas positivas que “as preocupações são ruins para a pressão das pessoas”.

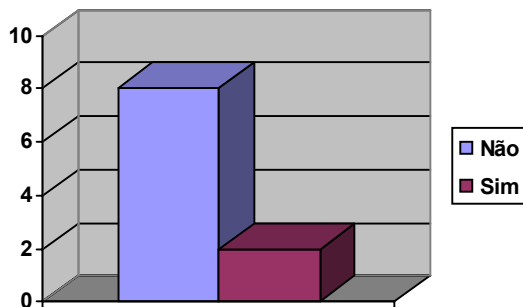


Para Maciel<sup>9</sup> (1994), é freqüente médicos e pacientes rotularem a doença hipertensiva de "emocional" e "nervosa", evidenciando um reducionismo na atribuição das causas da hipertensão arterial. Tal fato poderia ser explicado pela inexistência de uma causa física identificável.

Pierin<sup>11</sup> (1989) diz que a preocupação social, econômica e familiar são fatores que elevam as cifras tensionais, merecendo atenção por parte dos profissionais da saúde no momento de se planejar qualquer atendimento que vá ao encontro das necessidades da população. É com essa mesma lógica que se analisam os dados desta pesquisa: sem dúvida há um entendimento que atividade física é sinônimo de bem estar entre a população, mas há ainda uma lacuna a ser sanada entre o que os pacientes acreditam ser bom e o que realmente fazem para o seu próprio bem.

#### Questão X

##### .1ª Parte **Você participa de alguma atividade no Centro de Saúde em relação a sua doença?**

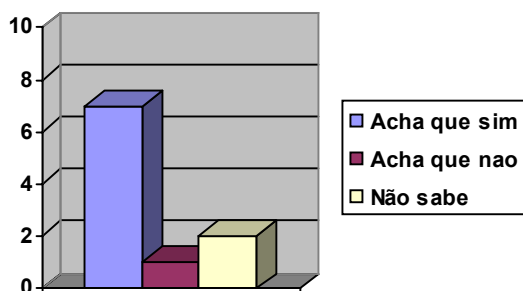


Lamentavelmente a porcentagem que respondeu positivamente é muito pequena (20%). Isso dificulta muito toda a aplicação da equipe responsável pelos pacientes atendidos no C.S., já que as reuniões, as caminhadas, os passeios e todas as demais atividades oferecidas – e sempre realizadas - são fundamentais para a complementação de um trabalho que se inicia desde a 1ª consulta do paciente hipertenso, estendendo-se pelo tempo que este cooperar.

Essa ausência aos programas propostos pela rede de atenção primária nos indica que os pacientes parecem se ausentar da responsabilidade de buscar o controle da pressão, já que ao atribuir aos outros a responsabilidade pelo seu tratamento, mantêm a crença de que não podem fazer nada para

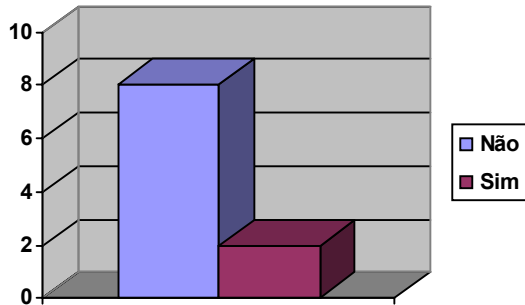
mudar esta condição. Esse “ciclo vicioso”, como notado por Minayo<sup>10</sup>, não deve ser perpetuado ao passo que se almeje um programa de saúde eficaz.

## .2ª Parte **Acha que isso pode mudar o curso da sua doença?**



Ainda que tenham quase todos respondido que não participam das atividades no Centro de Saúde, mais da metade (70%) tem a convicção que essas atividades são úteis para o seu tratamento. Dentre as justificativas destaca-se a que foi quase unânime: “faz a gente se preocupar mais com a doença, e conhecê-las melhor”. As duas pessoas que responderam que não sabem justificaram dizendo que como nunca participaram de nada no C.S., “não tem como dizer”. A resposta negativa complementa-se com a justificativa que “acha que o conhecimento passado é muito superficial, e que tem toda a informação que necessita em revistas em casa”. Lembrando Car et al<sup>3</sup> (1991), o fato de participarem em grupos “rotulados” pode levar os pacientes a sentir uma distinção social – e até mesmo familiar – criando uma barreira de difícil transposição que separa a terapêutica ideal da atualmente aplicada.

