

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MÁRCIA COSTA MARTINS DE ALMEIDA

**OS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA
DE HÁBITOS SAUDÁVEIS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MÁRCIA COSTA MARTINS DE ALMEIDA

**OS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA
DE HÁBITOS SAUDÁVEIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Nanci Aparecida da Silva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **OS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA PROPOSTA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS** de autoria da aluna **MÁRCIA COSTA MARTINS DE ALMEIDA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Dra. Nanci Aparecida da Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Justificativa.....	03
1.2 Problema de Pesquisa.....	03
1.3 Hipótese.....	03
1.4 Objetivo Geral.....	03
1.5 Objetivos Específicos.....	03
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
2.1 Histórico da Pressão Arterial.....	05
2.2 Fisiopatologia e Etiologia.....	05
2.3 Modificação do Estilo de Vida.....	06
2.3.1 Ingesta de Sal.....	06
2.3.2 Controle das Dislipidemias.....	06
2.3.3 Redução Obesidade.....	06
2.3.4 Alimentação Saudável.....	07
2.3.5 Redução do Estresse.....	07
2.3.6 Redução do Tabagismo.....	08
2.3.7 Redução da Ingesta de Bebidas Alcoólicas.....	08
2.3.8 Atividade Física.....	08
2.3.9 Tratamento não-medicamentoso.....	09
2.4 Processo de Enfermagem: O paciente com Hipertensão Arterial.....	09
2.4.1 Histórico.....	09
2.4.2 Avaliação de Enfermagem.....	09
2.4.3 Exame Físico.....	10
2.4.4 Diagnóstico de Enfermagem.....	10
2.4.5 Prescrição de Enfermagem.....	10
2.4.6 Intervenção de Enfermagem: Fornecendo educação básica ao paciente hipertenso.....	11
2.4.7 Programa Hiperdia.....	11

3 MÉTODO.....	13
3.1 Tipo de pesquisa.....	13
3.2 Local da Investigação.....	13
3.3 População.....	13
3.3.1 Amostra.....	13
3.4 Instrumento de Coleta de Dados.....	13
3.5 Cronograma.....	14
3.6 Análise de Risco e Benefício.....	15
3.7 Descrição da Hipótese a ser Testada.....	15
3.8 Critérios para Inclusão e Exclusão.....	15
3.9 Critérios para encerramento da pesquisa.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
6 RECOMENDAÇÕES.....	21
7 REFERÊNCIAS.....	23

RESUMO

A hipertensão por ser um problema de saúde pública no Brasil tem como objetivo primordial o tratamento eficaz que é utilizada tanto como medida medicamentosa como medidas não medicamentosas, sendo que as duas formas visam um tratamento benéfico e seguro quando usado corretamente. Os fundamentos do tratamento não medicamentoso incluem estilo de vida e o controle dos diversos fatores de risco cardiovasculares, é aplicável de forma geral, pois representa condição essencial para manutenção da saúde. A enfermagem tem grande contribuição no tratamento da hipertensão arterial, no que se refere a encorajar o cliente a aderir ao tratamento, explicando sobre alimentação, exercícios físicos, álcool, tabagismo, criando assim uma ponte de confiabilidade e companheirismo entre o paciente e o enfermeiro. A educação em saúde é primordial, a capacidade de ensinar e não de transferir o conhecimento, quebrando tabus, não deixando que as dificuldades e obstáculos impostos pelo paciente venham sobrepor-se ao tratamento onde o mesmo deve ser seguido de forma correta e saudável sempre visando o bem estar do cliente, só assim o resultado será satisfatório e o tratamento terá um bom êxito. A intenção desse projeto é poder contribuir com a eficácia do tratamento não medicamentoso voltado aos hipertensos através de orientações que possam combater ou reduzir o estresse vivências, fazer assunção da atividade física diária regular, ter aquisição de hábitos alimentares apropriados, incluindo a diminuição ou cessação do consumo de bebidas alcoólicas e do tabaco, proporcionando assim qualidade e perspectiva de vida a população em questão.

Palavras-chaves: prevenção, hábitos saudáveis e perspectiva de vida.

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) decorre de sua contribuição para a morbimortalidade causada por doenças cardiovasculares, as quais, mesmo quando não fatais, levam com frequência à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o indivíduo, sua família e a própria sociedade. A HAS, por exemplo, aumenta em sete vezes o risco de acidente vascular cerebral, tornam risco de infarto do miocárdio três vezes maior, é a causa mais comum de insuficiência cardíaca e associa-se com aneurismas em 60% a 80% dos casos (Dentre os fatores de risco cardiovascular, a HAS é um dos mais importantes, afetando quase 20% da população com mais de 20 anos. Doenças cardiovasculares, tais como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e cardiopatia isquêmica, têm sido a primeira causa de morte na grande maioria dos países desde a primeira metade do século passado.

Considerando tal quadro, torna-se urgente implementar ações básicas de diagnóstico e controle dos fatores de risco clássicos da HAS como consumo excessivo de sal, consumo de álcool, tabagismo, excesso de peso, estresse constante, falta de atividade física e presença de diabetes.

