

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

VANILLE VALÉRIO BARBOSA PESSOA

PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA,
ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMBOINHA,
SOBRE AS RECOMENDAÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS. CABEDELO, PARAÍBA –
BRASIL

JOÃO PESSOA, PB
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

VANILLE VALÉRIO BARBOSA PESSOA

PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA,
ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMBOINHA,
SOBRE AS RECOMENDAÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS. CABEDELO, PARAÍBA –
BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, área de concentração em Ciências da Nutrição para obtenção do grau de mestre.

ORIENTADORA: ALICE TELES DE CARVALHO

JOÃO PESSOA
2008

VANILLE VALÉRIO BARBOSA PESSOA

PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA,
ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMBOINHA,
SOBRE AS RECOMENDAÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS. CABEDELO, PARAÍBA –
BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, área de concentração em Ciências da Nutrição para obtenção do grau de mestre.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

PROF^a. DR^a. ALICE TELES DE CARVALHO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Presidente/Orientadora

PROF^o. DR^o. RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Examinador Interno

PROF^a DR^a ISABELLA CHAGAS SAMICO
INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO
Examinador Externo

PROF^a DR^a SOLANGE FÁTIMA GERALDO DA COSTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida. Por ter me alimentado de força e determinação ao longo da caminhada. E principalmente por ter colocado pessoas muito especiais a minha volta;

A minha querida orientadora Prof^ª Dr^ª Alice Teles de Carvalho pelo apoio, pela compreensão, pela dedicação, pela competência e principalmente pelo carinho. Pela contribuição passada não só no campo da saúde pública, mas por todo acréscimo de vida;

Aos meus pais, Vânia Lucila e Francisco Sales. A minha mãe pela compreensão dos momentos de estresse e cansaço, pela presença, pela força. Ao meu pai, por todo investimento na minha educação e incentivo mesmo à distância. A vitória também é de vocês;

Ao meu noivo, Walber Cardoso, por ser meu amigo e companheiro em todos os momentos difíceis. Por tentar me fazer rir quando a vontade era chorar. Por me compreender, apoiar, ajudar e desculpar pelos momentos em que eu estive ausente ou cronometrei o tempo dos nossos encontros;

A minha família, pela torcida e carinho;

Aos amigos que compreenderam minha ausência e ajudaram com palavras, gestos e atitudes. Em especial a amiga Joelma e a todos que compõem a APLP;

A minha honrosa banca examinadora por ter me concedido o privilégio de tê-los avaliando e contribuindo com a minha pesquisa. Ao Prof^º Dr^º Rodrigo a minha imensa admiração e carinho. A Prof^ª Dr^º Isabella meu mais profundo respeito;

A coordenadora do Mestrado Prof^ª Dr^ª Maria José de Carvalho Costa pela determinação e força em manter o nosso mestrado caminhando;

Aos meus professores da pós-graduação pelos conhecimentos compartilhados. Em especial a Prof^ª Dr^ª Solange Costa (professora convidada) pela contribuição científica e carinho ofertado

e a Prof^a Dr^a Maria de Lourdes que nos ensinou muito mais que Metodologia do Ensino Superior, transformando nossas aulas em momentos inesquecíveis;

Aos meus colegas de Mestrado, em especial Rafaela Lima, Christiane Cavalcante e Jorge Fonseca pela amizade e agradável convivência;

Ao Sr. Carlos por sempre me receber com respeito e atenção;

A Manuela Ribeiro por ter contribuído na relatoria dos grupos focais;

A Secretaria de Saúde de Cabedelo, representada por Dr^a Marta Betânea, pelo apoio nos momentos em que necessitei;

Aos colegas de trabalho da Unidade de Camboinha pelo companheirismo e apoio ofertados durante o desenvolvimento da pesquisa;

Aos agentes de saúde de Camboinha, Soloneide, Socorro Gambarra, Socorro Dantas, Maria de Lourdes e Franklin, pela imensa ajuda e principalmente, pelo carinho demonstrado ao longo da pesquisa;

A todos os portadores de hipertensão do estudo pela participação e pelo compartilhar de suas histórias de vida, pela confiança e respeito que nos receberam, sem a participação deles a pesquisa não existiria;

A todos que contribuíram com uma palavra, com um gesto, com um sorriso, uma dica. A essas pessoas que embora não mencionadas aqui nominalmente, fazem diferença na minha vida, meu muito obrigada.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se constitui em um dos mais importantes fatores de risco para a ocorrência das doenças do sistema cardiovascular, grupo de causas responsável pelo maior número de óbitos na população total. Os serviços de saúde devem estar preparados para atender a essa nova demanda com políticas de prevenção e controle, implementando modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis de pressão arterial. Este estudo objetivou realizar uma análise da percepção dos portadores de hipertensão arterial sistêmica, acompanhados pelo Programa de Saúde da Família de Camboinha, sobre as recomendações não medicamentosas para controle desta condição. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal, com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal. Os resultados demonstraram presença de sobrepeso e obesidade em aproximadamente 79% dos participantes. A análise da percepção a respeito do fracionamento da dieta demonstrou pouca clareza sobre os benefícios desta conduta para o controle da pressão arterial. O estudo revelou que, apesar de não consensual, a influência do consumo adequado de água para controle dos níveis tensionais foi referida pelo grupo. Os participantes reconhecem a importância de controlar o consumo de sal e destacam a falta de apoio familiar como principal dificultador para incorporação desta recomendação. A atividade física foi percebida pelo grupo como benéfica no controle dos níveis tensionais, no entanto não como fator contribuinte para o controle do peso. Observou-se que 81,2% dos 53 participantes do estudo apresentavam pressão arterial não controlada. Os hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas foram mencionados como prejudiciais para a pressão arterial; no entanto, também esteve presente a idéia de que o fumo não exerceria influência negativa nos níveis tensionais. Para a ingestão de bebidas alcoólicas prevaleceu a idéia de que o consumo deve ser limitado. Os resultados evidenciam que no grupo existem diferentes percepções acerca das recomendações não medicamentosas estudadas. Enquanto parte deste reflete clareza da importância da incorporação destas recomendações, outra parcela parece não reconhecer a sua relação com o controle da doença. Esta questão traz à tona a necessidade de implementação da prática do acompanhamento e avaliação direcionada às ações desenvolvidas no programa de controle a hipertensão arterial sistêmica, objeto deste estudo, como estratégia de identificação e minimização das fragilidades encontradas. O desafio é desenvolver abordagens que estimulem hábitos e estilos de vida mais saudáveis que reduzirão o risco de exposição à doença e trará benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS, bem como a redução da incidência e prevalência de doenças cardiovasculares em geral.

Palavras – chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Programa de Saúde da Família. Percepção. Hábitos alimentares.

ABSTRACT

The Systemic Hypertension (SH) constitutes one of the most important risk factors for the occurrence of diseases of the cardiovascular system, responsible for the largest number of deaths in the overall population. Health services must be prepared to assist this demand with new policies for prevention and control, implementing models of primary health care that incorporate strategies with the objective to improve the quality of care to reach adequate control of blood pressure levels. This study aimed to conduct an exploratory analysis of the perceptions of individuals with hypertension accompanied by the Family Health Program of the municipality of Camboinha Cabedelo, Paraíba – Brazil. It is a descriptive epidemic study, of the traverse type, with qualitative approach, using the focal group technique. The results demonstrated that approximately 79% of the participants were overweight or obese. Analysis shows that the participants did not understand well the dieting requirements nor the benefits of dieting for the control of blood pressure. The study revealed that, although not a unanimous position, most felt the consumption of water was adequate for the control of the pressure levels. The participants recognize the importance of controlling the consumption of salt and highlight the lack of family support (habits) as the main obstacle for following this recommendation. Physical activity was perceived by the group as beneficial in the control of pressure levels, but not as a contributing factor for the control of weight. It was found that 81.2% of the 53 participants in the study had uncontrolled blood pressure. The habits of smoking and alcohol consumption were mentioned as harmful to the blood pressure, however, there was a notion that smoking would not negatively affect the blood pressure levels. For the ingestion of alcoholic beverages, the idea that consumption should be limited prevailed. The results show that in the group there are different perceptions about the non-medicinal recommendations that were presented. While some in this study clearly understand the importance of following the recommendations, others seem to not recognize the relationship of these to the control of the disease. This brings to light the need for implementing the monitoring and evaluation of the actions undertaken in the program to control hypertension, which is the objective of this study, as a strategy for the identification and mitigation of the weaknesses identified. The challenge is to develop approaches that encourage healthier habits and lifestyles that reduce the risk of exposure to the disease, and that will bring benefits, both individual and collective, for the prevention of SAH, as well as the reduction of the incidence and prevalence of cardiovascular diseases in general.

Key-words: Systemic Hypertension. The Family Health Program. Perception. Eating habits.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: CARACTERÍSTICA DA SINDROME HIPERTENSIVA.....	15
QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM INDIVÍDUOS COM IDADE IGUAL OU MAIOR QUE 18 ANOS.	16
QUADRO 3: RECOMENDAÇÕES DIETÉTICAS SEGUNDO O III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	24
QUADRO 4: ANTECEDENTES DA ADESÃO.....	30
QUADRO 5: PERGUNTAS QUE COMPÕE O TESTE DE MORISKY E GREEN.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
CBHA – Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial
CO – Monóxido de Carbono
DBHA – Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
DCV – Doenças Cardiovasculares
DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
ESF – Equipe de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IECA – Inibidores de Enzima Conversora da Angiotensina
IM – Infarto do Miocárdio
IMC – Índice de Massa Corporal
JNC – Joint National Committee
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PAD – Pressão Arterial Diastólica
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PSF – Programa Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	15
3.2 TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	17
3.3 IMPORTÂNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	20
3.3.1 <i>FATORES NÃO-MODIFICÁVEIS</i>	20
3.3.2 <i>FATORES MODIFICÁVEIS</i>	22
3.4 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO	28
3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	32
3.6 AVALIAÇÃO QUALITATIVA: GRUPO FOCAL	35
4 MÉTODOS	36
4.1 TIPO DE ESTUDO	36
4.2 ÁREA DE ESTUDO	36
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	38
4.4 COLETA DE DADOS	38
4.4.1 <i>CONSTITUIÇÃO DAS SESSÕES E COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS</i>	39
4.4.2 <i>DETERMINAÇÃO DO CENÁRIO</i>	40
4.4.3 <i>ELABORAÇÃO DO ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO</i>	40
4.4.4 <i>DINÂMICA DAS SESSÕES</i>	40
4.5 ANÁLISE DE DADOS	41
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	50
APÊNDICE A - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA APLICAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS	51
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
ARTIGO	53

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se constitui em um dos mais importantes fatores de risco para a ocorrência das doenças do sistema cardiovascular, grupo de causas responsável pelo maior número de óbitos na população total. Tendo em vista a gravidade de suas complicações o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio de uma portaria em 2001, que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) portadores de HAS deveriam estar vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2001a).

A preocupação em realizar um acompanhamento mais efetivo destes pacientes justifica-se devido à situação de transição em que o Brasil se encontra, pois vem apresentando um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade. Esse comportamento demográfico vem gerando uma tendência crescente da expectativa de vida média da população, com um maior número de pessoas atingindo idades mais avançadas (AMARAL et al, 2004).

Essas transformações na estrutura populacional refletem na incidência e prevalência das doenças, assim como nas principais causas de morte. Em consequência, o perfil epidemiológico caracterizado por maior frequência de doenças que acometiam mais a população infantil, como as infecciosas e parasitárias, mesmo persistindo, estão diminuindo em patamar de prioridade para as doenças crônico-degenerativas mais incidentes na população adulta e idosa (REZENDE; SAMPAIO; ISHITANI, 2004).

No grupo das doenças crônico-degenerativas prevalecem as cardiovasculares, e nesse grupo, as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas, que na atualidade assumem importante papel no quadro de morbimortalidade brasileiro. Dados divulgados pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (2004) indicam que 31,5% dos óbitos ocorridos no Brasil, em 2003, foram por doenças do aparelho circulatório, e em seguida, com menos da metade dessa proporção (15,5%), foram as neoplasias. As taxas de mortalidade das doenças cerebrovasculares e das doenças isquêmicas, no ano 2004, no Brasil, foram de 50,8 óbitos e 47,8 óbitos por cem mil habitantes, respectivamente (DATASUS, 2005).

Vários são os fatores que predisõem os indivíduos a contraírem as doenças do aparelho circulatório. Os mais conhecidos são fumo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), o aumento dos níveis de colesterol, diabetes, sedentarismo, *stress* e história familiar de doenças cardíacas (LENFANT, 2001; AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005).

A HAS não só se constitui como fator de risco para as doenças do aparelho circulatório, mas também como a mais freqüente das doenças cardiovasculares (DCV). Estimativas feitas em 2005 apontaram que o número de portadores de hipertensão no Brasil seria de aproximadamente 17 milhões de indivíduos, 35 % da população de 40 anos e mais, dentre os quais cerca de 12 milhões são usuários do SUS. Destaca-se ainda o fato de que mais de 1/3 dos portadores de hipertensão desconhecem a doença e menos de 1/3 daqueles que possuem o diagnóstico apresentam níveis adequados de pressão arterial com tratamento proposto. (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Alguns fatores têm determinado este baixo controle da pressão arterial aos níveis considerados normais, dentre eles o fato de ser uma doença assintomática na maior parte do seu curso, levando seu diagnóstico e tratamento a serem negligenciados. Além disso, existe uma baixa adesão, por parte do portador da doença, ao tratamento prescrito, tanto o medicamentoso como o não-medicamentoso (PIERIN; MION JR; FUKUSHIMA, 2001). O controle adequado dos níveis pressóricos ocorre quando existe a associação da medicação adequada, se necessária, à mudança de hábitos de vida, contribuindo inclusive para a diminuição de possíveis complicações cardiovasculares. Para doenças crônicas, a percepção do paciente em relação ao seu estado de saúde, assim como a relação estabelecida entre sintomas e o controle da doença pelo tratamento podem influenciar negativamente na adesão às condutas terapêuticas, uma vez que se trata de uma doença predominantemente assintomática e que seus portadores não fazem forte relação entre o sucesso terapêutico e o desaparecimento de eventuais sintomas (PATEL; TAYLOR, 2002).

Os serviços de saúde devem estar preparados para atender a essa nova demanda com políticas de prevenção e controle, implementando modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis de pressão arterial. A rede de atenção básica, tendo o Programa de Saúde da Família (PSF) como abordagem prioritária, tem um papel fundamental nesse processo, especialmente quando se trata de doenças que demandam intervenções preventivas mais precoces, para que sejam evitadas complicações e maiores prejuízos sociais e financeiros (BRASIL, 2006d).