**Questão XI Você já viu ou ouviu alguma informação sobre sua doença em outro lugar que não o Centro de Saúde? Onde? (TV, rádio, outdoors, folder, cartazes)**



Fica nítido – como demonstrado no gráfico – que quase a totalidade dos entrevistados não viu e nem ouviu (ou pelo menos não lembra de tê-lo feito) informação de qualquer natureza sobre a HAS em locais que não o Centro de Saúde. Certamente é de se reconhecer que todos os pacientes tenham recordado de ver cartazes no C.S., mas tendo em vista que somente duas pessoas responderam “Sim” a essa questão, é provável que a campanha informativa em relação a essa doença não esteja sendo abrangente como deveria ser. Ainda que se leve em conta a falta de atenção das pessoas, a informação deve chegar a estas com eficiência, e este não parece ser o caso.

## 6. CONCLUSÃO

1. A terapia prescrita aos pacientes hipertensos não está obtendo o impacto necessário para um bom controle da doença.
2. O conhecimento sobre a própria doença é, em 100% dos pacientes, muito aquém do necessário para que uma terapêutica correta seja aplicada.
3. O conhecimento sobre medidas não medicamentosas é suficiente na maior parte dos entrevistados, porém não toma efeito na prática.
4. A terapêutica medicamentosa está sendo ineficiente.
5. O intuito da equipe de saúde não está sendo atingido, sendo mínima a participação nas atividades realizadas no Centro de Saúde.
6. A campanha informativa do órgão de saúde responsável não está sendo efetiva.

## 7. SUGESTÕES

Depois da constatação que o trabalho proposto pelo Ministério de Saúde – e com muita destreza realizado pelos profissionais de saúde do C.S. – não está sendo de todo efetivo, e sabendo também da falta de informação fora deste local – que poderia ajudar no alerta quanto a uma maior compreensão das conseqüências advindas de uma falha ou abandono de tratamento de uma doença tão prevalente e de morbidade tão elevada como a HAS – é de vital importância que algumas mudanças sejam propostas.

Para que a terapia tenha maior eficácia propõe-se um processo educativo que abarque os seguintes aspectos:

- a) conhecer preliminarmente as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas do portador de hipertensão da região em questão;
- b) incentivar e permitir uma participação ativa dos pacientes no tratamento;
- c) levar em consideração as necessidades da clientela em questão e não apenas as indicações dos profissionais;
- d) estabelecer uma adequada comunicação e interação entre pacientes e profissionais da saúde, dando ênfase ao diálogo, à interação e à reflexão. Para isto, saber escutar e buscar compreender o portador de hipertensão arterial e também ter uma fala que seja acessível ao paciente;
- e) trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais da clientela atendida;
- f) buscar o envolvimento da família no tratamento do portador de hipertensão arterial.

Para atingir estas metas uma abordagem interdisciplinar aplicada ao paciente hipertenso parece fundamental. A extensão desse trabalho a outros Centros de Saúde pode ser bastante útil, já que toda a rede de atenção básica deve andar em compasso. Além disso, é de suma importância que seja dado um novo enfoque às campanhas informativas nos meios de comunicação, tendo sido aqui provada a sua atual ineficácia.

## **8. NORMAS ADOTADAS**

Esse trabalho foi digitado segundo as normas da resolução nº 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cade NV. O cotidiano e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Cogitare Enferm* 1997; 2:10-5.
2. Car MR, Pierin AMG, Mion Junior D, Giorgi DMA. Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. *Rev Paul Enferm* 1988;8:4-7.
3. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP* 1991; 25:259-69.
4. Carvalho F, Telarolli Junior R, Machado JCCS. Uma investigação antropológica na 3ª idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:617-21.
5. Dell'Acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos RCPM. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm* 1997; 5:43-8.
6. Jardim PCBV, Souza ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina* 1996;29:232-8.
7. Laplantine F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
8. Lessa I, colaborador. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.
9. Maciel CLC. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: Romano BW. *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira; 1994. p. 2-38.
10. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública* 1988; 4:363-81.

