

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – MOSSORÓ-RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KALIONARA KARLA BEZERRA DE SOUZA

HIPERTENSÃO ARTERIAL:
CONHECIMENTO DE USUÁRIOS CADASTRADOS EM UM PROGRAMA
HIPERDIA.

MOSSORÓ

2012

KALIONARA KARLA BEZERRA DE SOUZA

HIPERTENSÃO ARTERIAL:
CONHECIMENTO DE USUÁRIOS CADASTRADOS EM UM PROGRAMA
HIPERDIA

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves

MOSSORÓ
2012

KALIONARA KARLA BEZERRA DE SOUZA

HIPERTENSÃO ARTERIAL:
CONHECIMENTO DE USUÁRIOS CADASTRADOS EM UM PROGRAMA
HIPERDIA

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado (a) em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)
ORIENTADOR

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico a DEUS por guiar os meus passos e conduzir minha vida. A minha mãe Tereza Bezerra (in memórian), e ao meu pai, Elias Cardoso por terem sido minha inspiração, a minha filha Maria Clara, por ter sido minha motivação para seguir em frente, e ao meu esposo Paulo Renato, por ter me apoiado e me dado força durante toda esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por ter me concedido a benção de estar realizando mais um sonho, a minha mãe Tereza Bezerra (in memórian) por ter me ensinado a lutar pelos meus sonhos, com força e determinação, me apoiando de forma incondicional, ao meu pai Elias Cardoso porque sem ele eu não teria conseguido. E a todos que contribuíram de forma direta ou indireta. Em especial a minha irmã Patrícia por ter sido minha segunda mãe, ao meu cunhado Francisco das Chagas “Tikinho” por ter sido como um pai. Ao meu esposo Paulo Renato pelo apoio, paciência, e dedicação. A minha sogra Joaquina por ter ficado com Maria Clara todas as noites durante os dois últimos anos para eu poder ir à faculdade, aos meus irmãos Aldo e Alexandre. A minha cunhada Renilson, a Natalia, Wilton e Marília por ajudarem a cuidar de Maria Clara enquanto eu estava na faculdade. A dona Raimunda por todas as orações que fez por mim. As minhas sobrinhas, Gabriela, Caroline, Maria Tereza, Maria Eduarda, Maria Helena, aos meus sobrinhos, Elias Neto, João Felipe, Heitor Henrique, que espero servi de referência para eles como exemplo de persistência. As minhas tias: Maria (in memórian) e Josefa, e ao meu primo JB por terem contribuído com a minha caminhada, aos meus colegas de sala de aula e de grupo, Joseane Lima, Etevaldo de Lima, Geraldo Ewerton, e em especial a Silmara Mesquita. A todo o corpo docente da FACENE, aos preceptores, e as enfermeiras que me acolheram nos hospitais e UBS e que procuraram de alguma forma me ensinar o papel do enfermeiro, em especial a Simone Hérica. Ao meu orientador Thiago Enggle por ter me aceitado como orientanda e por toda a paciência que teve comigo. Aos membros da banca Patrícia Helena e Lucidio Clebeson, a Vanessa (bibliotecária), por ter me atendido sempre que precisei, e a todos os funcionários da FACENE.

Aquele que habita no esconderijo do altíssimo, a sombra do onipotente descansara. Direi ao senhor: ele é o meu Deus, o meu refúgio, a minha fortaleza, e nele confiarei.

Salmo 91

RESUMO

No Brasil, há cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, correspondendo a 35% da população acima de 40 anos. Diante disso, chega-se ao seguinte problema na pesquisa: Até que ponto as pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) possuem conhecimentos sobre a doença, suas complicações e tratamento? O presente estudo teve como objetivos averiguar a compreensão dos portadores de HAS sobre a doença antes e após as atividades educativas realizadas, conhecer a compreensão dos portadores de HAS sobre a doença antes e após as atividades educativas realizadas e identificar como os portadores de HAS realizam o tratamento. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação, que foi desenvolvida com o grupo de hipertensos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vereador Durval Costa, localizada na Rua Ralf Soppor, s/n, no bairro Walfredo Gurgel, em Mossoró/RN. A população foi composta por 15 (quinze) hipertensos, membros de um grupo de HIPERDIA, e os dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas. A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, com Número do Parecer: 61678 e CAAE: 05713012.0.0000.5179. Para a análise dos dados foi utilizado à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Este estudo foi desenvolvido, observando-se os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, conforme dispõe a Resolução 196/96 CNS/MS e a Resolução 311/2007 COFEN. As principais idéias centrais foram: pressão alta, realização de caminhada, dieta hipossódica, ocorrência de complicações como infarto e AVC. Através deste estudo foi possível perceber que a maioria dos entrevistados conhece as conseqüências da patologia e a importância de seguir corretamente o tratamento. No entanto, cada usuário possui limitações diferentes para o seguimento do tratamento prescrito, fazendo-se necessário uma maior interação do profissional de saúde com o paciente, para que juntos encontrem resolutividade para superação das limitações. Conforme se observa, a adesão a terapêutica prescrita, incluído a Mudança no Estilo de Vida (MEV) é um dos mais importantes desafios de quem trata pacientes com hipertensão arterial, principalmente se considerarmos que na maioria das vezes estes são assintomáticos e descobrem ser hipertensos em uma consulta de rotina. Espera-se que o presente estudo contribua para a enfermagem no sentido de influenciar a avaliação das ações de educação em saúde, para que ocorra uma maior interação da equipe com os usuários, de forma a mostrar que a equipe de saúde é de suma importância na melhoria da qualidade de vida da sociedade, e também os fazendo compreender que todos são sujeitos determinantes na busca pela saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Educação em saúde. Terapêutica.

ABSTRACT

There are about 17 million hypertensive people in Brazil; this corresponds to 35% of the population over 40 years old. This way, the following research problem is reached: How much do people who have Systemic Arterial Hypertension (SAH) know about the disease, its complications and treatment. This study aimed at the comprehension of people who have SAH after the educational actions were accomplished; know the understanding of patients with SAH about the disease before and after the educational activities undertaken and identify how patients with SAH perform the treatment. This is a descriptive and exploratory research carried out with qualitative approach classified as action research, which was developed with the hypertensive group of Basic Health Unit (BHU) Vereador Durval Costa, located at n/n Ralf Soppor Street, Walfredo Gurgel in Mossoró/RN. The population was composed of fifteen (15) hypertensive members of a HIPERDIA group, and data were collected through semi-structured interviews. Data collection occurred after project approval by the Ethics Committee in Research of FACENE with Opinion Number: 61678 and CAAE: 05713012.0.0000.5179. in order To analyze the data the technique of the Collective Subject Discourse was used This study was conducted by observing the principles of ethical research involving human beings, as stipulated in Resolution 196/96 CNS/MS and Resolution 311/2007 COFEN. The main central ideas were: high blood pressure, walking, low-sodium diet, complications such as heart attack and stroke. Through this study it was observed that the majority of respondents know the consequences of the pathology and the importance of following the treatment correctly. However, each user has different limitations to follow the prescribed treatment, it is thus necessary a bigger interaction between the health professionals and the patient, so that together they find resolvability to overcome the limitations. As noted, adherence to prescribed therapy, including a Change in Lifestyle is one of the most important challenges of who treats patients with hypertension especially considering that most of the time they are asymptomatic and discovered to be hypertensive on a routine appointment. It is hoped that this study contributes to nursing in terms of influencing the evaluation of the actions of health education, so that a bigger interaction between the staff and users occur, in order to show that the health staff is of paramount importance in improving the society's quality of life, and also making them understand that all subjects are crucial in the quest for health.

Keywords: Hypertension. Health Education. Therapeutics.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Discurso dos hipertensos sobre o que eles entendem por hipertensão.....	33
QUADRO 2 - Discurso dos hipertensos em relação ao dia-a-dia quanto a prática de atividade física.	34
QUADRO 3 - Respostas obtidas dos hipertensos a respeito da alimentação dos mesmos.	36
QUADRO 4 - Respostas obtidas dos hipertensos quanto o tratamento medicamentoso.....	37
QUADRO 5 Dados referentes às dificuldades relatadas pelos hipertensos entrevistados para seguir o tratamento.....	38
QUADRO 6 - Dados referentes ao conhecimento dos entrevistados sobre as complicações da hipertensão.....	39

LISTA DE SIGLAS

AIT- Ataque Isquêmico Transitório
ANT ALDO- Antagonistas da Aldosterona
AVC- acidente vascular cerebral
AVE- Acidente Vascular Encefálico
BB- Beta Bloqueador
BCC- Bloqueador do Canal de Cálcio
BRA- Bloqueadores do Receptor de Angiotensina
COFEN- conselho federal de enfermagem
DCV- Doença Cardiovascular
DRC- Doença Renal Crônica
DRET- Doença Renal em Estagio Terminal
DSC- Discurso do Sujeito Coletivo
ESF- Estratégia Saúde da Família
FACENE- Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM- Infarto Agudo do Miocárdio
IECA- Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina
IMC- Índice de Massa Corpórea
MEV- Mudança do Estilo de Vida
OMS- organização mundial de saúde
PA- Pressão Arterial
RVP- Resistência Vascular Periférica
SNC- Sistema Nervoso Central
SUS- Sistema Único de Saúde
TCC- Trabalho de Conclusão de Curso
UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	13
1.3 HIPÓTESE.....	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR	15
3.2 FISIOPATOLOGIA DA HAS E FATORES DE RISCO	16
3.3 COMPLICAÇÕES E LESÕES DE ÓRGÃOS-ALVO	20
3.4 TRATAMENTO	23
3.4.1 Tratamento não farmacológico	23
3.4.2 Tratamento farmacológico	25
3.5 ATENÇÃO BÁSICA NO TRATAMENTO DA HAS	25
3.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	27
4 METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE PESQUISA	29
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	30
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
4.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DOS DADOS.....	30
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	31
4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO.....	31
4.8 FINANCIAMENTO	32
5 ANÁLISE DE DADOS	33
5.1 DADOS REFERENTES AO DISCURSO DOS HIPERTENSOS.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	48
ANEXO	52

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais comum das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006a). Aterosclerose, hipertrofia cardíaca, insuficiência cardíaca, cardiopatias hipertensivas, demência por múltiplos infartos, insuficiência renal e até dissecação da aorta são também complicações da HAS (MITCHEL; SCHOEN, 2010).