No caso específico da HAS, as medidas para normalização dos níveis de pressão, que constituem o objetivo do tratamento, envolvem mudança no estilo de vida, visando diminuir a influência dos fatores de risco. Desse modo, o objetivo da ação do serviço de saúde, que era o de remediar a doença, ganha um novo direcionamento, a prevenção e o controle dos fatores de risco.

O tratamento não-medicamentoso é indicado para todos os pacientes portadores de hipertensão arterial. Para tratamento de indivíduos com pressão arterial diastólica menor que 104 mmHg e sem lesões em órgãos-alvo, pode ser suficiente a aplicação de medidas higiênico-dietéticas.

Segundo o Ministério da Saúde 2002, “o tratamento medicamentoso, para esses pacientes, só estará indicado caso aquelas recomendações não se mostrem eficazes ao fim de seis meses ou apareçam lesões em órgãos-alvo”, daí a necessidade de conhecer como tais medidas podem controlar a pressão arterial e a maneira adequada de pô-las em prática.

A utilização do conceito de campo de saúde, permite identificar o componente em que se pode implementar uma intervenção adequada para a obtenção de um melhor nível de saúde. Esses

componentes são a biologia humanos, aí incluídos todos os eixos relacionados com a saúde manifestados no organismo como consequência da constituição orgânica do indivíduo; o meio ambiente, composto de fatores externos ao indivíduo e sobre os quais ele tem pouco ou nenhum controle; o estilo de vida, que constitui o conjunto de decisões que o indivíduo toma em relação a sua saúde e sobre as quais exerce considerável grau de controle; e a organização dos serviços de saúde, envolvendo aspectos quantitativos, qualitativos e referentes à relação entre as pessoas e os serviços de saúde.

As medidas de controle da HAS situam-se, em grande parte, no componente estilo de vida, pois sua adoção envolve mudança de hábitos, o que depende principalmente do indivíduo. Estas são as chamadas medidas de controle higiênico-dietéticas da HAS e incluem abolição do álcool e do tabaco, realização de atividade física, perda do excesso de peso e mudanças nos hábitos alimentares.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) criou condições para a construção de um novo modelo assistencial em que a atenção à saúde está focalizada na família e na comunidade, utilizando práticas que visam estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade.

A educação em saúde é considerada, atualmente, uma prática intrínseca ao projeto assistencial em todos os níveis de atenção à saúde, pois possibilita a organização de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento de problemas no processo saúde-doença.

Nesse contexto, o profissional enfermeiro exerce um papel relevante, por ser o profissional responsável pela coordenação das equipes de ESF e instrutor-supervisor do trabalho do agente comunitário de saúde — este considerado o elo entre o serviço de saúde e a comunidade assistida.

A equipe de Saúde da Família, na busca do controle de riscos em nível individual, desenvolve propostas educacionais que permitirão ao indivíduo a escolha de seu estilo de vida de modo racional e autônomo. Aos serviços de saúde compete fornecer assistência adequada e orientação para viabilizar as mudanças de estilo de vida.

O conhecimento do comportamento dos indivíduos assistidos pelos profissionais de saúde permite o desenvolvimento de estratégias que possam melhorar o nível de saúde da comunidade. Neste contexto, o objetivo deste projeto foi identificar o comportamento adotado por hipertensos

em relação às medidas de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde Albeny A. de Paula no município de Araguaína-TO.

1.1 Justificativa

O propósito do projeto está voltado à promoção de hábitos saudáveis de vida aos clientes que se confrontam com a Hipertensão Arterial Sistêmica, proporcionando condutas de enfermagem de cuidado não medicamentoso durante o dia a dia dos clientes acometidos com este problema, com intuito de esclarecer e contribuir com a implementação desses hábitos no decorrer da vida dos hipertensos.

1.2 Problema de Pesquisa

Quais os obstáculos encontrados pelos hipertensos, cadastrados na UBS Albeny Soares de Paula nas equipes de ESF/EACS no município de Araguaína, na adoção do tratamento não medicamentoso para controlar a hipertensão arterial?

1.3 Hipótese

Os obstáculos encontrados para aceitação desse estilo de vida estão relacionados a falta de recursos financeiros, informação, disposição e aspectos culturais de medicalização da doença.

1.4 Objetivo Geral

Contribuir para adoção de hábitos saudáveis de vida como forma de tratamento não medicamentoso pelos hipertensos da UBS Albeny Soares de Paula.

1.5 Objetivos Específicos

- Identificar os Hipertensos cadastrados na UBS Albeny Soares de Paula e assistidos pelas equipes de ESF/EACS.