11. Pierin AMG. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. Rev Esc Enferm USP 1989; 23:35-48.
12. Pinkus L. Psicologia do doente. São Paulo: Paulinas; 1988.
13. Rabelo SE, Padilha MJCS. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. Texto Contexto Enferm 1999; 8:250-62.
14. Rocha JC. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. São Paulo: Papyrus; 1994.
15. Sawaia BB. Análise psicossocial do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP 1994;28:105-10.
16. Sociedade Brasileira de Nefrologia - <http://www.sbn.org.br/>
17. Spink MJ. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo do saber. In: Campos FCB, organizador. Psicologia e saúde: repensando práticas. São Paulo: Hucitec; 1992. p. 11-23.
18. Teixeira ER. Representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde, doença e autocuidado. Rev Enferm UERJ 1996; 4:163-9.
19. Torquato MTCG, Montenegro Jr RM, Viana LAL, Souza RAHG, Lanna CMM, Lucas JCB et al. Estudo de prevalência de diabetes mellitus, intolerância a glicose, fatores de risco cardiovascular na população urbana de 30 a 69 anos no município de Ribeirão Preto. Arq Bras Endocrinol Metabol 2000;45 Supl 2:S188.
20. Trentini M, Silva DGVS, Leimann AH. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. Rev Gaúcha Enferm 1990; 11:18-28.



## **10. ANEXOS**

**Anexo I** – Parecer do Comitê de Ética

**Anexo II** – Transcrição das Entrevistas

**Anexo III** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Anexo IV** – Folheto Informativo sobre HAS

## **Anexo I**

### **Parecer do Comitê de Ética**

## **Anexo II**

### **Transcrição das Entrevistas**

As respostas obtidas foram as que se seguem.

#### **I) M.O.V., 65 anos. Sexo: Feminino**

1. Pressão alta é quando a pressão da gente se altera. O que causa é a comida muito salgada e o sal.
2. Não pode pegar muito sol quente, acho que é só isso, porque no mais eu faço de tudo.
3. Só quando eu vou ao Posto de Saúde.
4. Tomo remédio há 10 anos, só não me lembro o nome do remédio de cabeça.
5. Não, eu sempre tomo, nunca parei.
6. Pode. Pode causar infarto, derrame... deixa eu ver o que mais.... hmm.... acho que é isso.
7. É difícil, não sou muito de exercício, de vez em quando eu faço caminhada. Acho que deve ajudar, porque a gente se sente mais tranqüila, né?
8. Pode, fumo e bebida não presta!
9. Tenho. Acho que sim, trabalhar demais é ruim, eu procuro ter tempo pra relaxar dos estresses.
10. Vou todo mês à reunião do Posto de Saúde, acho que é muito importante o que o Posto faz pra gente.
11. Nunca vi e nem ouvi nada, não.

#### **II) G.A.C., 53 anos. Sexo: Feminino**

1. Não sei. Eu acho que o causa é que se estiver muito alta pode dar um derrame.
2. Não sei, não me parece atrapalhar em nada, eu faço de tudo.

3. Sim. Eu mido sempre no posto.
4. Eu tomo remédio já faz oito anos, só que não lembro o nome de cabeça.
5. Não, eu não paro o remédio porque a médica pediu pra eu tomar sempre.
6. Não, acho que não.
7. Faço caminhada todo dia.
8. Acho que sim, mas eu nunca fumei e nem bebi, graças ao bom Deus!
9. Tenho, vou para a casa das minhas filhas, daí fico menos agitada.
10. Não, eu só vou na consulta lá no Posto.
11. Sim, no rádio e no HU (Hospital Universitário).

**III) I.M.B., 50 anos. Sexo: Feminino**

1. Não sei. Não sei.
2. Acho que nenhuma.
3. Bem pouco, é que o Posto é longe de casa, às vezes ta chovendo e não tem como ir, daí eu não vejo a pressão, né?
4. Eu tomo remédio há três anos, mas não sei o nome do comprimidinho, não.
5. Eu paro às vezes dois dias, porque eu me sinto melhor, eu vejo que não estou precisando, daí depois eu volto a tomar, acho que não tem problema assim.
6. Não sei.
7. Fazia. Agora faz uns dois meses que eu não faço mais nada. Acho que ajuda, porque desde que eu parei eu me sinto mais preguiçosa.