A HAS, em muitos casos, costuma ser assintomática (silenciosa) no curso de sua evolução. Sem o conhecimento da doença e sem o tratamento, aproximadamente 50% dos hipertensos morrem de doença cardíaca isquêmica ou de insuficiência cardíaca congestiva, e um terço morre de AVE (MITCHEL; SCHOEN, 2010).

O Ministério da Saúde define pressão arterial como sendo a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. Ela é determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular pelos vasos. Os valores considerados normais são aqueles iguais ou inferiores a 120 por 80 mmHg, ou seja, máxima em 120 milímetros e mínima em 80 milímetros de mercúrio (mmHg). E hipertensão arterial, como sendo a pressão igual ou maior que 140/90mmhg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicamentos anti-hipertensivos.

Segundo Jardim, Souza e Jardim (2010), a hipertensão arterial é definida como o nível de pressão arterial no qual os benefícios dos tratamentos não farmacológicos e farmacológicos são maiores do que o risco de não tratar. E que, quanto maiores os valores pressóricos, maiores os riscos de morbimortalidade cardiovascular.

Pesquisa do Ministério da Saúde mostra que a proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. No entanto, o levantamento aponta recuo de 1,1 ponto percentual em 2009, cuja proporção foi de 24,4%. (MUNIZ, 2011).

No Brasil, há cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, esse número corresponde a 35% da população acima de 40 anos. E esses dados são estatisticamente crescentes, uma vez que seu aparecimento está cada vez mais precoce, e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras da doença. O índice representado pela morbimortalidade devido à doença é muito alto, e, por tudo isso, a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006a).

Devem ser considerados fatores de risco para hipertensão: idade, gênero, peso, o consumo de sódio em maior proporção, fatores ambientais, como estresse, obesidade, tabagismo, sedentarismo e fatores genéticos (MITCHEL; SCHOEN, 2010).

Dentre os fatores de risco de mortalidade, a hipertensão arterial representa 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das doenças coronarianas e, quando associada ao diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Essas doenças aumentam gradativamente com os parâmetros da pressão sistólica de 140mmHg, e a diastólica de 90mmHg (BRASIL, 2006a).

Por ser, na maior parte do seu curso, assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso à baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Esses são fatores importantes que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo (MION JUNIOR, [2006]).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), quem é hipertenso e não faz o controle adequado pode ter uma redução na expectativa de vida de até 16 anos e seis meses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, [2011]).

A alta prevalência e aglomeração de fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV) entre hipertensos reforçam a necessidade não só de aprimoramento do diagnóstico e tratamento da HAS, como também da abordagem integral do perfil de risco dessa população (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

De acordo com a Mion Junior ([2006]), estudos realizados no Brasil revelaram que 50,8% de indivíduos adultos sabiam ser hipertensos, entre os quais 40,5% estavam em tratamento, e apenas 10,4% tinham a pressão arterial controlada. Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostram-se associados às menores taxas de controle.

Diante disso, chega-se ao seguinte problema na pesquisa: Até que ponto as pessoas portadoras de HAS possuem os conhecimentos necessários sobre a doença, suas complicações e tratamento?

1.2 JUSTIFICATIVA

Conforme os dados citados acima, entre os fatores de risco de mortalidade, a HAS corresponde a 40% das mortes por AVE e 25% das doenças coronarianas. Durante as oportunidades de estágios promovidos pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), em instituições hospitalares do município de Mossoró/RN, através do curso de graduação em Enfermagem, observamos o grande número de pacientes internados, acometidos por doenças cardiovasculares, os quais já eram hipertensos, e que a família relatava fazerem uso de anti-hipertensivos há anos. Diante destes fatos, surgiu a curiosidade, o porquê desse cenário, se para os pacientes e familiares o tratamento era justamente para impedir que tais complicações viessem acontecer.

Pesquisando sobre o assunto, tomamos conhecimento, a partir de estudos de prevalência de HAS no Brasil, de que dos 50,8% de indivíduos adultos que sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento, e apenas 10,4% tinham a pressão arterial controlada, abaixo de 140/90mmHg.

Diante do exposto, resolvemos fazer, para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), uma pesquisa para tentar responder à questão, e por acreditar que os resultados irão, de alguma forma, contribuir para acentuar os conhecimentos dos hipertensos sobre a importância do controle da HAS, e para os profissionais de saúde, mostrando que é de suma importância a realização de atividades educativas para o esclarecimento dos riscos potenciais da HAS quando não controlada.

1.3 HIPÓTESE

Os portadores de HAS e seus familiares não têm o conhecimento necessário sobre a importância de seguir corretamente o tratamento, e da necessidade de passarem por reavaliação da equipe de saúde periodicamente, para que se possa avaliar o método empregado no tratamento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar a compreensão dos portadores de HAS sobre a doença antes e após as atividades educativas realizadas

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a compreensão dos portadores de HAS sobre a doença antes e após as atividades educativas realizadas;
- Identificar como os portadores de HAS realizam o tratamento;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

O coração é formado por três camadas distintas; o endocárdio que consiste em tecido endotelial que reveste o interior do coração e as válvulas; o miocárdio que é a camada média do coração, é constituído de fibras musculares, sendo responsável pela ação de bombeamento; e o epicárdio que é a camada exterior do coração. Este é envolvido por um tecido fibroso chamado de pericárdio. (SMELTZER et al, 2009a)

O coração é composto por duas bombas em série: uma envia sangue aos pulmões para que ocorram as trocas gasosas (circulação pulmonar), e a outra envia sangue para os tecidos, suprindo-os com oxigênio e outros nutrientes (circulação sistêmica) (PAPPANO, 2009).

Cada uma dessas bombas é formada por um átrio, um ventrículo e duas válvulas distintas, que permitem a passagem de sangue para cada compartimento do coração e impede seu refluxo (GUYTON, 1998).

As artérias coronarianas, esquerda e direita e seus ramos suprem o sangue arterial para o coração. Essas artérias se originam acima da válvula aórtica, o sangue flui por esses vasos, para ramos que passam pela superfície externa do coração, e em seguida para a artéria de menor calibre e para capilares no interior do músculo cardíaco, até que cheguem ao átrio direito do coração, por meio de um grande vaso venoso, bastante calibroso, o seio coronário (GUYTON, 1998).

O átrio direito e o ventrículo direito recebem o sangue que chega através das veias cava superior e cava inferior e a do seio coronário, e o enviam através da artéria pulmonar para os pulmões para que o sangue possa ser oxigenado. O átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo recebem, através das veias pulmonares, o sangue já oxigenado pelos pulmões e o distribuem para todo o corpo através da artéria aorta (DANGELO; FATINE, 2007).

Os eventos cardíacos que ocorrem do início de cada batimento cardíaco até o início do próximo são chamados ciclo cardíaco. Este consiste em um período de relaxamento chamado de diástole, gerada pela repolarização dos ventrículos e no qual o coração é preenchido de sangue, seguido de um período de contração

conhecido como sístole, gerada pela despolarização dos ventrículos. (GUYTON; HALL, 2006)

O impulso elétrico do coração é iniciado no nodo sinoatrial, é este é conduzido por todo o órgão. Este impulso elétrico é representado por ondas, complexos e intervalos, que são respectivamente; onda P, que representa o impulso elétrico que se inicia no nodo sinusal e se dissemina através dos átrios, representando a despolarização atrial; o complexo QRS, representa a despolarização ventricular e acontece ao mesmo tempo da repolarização atrial; a onda T representa a repolarização ventricular; e os intervalos que são medidos de um ponto ao outro e serve para avaliar o tempo entre as ondas e o complexo (SMELTZER et al, 2009a).

A pressão arterial (PA) é uma função do débito cardíaco e da Resistência Vascular Periférica (RVP), que são duas variáveis hemodinâmicas, influenciadas por múltiplos fatores genéticos, ambientais e demográficos (MITCHEL; SCHOEN, 2010).

A pressão arterial é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. E o débito cardíaco é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico (SMELTZER et al, 2009a).

O coração varia de tamanho, forma, posição e peso, de pessoa para pessoa e em um mesmo indivíduo em função da idade, da respiração e do biotipo (DANGELO; FATINE, 2007).

3.2 FISIOPATOLOGIA DA HAS E FATORES DE RISCO

Para a Ferreira, Ferreira Filho e Póvoa (2009), HAS é uma doença crônica não transmissível, que compromete o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, os quais são responsáveis por manterem o tônus vasomotor. Com o comprometimento deles, ocorre a redução da luz dos vasos e eleva a pressão em seu interior, causando danos aos órgãos por eles irrigados.