A adoção de estratégias de atenção integral para que se alcance um efetivo controle, não só da HAS como também dos diversos fatores de risco para as DCV, se faz necessária para a promoção de um acompanhamento eficaz dos portadores de hipertensão. Para isto é imprescindível que as ações de saúde implementadas sejam periodicamente avaliadas. No

entanto, no campo da atenção básica, ainda busca-se clarear as diretrizes de uma política de avaliação, que embora em franco processo de implantação, estabelece como desafio a superação dos obstáculos operacionais e funcionais para sua execução (FELISBERTO, 2004).

Está bem estabelecido que a aplicação de políticas públicas necessita desde a sua concepção, destinar atenção para avaliação, bem como precisa acompanhar todo o processo de desenvolvimento de intervenções. Para isto é necessário contar com instrumentos adequados de avaliação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Portanto, o interesse em realizar a pesquisa partiu do pressuposto que as políticas públicas se realizam em processo contínuo de decisões e, por esta razão, podem sofrer modificações permanentemente. Essas mudanças são salutares durante o desenvolvimento das ações, pois proporcionam reflexão e implementações necessárias para eficácia dos objetivos dos programas.

Este estudo visa apreender dos portadores de HAS acompanhados pelo PSF suas idéias, conhecimentos e atitudes sobre as recomendações não medicamentosas necessárias para o controle da doença, com o intuito de fornecer subsídios que possam auxiliar no aprimoramento das ações preventivas e de controle da HAS da UBS estudada. O interesse é produzir conhecimento e gerar discussões sobre as estratégias existentes e suas factibilidade e viabilidade, propondo e implementando novas ações com base em experiências locais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apreender a percepção dos portadores de hipertensão arterial sistêmica acompanhados pelo Programa de Saúde da Família de Camboinha, Cabedelo, Paraíba – Brasil acerca das recomendações não medicamentosas para o controle de sua doença.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Conhecer a percepção dos portadores de hipertensão sobre a influência de hábitos relacionados à alimentação, atividade física, peso corporal, fumo e consumo de bebida alcoólica no controle da HAS;
- b. Avaliar os níveis de pressão arterial sistêmica dos participantes da pesquisa;
- c. Avaliar o Índice de Massa Corpórea (IMC), a Circunferência Abdominal (CA) e a Relação Cintura Quadril (RCQ) dos portadores de hipertensão;
- d. Gerar informações que subsidiem o monitoramento, avaliação e implementação de ações do programa de controle à hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde de Camboinha.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A pressão sanguínea é o resultado da multiplicação do débito cardíaco pela resistência vascular periférica (a resistência dos vasos ao fluxo sanguíneo). Quando há uma diminuição do diâmetro dos vasos, a resistência e a pressão aumentam. Muitos sistemas mantêm o controle homeostático da pressão sanguínea, sendo os maiores reguladores o sistema nervoso simpático (para controle a curto prazo) e os rins (para o controle a longo prazo). Em resposta a uma queda de pressão, o sistema nervoso simpático libera norepinefrina, um vasoconstritor, que atua nas pequenas artérias e arteríolas para aumentar a resistência vascular periférica e elevar a pressão arterial, enquanto os rins regulam por meio do controle de volume do fluido extracelular, secretando renina, que ativa o sistema renina-angiotensina (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2002). Quando os mecanismos reguladores falham desenvolve-se a hipertensão.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (CBHA) (1998), como “síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados à alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular)”. Desta forma a hipertensão não pode ser entendida somente como uma condição clínica de cifras tensionais elevadas, como no passado, mas como quadro síndrômico. (NOBRE; LIMA, 2000). A síndrome hipertensiva está caracterizada no Quadro 1.

- Pressão Arterial elevada
- Dislipidemias
- Resistência à Insulina
- Obesidade central
- Hipertrofia e alterações da função diastólica do ventrículo esquerdo
- Microalbuminemia (marcadora de lesão renal precoce)
- Atividade aumentada dos fatores de coagulação
- Redução da complacência arterial

QUADRO 1: Característica da Síndrome Hipertensiva
FONTE: Manual de Cardiologia, 2000.

Esta forma de entender a hipertensão pode explicar a razão pela qual, os esquemas terapêuticos, anteriormente propostos para seu controle, os quais tinham intenção única de redução dos níveis tensionais, não obtiveram suficiente redução de morbidade e mortalidade coronarianas, por não se ocuparem da avaliação de outros aspectos presentes na hipertensão arterial (NOBRE; LIMA, 2000).

Os níveis tensionais são utilizados para estabelecer o diagnóstico e a classificação da HAS, sem esquecer, no entanto, de considerar os fatores de risco, a lesão de órgãos-alvo e as co-morbidades associadas. Desta forma, considera-se hipertenso o indivíduo adulto, acima de 18 anos de idade, que apresentar níveis de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg ou de pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg em pelo menos duas medidas, com intervalo de tempo de 1 a 2 minutos entre elas (DIRETRIZES..., 2002a).

Segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), a hipertensão pode ser classificada de acordo com os níveis tensionais, em leve, moderada, severa e hipertensão sistólica isolada. Essas diretrizes, as últimas publicadas no âmbito nacional, são adotadas pelo Ministério da Saúde e utilizadas neste estudo (Quadro 2).

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
HIPERTENSÃO		
Estágio 1 (leve)	140 – 159	90 – 99
Estágio 2 (moderada)	160 – 179	100 – 109
Estágio 3 (grave)	≥ 180	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	< 90

QUADRO 2: Classificação da pressão arterial em indivíduos com idade igual ou maior que 18 anos.

*Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

FONTE: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002.

A necessidade de sistematização obriga uma definição operacional para separar indivíduos sãos dos doentes. No entanto, pode-se ter maior ou menor risco cardiovascular tanto acima como abaixo do número limítrofe, quando o paciente é considerado individualmente. Desta forma, a inclusão de um grupo com níveis tensionais normal limítrofe

de 130-139 mmHg/ 85-89 mmHg deve-se ao fato de que esses indivíduos poderão ser beneficiados com medidas preventivas (CONSENSO..., 1998).

A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (tipo) em primária (ou essencial) e secundária. Conceitua-se como primária a hipertensão sem uma causa definida, com múltiplos fatores envolvidos, ou seja, o desencadeamento da HAS é devido a vários fatores. Dentre os principais mecanismos descritos na gênese da HAS primária pode-se citar predisposição genética, hipertrofia vascular, retenção renal do excesso de sódio, disfunção da célula endotelial, padrões hemodinâmicos, ambiente fetal, resistência à insulina, hiperinsulinemia, defeitos na ligação ou no transporte celular, hiperatividade nervosa simpática e alterações no sistema renina – angiotensina (KAPLAN, 1999; NOBRE; LIMA, 2000).

Já a hipertensão secundária é definida quando se pode atribuir a etiopatogenia a fator conhecido, como: doença renal parenquimatosa ou renovascular, hormônios exógenos, hipertensão da gravidez, estresse agudo, distúrbios neurológicos, tumores produtores de renina, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, uso de álcool e drogas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, síndrome de Cushing, doença óssea de Paget, entre outros (KAPLAN, 1999; NOBRE; LIMA, 2000).

A HAS é uma doença assintomática e tem progressão lenta até desencadear lesões dos órgãos-alvo. Essas lesões são representadas por doenças cardíacas (hipertrofia do ventrículo esquerdo, angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio, revascularização miocárdica prévia e insuficiência cardíaca), episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral, nefropatia, doença vascular arterial de extremidades e retinopatia hipertensiva (DIRETRIZES..., 2002a).

3.2 TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O tratamento da HAS compreende medidas medicamentosas e não-medicamentosas. As IV DBHA (2002) trazem as recomendações quanto às modificações do estilo de vida e medidas não-medicamentosas, que são:

- Redução do peso corporal, tendo como meta alcançar um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 25 Kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para os homens e a 88 cm para as mulheres;

- Redução do consumo de sal para 6,7 g ao dia, evitando a ingestão de embutidos, conservas, enlatados e defumados;
- Redução da ingestão de bebida alcoólica para o equivalente a 720 ml de cerveja ou 240 ml de vinho ou ainda, 60 ml de bebida destilada (ou seja, 30 ml/dia de etanol). Para os pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites, recomenda-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas;
- Realização de exercício físico com frequência de 3 a 6 vezes por semana, intensidade moderada e sessões de 30 a 60 minutos (o paciente deve ser submetido a avaliação clínica prévia);
- Aumentar o consumo de potássio ingerindo mais frutas, vegetais e grãos.

Além dessas condutas, outras medidas podem beneficiar o controle da HAS, como: o abandono do tabagismo, controle das dislipidemias, controle do diabetes (quando associado), medidas anti-estresse e evitar drogas que podem elevar a pressão arterial (anticoncepcionais orais, corticosteróides, moderadores do apetite, antiácidos ricos em sódio, antidepressivos tricíclicos, entre outros) (CONSENSO..., 1998).

Estes fatores são de extrema importância para o estudo da hipertensão. Pode-se citar a relação já bem estabelecida entre a hipertensão e a obesidade, considerando que as pessoas obesas têm três vezes mais possibilidade de desenvolver hipertensão. O mecanismo possivelmente envolvido tem sido atribuído, em parte, à resistência à insulina e conseqüente hiperinsulinemia compensatória, mais frequentemente presente em indivíduos com obesidade abdominal ou visceral (THARKUR, 2001).

O tratamento medicamentoso se faz necessário quando as medidas não medicamentosas não forem suficientes para atingir o nível pressórico ideal, sendo indicado iniciar com monoterapia para pacientes com HAS leve ou associação de medicamentos para HAS moderada ou grave. O tratamento farmacológico visa reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a, pelo menos, 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica (DIRETRIZES..., 2002a).

As classes de anti-hipertensivos utilizados no tratamento medicamentoso da hipertensão são:

- Diuréticos;
- Inibidores adrenérgicos;

- Vasodilatadores diretos;
- Inibidores de Enzima Conversora da Angiotensina (IECA);
- Bloqueadores dos canais de cálcio;
- Antagonistas do receptor da angiotensina II.

O tratamento da hipertensão deve ser individualizado e deve basear-se no mecanismo fisiopatológico predominante, nas características individuais, nas doenças associadas, nas condições socioeconômicas e na capacidade de o medicamento influir sobre a morbidade e a mortalidade cardiovascular. Deve ser concedida total atenção à interação medicamentosa e utilizar a terapêutica mais adequada direcionada a grupos especiais como gestantes, negros, idosos, crianças e adolescentes, diabéticos, portadores de dislipidemias, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, nefropatias e doença vascular arterial periférica (CONSENSO..., 1998).

A falha no seguimento do tratamento proposto, caracterizando falta de adesão e consequentemente controle inadequado da pressão arterial é freqüente e está associado a vários fatores. Em relação ao tratamento medicamentoso, efeitos indesejáveis das drogas e custo têm sido apontados como elementos importantes. O tratamento não-farmacológico, por outro lado, tem falhado frequentemente no seguimento de longo prazo pela falta de constância e persistência dos pacientes. Considerando estes aspectos, a escolha do tratamento anti-hipertensivo, incluindo as medidas farmacológicas e não-farmacológicas, devem merecer atenção especial por parte dos membros da equipe de saúde (MION JR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001).

Estima-se que 15% a 20% da população brasileira é hipertensa e que cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho são devido à doença hipertensiva (CONSENSO..., 1998). Na população idosa, estes percentuais chegam a alcançar até 50% (DUNCAN et al, 1993). Em um estudo realizado na cidade de Campinas – SP encontrou-se a prevalência de hipertensão arterial na população idosa em 46,4% nos homens e 55,9% nas mulheres (ZAITUNE et al, 2006). A falta de conhecimento acerca de ser portador da doença dificulta o tratamento. Nos Estados Unidos houve uma redução de 60% da mortalidade por doenças cerebrovasculares e de 53% por doença coronariana devido ao crescimento do número de hipertensos que tomaram conhecimento desta condição, realizando assim, o tratamento adequado e apresentando níveis pressóricos controlados (JNC 7, 2003).

A importância da relação entre conhecimento, atitudes e práticas para o planejamento e elaboração de intervenções educativas junto a pacientes portadores de doenças cardiovasculares é reconhecida por pesquisadores. Porém, os mesmos consideram a relação entre essas variáveis complexa porque envolve fatores sociais, ambientais e emocionais (SILAGY et al, 1993; AUBERT et al, 1998; SUMINSKI et al, 1999).

A grande preocupação é que segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2003), a hipertensão arterial está entre os principais riscos à saúde responsável por mais da metade das doenças do mundo, assim como o alto teor de colesterol, obesidade, inatividade física, baixo consumo de frutas e verduras, ingestão de álcool e fumo. Há pelo menos 600 milhões de hipertensos espalhados pelos cinco continentes, e calcula-se que seja a causa da morte de 7,1 milhões de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos.

Nas últimas décadas, tornou-se mais evidente que os riscos de acidente vascular cerebral (AVC), cardiopatia, insuficiência renal e outras doenças não se restringem a um subconjunto da população com níveis particularmente altos de pressão arterial. Eles também estão presentes na população com pressão arterial média, embora acima do ideal. Isso indica que quase dois terços dos acidentes vasculares cerebrais e metade das cardiopatias são atribuíveis à pressão arterial acima do ideal (pressão arterial sistólica maior do que 115 mmHg) (OPAS,2003).

Mesmo com todo conhecimento científico e evolução dos medicamentos, o controle da hipertensão ainda é muito difícil e um grande número de pacientes continuam a apresentar altos níveis pressóricos. Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o Estado da Paraíba, por exemplo, apresentava no mês de julho de 2006 um total de 235.755 hipertensos cadastrados. No mesmo mês do ano de 2005 este número era de 216.797, representando um crescimento de 8,5% do número de hipertensos no Estado (DATASUS, 2006).

3.3 IMPORTÂNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

3.3.1 *FATORES NÃO-MODIFICÁVEIS*

Os fatores de risco para hipertensão arterial que não podem ser modificados são: sexo, hereditariedade, raça e idade. Em relação a esses fatores, pouco ou nada pode ser feito, pois a

hipertensão tem um forte componente familiar e afeta mais intensamente os homens (situação invertida após a menopausa, quando as mulheres apresentam as maiores prevalências), negros e idosos (ACHUTTI, A.; ACHUTTI, V., 1997).