8. Acho que sim, os médicos falam sempre pra gente não fumar e nem beber, deve ser por causa disso, né?
9. Sim, mas só no final de semana, sei que ajuda bastante, porque a gente se distrai, não pensa besteira.
10. Não, não vou lá no Posto, mas eu acho que melhora a doença da gente.
11. Não lembro de nada, não.

**IV)F.M.S.F., 48 anos. Sexo: Masculino**

1. Não sei. Acho que o que causa é a comida salgada e o álcool.
2. Trabalhar em alguns serviços pesados e subir na escada.
3. Sempre, eu vou lá no Posto sempre pra medir a pressão.
4. Sim, tomo remédio há 2 anos, mas não sei o nome.
5. Já parei o remédio por 15 dias, porque quis tomar umas cachaças. Mas depois eu voltei a usar de novo. Só paro por um ou dois dias, mas já volto a tomar.
6. Sim, eu sei que não consigo trabalhar em alguns serviços quando estou me sentindo mal da pressão.
7. Sim, eu costumo sempre andar de bicicleta. Os exercícios mudam pra melhor, claro.
8. Acredito que sim, eu não como sal e nem muita gordura, porque isso faz mal pro coração da gente.
9. Sim, geralmente nos fins de semana. Acho importante, ainda mais porque eu estou morando sozinho, daí eu saio pra pescar.
10. Só fui uma vez. Acho que posso entender melhor a doença.
11. Eu não presto atenção nisso, não.

**V)P.G.B., 58 anos. Sexo: Masculino**

1. Sei, mas não sei explicar. Uma série de fatores: excesso de trabalho, sal demais, álcool, cigarro e gordura.
2. Pode causar uma série de problemas do coração.
3. Sim, eu possuo aparelho em casa, vejo sempre a pressão.
4. Tomo remédio há dois anos, é o Captopril, o senhor conhece?
5. Não, nunca. Se parar daí não adianta nada o tratamento.
6. Sim, pode causar infarto, eu sei porque eu já li isso.
7. Faço caminhadas diárias de 40 minutos. Sim, o exercício ajuda a baixar a pressão da gente.
8. Sim, eu até deixei de fumar, porque essas coisas fazem mal pro coração e pra pressão.
9. Sim, eu costumo cuidar da casa, limpar o quintal, passear com os animais, isso ajuda muito, sim.
10. Não, só fui em 2 reuniões. Acho que é muito pouco o que eles explicam, eu tenho revistas em casa e me informo sozinho.
11. Já vi no Hospital Universitário e no Posto de Saúde, mas fora desses lugares, não.

**VI)A.S.A., 69 anos. Sexo: Feminino**

1. Não sei. Não sei.
2. Dá dor de cabeça, preocupação, aumento da pressão e deixa a gente sem poder fazer alguma coisa.
3. Não, não tenho o costume de medir, não.
4. Eu uso remédio já faz cinco anos e sete meses. Mas eu não lembro o nome, só que o senhor deve saber qual é, ele é pequeno e branquinho, sabe?
5. Tomo todos os dias, não paro, não.

6. Acredito que sim, pode trazer problemas do coração e até a morte da pessoa se ela não se cuidar bem.
7. Não faço mais atividades físicas. Parei porque vendi meu animal, meu bezerro que eu costumava passear no pasto.
8. Não. Mas concordo que cheiros fortes atacam a minha cabeça.
9. Não, eu não tenho, mas acho que poderia ajudar. Eu tenho atividades da Igreja que me deixam feliz, sem preocupações.
10. Não participo de nada lá no Centro de Saúde. Sim, eu ficaria mais preocupada com a doença.
11. Não, não vi nada.