A hipertensão é uma condição multifatorial, na qual ocorrem mudanças em vários fatores que afetam a RVP ou o débito cardíaco, somando-se a isso, também, a existência de um problema com os sistemas de controle do organismo, que é responsável por monitorar ou regular a pressão (SMELTZER et al, 2009a).

Existem várias teorias que tentam explicar o que acontece com o organismo na HAS. Para Azevedo (2007), a HAS é decorrente de uma alteração nos leitos arteriolares e causa a elevação da RVP.

Para Guyton (1998), quando ocorre qualquer alteração nos valores da pressão arterial, o sistema neural, que controla em curto prazo a pressão, ativa os barorreceptores, e estes, situados nas paredes da aorta e das artérias carótidas internas, enviam sinais para o bulbo raquidiano no tronco cerebral para diminuir a atividade e a força cardíaca, ocorrendo a dilatação das arteríolas e de grandes veias, fazendo com que a pressão baixe até o valor normal. Quando a pressão está baixa, o mesmo mecanismo funciona ao contrário.

Para o Smeltzer et al (2009a), a HAS pode ser decorrente de uma atividade aumentada do sistema nervoso simpático, relacionado com a disfunção do sistema nervoso autônomo. Também pode ser por uma variação genética nas vias pelas quais os rins manuseiam o sódio, fazendo com que essas veias tenham uma reabsorção aumentada de sódio, cloreto e água.

O sistema renal é responsável pelo controle da pressão, em longo prazo, por meio de dois mecanismos: hemodinâmico, que age quando a pressão arterial está alta, fazendo com que os rins filtrem quantidades aumentadas de líquido e excretem mais água e sal, diminuindo a pressão arterial; e o hormonal, que se dá por meio do sistema renina angiotensina do rim (GUYTON, 1998).

Através do sistema renina angiotensina, os rins convertem angiotensinogênio plasmático em angiotensina I. Esta é convertida em angiotensina II pela enzima conversora de angiotensina, causando vasoconstrição, influenciando a resistência periférica e a homeostasia do sódio, elevando a pressão arterial. Isso é conhecido como controle hormonal (MITCHEL; SCHOEN, 2010).

Em contrapartida, os rins produzem substâncias que funcionam como relaxantes vasculares ou anti-hipertensivas, como as prostaglandinas, que contrabalançam os efeitos vasopressores da angiotensina (MITCHEL; SCHOEN, 2010).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a pressão arterial em pessoas acima de 18 anos é considerada normal quando a pressão sistólica for menor ou igual a 120mmHg, e a diastólica for menor ou igual a 80mmHg. São considerados pré-hipertensos indivíduos com pressão sistólica de 120 a 139 mmHg ou diastólica de 80-89mmHg (BRASIL, 2006b).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (NOBRE, 2010, p.7).

A HAS é classificada em hipertensão de estágio I quando o valor da pressão sistólica for de 140 a 159mmHg, e a diastólica for de 90 a 99mmHg. Quando esses valores forem superados, serão classificados em hipertensão de estágio 2 (BRASIL, 2006b).

Segundo Smeltzer et al (2009a), a HAS pode ser classificada como hipertensão primária quando a etiologia não for identificada ou ideopática, e hipertensão secundária quando as causas da elevação forem atribuídas a uma etiologia, tais como estreitamento das artérias renais, doenças parenquimatosas renais, hiperaldosteronismo (hipertensão por mineralocorticoide), determinados medicamentos, gravidez entre outros.

A maioria dos casos, aproximadamente 95% dos casos de HAS, é classificada como hipertensão primária ou essencial, enquanto uma pequena proporção dos casos, em torno de 5%, é classificada como hipertensão secundária, tendo sua etiologia estabelecida. Quando isso acontece facilita muito o tratamento (BRASIL, 2006b).

Quanto maior a idade do adulto, ou menor a idade da criança portadora de HAS, maior é a possibilidade de existirem causas secundárias, especialmente patologias renais ou vasculares, como sendo causadores da HAS (FERREIRA; FERREIRA FILHO; PÓVOA 2009).

Para Duncan, Schmidt e Giugliani (2006), esses conceitos devem ser reavaliados, pois, na maioria dos casos, a HAS tem sua ocorrência explicada por interações como predisposição genética, (história familiar de hipertensão), obesidade, uso abusivo de bebidas alcoólicas, fatores ambientais e até excessiva ingestão de cloreto de sódio.

Na HAS secundária, as vias subjacentes são bem claras. Exemplo: na hipertensão renovascular, a estenose da artéria renal provoca a diminuição do fluxo glomerular e da pressão na arteríola aferente do glomérulo. Induzindo a secreção de renina, causando vasoconstrição por meio da angiotensina II, aumento de resistência periférica e reabsorção de sódio (MITCHEL; SCHOEN, 2010).

As causas mais frequentes de hipertensão secundária são: doença parenquimatosa renal, renovascular, endócrinas, coartação da aorta, hipertensão gestacional, neurológicas, estresse agudo, insuficiência aórtica, fístula arteriovenosa, exógenas (BRASIL, 2006b).

A HAS pode causar alterações degenerativas nas paredes das grandes e médias artérias, como arteriosclerose e aterosclerose, o que pode levar à dissecação da aorta e à hemorragia cerebrovascular (MITCHEL; SCHOEN, 2010).

Dentre os principais fatores de risco para a HAS, aparece a arteriosclerose, que é o espessamento da parede arterial, provocando a perda da elasticidade e pode afetar artérias e arteríolas, causando lesão isquêmica distal (MITCHEL; SCHOEN, 2010).

A arteriosclerose pode ocorrer em quatro afecções etiopatogênica e anatomopatologicamente distintas. São elas: aterosclerose, que é a mais comum; mediosclerose de Monckberg (caracteriza-se por fibrose e calcificação da túnica média das artérias de médio calibre); esclerose senil dos grandes vasos (processo natural do envelhecimento); e microangiopatia diabética (SILVA; NAGATO, 2008).

A aterosclerose é um acúmulo anormal de substâncias lipídicas ou gordurosas e tecido fibroso no revestimento das paredes vasculares arteriais (SMELTZER et al, 2009a). Segundo Mitchel e Schoen (2010), a aterosclerose é uma lesão na camada íntima da artéria, elevada com centro mole, amarelo e grumoso de lipídios, coberta por uma cápsula fibrosa branca, e é conhecida como placa de ateroma, que, além de obstruir o fluxo sanguíneo, pode romper-se, levando a uma trombose dos vasos e formação de aneurisma.

Também é considerado fator predisponente para a HAS o excesso de peso. Estima-se que cerca de 20% a 30% de prevalência da HAS pode ser explicada pela presença de excesso de peso (BRASIL, 2006b).

O tabagismo, que, segundo o Ministério da Saúde, é fator de risco para todas as doenças crônicas não transmissíveis, e de acordo com estudos realizados, o risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação (BRASIL, 2006b).

De acordo com estudos observacionais, constatou-se que a ingestão de álcool também constitui um fator de risco importante para o desenvolvimento da HAS. E que seu consumo exagerado pode causar outros danos à saúde e à vida do indivíduo (BRASIL, 2006b).

Já o sedentarismo está associado não só à HAS, mas também a outras doenças, como: doença arterial coronária, acidentes cardiovasculares, que, quando são associados à HAS, aumentam consideravelmente o risco de morbimortalidade (BRASIL, 2006b).

Os hábitos alimentares também constituem fator de risco para a HAS, devido ao uso abusivo de sal no preparo dos alimentos e ao consumo de alimentos enlatados, os quais, na sua maioria, são conservados em sais de sódio, e esses produtos são usados com muita frequência, tendo em vista a praticidade e a correria do dia a dia (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

3.3 COMPLICAÇÕES E LESÕES DE ÓRGÃOS-ALVO

A HAS associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo como: coração; que causa hipertrofia do ventrículo esquerdo, angina do pectoris, infarto agudo do miocárdio prévio, insuficiência cardíaca, episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico, nefropatia, doença arterial periférica e retinopatia hipertensiva são alterações de lesão de órgãos-alvo como rins e sistema ocular. (BRASIL, 2006b).

A angina, que pode ser desencadeada devido ao esforço físico ou estresse emocional, é caracterizada por dor na região precordial ou retroesternal. Descrita como aperto ou queimação, que pode durar de 2 a 5 minutos, pode estender-se por até 20 minutos e, as vezes a dor é acompanhada por dispneia, quando esta se irradia para o braço esquerdo e associa-se a episódios isquêmicos mais graves (HERRMANN; STEFANINI, 2009).

Frequentemente a angina está associada à obstrução significativa de uma artéria coronária importante que leva a uma demanda de fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, de oxigênio insuficiente quando existe a demanda do miocárdio elevada (SMELTZER et al, 2009a).

Para Marques e Guimarães (2008), a angina tem como principal causadora a cardiopatia aterosclerótica. E que, quando o fator precipitante é afastado, ou seja, quando em repouso ou quando administrado nitroglicerina, a dor desaparece. O que a diferencia do infarto agudo do miocárdio (IAM), que, quando realizado o mesmo procedimento, não ocorre melhoras.