- Inquirir os hipertensos, cadastrados na UBS Albeny Soares de Paula e assistidos pelas as equipes de ESF/EACS, quanto aos obstáculos encontrados para adoção dos hábitos saudáveis de vida como forma de tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Avaliar por meio de um questionário o conhecimento dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica sobre a doença.
- Propor alternativas, através de material educativo, de solucionar ou minizar esses obstáculos para adoção dos hábitos saudáveis de vida como forma de tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Histórico da Pressão Arterial

Monego et al in Porto (1998), certifica-se que a preocupação com o pulso é muito antigo datada de 1600 a.c.. A primeira medida da pressão arterial só veio a ocorrer no ano de 1733, em Middlessix na Inglaterra, pelo reverendo inglês Stephen Hales (1677-1761). O primeiro experimento foi em um curral usando um animal e uma égua inserindo uma cânula conectada a um tubo na artéria crural de uma égua, observando variações provocadas pelas movimentações do animal. Do experimento de Halles até os dias atuais, já se passaram mais de 250 anos. Foram utilizados vários tipos de manômetros como de: água, sangue e posteriormente mercúrio, que antes eram restritos somente em laboratórios de pesquisa, agora já é utilizado na prática clínica. Em dezembro de 1904, o cirurgião russo Nicola Sergeinick Korotkoff introduziu o método auscultatório para a mediada da pressão arterial ele teve a idéia de colocar o estetoscópio na fossa anticubital, abaixo do manguito do esfigmomanômetro, com o que pode perceber o aparecimento de sons à medida que desinsulfava o manguito. A partir dai tornou-se possível à determinação das pressões sistólicas e diastólicas.

2.2 Fisiopatologia e Etiologia

Hargrove – hutel (1998) relatou que a hipertensão inicialmente se dá por um processo lábil depois gradualmente a doença se torna permanente, ocasionando a hipertensão grave que ao se desenvolver abruptamente vai acelerando tornando-se "maligna" que é conhecida como crise hipertensiva podendo ocasionar danos neurológicos, cardíaco e renal irreversíveis. Quando há uma vasoconstrição e a retenção de sódio e de água rapidamente resulta em pressão sanguínea elevada.

Smeltzer e Bare (2006), dizem que não se consegue identificar a causa exata para a Hipertensão Arterial, é sabida que é uma condição multifatorial, e para que ela aconteça é necessário que haja uma alteração em um ou mais fatores que afetam a resistência periférica ou o débito cardíaco.

Arone e Philippt (2003) relatam que a hipertensão arterial primária ou essencial pode ser por causa desconhecida, sabendo-se que ela se desencadeia por fatores predisponentes como:

idade, sexo, raça, peso, ingestão excessiva de sódio, álcool, café, tabaco e estimulantes químicos. Já a hipertensão secundária tem suas causas identificadas em diversas patologias, tais como, neuropatias, cardiopatias entre outras.

Brandão et al (2006), diz que vários fatores causam a hipertensão arterial, fatores já identificados como obesidade, consumo aumentado de álcool e sal, idade, sedentarismo, estresse entre outros e reconhecer estes fatores podem proporcionar o diagnóstico precoce e o tratamento não farmacológico, ou melhor, tratamento na condição já instalada.

2.3 Modificação do Estilo de vida

2.3.1 Ingesta de Sal

Ribeiro e Tavares in Prado (1999), relata que quanto mais reduzido a ingestão de sal mais fácil será, obter a diminuição dos níveis pressóricos. Essa restrição da ingestão de sal será um obstáculo sério para o paciente hipertenso, pois pode comprometer a aderência ao tratamento. É importante ressaltar que a redução da ingestão de sal abaixo de 3,0gr /24hs requer perfeito conhecimento sobre conteúdo de sódio nos alimentos.

Brandão et al (2006), ressalta ainda que a redução de sal da dieta afeta muito o paladar dos alimentos, por isso tem que ser atribuída juntamente e frequentemente com a ajuda do nutricionista, devendo assim avaliar a particularidade da sensibilidade do hipertenso em relação ao teor de sal na dieta, e a sua dependência em relação a esse sabor.

2.3.2 Controle das Dislipidemias

Nettina (1998) caracterizou que é importante reduzir a gordura saturada e o colesterol.

Brandão et al (2006) ressalta que a dislipidemia é um fator de agressão vascular direto e tem que ser tratado intensamente por meios não medicamentosos. Pois pessoas hipertensas com dislipidemias que são alterações nos níveis de gordura no sangue tem que ter o acompanhamento específicos de um nutricionista.

2.3.3 Redução da Obesidade

Ribeiro e Tavares in Prado (1999), dizem que hoje é bastante claro que a obesidade e a hipertensão estão associadas e essa associação, ficou clara que independentemente da idade,

quanto maior o peso corpóreo maior a frequência da hipertensão, além disso, os hipertensos tendem a ser mais obesos que os normotensos, sabendo-se que na prática clínica a tarefa no combate contra a obesidade, não é fácil e é raramente eficientemente conseguida em períodos prolongados.

Brandão et al (2006), classificou que o controle da obesidade tem um efeito multiplicador sobre a saúde em geral, e sobre a saúde cardiovascular e ajudam não só o controle da hipertensão arterial, mas como também em doenças da coluna vertebral e joelhos.

2.3.4 Alimentação Saudável

Brandão et al (2006), relata que a restrição de alimentos industrializados e processados, principalmente molhos embutidos os quais tem elevado teor de sódio de gorduras saturadas e/ou colesterol, tem que ser restringida. Diferente da cultura atual que não privilegia uma alimentação saudável, o necessário acompanhamento de um nutricionista deve ser inspirado na pirâmide nutricional, cuja base da pirâmide representa o consumo de preferências como: frutas, legumes e grãos, juntamente com alimentos de origem animal, com qualidade desse padrão alimentar; deve-se evitar frituras gordurosas e sal e de preferência os alimentos tem que ser bem cozidos.

Nettina (1998), ressalta que é importante também incluir potássio, cálcio e magnésio na dieta conforme recomendado pelo nutricionista.

2.3.5 Redução do Estresse

Ferreira e Carneiro (1999) relatam que um dos grandes causadores da hipertensão arterial é sem dúvida o estresse. As mudanças de hábitos principalmente no trabalho em casa ou com a sociedade podem reduzir os efeitos nocivos do estresse, sendo que a prática de relaxamento ou atividade física também contribuem no tratamento da pressão alta.

Brandão et al (2006), diz que no caso do estresse fator comprovadamente hipertensivo, o manejo é complexo e com resultados ainda insatisfatório, todavia uma relação médico paciente é muito importante e bem conduzida. Usar técnicas de relaxamento e técnicas de grupo, conduzida pela equipe multiprofissional pode ser de grande ajuda para combater o estresse.

2.3.6 Redução do Tabagismo

Brandão et al (2006), classificou que o fumo é um componente estimulador do sistema nervoso simpático, podendo contribuir para elevação da pressão arterial, relatou ainda que a pressão arterial mesmo em tabagistas normotensos, há um nível freqüentemente elevado da pressão arterial dependendo do nível de nicotina absorvido. Portanto o tabagismo é um importante coadjuvante na manutenção da pressão em valores acima do preconizado, podendo ser causador eventual de uma hipertensão refratária ao tratamento.

Ribeiro e Tavares in Prado (1999), ressaltam que o fumo sem dúvidas aumenta o risco de aterosclerose, devendo ser contra indicado em pacientes hipertensos.

2.3.7 Redução da Ingesta de Bebidas Alcoólicas

Brandão et al (2006), relata que a partir de certa quantidade ingerida há um progressivo aumento da pressão arterial, pois a bebida alcoólica é um preditor da elevação da pressão e do aparecimento da hipertensão arterial, por isso que o consumo de bebida alcoólica deve ser evitado, não ultrapassando dois drinks por dia que corresponde a 700ml de cerveja para homens, 200ml de vinho ou 60 ml de destilados, sendo que para mulher considera a metade dessa dose pela estatura geralmente menor e pela quantidade menor de enzimas degradadora de álcool nas pessoas do sexo feminino, pois quanto maior a quantidade de álcool ingerida maior será o valor da pressão arterial.

Ribeiro e Tavares in Prado (1999), classificaram ainda que o consumo de bebidas alcoólicas em pouca quantidade não aumenta o risco da hipertensão arterial ou de enfermidades vasculares associadas, mas o consumo alcoólico exagerado ocasiona o maior risco de doenças cardiovasculares.

2.3.8 Atividade Física

Brandão et al (2006), relatou que a prática de exercícios físicos regular aeróbico diário salvo contra indicação é fundamental. Caminhada é suficiente para obtenção de condicionamento físico moderado e para um bom estado de saúde, além de ser benéfico para redução e controle do peso corporal facilita também a redução da pressão arterial.

2.3.9 Tratamento não-medicamentoso

Segundo Brandão et al (2006), os fundamentos do tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial incluem a modificação do estilo de vida que ajuda no controle do indivíduo hipertenso como do não hipertenso e o controle dos diversos fatores de risco cardiovasculares que são aplicados a população em geral, pois representa condição essencial, para manutenção da saúde. Continuou dizendo ainda que haja um conjunto de medidas que são benéficas destacando: redução de ingestão de sal, realização de exercício físico, ou seja, evitar o sedentarismo, controle das dislipidemias, redução da obesidade, alimentação saudável, redução do estresse e do tabagismo, redução da ingestão de bebidas alcoólicas e controle da diabetes mellitus.

2.4 Processo de Enfermagem: O Paciente com Hipertensão Arterial

2.4.1 Histórico

Segundo Smeltzer e Bare (2006), quando a hipertensão é detectada pela primeira vez o histórico de enfermagem envolve a monitoração cuidadosa da pressão arterial a intervalos frequentes e em seguida depois do diagnóstico a intervalos rotineiramente agendados.

Smeltzer e Bare (2006) enfatizam ainda que seja obtida uma história completa para avaliar os sintomas que indicam a lesão do órgão alvo. Certos sintomas podem incluir a dor anginosa; falta de ar; alteração na fala; visão ou inquilíbrio, epistaxe, cefaléias; tonteados; ou nictúria.

Smeltzer e Bare (2006), continuam afirmando que durante o exame físico o enfermeiro deve estar atento especificamente para frequência, ritmo e caráter dos pulsos apical e periférico para detectar os efeitos da hipertensão sobre o coração e vasos sanguíneos. Uma avaliação completa pode fornecer informações valiosas sobre a extensão com que a hipertensão afetou o corpo e sobre qualquer outro fator pessoal, social ou financeiro relacionado com a condição.