**VII)A.S., 47 anos. Sexo: Feminino**

1. Não sei. Acho que a causa é o excesso de sal e as gorduras na alimentação.
2. Eu tenho tonturas, desmaios, dor de cabeça e aflição. Isso quando me ataca me deixa muito mal.
3. Faz três meses que eu não vejo a minha pressão.
4. Tomo remédio. Tomo todos os dias há mais de 20 anos, é aquele Hidroclorotiazida, é bom esse remédio?
5. Já parei, geralmente é quando eu melhora.
6. Sim. Pode causar sensação de derrame.
7. Às vezes eu faço caminhada.
8. Sim. Não sou fumante, essas coisas fazem um mal pra gente!
9. Não. Não sei dizer, eu trabalho a semana inteira.

10. Nunca participei. Não sei, como eu nunca fui lá eu não sei se é bom ou não.

11. Já li cartaz lá no Posto de Saúde. Fora dali eu não vi nada.

**VIII)A.M.N., 44 anos. Sexo: Masculino**

1. Não. Acho que a causa é a movimentação do corpo, porque de acordo com o que a gente faz a pressão fica mais alta ou baixa.

2. Não tem nada.

3. Não, apenas vou na consulta.

4. Não. Eu não faço mais.

5. Não. Quando eu melhorei parei de tomar o remédio, não lembro o nome do remédio.

6. Com certeza. Pode dar ataque cardíaco e derrame.

7. Não. Mas acho que pode ser útil.

8. Sim. Pode mudar a doença de forma negativa pra gente.

9. Não, não muito, só nos fins de semana. Acho que é bom, mas eu não tenho tempo, estou sempre trabalhando.

10. Não, eu não vou em nada, mas é muito importante, acho que eu deveria ir até..

11. Sim, já vi no terminal de ônibus, na prefeitura e em postos de combustível.

**IX)M.E.H.R., 49 anos. Sexo: Feminino**

1. Não. Mas a médica explicou e eu não lembro mais. Acho que tem a ver com o psicológico, obesidade, um conjunto de sintomas, com o genético.



2. Ah, mas causa restrição de 100% na vida. Dá vontade de isolamento, né? Daí a gente não faz mais nada.
3. Sim, No centro da cidade e no posto de saúde.
4. Sim, eu uso a medicação há mais de 1ano. É um remédio que eu agora não lembro o nome, mas ta ali na caixinha, quer que eu pegue pra você ver?
5. Nunca parei.
6. Não sei, mas acho que pode dar derrame e infarto.
7. Sou ex-professora de educação física, hoje não faço nem caminhadas, mas acho que muda, pois emagrece.
8. Sim eu até parei de fumar quando descobri que tava com pressão alta.
9. Sim. Vinte e quatro horas por dia. Sou aposentada, mas essa falta do que fazer aumenta a minha pressão.
10. Não. Acho que sim, mas não conheço, porque nunca fui.
11. Não. Nunca vi.

**X)T.S.T.N., 50 anos. Sexo: Feminino**

1. Não sei. Acho que a causa é o aumento do colesterol e o aumento da pressão. Ah! Também dá problema de coluna.
2. Não consigo fazer os serviços de casa.
3. Sim. Vou lá no Posto fazer quando pego remédio.
4. Parei em março porque melhorei.
5. Sim, a pressão melhorou.

6. Sim. Tenho tremor e meu coração bate mais forte, isso pode me complicar!
7. Sim, eu faço. Eu sei que hidroginástica diminui a pressão.
8. Sim, pode. Eu mudei a alimentação completamente aqui em casa! As comidas agora não têm mais sal e nem muita gordura, e eu não frito nada com óleo.
9. Não, eu não tenho, mas eu acho que auxilia, a doutora sempre fala disso.
10. Participo, mas faz três semanas que não vou às reuniões.
11. Não, não lembro de ter visto.