Para Porto e Rassi (2008), o infarto agudo do miocárdio é decorrente da diminuição intensa do fluxo sanguíneo para uma determinada área do coração. Nessa área, conhecida como “área da lesão”, aparece uma zona central de necrose, rodeada por zona de músculo lesado, que fica circundado por zona de isquemia.

As causas do IAM são a aterosclerose (já descrita anteriormente), oclusão completa de uma artéria por embolo ou trombo, vasoespasma de uma artéria coronária (constricção ou estreitamento súbito), demanda aumentada de oxigênio causada por ingestão de cocaína, tireotoxicose e aumento da frequência cardíaca (MARQUES; GUIMARÃES, 2008).

Já na insuficiência cardíaca, ocorre a incapacidade de o coração bombear sangue suficiente para suprir as necessidades teciduais de oxigênio e nutrientes, caracterizadas como uma síndrome clínica de sinais e sintomas de sobrecarga hídrica e perfusão tissular diminuída, geradas pela incapacidade de o coração produzir débito cardíaco suficiente para atender às demandas do organismo (SMELTZER et al, 2009a).

A HAS pode promover alterações estruturais no ventrículo esquerdo, com ou sem isquemia coronária, contribuindo para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca, que pode ou não ter alterações na função sistólica (BRASIL, 2006a).

Segundo Melo-Souza (2008), o AVE consiste em um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita ou com rápida evolução, sem outra causa aparente que não vascular. Dentre eles estão, alterações estruturais dos vasos, alterações funcionais relacionadas ao fluxo sanguíneo e ao sistema de coagulação.

O AVE é caracterizado por uma anormalidade funcional do sistema nervoso central (SNC), que acontece quando o suprimento normal do sangue que chega ao cérebro sofre alguma alteração. O AVE pode ocorrer de duas formas, podendo ser isquêmico, representando 85% dos casos e acontece quando ocorre a oclusão vascular e uma hipoperfusão significativa e hemorrágico, que corresponde a 15% dos casos (nele ocorre um extravasamento de sangue para o cérebro ou para o espaço subaracnoide) (SMELTZER et al, 2009c).

No ataque isquêmico transitório (AIT), pode ocorrer uma grande variedade de déficits neurológicos. Dependendo da área afetada, pode acontecer déficit motor (hemiparecia) com ou sem déficit sensitivo (hemi-hipoestesia), com ou sem dificuldade na articulação da fala (disartria), distúrbios na linguagem (afasia),

afetando a expressão e/ou compreensão, alterações visuais, paralisia facial, entre outras (MELO-SOUZA, 2008).

Já o AVE hemorrágico, é causado por um sangramento no tecido cerebral, nos ventrículos ou no espaço subaracnoide. Isso pode ser decorrente de uma ruptura espontânea de pequenos vasos, causada principalmente por uma hipertensão não controlada e pela ruptura de um aneurisma (enfraquecimento da parede arterial), mais comum nas hemorragias subaracnoide (SMELTZER et al, 2009c).

Outro problema é a retinopatia hipertensiva, que é atribuída à HAS, associada à aterosclerose, sendo as alterações evidenciadas pelo desenvolvimento de alterações arteriolares retinianas como tortuosidade, estreitamento e alteração no reflexo luminoso (SMELTZER et al, 2009c).

Segundo Dantas (2008), são achados fundoscópicos característicos de HAS, edema de retina (alteração na permeabilidade vascular), edema de papila, hemorragias (ocorrem pela permeabilidade vascular anormal ou decorrente de complicações como na oclusão venosa), estreitamentos arteriolares (podem ser focais ou generalizados), manchas algodinosas ou exsudato algodinoso (causados por isquemia de microcirculação, a mancha pode ser arredondada ou ovulada e sem brilho).

Outra complicação de órgão-alvo é a doença renal crônica (DRC, que, para o Ministério da Saúde no Brasil, a HAS é uma das principais causas em pacientes com DRC de fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, morbidade e mortalidade) (BRASIL, 2006b).

A DRC, também conhecida como doença renal em estágio terminal (DRET), é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, que pode resultar em uma uremia ou azotemia, devido à incapacidade do organismo em manter os equilíbrios hidroeletrólítico e metabólico (SMELTZER et al, 2009b).

A DRC é classificada de acordo com a sua gravidade em cinco estágios distintos, dependendo do resultado da taxa de filtração glomerular: quanto menor for a taxa, maior o risco que o paciente tem de mortalidade (BORTOLOTTI, 2008).

A velocidade no declínio na função renal e na progressão da insuficiência renal crônica está relacionada com o distúrbio subjacente, com a excreção urinária de proteína e com a presença de hipertensão (SMELTZER et al, 2009b).

A presença da HAS na DRC agrava as repercussões cardiovasculares da doença renal, tais como, o desenvolvimento de hipertrofia cardíaca, insuficiência cardíaca e o risco de doença arterial coronariana (BORTOLOTTI, 2008).

3.4 TRATAMENTO DA HAS

O tratamento da hipertensão tem como meta evitar complicações e a morte. Esse tratamento consiste na terapia farmacológica e não farmacológica (SMELTZER et al, 2009a).

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, é necessária a confirmação do diagnóstico correto da hipertensão, e é necessário também fazer uma análise com estratificação de risco, uma vez que será indispensável levar em consideração os valores pressóricos e as lesões de órgãos-alvo (BRASIL, 2006b).

Deve-se também levar em consideração a presença de outros fatores de riscos, tais como, aspectos familiares, socioeconômicos, doenças renais, cardiovasculares e diabetes (ATHANIEL; SAITO, 2010).

3.4.1 Tratamento não farmacológico

O tratamento não medicamentoso visa a reduzir a pressão arterial para valores inferiores a 140mmhg sistólica e 90mmhg a diastólica. Para pacientes com alto risco cardiovascular, como microalbuminúria, insuficiência cardíaca com comprometimento renal e na prevenção secundária de AVE e para pacientes com diabetes, os valores pressóricos recomendados são inferiores a 130/80mmhg (BRASIL, 2006b).

A terapia não farmacológica consiste na mudança do estilo de vida (MEV), que inclui as seguintes estratégias:

- 1 – Redução de peso. A meta é conseguir um índice de massa corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m² e uma circunferência abdominal de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens, através da prática de exercícios físicos, no mínimo três vezes por semana, com duração mínima de trinta minutos, tudo isso associado à dieta hipocalórica. De acordo com estudos realizados a obesidade está diretamente relacionada à HAS, sendo necessário um maior controle no peso corporal para um melhor controle da pressão arterial. (BRASIL, 2006b)

2 – Mudança nos hábitos alimentares. Uma dieta com teor reduzido de sódio, restringindo a menos de 6g por dia, evitar comidas industrializadas, lanches rápidos e reduzir o sal e os temperos prontos na cozinha. Evitar açúcar, gorduras e incentivar o consumo de frutas, legumes, verduras, peixes, carne branca sem a pele, e produtos lácteos, de preferência desnatados. A educação alimentar para hábitos de vida saudáveis e necessário não só o controle de peso, mais como medida preventiva de varias doenças, entre elas a HAS. (MION JUNIOR, [2006])

3 – Redução do consumo de bebidas alcoólicas. Abolir ou limitar o uso de bebidas alcoólicas, para homens não mais que 30 ml/dia de etanol, e metade dessa quantidade para as mulheres, quanto maior o consumo de bebidas alcoólicas maiores os riscos de HAS e de agravos a outras doenças crônicas. (MION JUNIOR, [2006])

4 – Adesão à prática de atividade física. A recomendação da realização de exercícios físicos, para a promoção da saúde e prevenção de doenças, baseia-se nos parâmetros de frequência, intensidade e modo de realização, trinta minutos diários, cinco vezes por semana para adultos. Em crianças e adolescentes, recomenda-se atividade física de sessenta minutos ou mais, diariamente (RONDON; BRUM, 2003; BRASIL, 2006a).

A atividade física inclui várias modalidades, como, caminhada, hidroginástica, exercícios aeróbicos, entre outros, que, além de reduzir os valores da PA, ainda contribuem para amenizar alguns sintomas de patologias circulatórias e respiratórias e melhora a qualidade de vida dos indivíduos. (RONDON; BRUM, 2003; MION JÚNIOR, [2006], BRASIL, 2006b).

Outra modalidade de tratamento não farmacológico é a musicoterapia interativa, que busca várias maneiras de interagir com o indivíduo, sendo estas através da voz (cantando), da mente (fazendo letras musicais), e do corpo (tocando ou dançando), ou apenas ouvidas, podendo ser a musica ao vivo ou gravada (ZANINI, 2009).

5 – Abandono do tabagismo. Deve ser feito de maneira clara, em forma de aconselhamento e, se necessário, com base farmacológica para efetivo abandono, tendo em vista a importância para a prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A farmacoterapia é fundamental para a cessação do hábito de fumar, e deve-se lembrar de que é indispensável à colaboração do

indivíduo para o sucesso do tratamento, e o indivíduo deve estar disposto a parar de fumar (BRASIL, 2006a).

3.4.2 Tratamento farmacológico

Para o Ministério da Saúde, o principal objetivo da terapia medicamentosa para HAS é reduzir o índice de morbidade e mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, em decorrência dos altos níveis tensoriais e de outros fatores agravantes (BRASIL, 2006a).

Os fármacos utilizados para HAS geralmente são associados às modificações no estilo de vida para que se obtenha um resultado mais eficaz (SMELTZER et al, 2009a).