2.4.2 Avaliação de Enfermagem

Segundo Nettina (1998), na anamnese deve-se questionar, antecedentes familiares de hipertensão episódios prévios de pressão arterial elevada ingestão excessiva de sal, anomalias

lipídicas, fumo (cigarro), episódios de cefaléia, astenias, câibras musculares, formigamentos, palpitações, sudorese e distúrbios visuais.

Questionar também sobre o uso de medicações que podem elevar a pressão arterial: anticoncepcionais orais, esteróides, descongestionantes nasais, supressores do apetite, antidepressores tricíclicos entre outros processos mórbidos tais como gota ou diabetes, asma e úlceras pépticas.

2.4.3 Exame Físico

Nettina (2006), continua dizendo que para executar o exame físico deve-se auscultar a frequência cardíaca e os pulsos periféricos, definindo também a respiração, observar se o paciente apresenta edema, espasmos e hemorragias dos vasos oculares observam-se e examina quanto ao distanciamento do ponto de impulso máximo (PIM) para a esquerda (ocorre na hipertrofia cardíaca). Verificar na ausculta também a presença de sopros sobre as artérias periféricas para detectar a presença de arteriosclerose, e pode manifestar-se com fluxo sanguíneo diminuído. Deve-se também avaliar o estado neurológico (memória e raciocínio lógico).

2.4.4 Diagnóstico de Enfermagem

Smeltzer e Bare (2006) relatam que os diagnósticos de enfermagem podem se estabelecer a partir das informações obtidas com bases nos dados históricos do paciente com hipertensão arterial.

Smeltzer e Bare (2006), falam que o paciente apresenta conhecimento deficiente no seu problema saúde-doença afirma ainda que a falta de adesão ao regime terapêutico está relacionada com os efeitos colaterais da terapia presente.

2.4.5 Prescrição de Enfermagem

Smeltzer e Bare (2006), falam que o maior objetivo dos cuidados de enfermagem para os pacientes hipertensos é a manutenção do controle da PA sem efeitos adversos de medicamentos e sem custos indevidos. Relatam ainda que a enfermagem pode também colaborar apoiando e ensinando ao paciente a aderir ao regime de tratamento não medicamentoso mudando o estilo de

vida implementando alterações necessárias, e o tratamento medicamentoso que se faz através de medicações prescritas, agendar as consultas e comparecer regularmente com o profissional de saúde para tratar e identificar e monitorar o progresso da doença ou terapia evitando assim uma complicação da pressão arterial.

2.4.6 Intervenção de Enfermagem: Fornecendo educação básica ao paciente Hipertenso

Nettina (2003), fala que a enfermagem tem como principal quesito fornecer uma educação básica com intervenções coerentes ao paciente com hipertensão. Ressaltando que a hipertensão nunca pode alcançar a cura total apenas o controle enfatizando assim as conseqüências da hipertensão descontrolada. O paciente deve reconhecer que é uma doença crônica e tem que ter uma terapia persistente e uma avaliação periódica melhorando assim a expectativa de vida, sendo que a consulta médica e o acompanhamento são obrigatórios.

Nettina (2003), continua dizendo que o paciente com hipertensão tem que ter um plano de orientação coordenada e complementar informando a forma de tratamento frente ao diagnóstico, as mudanças no estilo de vida, explicar sobre o controle medicamentoso, alertar sobre os efeitos que os medicamentos podem ocasionar como: anorexia, tonteados, fadiga, hipotensão. A enfermagem também deve solicitar a assistência da família, de amigos e colegas do paciente fornecendo assim informações a respeito do plano de tratamento total e deixar bem claro que o plano terapêutico tem como finalidade manter o controle da pressão e que qualquer problema deve-se comunicar ao médico em acompanhamento para haver a suspensão do medicamento em uso.

2.4.7 Programa Hiperdia

Em 2002 o Ministério da Saúde lançou o programa HIPERDIA visando à reorganização assistencial da hipertensão arterial e diabetes mellitus. É um sistema informativo que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em todas as unidades ambulatoriais do sistema público do SUS (Sistema Único de Saúde) gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento dos vínculos entre os portadores e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso e controle desses agravos, o acompanhamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e progressão das complicações, reduzindo o número de internação hospitalar, bem como a mortalidade devido a esses agravos.

O seu acompanhamento, ao mesmo tempo em que, em médio prazo poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população e conseqüentemente o desencadeamento de estratégia de saúde pública que levaram a modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida das pessoas e a redução do custo social.

Em 2002 Ministério da Saúde adotou como padrão de tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus medicamentos essenciais preconizado pela organização mundial de saúde OMS, referendado pelo comitê técnico assessor do plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, que serão disponibilizados em toda rede pública de saúde do SUS e todas as unidades básicas de saúde dispensarão os medicamentos.

3 MÉTODO

3.1. Tipo de Pesquisa

A pesquisa se caracterizará por ser uma pesquisa exploratória, de campo, bibliográfica de natureza descritiva, quanti-qualitativa. Que se realizará no período de agosto de 2014 a novembro de 2014 na Unidade Básica de Saúde Albeny Soares de Paula, situada na avenida C, Nº 1035, Setor Couto Magalhães no município de Araguaína.