### Anexo III

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Filipe Siqueira Gomes e estou desenvolvendo a pesquisa “Análise da terapia antihipertensiva aplicada a pacientes de microárea coberta pelo Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares”, com o objetivo de avaliar as possíveis falhas no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, podendo ser avaliada uma nova forma de divulgação da importância do correto tratamento, seja pelo profissional de saúde responsável, seja pelo próprio órgão municipal/estadual/federal responsável pela saúde. Isso beneficiaria não somente os portadores da doença, mas também todos os que trabalham na área da Saúde. Este estudo é necessário porque poderá contribuir para uma nova formulação nas bases de campanhas e tratamento de uma doença bastante prevalente em nosso meio, e serão realizadas entrevistas que consistirão apenas de perguntas abertas propostas em um questionário padronizado. Isto não trará risco algum para os participantes, visto que as entrevistas serão realizadas em suas próprias residências, não se fazendo uso de nenhum método intervencionista, e esperamos que os pacientes possam adquirir um conhecimento mais detalhado sobre a sua doença e as formas de tratamento e prevenção de complicações, além de poderem opinar e discutir sobre o sistema de saúde responsável por seu atendimento, podendo, assim, melhorar de alguma forma a sua própria percepção de qualidade de vida. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, poderá entrar em contato com o entrevistador (pelo telefone 48-228-3161), informando-o que não está interessado na pesquisa. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais (ou material coletado) e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal                    Filipe Siqueira Gomes

Pesquisador responsável                Marco Aurélio da Ros

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa “Análise da terapia antihipertensiva aplicada a pacientes de microárea coberta pelo Centro de Saúde da Fazenda do Rio Tavares” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

(local e data)

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## Anexo IV

### Modificações do Estilo de Vida

**REDUZIR O PESO CORPORAL** (se necessário)  
Adequação Dietética e Atividade física.

**REDUZIR O CONSUMO DE SAL**  
Evitar alimentos embutidos, enlatados, defumados (bacalhau, charque, queijos em geral).

**MANTER A INGESTA ADEQUADA DE POTÁSSIO NA DIETA**  
Alimentos pobres em sódio e ricos em potássio: feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escura, banana, melão cenoura, tomate, batata inglesa e laranja.

**LIMITAR O CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS**  
Homens: máximo 240ml de vinho, 720ml de cerveja, 60ml de bebidas destiladas (uísque, vodka)  
Mulheres e pessoas c/ baixo peso: 120ml de vinho, 360ml de cerveja, 30ml de bebidas destiladas.

**EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARES:**  
Seguindo um programa gradual (30 a 45 min. na maioria dos dias da semana)

### SUGESTÃO PARA UM PROGRAMA DE CAMINHADA

SEMANA	NORMAL	RÁPIDO	DEVAGAR	TEMPO TOTAL
1a.	5 min	5 min	5 min	15 min
2a.	5 min	10 min	5 min	20 min
3a.	5 min	15 min	5 min	25 min
4a.	5 min	20 min	5 min	30 min
5a.	5 min	25 min	5 min	35 min
6a.	5 min	30 min	5 min	40 min
7a.	5 min	35 min	5 min	45 min
8a.	5 min	40 min	5 min	50 min

Abandono do tabagismo e redução da ingestão de gordura saturada e do colesterol da dieta em benefício da saúde cardiovascular

### Orientações para Redução do Consumo de Gorduras Saturadas e/ou Colesterol

ALIMENTOS	PREFIRA	EVITE
Peixes, carnes, aves, frutos do mar	Peixes, frango sem a pele, carnes magras. Retire toda a gordura visível.	Carnes gordurosas, vísceras (fígado, coração), embutidos (lingüiça, paio, salsichas), frios (mortadela, presunto, salame), frutos do mar, camarão.
Leite derivados	Leite e iogurte desnatados, queijo branco ou ricota.	Leite e iogurte integrais, queijos amarelos, cremosos.
Ovos	Clara, de ovo. Receita: 2 claras = 1 ovo.	Gema do ovo.
Frutas e verduras	Frutas e verduras frescas.	Verduras na manteiga.
Doces	Massas de bolo sem gema de ovo, sorvete e doces de frutas.	Massas de bolo com gema de ovo, sorvete com leite, doces com chocolate, coco, creme chantilly.
Pães, cereais e grãos	Pães pobres em gorduras, cereais integrais (aveia, trigo e farelo), massas sem gema de ovo, ervilha, feijão, grão-de-bico, batata, arroz, mandioca.	Pães com recheio, manteiga, croissants, bolachas, massas com gema de ovo, molhos com creme de leite ou maionese.
Gorduras, óleos, e molhos	Margarinas, óleos vegetais (girassol, milho, soja, canola e azeite de oliva).	Frituras, manteiga, óleo de coco e de dendê, maionese, gordura animal (toucinho, banha), molhos com creme de leite.