Entre os fármacos mais utilizados, como os anti-hipertensivos e os diuréticos de baixa dose, destacam-se os **tiazídicos** e os **de alça**. Quando eles não surtem o efeito desejado, são associados a outras classes de anti-hipertensivos, como os inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA), beta bloqueador (BB), bloqueador do canal de cálcio (BCC) e os antagonistas da aldosterona (ANT ALDO) (SMELTZER et al, 2009a).

Entre os diuréticos, destacam-se, como sendo os mais utilizados, os tiazídicos (hidroclorotiazida) os de alça (furosemida); e os antagonistas adrenérgicos, destacam-se os bloqueadores de Beta (propranolol); os antagonistas do sistema renina angiotensina, destacam-se os inibidores da ECA (captopril e enalapril), que são distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

A abordagem terapêutica da HAS deve ser constantemente reavaliada para que, caso necessário, sejam realizados ajustes na prescrição, a fim de se manterem os valores pressóricos próximos da meta desejada. Deve-se, ainda, considerar que a terapêutica escolhida deve manter a qualidade de vida do paciente em padrões adequados, de modo a estimular a adesão dele às recomendações médicas (BRASIL, 2006b).

3.5 ATENÇÃO BÁSICA NO TRATAMENTO DA HAS

Através da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos anos, as atividades exercidas pelas equipes de saúde vêm alcançando níveis interessantes de

qualidade e são atribuídas à responsabilização e ao vínculo com a família (CAMPOS et al, 2011).

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção de suas complicações. Assim, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento (BRASIL, 2006b).

A falta de adesão ao tratamento constitui um dos maiores problemas no controle da HAS, ocorrendo em até 40% dos pacientes por diversos motivos. Diminuir essa proporção constitui um dos maiores desafios para a atenção básica (NÓBREGA; MEDEIROS; LEITE, 2010).

Através do programa de **HIPERDIA**, criado pelo Ministério da Saúde em 2002, com o propósito de reduzir esse número, foi instituído que a atenção básica ficaria responsável pelo cadastramento de hipertensos e diabéticos, para possibilitar um acompanhamento com o propósito de evitar complicações decorrentes da não adesão ao tratamento prescrito (NÓBREGA; MEDEIROS; LEITE, 2010).

O programa do HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Esse sistema é informatizado e tem como meta acompanhar os hipertensos e/ou diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e ao Diabetes Mellitus em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

Esse sistema é formado por subsistemas Municipal e Federal, de modo que os dados gerados na Secretaria Municipal de Saúde compõem uma base nacional de informações que pode ser acessada através da internet pelo site do DATASUS, que é um órgão responsável pelos sistemas informatizados dos programas do Ministério da Saúde (CHAZAN; PEREZ, 2008).

Com funções pré-estabelecidas, cada membro da equipe multiprofissional fica responsável por desempenhar um papel, e é função do enfermeiro desempenhar atividades, como, capacitar e supervisionar os auxiliares e técnicos de enfermagem e os agentes de saúde; realizar consultas de enfermagem, orientando o cliente para os fatores de riscos, para a importância da adesão ao tratamento a fim de manter o controle da pressão; as possíveis consequências, caso isso não ocorra, e a necessidade de reavaliação médica, além de desenvolver atividades educativas de promoção à saúde (BRASIL, 2006b).

O principal objetivo do enfermeiro para com os pacientes hipertensos é a diminuição e o controle da pressão arterial sem efeitos adversos e sem o custo indevido (SMELTZER et al, 2009a).

Para Loro (2010), um aspecto importante para ser avaliado pelos profissionais de saúde é o conhecimento dos portadores de HAS quanto à patologia e à forma que as informações relacionadas ao tratamento farmacológico e não farmacológico estão sendo repassadas. Tendo em vista que, de acordo com estudos realizados, o maior número de hipertensos que não aderem ao tratamento é de baixo grau escolar.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo ocorre quando o paciente adere às recomendações da equipe de saúde, tanto no que se refere ao tratamento farmacológico quanto às recomendações para a MEV, incluindo as consultas periódicas ao médico (LORO, 2010).

3.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A prática da educação em saúde tem como um dos caminhos integrador do cuidar, construir um espaço de reflexões e ações, fundadas em saberes técnico-científicos e populares, que são culturalmente significativos, por serem estes capazes de provocar mudanças individuais e coletivas. A prática da educação em saúde atua na família e na comunidade e interfere no controle da implantação de ações de políticas públicas que contribuam para a transformação social (MACHADO et al, 2007)

A Educação Permanente em Saúde muitas vezes corresponde à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica. Submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder ainda à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECIM, 2005, p.162).

Para Campos et al (2011), a Saúde da Família é a estratégia prioritária para a reorganização da assistência no Brasil através da interação e vínculo com a família. A educação em saúde representa uma parte do conjunto das atividades por ela realizada, sendo um recurso por meio do qual o conhecimento científico é

intermediado pelo profissional de saúde, que promove a compreensão e oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas na saúde.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a educação em saúde trata-se de uma importante ferramenta para a informação do usuário portador da hipertensão arterial e outras patologias. Contribuindo para construção de ações que estimulem a adoção de comportamentos favoráveis a sua qualidade de vida, sobre uma perspectiva de que a população e os profissionais estabeleçam uma relação mútua de compartilhamento de saberes. (MENEZES JUNIOR et al, 2011)

Nas instituições de saúde, a Enfermagem desempenha importante papel na realização segura e eficaz dos procedimentos de enfermagem, além de ações assistenciais, orientação e educação preventiva, visando ao autocuidado, e facilitando a reintegração social do paciente. (SILVA; SEIFFERT, 2009)

Para MACHADO et al,(2007) É incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, seja na sua versão individual ou coletiva. No entanto, a construção do processo educativo em saúde deve atender ao princípio da integralidade como eixo norteador das ações de saúde, devendo estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir fragmentado, verticalizado e da imposição de um saber científico descontextualizado e inerte aos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida.

Para Cecim (2005) é necessário criar equipes multiprofissionais extras treinadas para prestar serviços de educação continuada, para dar assistência as equipes que estão trabalhando, para que ocorra maior resolutividade aos problemas de saúde enfrentados pela população, sem que ocorra comprometimento da qualidade dos serviços prestados no dia-dia pela equipe de saúde.

A educação Continuada é um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças na formação e atenção à saúde, através do profissional de saúde. Pode ser vista ainda como, um processo que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social. (SILVA; SEIFFERT, 2009)

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação. Para Minayo (1997), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, por se ocupar com as ciências sociais e em um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

A abordagem qualitativa de um problema justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social. O que o difere do quantitativo é o fato de não utilizar um instrumento estatístico como base do processo de análise de um problema (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a realização do presente estudo, foi empregada a pesquisa-ação por se tratar de um método de pesquisa que objetiva alcançar mudanças na realidade dos sujeitos através de ações desenvolvidas e avaliadas no decorrer da pesquisa. (KOERICH et al., 2009).

A pesquisa-ação visa fornecer aos pesquisadores e grupos sociais os meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem. Em particular sob a forma de estratégias de ação transformadora e, ainda, facilitar a busca de soluções face aos problemas para os quais os procedimentos convencionais têm contribuído pouco (KOERICH; et al., 2009, p.718, apud SANTOS, 2011, p.42)

Na pesquisa-ação, o processo de investigação, educação e ação acontecem concomitantemente. O conhecimento é produzido quando os sujeitos participam ativamente do processo de investigação. Desse modo, a investigação leva ao saber e este ao poder, instigando as mudanças na realidade por meio da ação (KOERICH et al., 2009).

Para alcançar o objetivo principal, que são as mudanças na realidade, durante o processo investigativo, usou-se a pesquisa-ação. Por se tratar de uma estratégia de pesquisa que avalia vários métodos ou técnicas da pesquisa social, no intuito de estabelecer uma estrutura coletiva, participativa e ativa ao nível da captação de informação (THIOLLENT, 2008 apud SANTOS, 2011).

A pesquisa-ação agrega discussões e explicações e possibilita criar um conhecimento descritivo e mais crítico acerca das situações vivenciadas nos

espaços organizacionais e sociais, além de possibilitar, de outro modo, reflexão a respeito dos significados e sentimentos dos participantes atribuídos ao processo de avaliação de desempenho (KOERICH et al., 2009).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com o grupo de hipertensos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vereador Durval Costa, localizada na Rua Ralf Sopper, s/n, no bairro Walfredo Gurgel, em Mossoró/RN. A escolha do local foi feita pelo fato de a UBS contar com duas equipes do PSF, cada uma com um grupo de HIPERDIA, as quais participam de encontros quinzenais.

4.3 POPULAÇÃO E MOSTRA

A amostra foi composta por 15 (quinze) hipertensos, membros de um grupo de HIPERDIA, os quais participam de encontros duas vezes ao mês. Os critérios para a escolha dos participantes desta pesquisa foram três: ser cadastrado no HIPERDIA, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas, elaboradas a partir de um roteiro norteador que contém perguntas abertas e fechadas. A entrevista é o procedimento mais utilizado na realização do trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de dados dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa e que vivenciam uma determinada realidade focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva (MINAYO, 1997).