Os níveis de pressão arterial (PA) aumentam com o avançar da idade, no entanto segundo o III CBHA esse aumento não deve ser considerado fisiológico para os idosos. No Brasil, o grupo etário de 60 anos ou mais é o que apresenta maior crescimento na população, estimando que, em 2025, haverá mais de 30 milhões de idosos no Brasil. Estudos epidemiológicos brasileiros demonstram que a prevalência de hipertensão arterial entre idosos é bastante elevada, cerca de 65% deles são hipertensos e entre as mulheres com mais de 75 anos a prevalência pode chegar a 80% (CONSENSO..., 1998). A presença de HA em idosos merece maior atenção devido a vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo.

Os indivíduos com história familiar têm maior probabilidade de desenvolver hipertensão arterial e familiares positivos são fatores de risco ditos independentes para a doença arterial coronária. Dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da HAS, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos, como por exemplo, o sistema regulador da pressão arterial e a sensibilidade ao sal. As interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão (BARRETO-FILHO; KRIEGER, 2003).

A hipertensão na raça negra possui prevalência maior, pior evolução e complicações mais graves e frequentes. Este aspecto pode ter correlação com o nível socioeconômico deste grupo de pacientes, que não raramente pertencem a classes sociais mais baixas. No entanto, a função renal entra em declínio mais rapidamente neste grupo mesmo com controle eficaz da pressão arterial. Os indivíduos de raça negra respondem melhor à terapêutica com antagonistas do cálcio, diuréticos e alfa-bloqueadores, e respondem de forma modesta aos inibidores da enzima conversora e aos beta-bloqueadores, pelo fato de serem hiporeninêmicos (KAPLAN, 1999).

3.3.2 FATORES MODIFICÁVEIS

- Hábitos Alimentares

No século XX, mudanças ocorridas na estrutura familiar, como a inserção da mulher no mercado de trabalho, influenciaram o padrão alimentar, sendo incomuns refeições em horários definidos e cardápios elaborados para o consumo em família, especialmente nas grandes cidades, onde as atividades são exercidas em diferentes horários e contextos. É possível destacar, em diversas culturas, a influência da globalização no padrão alimentar das populações, sendo mais perceptível nas zonas urbanas, onde se observa o consumo exagerado de alimentos industrializados a partir da influência norte-americana nos costumes de diferentes países (BLEIL, 1998).

Associado ao aumento de alimentos industrializados na dieta ocorre a ingestão excessiva de sal que tem sido apontada em diversos estudos como responsável pelo aumento da pressão arterial, assim como o efeito hipotensor da restrição de sal na dieta já foi devidamente estabelecido. É conhecido que a redução do consumo de sal diminui a sensibilidade à insulina, eleva os níveis circulantes de triacilglicerol e, devido a mecanismos osmóticos, aumenta a atividade dos sistemas renina-angiotensina e nervo simpático. Faz parte da terapêutica anti-hipertensiva a restrição salina, constituindo-se numa das primeiras recomendações ao paciente hipertenso e sua família, com objetivo preventivo (HEIMANN, 2000).

A dieta habitual do brasileiro contém de 10 a 12 g de sal/dia, quando o recomendado é consumir até 6 g/dia de sal (2 colheres das de chá rasas de sal (4 g) e 2 g de sal presente nos alimentos naturais). É indicado, assim, reduzir a adição de sal aos alimentos retirando, por exemplo, o saleiro da mesa (CONSENSO..., 1998). Os substitutos do sal contendo cloreto de potássio e menos cloreto de sódio são úteis para a redução da ingestão desse mineral, pois tem sido demonstrado que o aumento na ingestão de potássio, que leva ao aumento do nível de potássio plasmático, se associa à diminuição da mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por doenças cardíacas (WHELTON, 1999). Alguns mecanismos envolvendo o potássio explicam estes benefícios, como, redução da atividade adrenérgica neural, diminuição dos níveis da renina plasmática, inibição da formação de radicais livres e aumento da enzima $\text{Na}^+/\text{K}^+ - \text{ATPase}$, aumentando a captação celular de potássio e reduzindo o sódio intracelular (PEREIRA; GALVÃO; ZANELLA, 2005).

Desde os anos 70 o regime alimentar tradicional do brasileiro vem sendo substituído por refeições que não atendem adequadamente às necessidades nutricionais do corpo. O consumo de refrigerantes, por exemplo, aumentou em 400%. As refeições prontas e misturas industrializadas tiveram crescimento no consumo em 82%. Já os embutidos, como a salsicha, frios e lingüiças, tiveram um aumento de 300%. No entanto, houve queda de 31% no consumo de feijão e de 23% no de arroz (BRASIL, 2006e), indicando que o perfil demográfico do Brasil mudou e, com ele, as escolhas da população no que diz respeito à alimentação.

De acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária. A alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo. A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e conseqüentemente manutenção da saúde (BRASIL, 2006e).

O III CBHA (1998) recomenda utilizar restritamente as fontes industrializadas de sal, como embutidos, conservas, enlatados e defumados, além de dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados. É recomendado ainda, optar por alimentos com teor de gordura reduzido e, preferencialmente, do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco (Quadro 3).

A formação dos hábitos alimentares se processa de modo gradual, principalmente durante a primeira infância, por isso é necessário que as mudanças de hábitos inadequados sejam alcançadas no tempo adequado, sob orientação correta. Não se deve esquecer que, nesse processo, também estão envolvidos valores culturais, sociais, afetivos ou emocionais e comportamentais, que precisam ser cuidadosamente integrados às propostas de mudanças (BRASIL, 2006e).

Recomendações Dietéticas
<p>Preferir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados; • Temperos naturais: limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha; • Verduras, legumes, frutas, grãos e fibras; • Peixes e aves preparados sem pele; • Produtos lácteos desnatados.
<p>Limitar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sal; • Álcool; • Gema de ovo: no máximo 3 por semana; • Crustáceos; • Margarinas, dando preferências às cremosas, alvarinas e ricas em fitoesterol.
<p>Evitar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Açúcares e doces; • Frituras; • Derivados de leite na forma integral, com gordura; • Carnes vermelhas com gordura aparente e vísceras; • Alimentos processados e industrializados: embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote.

QUADRO 3: Recomendações Dietéticas segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial
FONTE: III CBHA, 1998

- Tabagismo

A utilização do cigarro ou outros produtos derivados do tabaco é prejudicial à saúde e mata cerca de cinco milhões de pessoas por ano no mundo, 200 mil, dos quais, só no Brasil (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2002). A estimativa é que em 2020 morram 10 milhões de pessoas ao ano em decorrência do consumo de tabaco. Segundo dados Organização Mundial de Saúde (OMS) é a segunda principal causa de morte no mundo.

Não é possível considerar o consumo de cigarros, charutos e outros derivados do tabaco uma mera opção comportamental ou um estilo de vida. O tabagismo é uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando por isso inserida na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS, que expõe continuamente os usuários dos

produtos de tabaco a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 delas cancerígenas para o ser humano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999a).

O tabagismo é um fator de risco importante para HAS e para as doenças crônicas não-transmissíveis, onde o comprometimento circulatório está relacionado aos elementos tóxicos presentes no tabaco. Além do risco que representa para os pulmões e para o aparelho digestivo, é um dos principais fatores predisponentes para a aterosclerose. O poluente mais relacionado com o AVC e infarto do miocárdio (IM) é o monóxido de carbono (CO), cujas fontes principais são a fumaça do cigarro e a de veículos a motor (RUMEL et al, 1993). Sabe-se que é atribuível ao uso do tabaco 45% das mortes por doenças coronarianas (IM), 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por AVC e 30% das mortes por câncer, sendo que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes (WHO, 2005).

Estudos mostram que não-fumantes cronicamente expostos à fumaça do tabaco tem 30% de risco de desenvolver câncer de pulmão e 24% de risco de desenvolver doença cardiovascular mais que os não-fumantes não expostos. As mulheres e crianças são os grupos de maior risco, em função da exposição no ambiente doméstico. Os efeitos do tabagismo passivo também decorrem da exposição no ambiente de trabalho, onde a maioria dos trabalhadores não é protegida da exposição involuntária da fumaça do trabalho, pela ausência de regulamentação de segurança e de saúde nos ambientes de trabalho. A OMS considera a exposição à fumaça do trabalho fator de risco ocupacional (WHO, 2005).

Além dos efeitos diretos a saúde, o tabaco pode acarretar uma mal-nutrição, custos elevados com os cuidados com a saúde e morte prematura (WHO, 2005).

O III CBHA (1998) recomenda a interrupção do tabagismo devido a sua associação com uma maior incidência e mortalidade por doenças coronárias, cerebrovasculares e vascular de extremidade; porém, destaca que esse tipo de medida propicia aumento de peso, que também favorece ao aumento da pressão arterial. Desta forma, o abandono ao hábito de fumar deve vir acompanhado de redução calórica e aumento de atividade física como forma de controle de ganho de peso. A dieta deve ser individualizada e acompanhada pelo profissional da saúde habilitado para este serviço, como estratégia de evitar prejuízos a saúde.

- Álcool

Um fator de risco para doença hipertensiva, bastante discutido, é a ingestão de álcool. O seu consumo em excesso pode provocar problemas como violência, suicídio, acidentes de trânsito, causar dependência química e outros problemas de saúde como desnutrição, problemas no sistema reprodutivo, doenças hepáticas, gastrintestinais, respiratórias, neurológicas e cardiovasculares. Além disso, interfere no desenvolvimento fetal e aumenta o risco de desenvolvimento de diversos tipos de câncer (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2005). Seus efeitos sobre a pressão arterial foram descritos desde o início do século passado por meio de vários estudos epidemiológicos, que mostraram associação entre a ingestão de bebida alcoólica e o aumento dos níveis pressóricos (ROSITO, 1999).

Os efeitos prejudiciais do álcool são independentes do tipo de bebida e são provocados pelo volume de álcool (etanol) consumido. O álcool exaure o corpo de vitaminas do complexo B e também de ácido ascórbico (vitamina C), afetando negativamente o estado nutricional do indivíduo (BRASIL, 2006e).

O consumo regular de álcool na quantidade de três a quatro doses por dia ou mais, aumenta o risco de hipertensão e acidente vascular cerebral, de câncer de boca, garganta, esôfago e cólon, e também o risco de câncer de fígado como consequência da cirrose hepática (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997).

Para os que fazem uso de bebidas alcoólicas, o consumo deve ser limitado a duas doses diárias para os homens e uma dose para mulheres. A recomendação é diferente entre os sexos em razão da estrutura física, pois as mulheres são normalmente menores e mais leves que os homens, o que faz o organismo feminino ser mais vulnerável ao álcool (BRASIL, 2006e). O III CBHA (1998) recomenda para os consumidores de álcool que a ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30 g álcool/dia, o que corresponde a duas taças de vinho (12% de álcool, 250 ml) ou aproximadamente uma garrafa de cerveja (5% de álcool) ou ainda uma dose (42% de álcool, 60 ml) de destilados (uísque, vodca, aguardente). Porém, este limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicerídeos elevados. Consumo maior que o recomendado está associado a risco cardiovascular elevado.

As pesquisas indicam que entre 3% e 9% dos adultos residentes nas grandes cidades brasileiras são dependentes de álcool. A dependência se caracteriza, para os homens, quando consomem diariamente seis ou mais doses, e para as mulheres, quando o consumo é de quatro ou mais doses. (WHO, 1999b).

- Sedentarismo

Estudos epidemiológicos vêm identificando associação inversa entre a prática regular de atividade física e a incidência ou risco de desenvolvimento da hipertensão arterial (YUSUF et al, 2004). Existem evidências de que o treinamento com exercícios aeróbicos acarrete, em médio e longo prazo, redução nas pressões sistólicas e diastólicas (IV DBHA, 2004). Desta forma, o exercício é recomendado como estratégia terapêutica no tratamento de hipertensos.

Dados sugerem que mesmo exercícios com baixa intensidade são capazes de induzir à redução da pressão arterial (PA) em hipertensos (DIRETRIZES..., 2001). Desta forma, abre-se a possibilidade de programas não supervisionados, que abdicam de controle mais estrito de intensidade de esforço, que possam ter efeitos sobre os níveis pressóricos de indivíduos com HA. Programas não supervisionados são aqueles nos quais os indivíduos realizam seus exercícios fora de ambientes formais, como hospitais, clínicas, academias ou similares, portanto, sem supervisão direta e de profissional especializado. Ainda que os efeitos do treinamento não possam ser controlados com a mesma precisão de programas supervisionados, a incorporação da atividade física, como um hábito em longo prazo, parece ser favorecida (DIRETRIZES..., 2002b).

A ausência de atividade física é um hábito de aquisição relativamente recente na história da humanidade, sendo o sedentarismo um fator de risco independente para as doenças cardiovasculares. O hábito da prática de exercícios físicos, quando estabelecido na infância, apresenta maiores chances de perdurar na vida adulta (MENDES et al, 2006).

A inatividade física é responsável por 1,9 milhões de óbitos por ano no mundo. Estima-se que ela seja responsável por 10 a 16% dos casos de cânceres de cólon, mama e de diabetes mellitus e de 22% das doenças isquêmicas do coração (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2004). Estima-se que a falta de atividade física entre os adultos é de 17%, e que 31 e 51% das pessoas praticam exercícios de maneira insuficiente, ou seja, menor do que duas horas e meia por semana de atividade moderada (OPAS, 2003).

Nos Estados Unidos, o sedentarismo associado a uma dieta inadequada é responsável por aproximadamente 300 mil mortes por ano e a inatividade física não representa apenas um risco de desenvolvimento de doenças crônicas, mas também acarreta um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade. Dados do *Centers for Disease and Prevention* (CDC), indicam que só nos Estados Unidos, em 2000, o sedentarismo foi

responsável pelo gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos, ratificando que seu combate merece prioridade na agenda da saúde pública.

É consensual que a falta de atividade física regular, associada a outros fatores de risco, contribui significativamente para o aumento de doenças crônicas, essa prática reduz o risco de cardiopatias, acidente vascular cerebral, câncer de mama e de cólon, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e melhora o controle da hipertensão arterial (OPAS, 2003). Cada benefício possui uma explicação fisiológica correspondente. Em relação ao diabetes, o exercício melhora o metabolismo da glicose, aumentando a sensibilidade à insulina. A resistência à insulina resulta na diminuição da captação de glicose, e conseqüentemente, na redução de estoques de glicose no músculo esquelético, provocando bloqueio de termogênese facultativa como resposta à alimentação. Além disso, o exercício físico amplia a atividade da enzima *lipoproteína lipase*, reduzindo os níveis de lípidos na circulação sanguínea contribuindo desta forma para redução dos níveis de gordura e pressão arterial (NEGRÃO et al, 2000). A redução no risco de câncer de cólon está relacionada aos efeitos do exercício físico sobre as prostaglandinas, redução do tempo de trânsito intestinal e aumento do nível de anti-oxidantes. Já a redução do risco de câncer de mama pode ser conseqüência de seus efeitos sobre o metabolismo hormonal (OPAS, 2003).

Em suma, a promoção de atividade física interage de maneira positiva com as estratégias para melhorar os hábitos alimentares, desencorajar o tabagismo e o consumo de álcool e drogas, reduzir a violência, aprimorar a capacidade funcional e promover integração social (OPAS, 2003).

3.4 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO

Segundo FERREIRA (1999) a palavra adesão vem do latim *adhaesione* e significa o ato de aderir, aderência, aprovação, concordância, manifestação de solidariedade a uma idéia, a uma causa.

O termo adesão na literatura médica é usado para referir-se ao seguimento às recomendações terapêuticas, ou seja, grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do paciente relativamente ao regime terapêutico proposto. Existem outros vernáculos para conceituar tal fenômeno como “aderência” e “observância”, sendo o termo mais usado “adesão” (ARAÚJO, 2002).

A questão da adesão aos tratamentos manifesta-se sob diversas formas e em distintos momentos do processo terapêutico. A entrada e a permanência em programas de tratamento, o seguimento das consultas previamente estabelecidas, a aquisição dos medicamentos prescritos e a utilização dos mesmos de forma adequada, o seguimento de orientações alimentares ou a prática de exercício físico, ou ainda, o abandono de comportamentos de risco, são exemplos da diversidade dessas manifestações (DELGADO; LIMA, 2001).

Um dos maiores problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono ou o cumprimento incorreto das prescrições e tratamentos realizados pelos profissionais de saúde. A falta de adesão ao tratamento é sem dúvida umas das principais causas do insucesso da terapêutica (DELGADO; LIMA, 2001). As repetidas situações de recaída e o alargamento do período de tratamento, conduz a um sofrimento inevitável e a custos substanciais acrescidos. No Brasil, estima-se que a falta de adesão ao tratamento seja em torno de 40% (PIERIN, 2001).

O tratamento da hipertensão tem como principal objetivo reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular, e apesar da sua efetividade por meio de novas descobertas científicas e avanços tecnológicos, a hipertensão arterial ainda é pouco controlada. Estudos no nosso meio mostraram que apenas cerca de um terço dos pacientes apresentam a pressão arterial controlada (FUCHS et al, 2001).

Vários fatores interferem na adesão ao tratamento, sejam relacionados ao paciente, à doença, crenças, hábitos e aspectos culturais, fatores associados ao tratamento, à instituição de saúde e ao relacionamento com a equipe de saúde, e ainda o conhecimento do paciente sobre a doença e o seu comportamento frente à tomada dos medicamentos. Estudos revelam que os homens, as pessoas com baixa escolaridade e os mais jovens, tendem a ser menos aderentes ao tratamento (PIERIN, 2001).

Araújo (2002) descreve as variáveis envolvidas no processo de adesão como “Antecedentes da Adesão” e são distribuídas em três grupos, como descritos no Quadro 4. A resultante dessas variáveis determinará o grau de adesão.

<p>Grupo relacionado ao paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, grau de instrução, situação financeira, estado civil. • Conhecimento e crenças sobre a Hipertensão Arterial: experiência anterior com a doença no meio familiar e social, percepção acerca da doença, desejo de aprender sobre a doença e o tratamento, acesso a fontes de informação, motivação para seguir as recomendações. • Apoio familiar e social.
<p>Grupo relacionado à terapêutica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farmacológica: frequência de dosagens e horário de tomada, eficácia em relação aos sintomas, incidência de efeitos colaterais, custo econômico. • Não farmacológica: capacidade de adaptação ao novo estilo de vida.
<p>Grupo relacionado ao sistema de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura dos serviços de saúde: acesso, disponibilidade de equipe multiprofissional, disponibilidade de medicamentos, serviços de referência. • Processo de atendimento: busca ativa de casos, sistema de controle de cadastrados, frequência de consultas, conduta profissional, satisfação do hipertenso com o atendimento, realização de ações educativas.

QUADRO 4: Antecedentes da Adesão

FONTE: ARAÚJO, 2002.

Para avaliação da adesão podem ser utilizados métodos diretos e indiretos. Os métodos diretos avaliam quantitativamente o medicamento em amostras de sangue ou fluidos corporais do paciente, e mesmo sendo fidedignos, não são muito aplicados devido a sua difícil realização e alto custo. Por sua vez, os métodos indiretos são de fácil aplicação e possuem baixo custo; porém, estão sujeitos à reprodução limitada, à possibilidade de manipulação dos dados e a não condizerem com a realidade (OIGMAN, 2001).

Oigman (2001) descreve métodos indiretos para medir a aderência aos medicamentos, são eles: relato do paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, resposta clínica e monitorização eletrônica da medicação. Apesar da auto-informação estar sujeita a problemas, como omissão, falhas de memória e falhas no processo comunicativo, este é um método ainda bastante usado em estudos, por

apresentar correlações importantes com outros métodos (STRELEC; PIERIN; MION JR, 2003).

Morisky e Green descreveram em 1986, uma escala de auto-relato, chamada de teste de Morisky e Green (Quadro 5), composta por quatro questões para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos. Este teste é utilizado para avaliar se o paciente é ou não aderente ao tratamento. Considera-se um (1) ponto para cada resposta negativa do paciente e aquele que obtiver pontuação quatro é classificado como aderente ao tratamento. Pontuações menores ou igual a três caracterizam o paciente como não aderente (STRELEC; PIERIN; MION JR, 2003).

TESTE DE MORISKY E GREEN
1- Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?
2- Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?
3- Quando você se sente bem, alguma vez, deixa de tomar o remédio?
4- Quando você se sente mal com o remédio, às vezes deixa de tomá-lo?

QUADRO 5: Perguntas que compõe o Teste de Morisky e Green

FONTE: MEDEIROS, 2005.

Algumas medidas relacionadas ao sistema de saúde podem ser tomadas para reduzir a não adesão do paciente, como por exemplo, fornecimento de prescrições legíveis e claras por parte do profissional de saúde. A preocupação com a linguagem simples, anotação de horários, a referência a momentos marcantes (períodos do dia, refeições e sono), e a repetição da necessidade do uso contínuo devem estar detalhados na prescrição (JARDIM, 2005). O paciente bem informado tem melhores condições de assumir o tratamento. A informação é responsabilidade do profissional de saúde, e deve ser verbal, escrita e/ou visual.

Os retornos devem ser estabelecidos de maneira objetiva. A liberalidade na marcação das consultas é totalmente prejudicial. Da mesma forma, os retornos em intervalos muito prolongados contribuem para uma piora na adesão. Cada volta deve ocorrer em período definido. Aqueles que não comparecem às consultas agendadas devem ser alvos de busca ativa. Essa atitude tem grande eficácia e reforça a relação do paciente com o serviço de saúde (JARDIM, 2005).

O que não pode ser esquecido é que a aceitação de uma “doença” não é automática. Isso se torna mais complicado quando a alteração surge em fase precoce da vida; na maioria

das vezes não causa sintomas e seu tratamento vai obrigar a existirem modificações no cotidiano do indivíduo (JARDIM, 2005).

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

O sistema público de saúde, devido ao grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira apresentando o diabetes mellitus e a hipertensão arterial como importantes fatores de risco, possui o desafio de garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como desenvolver ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2001f).

Os métodos mais adequados para reduzir o risco de Doenças Cardiovasculares (DCV), no tocante à hipertensão, são as intervenções que abrangem toda a população e combinam políticas eficazes com programas amplos de promoção da saúde. Ações políticas e programas econômicos e educacionais devem ser dirigidos a toda a população para reduzir fatores de risco, sobretudo controle alimentar e atividade física (SALA; NEMES FILHO; ELUF NETO, 1996).

O objetivo geral da Estratégia Saúde da Família é de “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. Para atingi-lo, a Equipe de Saúde da Família (ESF) precisa conhecer os contextos familiares e a vida comunitária da população sob sua responsabilidade, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases. (BRASIL, 2000). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) utilizam uma ficha para cadastro e acompanhamento da população hipertensa de modo que é possível obter informações, dependendo da cobertura do PSF em cada município, bastante aproximada da prevalência da hipertensão no Brasil.

Para atender os portadores de hipertensão, o SUS oferece o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Este programa compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão e suas complicações. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-

atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos portadores. As ações do programa são desenvolvidas principalmente por meio da atuação das equipes de saúde da família (BRASIL, 2001f).

Em 2001 foi publicada pelo Ministério da Saúde a portaria nº 235 que estabelece algumas diretrizes para o tratamento da hipertensão e diabetes da população. Nesta estão estabelecidas a intensificação e articulação das iniciativas existentes, no campo da promoção da saúde, de modo a contribuir na adoção de estilos de vida saudáveis, bem como promover ações de redução e controle de fatores de risco relacionados à hipertensão e ao diabetes (BRASIL, 2001a).

Em 2002 foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, visando aumentar a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus por meio da reorganização da rede básica de serviços de saúde do SUS dando-lhes resolubilidade e qualidade no atendimento.

Ficou instituído desde então que, no âmbito da Atenção Básica, seriam disponibilizados instrumentos de cadastros e acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes mellitus, bem como subsídios para o atendimento integral destes pacientes, incluindo a terapia medicamentosa.

Foram criados, por meio da portaria nº 1065 de 2005 do Ministério da Saúde, Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde. Levando em consideração as necessidades particulares de cada município, o gestor local tem a autonomia de decidir onde investir os recursos. Algumas modalidades foram instituídas:

- Alimentação /Nutrição (nutricionista);
- Atividade Física (profissional de atividade física e instrutor de práticas corporais);
- Saúde Mental (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social);
- Reabilitação (fisioterapia e fonoaudiólogo).

Os serviços de saúde, especialmente os da atenção básica, podem desempenhar um papel importante na prevenção. Mediante a formulação sistêmica de perguntas, que alcancem a totalidade do ciclo vital, sobre os principais hábitos alimentares e a atividade física, combinada com o fornecimento de informações sensíveis e o desenvolvimento de competência para mudar os comportamentos, é possível chegar a grande parte da população

como marco de intervenções eficazes em função dos custos. É importante determinar os grupos de alto risco e as medidas específicas para responder suas necessidades, com inclusão de possíveis intervenções farmacológicas. A capacitação do pessoal de saúde, a difusão de diretrizes apropriadas e o estabelecimento de incentivos são fatores fundamentais para que possam levar-se a cabo estas intervenções (OMS, 2004).

Os governos devem investir na vigilância, na investigação e na avaliação. O seguimento permanente e em longo prazo dos principais fatores de riscos é fundamental. Sobre a base desses dados também é possível analisar a evolução dos fatores de riscos e sua possível relação com as mudanças nas políticas estratégicas (OMS, 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) vem se configurando como uma das principais estratégias de implementação da atenção primária conduzida pelo Ministério da Saúde desde 1994. Nesse sentido, reconhece-se a importância de manter atualizado o debate acerca da contribuição desse programa para a maior equidade no acesso e na prestação dos serviços de saúde no país (BRASIL, 2006d).

É preciso orientar as políticas do Ministério da Saúde com instrumentos que forneçam informações confiáveis e dados que indiquem e legitimem as respectivas ações. E estes instrumentais – a pesquisa é um exemplo – estarão cada vez mais fortalecidos quanto mais os mecanismos mencionados estiverem disponibilizados e acessíveis aos estudiosos, técnicos, gestores e público em geral.

Devido ao fato da hipertensão arterial ser uma doença multifatorial, ela envolve orientações voltadas para vários objetivos e, portanto, necessitando de outros profissionais da saúde além do médico. O desafio das políticas públicas adotadas é construir uma equipe verdadeiramente multiprofissional constituída por diversos profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde.

Inúmeras são as vantagens desse tipo de atuação, o número de indivíduos atendidos, por exemplo, será maior quanto mais afinada estiver a equipe em seus diversos modos de abordagem e a adesão será nitidamente superior; da mesma forma, o número de pacientes com pressão arterial controlada e adotando hábitos de vida saudáveis será maior e cada um poderá ser um replicador de conhecimentos sobre tais hábitos (DIRETRIZES..., 2002a).

Muitos são os fatores que influenciam na abordagem clínica e no controle dos pacientes portadores de hipertensão limitando o sucesso no alcance dos objetivos

preconizados. Os dados referentes à hipertensão arterial no Brasil demonstram, de modo geral, que as estratégias utilizadas para promoção e proteção à saúde têm sido ineficazes para reverter hábitos e comportamentos incompatíveis com a vida saudável.

3.6 AVALIAÇÃO QUALITATIVA: GRUPO FOCAL

A avaliação tradicional de políticas sociais geralmente trabalha com instrumentos quantitativos e analisa as estruturas dos programas, como eles se realizam processualmente e quais são seus resultados. Já a avaliação qualitativa é uma forma de abordagem utilizada em estudos científicos que visa tratar a avaliação e análise de dados como um processo e como uma construção que envolve os mais diferentes atores (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). As abordagens qualitativas referem-se à necessidade de levar em conta a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na criação e na implementação dos programas sociais e consideram as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações.

O grupo focal é uma técnica da abordagem qualitativa que apresenta caráter exploratório e avaliativo, voltado à compreensão de dimensões subjetivas do coletivo, percepções, atitudes e motivações, em relação a um determinado tema (EDMUNDS, 1999). Deve estar centrado em ouvir as opiniões e experiências de cada participante.

Esta técnica vem sendo utilizada para a estruturação de ações diagnósticas e o levantamento de problemas, planejamento de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde e meio ambiente, e para revisão do processo de ensino-aprendizagem. Caracteriza-se pelo baixo custo e pela forma rápida, fácil e prática de contato com a população que se deseja investigar. É eficiente para obter informações qualitativas e, adequado para medir o grau de satisfação das pessoas envolvidas (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996).

Para modificar comportamentos, se faz necessário o entendimento do contexto no qual ocorrem os significados e a importância a ele atribuída pelos seus agentes. Nesse sentido, a técnica do grupo focal pode servir como forma de aproximação, integração e envolvimento do pesquisador com os participantes da pesquisa, tendo como princípio a participação integral das pessoas no processo educativo e possibilitando a construção coletiva

de idéias, conceitos, opiniões e propostas para mudanças de atitudes, visando o crescimento individual e do grupo (IERVOLINO, 2001).

As discussões no grupo focal são facilitadas pelo olhar coletivo sobre um tema que faz parte do cotidiano das pessoas que participam, possibilitando por meio da interação, a construção de opiniões, a solução de problemas e a mudança de comportamentos e atitudes dos integrantes do grupo (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1996).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal, com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal.

4.2 ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Cônego Alfredo Barbosa situada no bairro de Camboinha, no município de Cabedelo. Cabedelo é uma cidade portuária localizada a 18 km da capital do Estado da Paraíba, João Pessoa. Possui aproximadamente 15 km de costa e área de 31,42 km². A população estimada em Cabedelo é de 49.728 habitantes (IBGE, 2007). No entanto esta população aumenta consideravelmente durante o verão, chegando a atingir aproximadamente 80.000 habitantes, devido ao fluxo de turistas, veranistas e visitantes.

A cidade conta com 19 Equipes de Saúde da Família e a escolha da UBS Cônego Alfredo Barbosa para realização da pesquisa foi motivada por questões de disponibilidade, acesso e organização em relação ao atendimento ao usuário portador de hipertensão. Esta Unidade tem atualmente 787 famílias na área de abrangência e 164 em área descoberta que consiste em um espaço geográfico que, embora não possua cobertura pelo PSF, as famílias

são acompanhadas e cadastradas na UBS em estudo, por questões de proximidade. O número total de pessoas cadastradas e atendidas pela unidade é de aproximadamente 3.500.

Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de janeiro de 2007, o abastecimento de água do bairro de Camboinha provém da rede pública em praticamente sua totalidade. Quanto ao destino do lixo, a maior parte destina-se à coleta pública e um pequeno percentual (14%) é queimado, enterrado ou fica a céu aberto. Em relação ao destino de fezes e urina a realidade desta área revela uma precariedade, pois apenas 2% das famílias têm sistema de esgoto, a grande maioria utiliza o sistema de fossas e 6% é a céu aberto. Em relação ao tipo de moradia, aproximadamente 92% das casas são de tijolo.

O bairro de Camboinha possui uma UBS e conta com apenas uma equipe de saúde da família a qual é constituída por uma enfermeira, uma médica, uma odontóloga, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de dentista, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e uma guarda municipal.

No planejamento das ações da UBS foi determinado um dia específico para o atendimento exclusivo ao portador de hipertensão, onde o usuário é atendido pelos diversos profissionais que compõe a equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo e nutricionista). A unidade possui 224 hipertensos cadastrados, distribuídos nas cinco áreas de abrangência e na área descoberta.

TABELA 1: Distribuição dos portadores de hipertensão cadastrados na UBS de Camboinha.

Micro-áreas	Número de hipertensos cadastrados
I	38
II	49
III	37
IV	32
V	54
Área descoberta	14
TOTAL	224

FONTE: Cadastros da Unidade Básica de Saúde de Camboinha

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelos portadores de hipertensão cadastrados na UBS Cônego Alfredo Barbosa situada no bairro de Camboinha, no município de Cabedelo, que no período da coleta de dados totalizava 224 hipertensos.

A amostra foi selecionada aleatoriamente, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão

- a. Usuários do sexo masculino ou feminino com diagnóstico de hipertensão arterial estabelecido de acordo com os critérios clínicos propostos pela IV DBHA;
- b. Portadores de hipertensão cadastrados e acompanhados na USF de Camboinha até o dia 31 de janeiro de 2007;
- c. Aceitação do usuário em participar da pesquisa, observando-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Critérios de exclusão

- a. Usuárias femininas portadoras de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG);
- b. Portadores de hipertensão acamados por impossibilidade de deslocamento para participar das reuniões de grupo focal;
- c. Usuários que não concordassem ou desistissem de participar da pesquisa, em qualquer fase do estudo.

4.4 COLETA DE DADOS

Na coleta de dados da investigação pela técnica do grupo focal, utilizou-se o recurso da gravação das falas dos portadores de hipertensão e registro fotográfico dos mesmos, além de observações realizadas pela moderadora e pela observadora nas sessões, com o objetivo de apreender o máximo das expressões verbais e corporais dos participantes, objetivando uma transcrição de dados fidedigna e possibilitando a compreensão deles pela temática estudada.

4.4.1 CONSTITUIÇÃO DAS SESSÕES E COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS

Foram realizados cinco encontros, com duração média de uma hora e vinte minutos, e composto, em média, por dez portadores de hipertensão arterial. A decisão por este número de encontros foi feita com o intuito de obter representação das cinco micro-áreas. Os participantes da área classificada como descoberta foram incluídos na micro-área IV por questões de proximidade geográfica.

Para a seleção dos participantes do grupo focal foi realizado sorteio aleatório de doze participantes de cada micro-área. É recomendado que o grupo focal seja composto de seis a dez participantes e aconselhado recrutar cerca de 20% a mais do que realmente será necessário para a condução de cada grupo (MORGAN, 1988). Por isso optou-se por sortear doze participantes, levando em consideração as perdas que poderiam ocorrer por meio da não participação dos mesmos. Foram sorteados 60 portadores de hipertensão dos quais 53 participaram da pesquisa, sendo que cada um destes esteve presente em apenas um encontro.

O convite para participação no grupo focal foi feito por meio de uma visita domiciliar realizada por um dos pesquisadores acompanhado do ACS da micro-área correspondente. Durante esta visita explicou-se o objetivo do encontro e destacou-se que não se tratava de uma iniciativa da UBS, mas de uma pesquisa científica vinculada ao Mestrado em Ciências da Nutrição da Universidade Federal da Paraíba. Este cuidado foi tomado para minimizar constrangimentos ou algum tipo de receio por parte dos participantes no momento de expressar suas falas, tendo sido explicado que a sua participação neste estudo não ofereceria prejuízos para o seu acompanhamento pela UBS. Cada participante sorteado recebeu um convite impresso com informações de data e local de realização do grupo focal.

Em seguida estes foram entrevistados para obtenção de dados referentes a sexo, idade, escolaridade e outros agravos (diabetes mellitus).

Todos os participantes foram pesados e tiveram sua altura verificada, além disso, foram tomadas as medidas da cintura, do abdômen e do quadril. Os pontos de corte adotados para classificação da circunferência abdominal (CA) foram; menor que 102 cm para homens e menor que 88 cm para as mulheres (DIRETRIZ..., 2005). Para a classificação da Relação Cintura-Quadril (RCQ) foram utilizados os parâmetros definidos por Pereira et al (1999) de 0,95 e 0,80 para o sexo masculino e feminino respectivamente. Foram feitas duas aferições de pressão arterial e calculada a média entre elas, os parâmetros utilizados para classificação foram pautados nas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2004.

4.4.2 DETERMINAÇÃO DO CENÁRIO

Todos os encontros foram realizados em um salão de recepções localizado na área de abrangência estudada. A escolha se deu por se tratar de um local neutro, com o objetivo de evitar constrangimentos aos participantes, assegurando a privacidade e facilitando o debate. O ambiente era amplo, em posição estratégica, de fácil acesso, privativo, apresentava boa ventilação e iluminação e contava com cadeiras, dispostas em círculo para facilitar a observação e gravação das falas, e mesa redonda. Ao término de cada encontro foi realizado um lanche de confraternização entre os participantes.

4.4.3 ELABORAÇÃO DO ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

Os cinco encontros realizados abordaram sempre o mesmo tema: *Hipertensão Arterial e Hábitos saudáveis de vida relacionados à alimentação, peso corporal, atividade física, fumo e consumo de bebida alcoólica: uma forma de Prevenção dos Fatores de Risco?* Foi utilizado em todos os encontros um roteiro semi-estruturado, com questões abertas e sem indução de respostas, que abordaram as seguintes categorias: hábitos alimentares (número de refeições realizadas durante o dia, tipos de alimentos e preparações, consumo de sal e ingestão de água); influência do peso e da inatividade física e ainda, consumo de álcool e tabagismo (Apêndice A). As categorias foram definidas com base nas recomendações do Ministério da Saúde em relação ao tratamento não-farmacológico da Hipertensão Arterial (BRASIL, 2006b).

4.4.4 DINÂMICA DAS SESSÕES

Ao iniciar a reunião, o nome dos participantes era escrito em crachás para facilitar a identificação e interação do grupo. Em seguida era realizada dinâmica com bola, possibilitando ao moderador conhecer um pouco de cada participante e tornando o momento mais descontraído.

Para coordenar o grupo optou-se pela modalidade não diretiva (DEBUS, 1997), pois esta é orientada por um roteiro com questões abertas que favorecem o posicionamento dos participantes do grupo e minimizam a influência do moderador sobre elas. Buscou-se a participação de todos, evitando a monopolização das discussões.

Participaram dos encontros um moderador, representado sempre pelo mesmo pesquisador, e um relator que ficou responsável pela gravação e registro fotográfico do grupo, observando as expressões e reações diante dos questionamentos para serem transcritos posteriormente junto às falas.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise do conteúdo compreendeu três etapas: transcrição na íntegra do conteúdo obtido (feita por um único pesquisador), decodificação e análise (realizada por dois pesquisadores). A transcrição consiste na etapa de transferir para linguagem escrita todo o conteúdo das gravações realizadas durante os encontros. A decodificação é a classificação dos eixos temáticos, utilizada para realização da categorização. E por último, a análise que considera as palavras, o contexto, a frequência, a intensidade dos comentários, a especificidade das respostas e a consistência interna (MORGAN, 1988; KRUEGER, 1994).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Durante os encontros, esclareceu-se aos participantes selecionados os objetivos da pesquisa e o fato da inclusão destes no estudo ser opcional sem prejuízo para o seu acompanhamento pela UBS. Solicitou-se também autorização para gravação das falas e registro de imagens por meio de câmera fotográfica. Após a leitura em voz alta do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), pelos pesquisadores, e clareadas as dúvidas foi solicitado aos participantes a assinatura do mesmo.

Foram preservados os preceitos éticos de não identificação dos sujeitos. O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CCS) – UFPB, sob o número 663/06.

A seguir está apresentado o artigo originado a partir do desenvolvimento deste estudo.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.C.; ACHUTTI, V.A.R. Aspectos epidemiológicos. In: AMODEO, C.; LIMA, E.G.; VAZQUEZ, E.C.(Orgs.) **Hipertensão Arterial**. São Paulo: Savier, 1997. cap.2, p.11-21.

AMARAL, A.C.S.; COELI, C.M.; COSTA, M.C.E.; CARDOSO, V.S.; TOLEDO, A.L.A.; FERNANDES, C.R. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1617-1626, 2004.

ARAÚJO, G.B.S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual**. 2002. 119 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

AUBERT, L.; BOVET, P.; GERVASONI, J. P.; RWEBOGORA, A. WAEBER, B., PACCAUD, P. Knowledge, attitudes and practices on hypertension in a country in epidemiological transition. **Hypertension**, Dallas, v.31, p. 1136 – 1145, 1998.

AVEZUM, A.; PIEGAS, L.S.; PEREIRA, J.C.R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.84, n 3, Março 2005.

BARRETO-FILHO, J.A.S.; KRIEGER, J.E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v.13, n.1, p.46-55, 2003.

BLEIL, SW.I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cadernos de Debates**, São Paulo, v.6, n.1, p.1-24, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**, Brasília, 2006e. 210p.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**, Brasília, 2006b. Cadernos de Atenção Básica, n.15, 58p.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**, Brasília, 2001f. 102p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 235 de 20 de fevereiro de 2001. Diretrizes sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Gabinete Ministerial**, Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1065 de 04 de julho de 2005. Criação de Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. **Gabinete Ministerial**, Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**, Brasília, 2006c. Cadernos de Atenção Básica, n.14, 56p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: a implantação da Unidade de Saúde da Família**, Brasília, 2000. Cadernos de Atenção Básica, n.1.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados**, Brasília, 2006d. 200p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Improving nutrition and increasing physical activity**. 2004. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/bb_nutrition/>. Acesso: em 18 de jan. 2007.

CONSENSO Brasileiro de Hipertensão Arterial,3., Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, Campos do Jordão, 1998.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**, 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 18 de jan. 2007.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**, 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 18 de jan. 2007.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v.2, n.2, p.81-100, 2001.

DIRETRIZES Brasileiras para Cardiologistas sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.78, supl. I, 2002b.

DIRETRIZ Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica,1., **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 84, supl. I, 2005.

DIRETRIZES Brasileiras de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose,3., **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.77, supl. III, 2001.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial,4.,. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Campos do Jordão, 2002a.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; POLANCZYK, C.A.; HOMRICH, C.S.; ROSA, R.S.; ACHUTTI, A.C. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região Sul do país: prevalência e simultaneidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.1, p.143-148, 1993.

EDMUNDS, H. **The focus group research handbook**. 1 ed. New York: McGraw-Hill, 1999.
FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, p.317-21, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI**: o dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FUCHS, F.D.; FUCHS, S.C.; MOREIRA, L.B.; WIEHE, M.; PEREIRA, G.M.; FURTADO, M.V.; PIRES, C.P.; MORAES, R.S. Grau de conhecimento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população de Porto Alegre. **Hipertensão**, São Paulo, v.4, n.4, 2001.

HEIMANN, J.C. Sal e Hipertensão: aspectos históricos e práticos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.7, n.1, p.11-13, 2000.

IERVOLINO, S. A. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.115-121, jun. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 18 de out. 2007.

JARDIM, P.C.B.V. Cuidando da hipertensão no consultório. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.85, n.5, 2005.

JNC 7 Express. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health nº 03-5233, December, 2003

KAPLAN, N. M. Hipertensão Sistêmica: Mecanismos e Diagnóstico. In: BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. São Paulo: Roca, 1999, v.1, cap. 26.

KRUEGER, R.A. **Focus Groups: A practical guide for applied research**. 2 ed. Thousand Oaks: Sage Publications. 1994.

LENFANT, C. Can we prevent cardiovascular diseases in low and middle-income countries? **Bull World Health Organ**, Geneva, v.79, p.980-982, 2001.

MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 10 ed. São Paulo: Roca, 2002.

MEDEIROS, A.R.C. **Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo**. 2005. 86 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

MENDES, M.J.F. de L.; ALVES, J.G.B.; ALVES, A.V.; SIQUEIRA, P.P.; FREIRE, E.F. de C. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, Supl. 1, p. 549-554, 2006.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

MION JR, D.; PIERIN, A.M.G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial – respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n.3, p. 249 – 254, 2001.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research. Qualitative Research Methods Series**. 2 ed. Thousand Oaks: Sage Publications. v.16. 1988.

MORISKY, D.; GREEN, L.; LEVINE, D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, Indianápolis, v.24, p.67-74. 1986.

NEGRÃO, C.E.; TRAMBETTA, I.C.; TINUCCI, T.; FORJAZ, C.L. de M. O papel do sedentarismo na obesidade. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p. 149-155. 2000.

NOBRE, F. e LIMA, N. K. da C. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critérios Diagnósticos. In: **Manual de Cardiologia. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – SOCESP**. Editores Ari Timerman e Luiz Antonio Machado César. Editores Associados João Fernando Monteiro Ferreira e Marcelo Chiara Bertolami.- São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, Cap. 2, 2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. A 57ª Assembléia Mundial de saúde. 2004. Disponível em: <http://drt2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/eb_portugues.pdf> Acesso em: jan. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003. 60p.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health in the Americas**. Washington, 2002.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The problem with drinking. Perspectives in health**, Washington, v.10, n.1, 2005.

PATEL, R.P.; TAYLOR, S.D. Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. **Ann Pharmacother**, Cincinnati, v.36, p.40-45, 2002.

PEREIRA, R.; SICHIERI, R.; MARINS, V.M.R. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15(2), p.333-44, 1999.

PEREIRA, M.A. de G.; GALVÃO, R.; ZANELLA, M.T. Efeitos da suplementação de potássio via sal de cozinha sobre a pressão arterial e a resistência à insulina em parentes obesos hipertensos em uso de diuréticos. **Revista de Nutrição de Campinas**, Campinas, v.18, n.1, p.5-17, 2005.

PIERIN, A.M.G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. Cap. 1.

PIERIN, A.M.G.; MION JR, D.; FUKUSHIMA, J.T.; PINTO, A.R.; KAMINAGA, M.M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.35, n. 1, p. 11-8, mar. 2001.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: Jan. 2007.

REZENDE, E.M.; SAMPAIO, I.B.M.; ISHITANI, L.H. Causas Múltiplas de morte por doenças crônico-degenerativas: uma análise multidimensional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1223-1231, set-out., 2004

ROSITO, G.A. Efeito do álcool sobre a pressão arterial: mecanismos e benefícios da suspensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.6, n.4, p. 420-422, 1999.

RUMEL, D.; RIEDEL, L.F.; LATORRE, M. do R.D.O.; DUNCAN, B.B. Infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral associados à alta temperatura e monóxido de carbono em áreas metropolitanas do sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.1, p.15-22, 1993.

SALA, A.; NEMES FILHO, A.; ELUF-NETO, J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.2, p.161-7, 1996.

SILAGY, C.; MUNIR, J.; COULTER, A.; THOROGOOD, M.; ROE, L. Cardiovascular risk and attitudes to lifestyle: what do patients think? **British Medical Journal**, Tavistock Square, v. 306, p.1657 – 1660, 1993.

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.81, n.4, p. 343-348, 2003.

SUMINSKI, R.R.; ANDING, J.; SMITH, D.W.; ZHANG, J.J.; UTTER, A.C.; KANG, J. I. E. Risk and reality: the association between cardiovascular disease risk factor knowledge and selected risk-reducing behaviors. **Family Community Health**, Philadelphia, v.21, p. 51 – 62, 1999.

THARKUR, V.; ROBERT, R.; REISIN, E. Obesity, hypertension, and the heart. **American Journal of the Medical Sciences**, Philadelphia, v.321, n.4, p.242 – 248, 2001.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, M. C. e FARIA, M. de M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v.120, n.6, p.472-481, 1996.

WHELTON, P. Potassium in preventing and treating high pressure. **Seminars in Nephrology**, Kidlington, v.19, n.5, p.494-499, 1999.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. **Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective**. Washington, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol and public health in 8 developing countries**. Geneva, 1999b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Making a difference: world health report**. Geneva, 1999a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco free initiative**. Geneva, 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/en.>> Acesso em: jan. 2007.

YUSUF, S.; HAWKEN, S.; OUNPUU, S.; DANS, T.; AVEZUM, A.; LANAS, F.; MCQUEEN, M.; BUDAJ, A.; PAIS, P.; VARIGOS, J.; LISHENG, L.; Interhearts Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the interheart study): case-control study. **Lancet**, Kidlington, v.364, p.937-952, 2004.

ZAITUNE, M. P. do A.; BARROS, M. B. de A.; CESÁR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.285-294, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro semi-estruturado para aplicação dos grupos focais

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA APLICAÇÃO DOS GRUPOS FOCALIS

Hipertensão Arterial e Hábitos saudáveis de vida relacionados à alimentação, peso corporal, atividade física, fumo e consumo de bebida alcoólica: uma forma de Prevenção dos Fatores de Risco?

Questão 1: O que significa ser hipertenso na opinião dos participantes.

Questão 2: Aprender se existe alguma relação entre a alimentação que eles consomem com a questão da hipertensão. Se existir, buscar entender a relação que eles estabelecem.

Questão 3: Levantar a questão do hábito de fumar. Aprender quem é fumante e quem foi, entendendo a relação que eles fazem entre esse hábito e a hipertensão.

Questão 4: Abordar a questão da utilização da bebida alcoólica, que relação eles estabelecem entre o álcool e a hipertensão.

Questão 5: Levantar a questão da prática de atividade física. Aprender se eles estabelecem alguma relação entre a atividade física e a hipertensão arterial. Quais são as causas que os motivam a realizar ou não, os exercícios físicos.

Questão 6: Aprender o que eles acham do atendimento da unidade de saúde com relação a sua doença. A unidade satisfaz a sua necessidade como hipertenso. Como ele se sente ao ser atendido na unidade.

Questão 7: Aprender o que seria necessário para que o portador de hipertensão fosse melhor atendido na unidade e ainda qual o papel de cada profissional que atua na equipe para atender as necessidades desse público.

Questão 8: Identificar quais as atividades desenvolvidas pela unidade que eles consideram importantes para o acompanhamento do hipertenso e o por quê.

Questão 9: Aprender a razão pela qual estes hipertensos freqüentam a Unidade Básica de Saúde. O que os motivam.

Os temas abordados não precisam seguir obrigatoriamente esta seqüência.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa de título: Percepção dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados pelo Programa de Saúde da Família de Camboinha: Uma análise sobre as recomendações não medicamentosas. Cabedelo, Paraíba – Brasil. Para a coleta de dados será realizada uma reunião chamada de grupo focal. A sua participação é espontânea e em caso de recusa você não será prejudicado de forma alguma. Caso aceite participar do grupo focal, gostaríamos que fosse assinado o termo de autorização abaixo, dando permissão para que esta reunião seja gravada e registrada por meio de fotografias. Comunicamos ainda, que os dados serão utilizados em publicações científicas e debates, sem, no entanto, identificar nominalmente os participantes.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____
_____, documento de identidade nº _____, abaixo assinado, concordo em participar da referida pesquisa através do grupo focal e autorizo a gravação da reunião e seu registro em fotografias, assim como o uso dos dados transcritos para debates e publicação em revistas científicas. Declaro ainda, que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador (a) VANILLE VALÉRIO BARBOSA PESSOA sobre a pesquisa e me foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu tratamento. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Cabedelo, ___/___/____

Nome e Assinatura do Sujeito Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Espaço para
impressão
dactiloscópica

Fones para contato:

Pesquisador responsável: 9931-9774

Mestrado em Ciências da Nutrição da UFPB: 3216-7417

ARTIGO

**AS RECOMENDAÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA: O OLHAR DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO
CADASTRADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. CABEDELLO,
PARAÍBA – BRASIL¹**

NON MEDICATION RECOMMENDATIONS FOR SYSTEMIC ARTERIAL
HYPERTENSION: THE OUTLOOK OF HYPERTENSION PATIENTS REGISTERED ON THE
FAMILY HEALTH PROGRAM. CABEDELLO, PARAÍBA – BRAZIL

Autores:

Vanille Valério Barbosa Pessoa²

Alice Teles de Carvalho³

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de mestrado de PESSOA, V.V.B. Percepção dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, Acompanhados pelo Programa de Saúde da Família de Camboinha, Sobre as Recomendações não Medicamentosas. Cabedelo, Paraíba – Brasil.

² Nutricionista. Secretaria de Saúde de Cabedelo. Paraíba.Brasil.

³ Docente/pesquisadora. Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição. Campus Universitário, s/n., CCS, 2º andar, Castelo Branco III, 58059-900, João Pessoa, PB, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: alicetel@terra.com.br.

**AS RECOMENDAÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS PARA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA: O OLHAR DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO
CADASTRADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. CABEDELO, PARAÍBA –
BRASIL**

RESUMO

Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui. Este estudo tem como objetivo apreender a percepção que os portadores de Hipertensão Arterial, acompanhados pelo PSF de Camboinha, Cabedelo, possuem a respeito das recomendações não medicamentosas para o controle de sua doença. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, a qual utilizou a técnica de grupo focal, além de traçar um perfil antropométrico dos participantes. Dos 53 participantes, 35 eram mulheres e destas, 34 apresentavam sobrepeso ou obesidade, assim como metade dos homens. Observou-se uma fragilidade no reconhecimento da importância do tratamento não medicamentoso para o controle da hipertensão arterial, apontando fatores que dificultam a adesão e revelando uma necessidade de reorientação das ações de prevenção e promoção da saúde por parte da Atenção Básica, no intuito de desenvolver novas abordagens que estimulem estilos de vida mais saudáveis proporcionando uma redução das complicações geradas pelo descontrole da doença.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica; Recomendações não medicamentosas;

Grupos focais

ABSTRACT

Changing one's habits involves not only modifications to one's lifestyle but also changing one's idea of health itself. This study aims to ascertain the perception held by Arterial Hypertension patients enrolled in the Family Health Program in Camboinha, Cabedelo, as regards the non medication recommendations to control their condition. This research adopts a qualitative approach by using focus groups, as well as outlining an anthropometric profile of the participants. Of the 53 participants, 35 were women, 34 of whom were overweight or obese, as were half of the men. Difficulty in recognizing the importance of non medication options for treating arterial hypertension was observed and factors which hinder adhesion to such treatment were identified. Thus a need for guidance was revealed as regards preventive actions and health promotion by the Basic Health Care services in order to develop new methods to stimulate healthier lifestyles and reduce the problems generated by failure to control the disease.

Keywords: Systemic arterial hypertension; Non medication recommendations;

Focus groups

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica e silenciosa sendo considerada um dos maiores problemas de saúde no Brasil, pela sua magnitude e custo social ^{1,2}. Está associada a sérios riscos de morbimortalidade cardiovascular, contribuindo diretamente para a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva e morte prematura ³. Para o Brasil, no ano de 2005, a prevalência de hipertensão estava em torno de 35% para a população de 40 anos e mais ⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a Atenção Básica à Saúde como porta de entrada de suas ações, esperando que aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade adstrita sejam abordadas de maneira resolutiva. O Programa de Saúde da Família (PSF) ocupa um papel de destaque, neste contexto, como sendo uma estratégia indutora de equidade⁴. Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus com o objetivo de estabelecer as diretrizes e metas para assistência dos portadores dessas patologias, investindo na captação precoce dos casos, na vinculação dos pacientes às Unidades de Saúde, bem como no monitoramento e avaliação das intervenções realizadas, através do sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos ⁵.

Apesar do desenvolvimento de ações destinadas ao controle da HA, estudos têm revelado que cerca de 50% dos portadores desconhecem a sua condição e mesmo entre aqueles que têm diagnóstico confirmado, aproximadamente a metade não se trata ⁶. Ou seja, o percentual de hipertensos efetivamente tratado está em torno de 25%, o que é baixo quando comparado à magnitude do problema.

Dentre os fatores apontados como dificultadores para o tratamento do portador de hipertensão, têm merecido destaque a característica assintomática da doença e a necessidade de tratamento contínuo e de mudanças no estilo de vida⁶. Dessa forma, para que o tratamento seja efetivo, além da medicação prescrita, os hipertensos necessitam seguir outras recomendações que irão auxiliar o controle dos níveis de pressão arterial. Estas orientações dizem respeito ao controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e a prática de atividade física regular^{4,7}.

Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui⁸. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, idéias, valores, pensamentos e sentimentos. Para que a incorporação às recomendações seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador⁹. O objetivo do presente estudo é apreender a percepção que os portadores de Hipertensão Arterial, acompanhados pelo PSF de Camboinha, no município de Cabedelo, no Estado da Paraíba, Brasil, possuem a respeito das recomendações não medicamentosas para o controle de sua doença.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, a qual utilizou a técnica de grupo focal, que permite verificar as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados¹⁰.

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro de Camboinha, no município de Cabedelo, Estado da Paraíba, Brasil. Nesta Unidade atua uma Equipe de Saúde da Família que além da composição mínima prevista pelo Ministério da Saúde, conta

também com nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo. No período da coleta de dados, entre fevereiro e março de 2007, havia 224 portadores de hipertensão cadastrados neste PSF, distribuídos em suas cinco micro-áreas de abrangência e que compuseram a população do estudo.

O grupo focal deve ser composto por seis a dez participantes e é aconselhado recrutar cerca de 20% a mais do que realmente será necessário para a condução de cada grupo ¹¹. Assim, foram sorteados aleatoriamente doze participantes, por micro-área, totalizando 60 portadores de hipertensão, devendo cada um desses estar presente em apenas um encontro.

O critério de inclusão dos sujeitos no estudo foi a condição de ser portador de hipertensão cadastrado na UBS de Camboinha e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídas do estudo usuárias cadastradas portadoras de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), os hipertensos acamados e aqueles que não concordassem ou desistissem de participar.

O convite para participação no grupo focal foi feito por meio de uma visita domiciliar realizada por um dos pesquisadores acompanhado do ACS da micro-área correspondente. Durante a visita, explicou-se o objetivo do encontro e destacou-se que não se tratava de uma iniciativa da UBS, mas de uma pesquisa científica vinculada à Universidade Federal da Paraíba. Esse esclarecimento visou minimizar um possível receio em participar da pesquisa. Cada participante sorteado recebeu um convite impresso com informações de data e local de realização do grupo focal.

Durante os encontros, esclareceu-se aos participantes selecionados os objetivos da pesquisa e o fato da sua inclusão no estudo ser opcional e sem prejuízo para o seu acompanhamento pela UBS. Solicitou-se também autorização para gravação das falas e registro de imagens por meio de câmera fotográfica. Após a leitura em voz alta do termo de consentimento livre e esclarecido, pelos pesquisadores, e clareadas as dúvidas foi solicitado

aos participantes a assinatura do mesmo. Em seguida estes foram entrevistados para obtenção de dados referentes a sexo, idade, escolaridade e outros agravos, como a Diabetes.

Todos os participantes foram pesados e tiveram sua altura verificada; além disso, foram tomadas as medidas da cintura, do abdômen e do quadril. Os pontos de corte adotados para classificação da circunferência abdominal (CA) foram: menor que 102 cm para homens e menor que 88 cm para as mulheres ¹². Para a classificação da Relação Cintura-Quadril (RCQ) foram utilizados os parâmetros definidos por Pereira et al ¹³ de 0,95 e 0,80 para o sexo masculino e feminino, respectivamente. Foram feitas duas aferições de pressão arterial e calculada a média entre elas. Os parâmetros utilizados para classificação foram pautados nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial ².

Participaram dos encontros um moderador, representado sempre pelo mesmo pesquisador, e um relator, que ficou responsável pela gravação e registro fotográfico do grupo, observando as expressões e reações diante dos questionamentos para serem transcritos posteriormente junto às falas.

Antes do início da reunião, o nome dos participantes foi escrito em crachás para facilitar a identificação e interação do grupo. Em seguida foi realizada uma dinâmica, tornando o momento mais descontraído.

O tema dos cinco encontros de grupo focal foi: *Hipertensão Arterial e Hábitos saudáveis de vida relacionados à alimentação, peso corporal, atividade física, fumo e consumo de bebida alcoólica: uma forma de Prevenção dos Fatores de Risco?* Foi utilizado em todos os encontros um roteiro semi-estruturado com questões abertas, que abordaram as seguintes categorias: hábitos alimentares (número de refeições realizadas durante o dia, tipos de alimentos e preparações, consumo de sal e ingestão de água); influência do peso e da inatividade física e, consumo de álcool e tabagismo. As categorias foram definidas com base

nas recomendações do Ministério da Saúde em relação ao tratamento não-farmacológico da Hipertensão Arterial ⁴.

Cada reunião teve duração de aproximadamente 1 hora e 20 minutos e foi composta, em média, por dez portadores de hipertensão arterial. Todos os encontros foram realizados em um salão de recepções localizado na área de abrangência estudada. O ambiente era amplo, em posição estratégica, de fácil acesso, privativo, apresentava boa ventilação e iluminação.

A análise do conteúdo compreendeu três etapas: transcrição na íntegra do conteúdo obtido, decodificação e análise. A transcrição consistiu na etapa de transferir para linguagem escrita todo o conteúdo das gravações realizadas durante os encontros. A decodificação é a classificação dos eixos temáticos, utilizada para realização da categorização. E a análise, considera as palavras, o contexto, a frequência, a intensidade dos comentários, a especificidade das respostas e a consistência interna ^{11,14}.

Foram preservados os preceitos éticos de não identificação dos sujeitos. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB, sob o número 663/06.

RESULTADOS

Os participantes constituíram-se por 53 indivíduos portadores de hipertensão, sendo que 35 destes eram do sexo feminino. A idade mínima entre os participantes foi de 25 anos de idade e a máxima de 72 anos, com uma média de 56 anos. Em relação ao grau de instrução, 81% possuíam menos de quatro anos de estudo ou não eram alfabetizados. Além de possuírem o diagnóstico para hipertensão arterial, 15% dos indivíduos também eram portadores de Diabetes Mellitus. A avaliação do estado nutricional pelo IMC revelou que a quase totalidade das mulheres (33) se encontravam com excesso de peso ou obesidade, sendo que 7 se encontravam em estágios de obesidade dos tipos II ou III. Dos 18 indivíduos do sexo

masculino que participaram da amostra, 50% apresentaram excesso de peso ou obesidade do tipo I, e a outra metade estava na faixa de normalidade.

Foram avaliados ainda indicadores de risco para desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DC) como: circunferência abdominal (CA) e relação cintura-quadril (RCQ). Para estes dois indicadores as mulheres apresentaram situação menos favorável que os homens. Enquanto 85,7% delas estavam com CA acima do recomendado, para eles este percentual foi de 33,3%. Para a RCQ, enquanto 82,9% das mulheres estavam com valores acima do recomendado, apenas 27,7% dos homens se apresentavam nesta situação.

Quanto aos níveis de pressão arterial, se observou que dos 53 indivíduos estudados, apenas 10 (18,8%) estavam com a pressão classificada entre ótima e limítrofe. Nas classificações de hipertensão leve, moderada e grave foram identificados respectivamente 21 (39,9%), 16 (30,1%) e 6 (11,3%) portadores de hipertensão.

Hábitos Alimentares

No grupo analisado prevaleceu o reconhecimento da importância de hábitos alimentares saudáveis na manutenção da pressão arterial em níveis desejados, assim como para a prevenção de possíveis complicações geradas pela sua constante e excessiva elevação. No entanto, foram identificadas, também, idéias que revelam o não reconhecimento da influência destes hábitos no controle da hipertensão.

A análise das falas mostrou que foi unânime a opinião de que o consumo excessivo de gorduras em geral e especialmente as frituras deve ser evitado pelo portador de hipertensão: *“Tirar as frituras pra diminuir as gorduras, né?”*. Foi mencionada, inclusive, a influência que uma dieta composta de alimentos ricos em fibras poderia causar sobre os níveis séricos de colesterol: *“...uma boa alimentação é o que faz reduzir também o colesterol... comer bastante verduras... eu acho que ajuda muito.”* Apesar do termo fibra não estar presente nas

falas, evidenciou-se a identificação da relação entre os alimentos que são ricos neste componente e a redução do colesterol.

As falas demonstram ainda, a clara percepção dos participantes quanto à relação existente entre o consumo de sal e a hipertensão arterial: “*A gente que é hipertenso deve ter muito cuidado com o sal*”. Afirmações como esta estiveram presente em todos os encontros realizados revelando, inclusive, um consenso desta idéia entre os participantes. Observou-se também o reconhecimento da necessidade de evitar o consumo de condimentos industrializados que têm o sódio na sua composição e que conseqüentemente também trazem riscos para o adequado controle da pressão arterial: “*é bom evitar esses temperos completos (citando marcas industrializadas de condimentos) que a gente compra, tudo isso tem muito sal.*” No entanto, para alguns participantes não está claro que reduzir a ingestão de sal não é a única recomendação que o portador de hipertensão necessita seguir. Alguns relatos apontam inclusive para a possibilidade da regularização dos níveis pressóricos apenas com a exclusão deste ingrediente: “*Tirando o sal melhora cem por cento*”.

No que se refere à recomendação de uma ingestão adequada de água para auxiliar a manutenção de bons níveis tensionais, algumas colocações expressaram o reconhecimento desta relação: “*Eu acho que se ficar sem beber água, a pressão aumenta mais.*” Foram feitas também associações entre o fato de consumir uma maior quantidade de água e com isso aumentar o volume urinário, promovendo uma queda na pressão: “*...a gente faz muito xixi quando toma muita água. Se você está com a pressão alta e começa a fazer xixi, daqui a pouco sua pressão baixa, né?*” Em contraposição, outras falas afirmaram não existir relação entre ingerir água e pressão arterial: “*Beber água não tem nada a ver com pressão, não.*”

Em algumas afirmações ainda foi estabelecida relação equivocada expressando a idéia de que ingerir maior quantidade de água pode promover ganho de peso: “*Eu tomo água,*

mas eu acho que não tem nada a ver com a pressão. É tanto que no verão... eu engordo, por que bebo muita água”.

Outra vertente abordada diz respeito ao número de refeições realizadas durante o dia. Percebeu-se que, no grupo de portadores de hipertensão estudado, prevalece uma percepção equivocada quanto à recomendação de fracionar o cardápio diário.

O entendimento de que um maior número de refeições realizadas ao longo do dia tem relação direta com uma maior quantidade de alimento ingerido e, conseqüentemente, com maior ganho de peso, foi observado a partir de afirmações como: *“Eu como três vezes ao dia. Café, almoço e janta, por que quanto mais a pessoa comer mais engorda.”*

A idéia de um maior fracionamento alimentar possibilitar o ganho de peso está presente, inclusive, no caso dos hipertensos portadores de Diabetes: *“... pra quem gosta de comer muito, tudo bem, mas eu só como duas, três vezes no dia, eu comia muito, mas hoje eu sou diabético.”* Nesta condição a orientação de fracionar a dieta é uma conduta ainda mais importante, pois auxilia na prevenção de quadros de hipoglicemia.

Apesar do entendimento equivocado acerca do fracionamento da dieta, a percepção de que a maior influência no ganho de peso está na composição alimentar também esteve presente: *“Mas muitas vezes um lanche, é mais do que uma refeição. Por que a gente ingere tanta caloria... um pão... um presunto, ou uma mussarela... um copo de suco. Eu acho que aí já extrapolou...”*.

Quanto ao fato de incorporarem hábitos alimentares saudáveis, alguns participantes afirmaram não apenas reconhecer a importância deste comportamento para o controle de sua doença, mas também adotar esta conduta como parte de seu tratamento.

Um fator referido pelos participantes como facilitador para a incorporação de novas práticas alimentares foi a orientação fornecida por profissionais da UBS. Expressões como *“Eu bebia pouca água, depois que a doutora [nutricionista] me disse: Beba no mínimo oito*

copos por dia, eu estou bebendo mais.” e “Eu tomo café da manhã, 10 horas tenho que ter uma fruta. Depois almoço e à tarde eu lancho. A noite janto e antes de dormir tenho que tomar leite ou chá. Porque eu já fiz o meu acompanhamento com a nutricionista.”

Neste trabalho percebeu-se que, mesmo para aqueles indivíduos que reconhecem a importância das recomendações sobre hábitos alimentares saudáveis para a manutenção de bons níveis tensionais, existem fatores que podem dificultar a incorporação destas condutas. Aspectos relacionados ao sabor, à ausência de apoio familiar e limitações financeiras foram destacados pelo grupo.

Em relação ao sabor os participantes referiram que os alimentos para os quais a recomendação é de eliminação ou redução na ingestão são exatamente os mais saborosos: *“Eu acho que é difícil você comer uma picanha e tirar a gordurinha. O bom seria isso, mas que a gordurinha é gostosa, é!”*

O olhar dos participantes sobre a ausência do apoio familiar refere-se às atitudes diante da preparação dos alimentos. A necessidade de ingerir preparações diferenciadas dos outros componentes da família dificulta na incorporação às recomendações. Esta idéia está explícita na seguinte fala: *“Eu fazendo minha comida não boto sal no arroz, bem pouquinho na carne. Mas quando é minha menina, ela vai provar o arroz e não acha bom, eu vejo ela botando sal na comida, aí quando eu vou comer, eu me atolo.”*

Outra dificuldade, apresentada pelos participantes em aderir às recomendações alimentares mais saudáveis, foram as limitações financeiras: *“Não é muito variado o cardápio lá em casa, porque não dá.” e “Minha culinária é por conveniência do que tem, tem semana que como feijoada a semana toda, é minha irmã quem traz a comida.”*

Observou-se, também, o não entendimento de que além da medicação, a doença pode e deve ser controlada por meio de medidas não farmacológicas: *“Se a comida ficar um pouco*

salgada aí quando a gente termina de comer, corre e toma logo o comprimido, para se prevenir, né?”.

Controle de Peso e Atividade Física

A recomendação em relação à manutenção do peso saudável como medida preventiva das complicações da hipertensão arterial é reconhecida de maneira consensual entre os participantes. *“Pra não ter problema de pressão é bom não engordar!”* Apesar disso, eles demonstraram dificuldades em atingir o objetivo: *“A gente, sendo hipertenso, tem que procurar emagrecer, que é a coisa que eu tenho lutado, mas não consigo mais. Já fui magro, agora estou gordo.”*

Entre as dificuldades percebidas, pode-se destacar a pouca clareza por parte dos hipertensos dos motivos que o levaram a ganhar peso. Identificou-se inclusive dificuldade em reconhecer a influência do seu consumo alimentar no ganho de peso e ainda uma tendência em buscar uma causa, que não seja alimentar, para justificarem esta condição: *“Estou gordo, mas não é por que como muito não, eu como pouco, acho que é a idade, certo? Aí vai engordando.”*

Observou-se também que a identificação por parte dos participantes, do ganho de peso como fator de risco para a hipertensão não implica necessariamente em uma mudança de comportamento alimentar: *“Não vou dizer que como aquele tiquinho, eu como é muitão. Deu vontade eu como.”*

Quanto à atividade física, os portadores de hipertensão mencionaram conhecer a sua importância como sendo um fator que auxilia no controle da pressão arterial: *“Caminhar faz bem para pressão.”* No entanto, merece destaque que a associação é feita diretamente entre atividade física (comumente a caminhada) e pressão arterial, mas não se evidenciou a relação entre a atividade física e controle de peso corporal.

Além de reconhecerem os benefícios da atividade física para o controle da pressão, alguns hipertensos também referiram aderir à recomendação e destacaram fatores que auxiliaram nesta adesão. Entre estes, tem-se a sensação de bem-estar experimentado após a atividade física e a maior disposição para realizar as atividades cotidianas que o exercício proporciona: *“Por que a gente caminhando, quando chega toma um banho, se sente mais relaxada, a gente tem mais animação pra fazer as coisas de casa.”*

Outra relação apreendida diz respeito ao cuidado com os níveis de pressão arterial durante a prática de atividade física, evitando possíveis complicações: *“Caminhar é ótimo para pressão, mas tem que saber se a pressão está normal, se a pressão estiver alta, aí complica a situação.”*

A falta de motivação foi apontada como um fator dificultador à prática de exercícios físicos, mesmo para aqueles que reconhecem os seus benefícios: *“Acredito que é bom, mas morro de preguiça de fazer essas coisas.”*

Os portadores de hipertensão associaram, ainda, a prática de atividade física a exercícios de intensidade elevada: *“Eu não caminho por que não gosto e não sei andar ligeiro”.*

Apesar de ter prevalecido o reconhecimento de que a atividade física regular auxilia na manutenção dos níveis tensionais, apareceram idéias opostas a esta: *“Eu acho que não é muito bom a caminhada para pressão não. Por que a gente fica andando, se esforçando e vai esquentando o corpo.”*

Foi referido o interesse para que a Unidade Básica de Saúde promova a prática de exercícios físicos em grupo. A percepção de que este tipo de atividade traria benefícios não só para saúde física como mental dos hipertensos também foi evidenciada: *“Se a gente tivesse aqui no posto um professor que fizesse alguma atividade física, seria muito bom pra*

pressão da gente. Porque a pessoa brinca com um, brinca com outro, tem uma dinâmica. Aí, aqueles problemas que tem em casa já desaparecem”.

Tabagismo e Bebidas Alcoólicas

O reconhecimento de que a ingestão de bebidas alcoólicas e o fumo constituem-se em fatores de risco para hipertensão arterial foi demonstrado nos grupos:

“O cigarro é um vilão tanto quanto o sal”;

“Beber piora mais a pressão, ataca o coração.”

Foram identificadas, também, idéias que revelam o não reconhecimento da influência do hábito de fumar como fator de risco para hipertensão arterial: *“Fumar tem a ver com câncer, mas com pressão, não”*. Para a bebida alcoólica, alguns participantes expressaram que o prejudicial é o excesso, e que pequenas doses seriam inofensivas: *“Não é bom pra pressão beber, mas eu acho que uma vez por outra, não tem problema.”*

O abandono aos hábitos de ingerir bebidas alcoólicas e/ou de fumar foi referido, em especial, após algum tipo de complicação associada a estes hábitos: *“Eu deixei de beber por causa da trombose, se não fosse o problema de saúde ainda hoje eu estava tomando cana.”*

Mesmo reconhecendo os prejuízos destes hábitos para o controle da pressão arterial, os participantes revelaram grande dificuldade no abandono destes, principalmente do tabagismo, em função do longo tempo de permanência no vício.

“Eu fumo e ofende, mas daqui pra frente não tem mais jeito de deixar não, já faz mais de sessenta anos que eu fumo.”

Os participantes fizeram alusão a questões que extrapolam a vivência da saúde física. Foram apresentadas justificativas para manter o hábito de fumar, por exemplo, por este estar associado a uma sensação de prazer: *“É gostoso fumar um cigarrinho!”* e *“Quando estou sozinha para eu não ficar em depressão, eu acendo um cigarrinho”*.

DISCUSSÃO

A metodologia de grupo focal mostrou-se adequada para apreender as percepções e os conhecimentos dos portadores de hipertensão a respeito da sua doença, oferecendo dados relevantes e coerentes com aqueles encontrados na literatura.

Neste estudo o percentual de portadores de hipertensão com sobrepeso e/ou obesidade e com medidas de CA e RCQ acima do recomendado pela literatura foi alto ^{12,15}. Apesar de esta pesquisa não ter caráter populacional, os achados antropométricos se constituem como mais um aspecto a ser considerado para o acompanhamento das recomendações não medicamentosas no grupo estudado.

Os resultados demonstraram que não existiu consenso a respeito da adoção de hábitos alimentares mais saudáveis para promoção de um melhor controle da hipertensão arterial. Peres et al ¹⁶ em estudo que objetivou apreender a percepção dos portadores de hipertensão acerca de sua doença identificou que apenas uma minoria dos participantes associou hábitos alimentares inadequados ao descontrole de sua pressão arterial.

Com relação ao fracionamento da dieta percebeu-se, em geral, pouca clareza por parte dos portadores de hipertensão a respeito dos seus benefícios para o controle da pressão arterial, prevalecendo a idéia de que um maior número de refeições realizadas durante o dia aumentaria a possibilidade de ganho de peso. Entretanto, estudos têm demonstrado que um maior número de refeições ao longo do dia, além de exercer influência no controle do apetite e promover uma melhor regulação da ingestão calórica, ainda apresenta uma relação inversa com o nível de pressão arterial sistólica¹⁷.

Apesar de não consensual, a influência do consumo adequado de água para controle dos níveis tensionais foi mencionada no grupo. O Ministério da Saúde do Brasil recomenda consumo diário de dois a três litros de água para o bom funcionamento corporal em geral ¹⁸. Para os hipertensos, Batmanghelidj ¹⁹ estabelece uma relação ainda mais estreita entre o hábito de ingerir água e a manutenção da pressão arterial em níveis adequados. Este autor destaca que no caso daqueles que fazem uso de diuréticos, o problema é ainda maior, pois com uma ingestão deficiente de água, o corpo, com o objetivo de livrar-se do sódio, pode se tornar ainda mais desidratado.

Quanto ao consumo de sal, foi evidente o entendimento, por parte dos portadores de hipertensão da necessidade de controlar a sua ingestão. A influência negativa do consumo do sal, na hipertensão, é tema controverso, devido às diferenças de sensibilidade ao sódio de cada indivíduo ²⁰. No entanto, considerando a dificuldade em identificar os sensíveis e não-sensíveis, recomenda-se restrição no consumo de sal para até 6 g/dia para todos os hipertensos ^{4,21}.

Nesta pesquisa, dificuldades foram apontadas pelo portador de hipertensão arterial para aderir às recomendações não medicamentosas. Além da influência que a restrição de sal exerce sobre o sabor dos alimentos, a ausência de apoio familiar foi destacada. A HAS destaca-se no contexto familiar como uma experiência de difícil adaptação, pois seu controle requer mudanças de comportamento que vão desde os hábitos alimentares, até o estilo de vida não só da pessoa hipertensa, como de toda a família ^{22,23}. Um estudo realizado por Saraiva ²³ demonstrou que os familiares de portadores de hipertensão não se envolviam nas condutas inerentes ao tratamento não medicamentoso, principalmente na preparação de alimentação adequada.

Já está bem estabelecida na literatura a ação benéfica do exercício físico sobre os níveis de pressão arterial ²⁴. O sedentarismo é um grande fator de risco para hipertensão,

estando bem descrito na literatura a ocorrência de maior taxa de eventos cardiovasculares e maior taxa de mortalidade em indivíduos com baixo nível de condicionamento físico²⁵. Os estudos que avaliam a prática de atividade física regular apontam baixos níveis de adesão²⁶. O objetivo do presente estudo foi apreender o olhar do portador de hipertensão a respeito da recomendação da prática de atividade física, mostrando os resultados que existe uma idéia equivocada sobre o tipo de atividade física que é benéfico para a sua condição de saúde.

O hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas foi mencionado como prejudicial para a pressão arterial. No entanto, também esteve presente a idéia de que o fumo não prejudicaria a pressão arterial em específico, mas teria relação com câncer de pulmão. O tabagismo já está bem definido como um importante fator de risco para hipertensão e a recomendação é de abandono do hábito; contudo é destacada a grande dificuldade de adesão a esta conduta, devido à forte dependência gerada pela nicotina^{2,5}. Para a ingestão de bebidas alcoólicas os participantes expressaram que o consumo deve ser limitado. A recomendação das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial² é que indivíduos abstêmicos não devem ser induzidos a ingerir bebidas alcoólicas, e para os consumidores de álcool, a ingestão deve ser limitada a 30 gramas de álcool por dia.

Percebeu-se, neste estudo, que no grupo de portadores de hipertensão há percepções equivocadas sobre algumas das recomendações não medicamentosas reconhecidas na literatura^{2,4} como eficazes para o controle da HAS e prevenção das suas complicações. Os participantes estão cadastrados no Programa de Controle da HAS do PSF de Camboinha no município de Cabedelo, no Estado da Paraíba, que deve seguir as diretrizes estabelecidas no Programa Nacional. Assim, os resultados refletem fragilidade nas ações inerentes ao Programa quanto às recomendações não medicamentosas para o controle da HAS em parte do grupo. É importante uma intensificação no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas neste Programa no sentido de identificar os motivos que estão influenciando

para uma deficiente incorporação das recomendações não medicamentosas para o controle da HAS em parcela do grupo. É importante ressaltar que o comportamento de saúde é determinado pela percepção do paciente sobre a sua susceptibilidade à doença e sua gravidade, os benefícios e barreiras do tratamento ²⁷.

Foi observado que dos 53 participantes, 43 possuíam pressão arterial não controlada, revelando que é necessário a realização de monitoramento e avaliação do programa de controle à HAS para contribuir com a implementação de ações que favoreçam para sua maior eficácia.

A escolaridade é descrita, pela literatura, como determinante para apreensão das recomendações, pois as informações serão assimiladas a partir do momento em que haja capacidade cognitiva para isso ²⁸. Os indivíduos estudados apresentaram baixo nível de escolaridade formal. Diversos estudos relacionam a baixa escolaridade e a renda familiar com a hipertensão, revelando sua associação a más condições de vida ^{29,30}. Mesmo para aqueles que revelaram conhecer as recomendações, este fato não garantiu que os mesmos seguissem as orientações, assim como em outros estudos, os conhecimentos sozinhos nem sempre foram traduzidos em práticas saudáveis para reduzir os riscos ^{26,31}.

Os participantes, que mencionaram o abandono do tabagismo e/ou da ingestão de bebida alcoólica, reconheceram que o fizeram após terem apresentado algum tipo de complicação que associaram a estes hábitos. Ou seja, aderiram às recomendações não como forma de prevenção, pois já haviam sofrido os agravos, mas como tratamento das complicações decorrentes do descontrole da hipertensão arterial, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, por exemplo. É pertinente ressaltar que o PSF tem na sua concepção os pressupostos da promoção e prevenção da saúde. No entanto, ainda é preciso que no cotidiano dos serviços esta lógica permeie mais fortemente a prática da atenção prestada.

Observou-se que, em um grupo de indivíduos acompanhados por uma mesma UBS, as recomendações não medicamentosas para o controle da HAS podem ser percebidas de forma bem distintas e até divergentes. Este fato revela a possibilidade da existência de uma fragilidade no acompanhamento a esses pacientes. Além disso, evidencia-se a necessidade de compreender os fatores que possam estar influenciando a não incorporação destas recomendações.

Com os resultados obtidos nesta pesquisa, pretende-se contribuir para um melhor acompanhamento dos portadores de hipertensão cadastrados na UBS, promovendo novas ações de controle da doença e estimulando outras pesquisas na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As realidades observadas nos discursos dos indivíduos cadastrados e acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família refletem o nível de apreensão dos portadores de hipertensão arterial a respeito das práticas não medicamentosas de controle da sua doença. Partindo da concepção proposta pelo MS, é imprescindível que as ações de saúde promovidas pela atenção básica sejam compostas por atividades multiprofissionais com ênfase na promoção à saúde, ou seja, ações educativas que destaquem a importância das mudanças do estilo de vida para uma redução das complicações geradas pelo descontrole da doença.

O desafio é desenvolver abordagens que estimulem hábitos e estilos de vida mais saudáveis que reduzirão o risco de exposição à doença e trará benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS, bem como a redução da incidência e prevalência de doenças cardiovasculares em geral.

Avaliar o Programa, por meio da percepção daqueles que vivenciam suas realidades, tem por foco constituir uma contribuição para o permanente reconstruir das políticas de

saúde. As estratégias de saúde pública devem ser desenvolvidas, implantadas e principalmente, constantemente avaliadas, para atingir de forma eficaz o público atendido pelo PSF.

Colaboradores

PESSOA, V.V.B. participou da coleta de dados, análise e redação do artigo.

CARVALHO, A.T. participou da concepção da pesquisa, análise e redação do artigo.

Agradecimentos

Aos professores Rodrigo Vianna e Isabella Samico pelos comentários em versão preliminar do artigo. À Manuela Ribeiro pela colaboração na relatoria dos grupos focais. À Secretaria Municipal de Saúde de Cabedelo por facilitar o acesso à UBS.

REFERÊNCIAS

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr, JL. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of HighBlood Pressure: the JNC 7 report. *Hypertension* 2003; 42 (6):1206-52.
2. Gomes MAM, Nobre F, Amodeo C, Kohlmann Jr. O, Praxedes JN, Machado CA, et al. IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2004; 82 (Supl IV):7-14.
3. Silveira CAM, Remígio MI, Brandão S. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Figueira NM, Costa Jr. JI, Sá Leitão CC, Lucena VG, Melo HRL, Brito CAA. *Conduitas em clínica médica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p.314-332.
4. Ministério da Saúde. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 58p.
5. Ministério da Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Ribeiro AB. *Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 1996.
7. Sociedade Brasileira de Hipertensão. *III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial*. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão: 1998.
8. Jardim PCBV, Souza ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina* 1996; 29:232-8.

9. Sawaia BB. Análise psicossocial do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP 1994; 28:105-10.
10. Minayo CSO. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Hucitec; 2000.
11. Morgan DL. Focus group as qualitative research. Newbury Park, Sage Publication; 1988. (Qualitative Research Methods Series 16).
12. Sociedade Brasileira de Hipertensão. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol 2005; 84 (Supl I): 1-28.
13. - Pereira R, Sichieri R, Marins VMR. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. Cad Saúde Publica 1999; 15(2):333-44.
14. Krueger RA. Focus Groups: A practical guide for applied research. 2 ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
15. Pereira R, Sichieri R, Marins VMR. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. Cad Saúde Publica 1999; 15(2):333-44.
16. Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública 2003;37(5):635-42.
17. Oliveira MC, Sichieri R. Fracionamento das refeições e colesterol sérico em mulheres com dieta adicionada de frutas ou fibras. Rev Nutr Campinas 2004; 17(4):449-459.
18. Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 108 p.
19. Batmanghelidj F. Your body's many cries for water. 2 ed. Global Health Soluti; 1992.
20. Cowley AW. Genetic and nongenetic determinants of salt sensibility and blood pressure. Am J Clin Nutr 1997; 6 Suppl:587S-93S.

21. INTERSALT Cooperative Research Group: INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hours urinary sodium and potassium excretion. *British Medical Journal* 1988; 297:310-328.
22. Andrade JP. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arquivo Bras Cardiol* 2002 Out.; 79 (4):375-84.
23. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto Contexto Enferm* 2007 Jan-Mar; 16(1): 63-70.
24. Paffenbarger RS, Wing AL, Hyde RT. Physical exercise and incidence of hypertension in college alumni. *Am J Epidemiol* 1983;117:245-57.
25. Myers J. Exercise and cardiovascular health. *Circulation* 2003; 107:e2-e5
26. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002; 10(3) :415-22.
27. Renovato RD, Dantas AO. Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa. *Infarma* 2005; 17(3/4): 72-75.
28. Pierin AMG, Gusmão JL, Carvalho LVB. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. *Rev da Socied Brasil Hipertensão* 2004;7 (3): 100-3.
29. Sturmer G, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8):1727-1737.
30. Freitas OC, Resende de Carvalho F, Marques Neves J, Veludo PK, Silva Parreira R, Marafioti Gonçalves R, et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77: 9-21.

31. Suminski RR, Anding J, Smith DW, Zhang JJ, Utter AC, Kang JIE. Risk and reality: the association between cardiovascular disease risk factor knowledge and selected risk-reducing behaviors. *Fam Community Health* 1999; 21:51-62.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)