3.2 Local da Investigação

O local da investigação da pesquisa científica do Trabalho de Conclusão de Curso será na Unidade de Saúde Albeny Soares de Paula que se localiza na situada na avenida C, Nº 1035, Setor Couto Magalhães no município de Araguaína-TO. Na qual consta com três equipes de ESF/EACS, composta por 03 médicos, 03 enfermeiros, 03 dentistas, 03 Auxiliares de Saúde Bucal, 29 Agentes Comunitários de Saúde, 03 técnicos em enfermagem. Sendo que estes prestam atenção e assistência a saúde a 10.736 pessoas que correspondem 3.319 famílias.

3.3 População

A população do presente projeto foi todos os pacientes hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA das equipes ESF/EACS da UBS Albeny Soares de Paula que possuem 29 diabéticos, 170 diabéticos com hipertensos e 503 hipertensos, totalizando 702 cadastrados no HIPERDIA. No qual, trabalharemos com 20% dos hipertensos, totalizando 100 pessoas.

3.3.1. Amostra

A amostra foi não probabilística intencional, pois está subordinada aos objetivos específicos de seus investigadores. Esta amostra é composta pelos pacientes que se apresentam cadastrados nas equipes de ESF/EACS do Programa HIPERDIA.

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

Dados											
Divulgação											X

3.7 Análise de Risco e Benefício

A realização desta pesquisa científica não tem a pretensão de causar nenhum tipo de risco para os pesquisados apenas de proporcionar informações de qualidade sobre Hábitos Saudáveis de Vida no tratamento do Hipertenso.

Proporcionaremos uma melhor explicitação de hábitos saudáveis de vida como forma coadjuvante no tratamento não medicamentoso na vida dos hipertensos das equipes ESF/EACS da UBS Albeny Soares de Paula.

3.8 Descrição da Hipótese a ser Testada

A não adoção de hábitos saudáveis de vida ocorre por falta de informação devido o não esclarecimento correto da equipe de saúde aos hipertensos, a falta de recursos financeiros é um grande fator que contribui a não adoção de hábitos saudáveis pelo fato de barreiras e tabus alimentares onde se cria uma indisponibilidade ao acesso desses hábitos saudáveis onde também o fator cultural contribui a não utilização da medicalização e de hábitos saudáveis ao tratamento da Hipertensão Arterial.

3.9 Critérios para Inclusão e Exclusão

Serão incluídos os Hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA da UBS Albeny Soares de Paula. Residentes no Setor Noroeste, no município de Araguaína e que assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido.

Ocorrerá exclusão se o sujeito de pesquisa mudar de bairro ou município, desistir da pesquisa mesmo tendo assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido ou ocorra algum evento, alheio ao desejo da pesquisadora, que impossibilite entrevistar o sujeito.

3.10 Critérios para encerramento da pesquisa

Se 51% dos hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA da UBS Albeny Soares de Paula se recusem a participar da pesquisa. Se a instituição solicitar o encerramento da pesquisa, em até 15 dias após o início da mesma. Se algum evento impossibilitar o acesso à Unidade Básica de Saúde.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Para esta discussão, iremos considerar, a análise de hipertensos, os indivíduos diagnosticados e aqueles que apresentarão PA elevada na aferição e não eram diagnosticados. A identificação precoce da HAS e o estabelecimento do vínculo entre os pacientes e as equipes de ESF são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desse agravo.

Os resultados apresentados a seguir dizem respeito ao estudo de campo que será realizado junto aos hipertensos, cadastrados na ESF/EACS, na UBS Albeny Soares de Paula, município de Araguaína - TO.

Freitas et al. (2001) afirmaram que 37,8%, daqueles que relataram ter o fator hereditariedade, apresentaram HA na aferição. Pode-se inferir também que os fatores aqui estudados não são os únicos predisponentes da HA e que sua causa na maioria dos casos é desconhecida. Além disso, esses fatores atuam associados, ou seja, quanto mais fatores de risco o indivíduo apresentar, maiores suas chances de ter alguma patologia cardiovascular.

Do ponto de vista cultural, as mulheres têm mais percepção das doenças, apresentam uma tendência maior para o auto cuidado e buscam os serviços de saúde mais freqüentemente, em comparação com os homens. As recentes Diretrizes da Hipertensão Arterial revelam que, mesmo a prevalência global da HA sendo discretamente maior entre os homens, o sexo não pode ser considerado como fator de risco para esta doença (CONTIERO *et al.*, 2009).

Quanto a condição civil, para Oliveira, (2007) indivíduos que compartilham experiências com seus cônjuges e recebem apoio dos mesmos, podem ter uma melhor participação no seguimento do tratamento, porém, aqueles que não convivem com o cônjuge e residem com filhos ou outras pessoas, possuem uma adesão menor ao regime terapêutico.

No que tange a escolaridade, conforme cita Santos *et al.*, (2010) o nível de escolaridade está relacionado com a ocorrência de complicações da hipertensão, pois indivíduos com nível superior têm prevalência de complicações hipertensivas 40% menor do que aqueles com menos de 10 anos de estudo. A capacidade de compreender o esquema terapêutico, as indicações medicamentosas e as recomendações quanto às mudanças comportamentais podem estar atreladas a esse aspecto.

Quanto ao tabagismo agrava as doenças do coração porque aumenta a aterosclerose. Além disso, o abandono deste, proporciona melhora na respiração, aguça o paladar, os dentes ficam claros e limpos, o hálito agradável, desaparece o amarelado dos dedos causados pela nicotina, a disposição física e sexual aumenta, além de melhorar o relacionamento com a família, com amigos e no trabalho (SILVA *et al.*, 2007).

O fumo é associado a inúmeras patologias e responsabilizado por altos índices de mortalidade em todo o mundo. Os malefícios provocados pelo tabagismo são abordados por diferentes profissionais da área da saúde. A fumaça do cigarro resultante da combustão incompleta do tabaco é constituída por uma mistura heterogênea, da qual fazem parte a nicotina e o monóxido de carbono, que são as principais substâncias químicas responsáveis pelos efeitos deletérios do fumo nos tecidos periodontais (BORELLI *et al.*, 2001).

Uma das grandes dificuldades dos portadores de hipertensão em aderir ao tratamento é entender por que devem utilizar diariamente diversos comprimidos e sofrer com efeitos colaterais. A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações (SANTOS *et al.*, 2010).

Com relação ao etilismo, o álcool é identificado como um fator de risco que contribui para o agravamento da HAS, sua ingestão por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas. A redução desse consumo, portanto, é uma das principais medidas orientadas no tratamento não medicamentoso da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Com base a prática da atividade física associado ao uso correto e contínuo do anti-hipertensivo leva a uma redução e/ou controle dos níveis de pressão arterial, promovendo uma sensação de bem estar físico e mental, além da melhoria da qualidade de vida num contexto geral.

A adoção de estilos de vida saudáveis como restrição da ingestão de bebida alcoólica, abolição do tabagismo, planejamento alimentar com redução do sal e alimentos hipercalóricos, manejo de situações estressantes e atividade física regular, devem fazer parte da assistência direcionada aos hipertensos. Quanto aos hábitos de vida, a falta de prática de exercícios regularmente chama atenção, pois em indivíduos sedentários e hipertensos, reduções

cl clinicamente significativas na pressão arterial podem ser conseguidas com o aumento relativamente modesto na atividade física, acima dos níveis dos sedentários. A importância de se modificar os hábitos de vida de uma população através de programas educativos que forneçam informação e instrumentos para esta melhora deve ser parte dos objetivos de programas de saúde e merecer atenção especial dos enfermeiros (JESUS *et al.*, 2008).

Para o tratamento da HAS, é imprescindível a vinculação do paciente às unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados, uma vez que seu diagnóstico e controle evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento (ESCUDE, *et al.*, 2006).

Diante da ação da equipe multiprofissional, o usuário é submetido a uma gama maior de informações com enfoques diferentes, assim as orientações podem possibilitar uma melhor adesão ao programa terapêutico, com a possibilidade da incorporação de hábitos saudáveis de vida, assim como maior adesão a atividade física, dieta alimentar e frequência na unidade de saúde.

As ações voltadas para os hipertensos, como programa HIPERDIA, exigem uma equipe de saúde multidisciplinar, visando atendimento integral, de qualidade e resolutividade. Os resultados deste estudo contribuirá de forma significativa para um olhar mais reflexivo a respeito da prática profissional, por meio de intervenções, visando à prevenção e o controle dos fatores de risco modificáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos, que a maioria dos hipertensos que serão pesquisados vivem em condições não ideais de saúde, tem pouco conhecimento do tratamento da doença e que realmente tem que haver um grande empenho dos profissionais de saúde a divulgarem a forma do controle da Hipertensão.

A pesquisa científica possui como meta principal avaliar se os hipertensos cadastrados na equipes de ESF/EACS da UBS Albeny Soares de Paula possuem conhecimento dos hábitos saudáveis de vida que favorecem no tratamento da pressão alta, iremos coletar e analisar os dados junto ao público alvo para que haja averiguação da grande dificuldade dos mesmos para não aderirem aos tratamentos não medicamentosos.

A grande necessidade dos portadores da hipertensão arterial é o conhecimento fundamentado dos fatores de risco relacionado, pois e através do conhecimento que os mesmos evitam de ocasionar doenças oportunas. Brandão et al (2006), ressalta que os fatores de riscos principais relacionada a hipertensão é o: fumo, bebidas alcoólicas, sedentarismo, obesidade, estresse os quais tem como forma de descontrolar e provocar a hipertensão e outras doenças do coração.

Entretanto, é de suma necessidade a divulgação dos hábitos saudáveis e do controle dos fatores de risco informando a população os benefícios que os mesmos podem trazer, pois hábitos saudáveis de vida devem ser implementados não só na vida dos hipertensos mais na vida de todos aqueles que não quer consigo uma vida com doenças oportunistas e quer realmente ter uma vida saudável.

6 RECOMENDAÇÕES

Ao iniciarmos este trabalho científico temos como maior intuito compreendermos se realmente os portadores de Hipertensão Arterial possuem conhecimento sobre hábitos saudáveis e dos fatores de risco relacionados a hipertensão se estes são incluso na vida dos mesmos como forma de tratamento.

Acreditamos que muitos tem o conhecimento porém estes conhecimentos são poucos e muitas vezes desprovidos de informações essenciais. Dessa forma, então sugerimos a Secretaria Municipal de Saúde que sejam, realizados projetos com incentivos profissionais objetivando a grande importância que os Hábitos Saudáveis de vida podem trazer no tratamento da Hipertensão Arterial viabilizando formas precisas e acessíveis com recomendações a esses portadores com informações. O profissional de saúde mais a equipe multiprofissional também como papel fundamental a informação e a educação e a colaboração no tratamento de qualquer portador de doenças por isso as informações tem que ser mais claras e objetivas.

Com o objetivo de identificar os problemas que acarretam os portadores de Hipertensão arterial a não manter os níveis pressóricos regular ou controlado com hábitos saudáveis. Portanto viabilizaremos algumas propostas como recomendações. □Propor a equipe de saúde que realizem rodas de conversas aos hipertensos divulgando como manter os níveis pressóricos nos valores normais.

- Sensibilizar essa população (Hipertensos) sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso juntamente com o tratamento não medicamentoso.
- Trazer capacitações aos profissionais relacionado a importância dos hábitos saudáveis de vida para que os mesmos possam incentivar a seu paciente a estarem aderindo a esses hábitos explicando assim a importância e os fatores de risco relacionados.
- □Realizar encontros regionais com o objetivo de estar programando ações que visam o controle da hipertensão arterial.
- Capacitar agentes comunitários de saúde a estarem participando dessas informações de hábitos saudáveis, passando aos pacientes hipertensos de forma esclarecida nas visitas domiciliares.

- Fazer com que a equipe de enfermagem realize periodicamente reuniões com informações dos fatores de risco e a importância de hábitos saudáveis, e que em cada consulta os profissionais enfermeiros incentivem cada vez mais o conhecimento do tratamento minimizando assim as causas da falta de controle da Hipertensão arterial.

7 REFERÊNCIAS

ARONE, Evanisa Márcia, PHILLIPPT, Maria Lúcia dos Santos. **Enfermagem Médica Cirúrgica Aplicada ao Sistema Cardiovascular**. 3ªed.Senac: São Paulo 2003.88 é 89.p.

BORELLI, L. *et al.* **A Influência do Fumo na Doença Periodontal**. 2011. Disponível em <<http://www.odontosites.com.br/odonto/cientifico/a-influencia-do-fumo-na-doenca-periodontal.html>>. Acesso em 12 de março de 2014.

BRANDÃO, Andréia A. et al; **Hipertensão**. Elsevier: Rio de Janeiro 2006.

CONTIERO, A. P. *et. al.* **Idoso com Hipertensão Arterial: Dificuldades em Acompanhamento na Estratégia Saúde da Família**. 2009. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4227>> Acesso dia 29 de abril de 2014.

DATASUS-MS. **Hipertensão e Diabetes**. 2002. Disponível em: <http://Dtr.saúde.gov.br/dab/hipertensãodiabetes>. Acesso em 11/03/2014.

ESCUDE, M. M. L *et al.*, **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil**. 2006. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200015&script=sci_arttext>. Acesso em 27 de fevereiro de 2014.

FERREIRA, Celso; CARNEIRO, Maria Tereza R.C. **Prevenção das Doenças do Coração.Fatores de Risco**. Atheneu: São Paulo 1999.46.p.

HARGRONE_ HUTTEL A. Ray. **Enfermagem Médico Cirúrgica**. 2ªed.Guanabara Koogan: Rio de Janeiro 1998.158.p.

JESUS, E. S *et. al.* **Perfil de um Grupo de Hipertensos: Aspectos Biossociais, Conhecimentos e Adesão ao Tratamento**. 2008. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf> Acesso dia 03 fevereiro de 2014.

Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Melitus: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus**. Secretaria de Política de Saúde. Brasília DF, 2002

MONEGO, Estalanes Tronco et al. Hipertensão Arterial. In: PORTO, Celmo Celeno. **Doenças do Coração:Prevenção e Tratamento**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro 1998.cap.87.453 á 460.p.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 7ªed.Guanabara Koogan: Rio de Janeiro 2003.vol.2.415 a 421.p.

NETTINA, Sandra M. **Práticas de Enfermagem**. 6ªed.Guanabara Koogan: Rio de Janeiro 1998. vol.1.

OLIVEIRA, T. C. E. **Hipertensão Arterial: fatores que interferem no seguimento do regime terapêutico**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem/CCS/UFPB.

RIBEIRO, Arthur Bethame;TAVARES, Agostinho.**Tratamento clínico da Hipertensão arterial**.In: PRADO, Felício Cintra do. Atualização Terapêutica. Artes Médicas: São Paulo 1999.106 á 107.p.

SANTOS, A. A *et al.*, **Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família**. 2010. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em 28 de fevereiro de 2014.

SILVA, M. P *et al.*, **Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde**, 2009. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/5.htm>>. Acesso em 06 de mar de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão I**, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 07 fev. 2014.

SMELTZER, Suzane C. BARE Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 10ªed. Guanabara Koogan: Rio de janeiro 2006.905.p.