4.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE e após os participantes terem assinado o TCLE e foi realizada durante os meses de setembro e outubro do ano de 2012. As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico, e as informações obtidas foram submetidas à transcrição, de onde foram extraídas, de cada relato, a ideia principal e suas expressões chaves, empregando-se a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo, proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005). No primeiro momento, foi realizada uma avaliação diagnóstica sobre o nível de conhecimento sobre a HAS e o seu tratamento. Foi realizada uma sequência de atividades educativas sobre o tema. Após essa intervenção, foram realizadas novas entrevistas visando a avaliar o impacto dessas ações sobre a vida dos usuários dos serviços de saúde na atenção básica.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é um discurso de síntese elaborado a partir de fragmentos da fala dos atores, com sentido semelhante e reunidos num só discurso. A proposta desta técnica consiste em analisar o material coletado, extraíndo de cada uma das respostas, uma questão chave, que são trechos mais significativos das respostas obtidas (LEFÈVRE; LEFÈVRE 2005).

Como forma de assegurar o anonimato dos colaboradores, eles foram identificados por pseudônimos. Após a coleta das informações, ocorreu a análise dos dados, fazendo-se um confronto com a literatura atual pertinente ao tema.

4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

Este estudo foi desenvolvido, observando-se os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, conforme dispõe a Resolução 196/96 CNS/MS. Para isso, tal estudo foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Com o protocolo de numero: 61678 e CAAE: 05713012.0.0000.5179.

A Resolução nº 196/96 CNS/MS é, sem dúvida, um documento de grande importância no campo da bioética, no intuito de garantir, por parte do pesquisador,

uma conduta ética e responsável na realização de pesquisa com seres humanos. Este estudo foi desenvolvido conforme observação dos princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos de acordo com o que está disposto na resolução supracitada (BRASIL, 1996).

Conforme a Resolução 311/2007 COFEN, o profissional de enfermagem tem o dever de respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões.

O profissional de enfermagem deve exercer suas atividades com competência para que se promova a saúde do ser humano na sua total integralidade, e de acordo com os princípios da ética e da bioética (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da realização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança responsabilizará em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE DE DADOS

5.1 DADOS REFERENTES AO DISCURSO DOS HIPERTENSOS

Nessa primeira etapa da avaliação sobre o conhecimento dos hipertensos cadastrados em um grupo de HIPERDIA, e que freqüentavam as reuniões quinzenais realizada pela equipe de saúde da UBS vereador Durval Costa. Foi possível constatar que, estes detêm conhecimentos sobre o assunto, existindo dificuldades em se expressarem e de colocarem em pratica as orientações que lhes foram passadas.

QUADRO 1 - Discurso dos hipertensos sobre o que eles entendem por hipertensão.

Idéia central I	Discurso dos participantes
Pressão alta	“(...) eu tenho pressão alta, colesterol, diabetes ai o médico diz que eu sou hipertensa (...)” E8 “(...) é quando tem uma preocupação e a pressão sobe (...)” E9 “(...) quando tem pressão alta a pessoa precisa ter cuidado (...)” E10 “(...) eu achava que não tinha nada, eu fui para o médico, e a pressão tava muito alta (...)” E15 “(...) quem tem pressão alta tem que ir para o médico (...)” E3

Fonte: Pesquisa de campo (2012)

DSC: Eu achava que não tinha nada, eu fui para o médico, e a pressão tava muito alta. Eu tenho pressão alta, colesterol, diabetes e quando tem uma preocupação e a pressão sobe. Quem tem pressão alta tem que ir para o médico porque a pessoa precisa ter cuidado.

Sabe-se que a HAS quando não tratada de forma correta, pode causar outros agravos à saúde como a morbimortalidade das doenças cardiovasculares. No entanto, é possível constatar a existência de pessoas que mesmo tendo conhecimento dessas informações, não dão a devida importância aos fatos, e não segue o tratamento prescrito pela equipe se saúde, quando atentam para a gravidade do caso já tem sido acometido por alguma conseqüência da HAS.

Para Smeltzer et al (2009a) a pressão arterial alta, também conhecida como HAS pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma modificação na resistência periférica ou de ambas. É definida, quando a pressão arterial for aferida e o resultado for igual ou superior a 140 x 90 mmHg, em mais de um contato com o profissional de saúde.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. (NOBRE, 2010)

Para se obter um diagnóstico preciso, a PA deve ser medida com técnicas adequadas, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, respeitando-se as recomendações para este procedimento. (BRASIL, 2006b)

A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes com disautonomias, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. (BRASIL, 2006b)

A partir das entrevistas realizadas foram obtidas as seguintes respostas dos hipertensos pesquisados em relação à hipertensão com o seu dia-a-dia conforme disposto no quadro II.

QUADRO 2 - Discurso dos hipertensos em relação ao dia-a-dia quanto a prática de atividade física.

Idéia central	Discurso dos participantes
Atividade física: Caminhada	“(...) eu faço caminhada quase todos os dias e faço exercícios aqui (grupo de idosos) uma vez por semana.” E2 “(...) fazia caminhada... mas faz três meses que não faço (...)” E3 “(...) eu faço caminhada, mas é pouca, porque eu tenho artrose (...)” E4 “(...) eu faço caminhada, o médico passou (...)” E10 “(...) eu faço caminhada, mas esse mês eu não fui (...)” E14 “(...) eu caminho todos os dias, a minha filha vai comigo (...)” E5

Fonte: Pesquisa de campo (2012)

DSC: Eu caminho todos os dias, a minha filha vai comigo. O médico passou ai eu faço caminhada, mas é pouca, mas esse mês eu não fui. Fazia caminhada, mas faz três meses que não faço.

As modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, entre outros são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais, mesmo doses progressivas de medicamentos não alcançaram os níveis recomendados de pressão arterial. (BRASIL, 2006b)

Pacientes hipertensos devem praticar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício reduz consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua (BRASIL, 2006b).

A recomendação é de que inicialmente os indivíduos realizem atividades leves a moderadas, somente após estarem adaptados, caso julguem confortável e não haja nenhuma contra-indicação, e que devem passar as vigorosas. Em hipertensos, a atividade física não deve ser iniciada se as pressões arteriais sistólica e diastólica estiverem superiores a 160 e/ou 105 mmHg, respectivamente. (NOBRE, 2010)

No entanto essas recomendações não são pertinentes a pessoas idosas, se levarmos em consideração o risco de quedas, de não terem com quem caminhar, e de que muitos são obesos, outros têm problemas ósseos o que dificulta muitas vezes até sua locomoção. O que fazer e como trabalhar esses idosos, é um dos entraves encontrados pela equipe de saúde para tratar a HAS, considerando que eles são freqüentemente acometidos por complicações da HAS.

QUADRO 3 - Respostas obtidas dos hipertensos a respeito da alimentação dos mesmos.

Idéia central	Discurso dos participantes
Dieta hipossódica	<p>“(…) a alimentação é boa, é com sal, mas é muito pouco. Eu procuro comer o que médico manda (…).” E2</p> <p>“(…) à noite eu como bastante fruta, e como tudo sem sal (…).” E3</p> <p>“(…) a comida é quase sem sal (…).” E10</p> <p>“(…) eu percebi que quando eu como com sal eu passo mal (…).” E8</p> <p>“(…) eu como tudo, mas com pouco sal (…).” E9</p> <p>“(…) a pessoa precisa ter cuidado com a pressão, não pode comer com sal (…).” E11</p>

Fonte: Pesquisa de campo (2012)

DSC: A alimentação é boa, é com sal, mas é muito pouco. Eu procuro comer o que o medico manda. À noite eu como bastante fruta, e como tudo sem sal. Eu percebi que quando eu como com sal eu passo mal. À comida é quase sem sal. A pessoa precisa ter cuidado com a pressão. Não comer com sal, eu como tudo, mas com pouco sal.

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com reduzido teor de sódio no preparo das refeições, (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio) restringindo as fontes industrializadas de sal, baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos. (BRASIL, 2006a)

Uma dieta com baixo teor de sódio promove rápida e importante redução de PA em hipertensos resistentes. Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA. (NOBRE, 2010)

As estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem de fatores relativos aos hábitos e estilos de vida, que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e redução de agravos devida às doenças cardiovasculares em geral. (BRASIL, 2006b)

De acordo com a pesquisa realizada, foi possível perceber entre os entrevistados que, alguns moram com parentes, e que destes, poucos contribuem

para a adesão do hipertenso a hábitos de vida saudáveis como, por exemplo, a dieta hipossódica, dificultando assim o sucesso da terapêutica prescrita.

QUADRO 4 - Respostas obtidas dos hipertensos quanto o tratamento medicamentoso.

Idéia central	Discurso dos participantes
Tratamento medicamentoso	<p>“(...) eu tomo seis tipos de remédio, dois pela manhã, dois à tarde, e dois à noite (...)” E1</p> <p>“(...) a medicação é do jeito que o medico manda e na hora certa (...)” E2</p> <p>“(...) a medicação quando eu me esqueço de tomar de manhã eu tomo a noite (...)” E4</p> <p>“(...) o remédio é três vezes por dia (...)” E7</p> <p>“(...) a medicação é dois pela manhã e um a noite... quando eu me esqueço tomo depois (...)” E8</p> <p>“(...) às vezes eu passo de três a quatro dias sem tomar o remédio, mas eu mando tirar a pressão e ta normal (...)” E11</p>

Fonte: Pesquisa de campo (2012)

DSC: Eu tomo seis tipos de remédio, dois pela manhã, dois à tarde, e dois à noite. Às vezes eu passo de três a quatro dias sem tomar o remédio, mas eu mando “tirar” a pressão e ta normal. O remédio é três vezes por dia, a medicação é do jeito que o medico manda e na hora certa. A medicação é dois pela manhã e um a noite quando eu me esqueço tomo depois.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, o uso correto dos anti-hipertensivos deve não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e a taxa de mortalidade. (NOBRE, 2010)

Para que possa ser assegurada a adesão ao tratamento, é preciso que os indivíduos com hipertensão conheçam a patologia e os benefícios do tratamento, para assim terem consciência de seu papel diante do autocuidado, fazendo com que profissionais e pacientes estejam do mesmo lado desta luta a favor da vida. (MOUSINHO, MOURA, 2008)

Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto

de elementos constituintes do processo tais como: equipe de saúde, qualidade dos serviços ofertados, família, e os fatores sócio-econômicos. O comparecimento às consultas pode ser um dos parâmetros para avaliar a adesão ao tratamento e o comportamento frente ao uso dos fármacos. (DOSSE et al, 2009)

Sabemos que a HAS, é uma doença altamente prevalente, com custos socioeconômicos elevados, e que representa dois grandes desafios para a equipe de saúde, a adesão dos usuários ao tratamento, e a colocação destes dentro das metas preconizadas pelas diversas diretrizes publicadas pelas sociedades científicas. Só assim será possível proporcionar todos os benefícios obtidos pelo tratamento adequado. Porque sabemos que não basta tomar a medicação de qualquer jeito, é necessário fazer o tratamento (inclusive o não medicamentoso) da forma correta.

QUADRO 5 Dados referentes às dificuldades relatadas pelos hipertensos entrevistados para seguir o tratamento.

Idéia central	Discurso dos participantes
Problemas diversos	<p>“(…) às vezes eu vou pro medico e não sou atendido, às vezes ele passa a receita e não tem o remédio, ai eu tenho que comprar (…).” E2</p> <p>“(…) de vez enquanto eu esqueço (o remédio) eu estou ficando muito esquecida (…).” E3</p> <p>“(…) só quando acaba e eu tenho que comprar, porque o dinheiro é pouco (…).” E6</p> <p>“(…) é ter alguém para ir ao medico comigo (…).” E8</p> <p>“(…) pelo problema da perda de visão, eu tenho dificuldades de sair de casa para ir ao posto (…).” E11</p> <p>“(…) eu moro só, é difícil eu ir para o medico porque tem que atravessar a pista ai fica difícil (…).” E4</p>

Fonte: Pesquisa de campo (2012)

DSC: Pelo problema da perda de visão, eu tenho dificuldades de sair de casa para ir ao posto. Eu moro só, é difícil eu ir para o medico porque tem que atravessar a pista ai fica difícil. De vez enquanto eu esqueço (o remédio) eu estou ficando muito esquecida. Às vezes eu vou pro medico e não sou atendido, às vezes ele passa a receita e não tem o remédio, ai eu tenho que compra. É só quando acaba e eu tenho que comprar, porque o dinheiro é pouco.

A relação entre os profissionais de saúde e o paciente deve ser à base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. Então, a participação da equipe de saúde com uma abordagem multidisciplinar é de fundamental importância para facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e conseqüentemente aumentar o controle da hipertensão arterial. (NOBRE, 2010)

Pesquisas verificaram, em um programa de HIPERDIA, que indivíduos mais assíduos as consultas tiveram maior redução dos níveis tensionais. Assim, constatou-se que a presença do paciente na unidade de saúde é fator determinante para o controle da hipertensão, pois traz motivação individual e essa, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA. (DOSSE et al, 2009)

Um dos principais benefícios do número maior de consultas é a possibilidade de ajustes terapêuticos e acompanhamento da ocorrência de efeitos colaterais. As visitas freqüentes também proporcionam mudança mais efetiva no estilo de vida e bem-estar dos pacientes, com possível redução da ansiedade e do estresse, além de facilitar o acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamento e não medicamentoso. (DOSSE et al, 2009)

Conforme estudos realizados, o serviço público de saúde do nosso país ainda deixa muito a desejar, seja por falta de uma boa administração, ou por falta de investimentos, o fato é quem precisa utilizá-la ainda encontra entraves entre eles a falta de profissionais suficientes para atender a demanda.

QUADRO 6 - Dados referentes ao conhecimento dos entrevistados sobre as complicações da hipertensão.

Idéia central	Discurso dos participantes
Infarto e AVC	“(...) sei trombose (...)” E5 “(...) conheço é infarto (...)” E6 “(...) enfarte e AVC (...)” E9 “(...) a pressão alteia e a pessoa e capaz de dar um infarto e morrer (...)” E10 “(...) no meu saber é enfarto, AVC, trombose, eu acho que e isso (...)” E12

	“(...) pode dar infarto. Quando a minha pressão não ta boa, eu tomo o remédio e faço chá de chuchu e tomo, o povo diz que é bom (...)” E14
--	--

Fonte: Pesquisa de campo (2012)

DSC: Conheço é infarto, trombose e AVC. A pressão sobe e a pessoa é capaz de dar um infarto e morrer. Quando a minha pressão não ta boa, eu tomo o remédio.

É cada vez mais comum encontrarmos hipertensos com seqüelas decorrentes de doenças cardiovasculares, é notório o fato de que estes por algum motivo não seguiam o tratamento conforme prescritos, em decorrência disso foram acometidos pelas complicações da HAS. Muitos são idosos, o que piora o prognóstico tendo em vista que, podem existe outras patologias decorrentes ou não do processo da senilidade.

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, continua e independente. Em 2001, cerca de 7,1 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, 54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos com idade entre 45 e 69 anos. (NOBRE, 2010)

Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. As doenças cardiovasculares são ainda responsáveis por alta freqüência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como por exemplo, em 2007 foi registrado 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no Sistema Único de Saúde (SUS). (NOBRE, 2010)

Estima-se que mais de 17 milhões de brasileiros tenham HAS, sendo aproximadamente 12.410.753 destes usuários do SUS. Mais de um 1/3 desconhecem a doença e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnóstico apresentam níveis adequados de pressão arterial com o tratamento proposto. (BRASIL, 2006a)

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É considerada também como responsável por 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia

isquêmica e por 40% dos acidentes vasculares cerebrais. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-se como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Para a realização desta primeira etapa foram encontrados alguns obstáculos, tais como: o pouco tempo para a realização da pesquisa e para acompanhar os resultados, a dificuldade de aceitação da pesquisa por parte dos entrevistados, o receio de não saberem responder as perguntas e a dificuldade de se expressarem.

Outro entrave foi o fato de se tratar, na maioria, de pessoas acima de sessenta anos de idade, de baixo nível educacional e de classe social baixa. Tudo isso de acordo com diversos estudos realizados são características da população que estão ligadas ao baixo controle da pressão arterial. Estes ainda apresentavam outra característica em comum, a maioria usava exclusivamente os serviços públicos de saúde. O que de certa forma impossibilita fazer comparações entre a qualidade dos serviços prestados pela rede pública e a rede particular, como também o de analisar o conhecimento dos usuários com melhor poder aquisitivo.

Após a etapa das atividades educativas, que foram palestras coletivas e individuais a cerca do assunto pesquisado, foi aplicado o mesmo questionário onde foi relatado mudanças no conhecimento da doença, nos hábitos diários e no estilo de vida.

Durante a realização das atividades educativas coletivas, foi possível observar o interesse da maioria deles sobre o assunto. No entanto, mesmo estes tendo relatado que não tinham dificuldades de seguir o tratamento para a HAS nas entrevistas, foi durante conversas informais e individuais com eles que foi possível conhecer um pouco os problemas enfrentados por cada um deles, os medos, os anseios, e as dificuldades enfrentadas.

A maioria passa o dia sozinho em casa, enquanto os filhos trabalham, outros moram sozinhos, e isso dificulta a ida ao serviço de saúde, a pratica de atividade física, o uso dos medicamentos e até a alimentação. Baseado nos problemas relatados nessas conversas foi possível sugerir mudanças no estilo de vida de cada um, respeitando suas particularidades.

Segundo Menezes Júnior et al (2011), as práticas educativas devem ser realizadas a partir de um modelo educativo que proporcione um ambiente capaz de

estimular no usuário a sua capacidade crítica e transformadora, capaz de fazê-los compreender que todos são sujeitos envolvidos no processo do ensino-aprendizagem, visando responder a realidade subjetiva de cada indivíduo.

Para Mousinho e Moura (2008), a educação do paciente com HAS é um processo lento, que exige uma série de estratégias, com abordagem simples, para que ocorra transferência de conhecimentos básicos sobre a doença, sua origem, conseqüências, fatores de risco relacionados e a possibilidade de benefícios do tratamento conforme o prescrito.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho foi possível alcançar os objetivos da pesquisa e foi possível também perceber que, o trabalho do enfermeiro juntamente com a equipe de saúde vai muito além das orientações e dos esclarecimentos quanto à prevenção de doença, suas conseqüências, e o devido tratamento. É também o de conhecer cada um dos seus usuários, buscando a fundo entender que eles têm problemas pessoais a enfrentar e que tais problemas não são só deles, mas sim de toda a equipe, porque são esses problemas que dificultam ou impedem o êxito de todo o trabalho da equipe. Sendo para isso necessário o profissional de saúde usar de toda sua sensibilidade para compreendê-los e ajudar a superá-los.

A experiência da realização deste trabalho proporcionou um aprendizado amplo e uma visão que vai muito além do campo profissional, que foi a visão da realidade vivida por um grupo de pessoas que aparentemente vivem uma mesma realidade. Mas que, no entanto cada um tem sua singularidade e subjetividade diferenciada, que são determinadas na maioria dos casos pelo fator família juntamente com a sociedade na qual estão inseridos. Tornando-se um desafio para a equipe de saúde encontrar resolutividade para a problematização.

Espera-se que o presente estudo contribua para a enfermagem no sentido de influenciar a avaliação das ações de educação em saúde, para que ocorra uma maior interação da equipe com os usuários no sentido de obtenção dos resultados esperados. Contribuindo com a sociedade de forma a mostrar que a equipe de saúde é de suma importância na melhoria da qualidade de vida da sociedade, e também os fazendo compreender que todos são sujeitos determinantes na busca pela saúde, sendo necessário para isso, que todos assumam o seu papel com compromisso e determinação.

O trabalho apresentado deixa algumas lacunas, no entanto espera-se que estas lacunas sejam motivação para novos estudos que possam vir a preenchê-las, de forma que traga outras contribuições para o aprendizado de todos os sujeitos envolvidos.

REFERÊNCIAS

ATHANIEL, M.; SAITO, R. Saúde do adulto: doenças e agravos não transmissíveis: hipertensão arterial e diabetes melitus. OHARA, Elisabeth Calabuing; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

AZEVEDO, M. F. **Doenças: da sintomatologia ao plano de alta**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. (Coleção Páxis enfermagem, 5) v. 2.

BORTOLOTTI, Luiz Aparecido. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Rev Bras Hipertens** v.15, n. 3, p.152-155, 2008. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>. Acesso em 10 abr. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: < <http://www.foar.unesp.br/comite/Modulo%2003.pdf> >. Acesso em 20 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: MS, 2009. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed.htm. Acesso em 20 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica; 15).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica; 14).

CAMPOS, Ana Cristina Viana et al. Grupo operativo como uma nova abordagem educativa em saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 5, n. 3, p. 843-851, maio 2011.

CECIM, Ricardo. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.16, p.161-77, fev. 2005.

CHAZAN, Ana Cláudia; PEREZ, Edson Aguilar. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 10-16, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/010-016.pdf>. Acesso em 23 mar. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 311 de 8 de fevereiro de 2007. **Apresenta o Código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2007.

Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/site/resolucoes/res_cofen_311-2007.pdf>. Acesso em 17 abr. 2011.

DANGELO, J. G.; FANTINI, C. A. **Anatomia humana: sistêmica e segmentar**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

DANTAS, A. M. Olhos. In: PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.

DOSSE, Camila et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.2, mar./abr. 2009.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERREIRA, C.; FERREIRA FILHO, C.; PÓVOA, R. Diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. . In:STEFANINI, E.; KASINSKI, N.; CARVALHO, A.C. **Cardiologia**. 2.ed. Barueri: Manole, 2009.

GUYTON, A. **Fisiologia humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GUYTON, A; HALL, J. **Tratado de fisiologia médica**. 11ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HERRMANN, J. L. V.; STEFANINI, E. Doença coronária crônica e angina estável. In: STEFANINI, E.; KASINSKI, N.; CARVALHO, A.C. **Cardiologia**. 2.ed. Barueri: Manole, 2009.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, W. K. S. B.; JARDIM, T. S. V. Hipertensão arterial. In: PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

KOERICH, M. S. et al. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.3, p.717-723, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>. Acesso em: 25 mar. 2012

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito Coletivo: Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa**. 2. ed. Caxias do Sul: EDITORA, 2005

LORO, Marli Maria et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em portadores de hipertensão arterial sistêmica de uma unidade de saúde. **Rev enferm. UFPE on line**, v.4, n.4, p.1595-1603, out./dez. 2010.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MARQUES, A.M.L.; GUMARÃES, P. B. Sistema cardiovascular: princípios básicos. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; STIPP, M. A. C.; LEITE, J.L. **Cardiopatias**: avaliação e intervenção em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

MELO-SOUZA, S. E. Doenças do sistema nervoso. In: PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.

MENEZES JÚNIOR, João Evangelista et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n. esp.,p.1045-51, 2011.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1997.

MION JUNIOR, D (Coord.). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Cardiologia, [2006].

MITCHEL, R. N.; SCHOEN, F. J. Vasos sanguíneos. In: KUMAR, V. et al. **Robbins e Cotran**: Patologia, bases patológicas das doenças. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MOUSINHO, Patricia Luciane Miranda; MOURA, Maria Edileuza Soares. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Saúde coletiva**, São Paulo, v.5, n.25, p.2012-216, 2008.

MUNIZ, Alethea. **Hipertensão arterial atinge 23,3% dos brasileiros**. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12485 Acesso em: 3 abr. 2012

NOBRE, F. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. De Hipertens.**, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

NÓBREGA, Edith Stefanie Lopes; MEDEIROS, Ana Lúcia de França; LEITE, Maria Clerya Alvino. Atuação do enfermeiro no controle da hipertensão arterial em unidades de saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, v.4, n.1, p.50-60, jan./mar. 2010.

PAPPANO, A. J. O sistema cardiovascular. In: KOEPPEN, B.M.; STANTON, B.A. **Berne e Levy**: fisiologia.6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PASSOS V. M. A.; ASSIS, T. D. A.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v.15, n.1, mar. 2006.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, C.C.; RASSI, S. Coração. In: PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RONDON, M. U. P. B.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 10, n.2, abr./jun. 2003.

SANTOS, Ana Dulce Batista dos. **A inserção da equipe da estratégia saúde da família em um centro municipal de educação infantil na promoção da saúde da criança**. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

SILVA, E. P.; NAGATO, Y. Artérias. In: PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008

SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT, Otília Maria L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília v.62, n.3, maio/jun. 2009.

SMELTZER, S. C. et al. Histórico e cuidados aos pacientes com hipertensão. In: _____. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem medico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009a. v.2.

SMELTZER, S. et al. Função Renal e do Trato Urinário. In: _____. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem medico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009b. v.3.

SMELTZER, S. C. et al. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais. In: _____. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem medico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009c. v.4.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Hipertensão**. [2011]. Disponível em: <http://www.eusou12por8.com.br/hipertensao.aspx> Acesso em: 20 mar. 2012

ZANINI, C. R. O. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é “intitulada “HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONHECIMENTO DE USUÁRIOS CADASTRADOS EM UM PROGRAMA HIPERDIA”, e está sendo desenvolvida por Kalionara Karla Bezerra de Souza, aluna de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, sob a orientação do Professor Thiago Enggle de Araújo Alves. O trabalho apresenta os seguintes objetivos: Avaliar o conhecimento dos portadores de HAS sobre a doença, suas complicações e o tratamento; Conhecer a compreensão dos portadores de HAS sobre a doença, antes e após atividades educativas realizadas; identificar o modo como os portadores de HAS realizam o tratamento, a fim de confrontar a realidade coletada com o referencial teórico sobre o conhecimento dos usuários a respeito da doença, suas complicações e tratamento.

A realização deste trabalho só será possível com a sua participação a partir do seu consentimento, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir a qualquer momento e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista, e o(a) senhor(a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionadas com o conhecimento sobre hipertensão arterial. As questões e respostas farão parte de um trabalho de conclusão de curso, podendo ser divulgadas em eventos científicos, periódicos e outros tantos, em nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

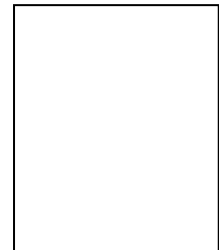
Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____,
RG: _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim.

Mossoró, ____/____/2012.

Prof Thiago Enggle de Araújo Alves¹
Orientador

Participante da Pesquisa



APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semi-estruturado

¹ Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, N°12 Bairro Gramame- João Pessoa- Paraíba-Brasil CEP: 58.067-695 Fone/Fax: +55(83) 2106-4777.

Endereço do pesquisador responsável: Av. Presidente Dutra, N°710, Alto de São Manoel. Mossoró/RN. Fone/Fax: (84)3312-0143. Email: thiagoenggle@facenemossoro.com.br

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

- 1) O que o(a) Senhor(a) entende por Hipertensão?
- 2) Descreva o seu dia-a-dia, quanto a pratica de atividade física, alimentação e o uso de medicações.
- 3) Descreva como o(a) senhor(a) faz tratamento para a Hipertensão.
- 4) Quais os fatores que dificultam seguir o tratamento?
- 5) O(a) Senhor(a) conhece as complicações da Hipertensão? Fale um pouco sobre elas.

ANEXO

ANEXO A - Certidão

CEM
Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 10ª Reunião Extraordinária realizada em 26 de Julho 2012 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONHECIMENTO DE USUÁRIOS CADASTRADOS EM UM PROGRAMA HIPERDIA", protocolo número: 75/12, CAAE: 05713012.0.0000.5179 e Parecer do CEP: 74555 do orientador (pesquisador responsável): **Thiago Engle de Araújo Alves** e da pesquisadora participante: **Kalionara Karla Bezerra de Souza**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/12/2012, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 15 de Agosto de 2012

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.
(Assinatura)
Maria do Socorro Galdino Nohrer
Vice-Coordenadora do CEP

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Karine Ferreira da Silva Mendes
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa