

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FERNANDO DE OLIVEIRA E SOUZA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE DIOGO  
DE VASCONCELOS - MG.**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS**

**Abril /2011**

**FERNANDO DE OLIVEIRA E SOUZA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE DIOGO  
DE VASCONCELOS - MG.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso  
de Especialização em Atenção Básica em Saúde da  
Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para  
obtenção do Certificado de Especialista.**

**Orientadora: Professora Denise Terenzi**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS**

**Abril /2011**

**FERNANDO DE OLIVEIRA E SOUZA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO DE DIOGO  
DE VASCONCELOS-MG.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do  
Certificado de Especialista.**

**Orientadora: Professora Denise Terenzi**

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Agradecimentos:**

A Deus, em primeiro lugar, pela vida, graça, proteção e amor.

Ao professor e amigo Max André, pela oportunidade, pelo conhecimento e por ter acreditado em mim.

À minha Família, pelo carinho e apoio.

Ao amigo e colega de pós, que conquistei durante essa importante jornada, Adão de Siqueira.

À minha orientadora Denise Terenzi, pelos esclarecimentos e sugestões.

À amiga Marcelle, pela preciosa ajuda.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização de mais essa importante conquista.

## Resumo

A pesquisa realizada no município de Diogo de Vasconcelos partiu do pressuposto que, apesar das várias divulgações e campanhas em veículos de comunicação a respeito da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e seus fatores de risco, as pessoas portadoras dessa enfermidade, ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com a mesma e que tais dificuldades são decorrentes de questões culturais e sociais. A Hipertensão Arterial é uma síndrome que se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico, atingindo 10 a 20% da população adulta e aparecendo como causa direta ou indireta de elevado número de óbitos. O presente estudo apresenta, em sua primeira parte, um histórico sobre a HAS, seus fatores de risco, o tratamento e a responsabilidade da equipe de saúde; em sua segunda parte expõe a metodologia da pesquisa e na terceira parte, situa a HAS dentro do município de Diogo de Vasconcelos. Este estudo encontra-se apoiado na teoria do desenvolvimento apresentada por Vygotsky; tem como seu principal objetivo apresentar, através de uma revisão bibliográfica pertinente e de uma observação de fatos, o problema “Hipertensão Arterial” e seus fatores de risco e descrever tal problema no respectivo Município. Este trabalho foi pautado numa abordagem qualitativa de pesquisa, por esta metodologia permitir um enfoque mais específico de uma dada realidade. A atual pesquisa confirma os resultados das conclusões relatadas nas referências bibliográficas levantadas, que evidenciam que o sedentarismo, a não adesão ao tratamento e os hábitos inadequados de alimentação como causas do aumento e manutenção dos casos de hipertensão arterial, indicando que tal comportamento se repete em Diogo de Vasconcelos. Através desta pesquisa, observamos ainda que o controle da pressão arterial não se relaciona apenas aos hábitos de vida saudável do paciente e seu tratamento medicamentoso, mas também com a conscientização sobre a enfermidade e às comorbidades relacionadas. Deve-se enfatizar o trabalho de conscientização e de orientação do uso correto de medicamentos conforme prescrição, desenvolvido pela equipe de saúde deste município, com pessoas de baixa escolaridade ou não; este trabalho é realizado na maioria das vezes através do uso da linguagem verbal ou não-verbal (desenhos sugestivos nas caixas dos próprios medicamentos), que promovem melhor entendimentos dos medicamentos e seus horários e também mudanças consideráveis na postura desses pacientes, propiciando maior adesão dos mesmos ao tratamento e, conseqüentemente, melhorias nas condições dos níveis de saúde.

## **Abstract**

The research conducted in the municipality of Diogo de Vasconcelos, assumed that, despite the various campaigns and disclosures in the media about high blood pressure (hypertension) and its risk factors, people with this disease, still present serious difficulties in dealing with the same and that these difficulties are due to cultural and social issues. Hypertension is a syndrome characterized primarily by increased blood pressure, both systolic and diastolic, reaching 10 to 20% of the adult population and appearing as direct or indirect cause of numerous deaths. This study presents, in its first part, a history of hypertension, its risk factors, treatment and accountability of the health team, in its second part outlines the research methodology and the third part, located within the municipality, SH Diogo de Vasconcelos. This study is supported in development theory by Vygotsky, has as its main objective to present, through relevant literature and an observation of facts, the problem "Hypertension and its risk factors and describe this problem in respective municipality. This work was guided by a qualitative approach, this methodology allows for a more specific focus of a given reality. The current study confirms the results of the findings reported in the references raised that suggest that physical inactivity, non-adherence to treatment and inappropriate feeding practices as causes of the rise and maintenance cases of hypertension, indicating that such behavior is repeated in Diogo de Vasconcelos. Through this research, we also observed that control of blood pressure is not related only to healthy lifestyle habits of the patient and medical treatment, but also to raise awareness about the disease and related comorbidities. Emphasis should be given the job of raising awareness and guiding the proper use of medications as prescribed, developed by healthcare providers of this council, with the less educated or not, this work is done mostly through the use of verbal or nonverbal (suggestive drawings on the boxes of medicines themselves), which promote better understanding of medications and their schedules and also considerable changes in the posture of these patients, providing greater adherence to the same treatment and thus improvements in levels of health.

**Sumário:**

<b>Introdução .....</b>	<b>08</b>
<b>1</b> <b>Objetivos da pesquisa.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b> <b>Referencial teórico.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b> <i>A hipertensão arterial e seus fatores de risco.....</i>	<b>11</b>
<b>2.2</b> <i>Diagnóstico, avaliação e medidas da hipertensão arterial.....</i>	<b>13</b>
<b>2.3</b> <i>Fatores predisponentes da hipertensão arterial .....</i>	<b>18</b>
<b>2.4</b> <i>Objetivos e metas referentes ao tratamento da hipertensão arterial.....</i>	<b>25</b>
<b>2.5</b> <i>Contribuição da teoria de Vygotsky.....</i>	<b>27</b>
<b>2.6</b> <i>Responsabilidades da equipe de saúde.....</i>	<b>30</b>
<b>3</b> <b>Procedimentos metodológicos .....</b>	<b>33</b>
<b>4</b> <b>Resultados .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1</b> <i>Justificativa da implantação da ESF no município de Diogo de Vasconcelos .....</i>	<b>35</b>
<b>4.2</b> <i>Característica da ESF de Diogo de Vasconcelos .....</i>	<b>35</b>
<b>4.3</b> <i>Sistema de Saúde .....</i>	<b>36</b>
<b>4.4</b> <i>O dia a dia na ESF rural .....</i>	<b>37</b>
<b>4.5</b> <i>A hipertensão arterial no município de Diogo de Vasconcelos .....</i>	<b>38</b>
<b>4.5.1</b> <i>Hipertensão arterial e o sedentarismo no município de Diogo de Vasconcelos .....</i>	<b>39</b>
<b>4.5.2</b> <i>Hipertensão arterial e a não adesão ao tratamento no município de Diogo de Vasconcelos .....</i>	<b>41</b>

<i>4.5.3 Hipertensão arterial e hábitos alimentares inadequados no município de Diogo de Vasconcelos</i> .....	44
<b>Conclusão</b> .....	48
<b>Bibliografia</b> .....	51



## Introdução

A experiência na área de saúde, no município de Diogo de Vasconcelos, nos últimos anos, vem mostrando que, apesar das várias divulgações e campanhas em veículos de comunicação a respeito da hipertensão arterial e seus fatores de risco, as pessoas, portadoras dessa enfermidade ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com essa questão.

Partiu-se do pressuposto que tais dificuldades são decorrentes de questões culturais e sociais e levam a vários fatores de risco, tais como a não adesão ao tratamento pelo paciente, a manutenção de hábitos alimentares inadequados, a não modificação no estilo de vida do paciente e a utilização inadequada da medicação.

Embora tenha sido possível levantar, intuitivamente, as possíveis causas do problema, considerou-se necessário o desenvolvimento de uma pesquisa sistemática sobre a questão.

Segundo Porto (2005), a hipertensão arterial é uma síndrome que se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico.

O autor reforça, ainda, a idéia de que se trata de uma enfermidade que merece bastante atenção e cuidados. Para ele,

*A hipertensão arterial é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois, além de ser muito freqüente-10 a 20% da população adulta são portadores de hipertensão arterial-ela é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. (PORTO, 2005, p. 487).*

Porto (2005) ressalta ainda que a hipertensão arterial aparece isoladamente em apenas 30% dos casos. Isso quer dizer que, na maioria das vezes, ela está associada a outras condições, denominadas fatores de risco, como dislipidemia, obesidade, sedentarismo e diabetes.

São muitas as questões que rondam este tema. Contudo, o que nos interessa investigar é: qual o papel do portador de hipertensão arterial na melhoria de sua qualidade de vida? É possível desenvolver um trabalho de intervenção que desperte nessas pessoas a consciência de que é preciso levar a sério o tratamento? Enfim, que lugar a equipe de saúde deve ocupar diante dos inúmeros casos de hipertensão arterial?

O estudo pretende mostrar que cada caso deve ser estudado com cuidado, pois, apesar de muitas vezes as pessoas apresentarem os mesmos problemas de saúde, elas são seres únicos, com uma história de vida particular e que se relacionam com o seu problema de maneira única e desvinculada de fórmulas prontas de sucesso.

Por se tratar de um estudo que visa o desenvolvimento das pessoas, através da interação com o outro e com o meio (no caso, a melhoria do quadro dos hipertensos do município de Diogo de Vasconcelos) e levando-se em consideração a busca da melhoria de qualidade de vida, buscou-se a contribuição da teoria apresentada por Vygotsky, que é a teoria do desenvolvimento.

O trabalho está dividido em 03 (três) momentos, dispostos da seguinte forma: na primeira parte apresenta-se um histórico sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco e a contribuição da teoria de Vygotsky, além das responsabilidades da equipe de saúde e seus componentes. Na segunda parte expõe-se a metodologia da pesquisa. E, por fim, na última parte: situa-se a hipertensão arterial e seus fatores de risco dentro do município de Diogo de Vasconcelos, além do trabalho de intervenção da equipe de saúde nesse município.

Finalizando, seguem-se as conclusões, recomendações e a bibliografia utilizada na pesquisa.

## Capítulo 1-Objetivos da pesquisa

A pesquisa tem como objetivo principal:

- Apresentar, através de uma revisão bibliográfica pertinente, o problema “hipertensão arterial” e alguns de seus fatores de risco, além de descrever tal problema no município de Diogo de Vasconcelos.

A pesquisa tem como objetivos secundários:

- Oferecer subsídios para a continuidade de estudos nessa temática para a promoção e atenção à saúde,
- Determinar a relação entre hipertensão e fatores de risco comportamentais, sócio-demográficos e clínicos entre os indivíduos hipertensos,
- Conscientizar aos moradores do município de Diogo de Vasconcelos da importância do tratamento da enfermidade,
- Esclarecer as responsabilidades da equipe de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos do local.

Para alcançarmos os objetivos desta pesquisa serão utilizadas como base as principais teorias pesquisadas sobre os assuntos relativos ao tema escolhido, no sentido de se encontrar soluções para as situações descritas e, também soluções para os objetivos definidos nessa pesquisa científica e, que serviram de base para o direcionamento desta monografia.

## Capítulo 2-Referencial teórico

### 2.1. A hipertensão arterial e seus fatores de risco

É sabido que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 2 (dois) milhões de mortes a cada ano, em todo o mundo. Dados do Ministério da Saúde (2001) apontam que, na década de 80, mais precisamente no ano de 1988, quase 60% das mortes em todo o mundo foram provocadas por essas doenças. Outro dado lastimável indica que, em 2020, esse quadro pode se agravar, chegando a 73% das mortes provocadas pelas doenças crônicas não-transmissíveis.

Trata-se de uma epidemia moderna, em nível nacional e internacional. Ela tem se expandido mais, segundo levantamento do Ministério da Saúde, em populações pobres e desfavorecidas dos países em desenvolvimento. Esse fato pode ser comprovado já no ano de 1998, quando 77% das mortes atribuídas às doenças crônicas não-transmissíveis ocorreram nos países em desenvolvimento.

Nesse contexto, a hipertensão arterial aparece como uma das mais graves enfermidades entre as doenças crônicas não-transmissíveis, sendo responsável direta ou indiretamente por um elevado número de óbitos no mundo moderno.

O estudo de Melo Neto (2006) apresenta a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares conforme apontam os estudos de (Duncan et al, 1993 apud Melo Neto 2006) e que pode ocorrer associada a outros fatores de risco que são independentemente associados a doenças cardiovasculares como os fatores sócio-demográficos, comportamentais e clínicos.

Segundo Rolim (2005), estima-se que 30% da população brasileira acima de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada. Trata-se de um dado preocupante, pois, tal enfermidade oferece riscos para o agravamento de outras doenças. Ainda segundo o autor (p.35)

*Observa-se a transformação progressiva deste quadro num dos mais graves problemas de saúde pública, principalmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle e pelo impacto à saúde das populações, uma vez que oferece risco para a instalação ou agravamento de outras doenças.*

De acordo com o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, de 2002, elaborado pelo Ministério da Saúde, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares (principal causa de risco de mortalidade na população brasileira), contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional.

Este mesmo documento traz dados estatísticos que comprovam que a hipertensão afeta cerca de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Outro dado importante indica que aproximadamente 85% dos pacientes que sofreram de acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentaram hipertensão associada.

O documento do Ministério da Saúde “Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus”, de 2001, apresenta dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que comprovam que 40% das aposentadorias precoces do país são decorrentes do controle inadequado dos níveis de pressão arterial, que por sua vez acarretam graves complicações tais como a aterosclerose, o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica e a insuficiência cardíaca congestiva.

Só em 2001, tais complicações resultaram em um elevado índice de mortalidade de adultos, fato esse que pode ser comprovado através do Datasus (2001), que afirma que, nesse ano, 32% das mortes de adultos foram decorrentes desses agravos.

O mesmo documento supracitado do Ministério da Saúde aponta que a hipertensão arterial é responsável por 60% dos casos de infarto do miocárdio e por 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, de 2006, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) vem a ser:

*(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (Caderno de Atenção Básica-nº 15, p. 9, 2006).*

A hipertensão arterial, conforme Porto (2005), é considerada uma síndrome que se caracteriza basicamente por aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico, quanto diastólico.

Para (Neutel e Smith, 1999; Rondinelli e Moura-Neto, 2003) citados por Faria (2007, p. 19), a hipertensão arterial (HAS)

*É um importante fator de risco independente para DCV, sendo uma síndrome multifatorial, caracterizada por níveis tensionais elevados, que podem ser decorrentes de alterações metabólicas e hormonais. A regulação da pressão sanguínea é um processo complexo influenciado por diversos sistemas fisiológicos, incluindo vários aspectos do funcionamento renal, transporte celular de íons e funcionamento cardíaco.*

Em busca de novos conceitos a respeito da hipertensão arterial, deparamo-nos com a definição apresentada por SOUZA (1999). Para esse autor, a HAS é uma doença multifatorial e que possui curso assintomático e prolongado, sendo de detecção quase sempre tardia.

## **2.2. Diagnóstico, avaliação e medidas da hipertensão arterial**

Segundo Porto (2005), trata-se de uma enfermidade que vem atingindo uma parte significativa da população adulta, em todo o mundo. Tal enfermidade tem dado origem a um número elevado de óbitos, decorrentes de diversos fatores, tais como acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio; o autor afirma ainda que a confirmação diagnóstica da hipertensão arterial deve ser efetuada com mais de uma tomada de pressão, em mais de uma ocasião.

Para ele, um diagnóstico insatisfatório pode induzir à prescrição de terapêutica desnecessária ou prejudicial aos pacientes, considerando-se que qualquer número para se definir pressão normal ou elevada é arbitrário e toda classificação é defeituosa. Segundo o mesmo, faz-se necessário o estabelecimento de determinados valores, com o intuito de uma sistematização. Afirma ainda que hoje se conhecem os valores dos níveis sistólico e diastólico como importantes fatores de risco para o aparelho cardiovascular e consideram-se para a definição de hipertensão arterial os níveis de pressão diastólica e sistólica.

No que se refere à investigação diagnóstica na hipertensão arterial, Porto (2005, p. 491) apresenta o seguinte roteiro como sugestão para tal. O roteiro proposto é o seguinte:

1º) Obedecer sempre às normas e as recomendações quanto à posição do paciente e ao tipo de manguito, realizando sempre duas mensurações da pressão arterial com intervalo mínimo de 5 minutos entre uma e outra. Se houver diferença significativa nesta avaliação inicial, repetir as mensurações 1 ou 2 dias depois.

2º) Sempre que possível, colocar o paciente em dieta hipossódica e sem uso de medicamentos anti-hipertensivos durante 1 semana, para uma correta avaliação do grau de hipertensão (leve, moderada ou grave) e de forma evolutiva (benigna ou maligna).

3º) Com os dados clínicos - sexo, idade, sintomas e sinais e evolução -complementados por exames laboratoriais simples - exame de urina, dosagem de eletrólitos, creatinina e glicose - procurar indícios de enfermidade renal, endócrina ou vascular que possa ser a causa de hipertensão arterial.

4º) Avaliar as condições dos órgãos-alvo (coração, rins e cérebro), caracterizando a presença ou não de complicações.

5º) Feito o diagnóstico de hipertensão arterial, o médico deve interpretá-la, compreendendo o paciente como um todo, ou seja, jamais ficar restrito às cifras tensionais considerando que elas sintetizam tudo o que o paciente possa ter.

No que se refere à avaliação clínica da hipertensão arterial, o documento “Hipertensão e Diabetes”, elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2007, afirma que essa deve ser criteriosa, com a finalidade de promover a classificação, diagnosticar a etiologia, avaliar os fatores de risco cardiovascular, além de avaliar a presença ou não de doença em órgãos-alvo ou doença cardiovascular clínica.

A medida da pressão arterial, segundo esse mesmo documento, deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes, de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados.

Para essa finalidade, utiliza-se o método indireto, aquele com técnica auscultatória, com o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio sendo o equipamento mais adequado. O aparelho aneróide deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada seis meses.

O documento em referência traz, ainda, outros dados extraídos do “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, de 2006, relacionados à técnica para aferição da pressão arterial, que serão expostos em seguida. Para o preparo do paciente recomenda-se:

- Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo; evitar bexiga cheia;
- Não praticar exercícios físicos 60-90 minutos antes da aferição da pressão;

- Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- Não fumar até 30 minutos antes;
- Manter pernas descruzadas e os pés apoiados no chão, o dorso recostado na cadeira e relaxado;
- Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito;
- Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal) apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- Solicitar que o paciente não fale durante a medida.

Para uma maior segurança no que se refere à medida da pressão arterial, é indicado que sejam realizadas pelo menos três medidas de pressão com intervalo de um minuto entre elas e a média das duas últimas será tomada como a pressão arterial do indivíduo, não devendo essa ser ultrapassado quatro mm Hg de diferença entre as medidas. Caso isso ocorra, torna-se necessária a realização de novas medidas, para a realização de um diagnóstico preciso e, para que não se incorra prejuízos ao possível portador dessa enfermidade.

O documento intitulado “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, de 2010, elaborado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em associação com especialistas de outras áreas da saúde, apresenta a seguinte classificação da pressão arterial.

<b>Classificação da Pressão Arterial</b>		
<b>Adultos Acima de 18 Anos (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010)</b>		
Pressão diastólica	Pressão sistólica (mm Hg)	Classificação
<80	<120	Ótima
<85	<130	Normal
85-89	130-139	Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥110	≥180	Hipertensão grave (estágio 3)
<90	≥140	Hipertensão sistólica isolada



De acordo com os dados apresentados, são considerados portadores de hipertensão arterial, aqueles indivíduos que apresentam pressão diastólica acima de 90 mm Hg e sistólica acima de 140 mm Hg (acima de 18 anos). Essa mesma classificação pode ser vista no Caderno de Atenção Básica-Nº 15, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2006.

Segundo Porto (2005, p. 488), os níveis pressóricos, em determinadas pessoas, podem sofrer variações, para mais ou para menos, em curtos períodos de tempo, acarretando cifras acima dos valores normais. O autor acredita que os impactos emocionais podem ser fatores que desencadeiam esse transtorno e, ao mesmo tempo, afirma que, em muitas ocasiões, isto pode ocorrer sem que haja qualquer fator desencadeante.

Sobre essa questão, o autor assim se posiciona:

*Em alguns pacientes, bastam fazer duas mensurações da pressão arterial, com intervalo de poucos minutos entre uma e outra, para se comprovarem diferenças significativas. A esta condição denomina-se hipertensão arterial lábil. Seguramente a regulação da pressão arterial desses pacientes é diferente da dos que não apresentam tais variações tensionais, mas não se pode rotulá-los de hipertensos. (PORTO, 2005, p. 488)*

Maciel (1994), em relação às causas da hipertensão arterial, assim se expressa:

*É freqüente médicos e pacientes rotularem a doença hipertensiva de emocional e nervosa, evidenciando um reducionismo na atribuição das causas da hipertensão arterial. Tal fato poderia ser explicado pela inexistência de uma causa física identificável.*

O Caderno de Atenção Básica, dedicado à Hipertensão Arterial, do Ministério da Saúde, 2006, mostra que é preciso levar em consideração no diagnóstico da hipertensão arterial, os níveis tensionais e também o risco cardiovascular global, que é estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesão nos órgãos-alvo, além de comorbidades associadas.

Mesma preocupação é vista também no estudo de Porto (2005), ao se tratar da cautela que se deve ter ao rotular-se uma pessoa como hipertensa.

*É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de*

*caracterizar a presença de HAS. (Caderno de Atenção Básica-nº 15, p. 14, 2006).*

Assim, percebe-se que a conduta correta, do ponto de vista diagnóstico, conforme Porto (2005), é fazerem-se avaliações periódicas, pois, com frequência, esses pacientes podem acabar desenvolvendo hipertensão arterial.

O estudo apresentado por Porto mostra que, dentre as várias classificações desta enfermidade, tem valor prático a que toma como referência as causas da hipertensão.

O autor classifica a hipertensão em primária ou essencial e secundária. A pesquisa aqui presente não tem por finalidade descrever cada uma delas, mas considerou-se necessário apresentar um breve histórico de cada uma e seus diversos fatores de risco, conforme mostra esse autor.

A classificação segue da seguinte forma:

- A) Primária ou essencial.** É assim chamada quando não se consegue caracterizar sua etiologia, sendo dependente de diversos fatores, tais como traço hereditário, ingestão excessiva de sal, obesidade, estresse e uso de bebidas alcoólicas.
- B) Secundária.** Neste tipo de hipertensão arterial, o mecanismo patogênico é bem conhecido, sendo muitas vezes consequência direta da isquemia renal, a qual põe em ação o sistema renina-angiotensina-aldosterona, responsável pela regulação do fluxo arterial pelos rins:
  - a. *Doenças renais:* glomerulonefrite aguda e crônica, insuficiência renal, pielonefrite, rim policístico, uropatia obstrutiva, amiloidose, hidronefrose;
  - b. *Doenças endócrinas:* doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, acromegalia;
  - c. *Doenças vasculares:* coarctação da aorta, estenose da artéria renal;
  - d. *Toxemia gravídica;*
  - e. *Medicamentos:* anticoncepcionais hormonais, antiinflamatórios esteróides e não-esteróides, descongestionantes nasais, anorexígenos, antidepressivos tricíclicos, ciclosporina;

- f. *Outras causas*: hipertensão intracraniana, intoxicação pelo chumbo, intoxicação por tálcio, ingestão de grande quantidade de alcaçuz, neoplasia do ovário, do testículo e do cérebro. (Porto, 2005, p. 489)

Ainda segundo Porto (2005), quanto à evolução, a hipertensão arterial pode ser benigna ou maligna. A primeira evolui de forma lenta, apresentando níveis pressóricos pouco elevados, sem causar lesões em nível dos rins, do coração e do leito arteriolar- já a segunda- apresenta uma evolução bastante rápida, com cifras tensionais muito elevadas e pressão diastólica acima de 140 mm Hg com grande frequência, ocasionando assim graves complicações dos rins, coração, cérebro e olhos. O autor ressalta ainda que o valor prognóstico dos níveis tensionais pode ser pequeno, sendo mais importante a evolução e a presença de lesão em órgãos-alvo.

Vários estudiosos vêm dizendo que, no Brasil, são poucas as pesquisas representativas de todo o país, no que se refere à hipertensão arterial. Klein C. H. (1985) e Lolio C.A. (1990) afirmam que no Brasil as investigações têm restringido-se às cidades. Já Ribeiro (1982) aponta que tais investigações têm-se preocupado mais com trabalhadores e Achuni A. (1985) acredita que elas estão mais voltadas para um estudo representativo de um único estado.

Jardim et al (2007) revelam que estudos recentes apontam dados epidemiológicos brasileiros relativos ao risco cardiovascular ainda duvidosos. Isso porque, apesar desses dados já se mostrarem consistentes, partindo de estudos bem delineados e representativos, eles estão restritos a algumas regiões, o que acaba deixando dúvidas se as informações existentes podem representar o país como um todo.

Nessa mesma direção podem ser citados os estudos de Fields, Cutler e Roccella em 2004 e os de Feijão, Bezerra, Oliveira, Lima, em 2005. Tais estudos trazem no seu bojo, essa mesma preocupação e acreditam que para que esses dados epidemiológicos sejam precisos, eles não podem estar restritos a apenas algumas regiões. Faz-se necessário uma ampliação da área de abrangência desses dados.

### **2.3. Fatores predisponentes da hipertensão arterial**

Os estudos relativos às doenças crônicas não transmissíveis vêm apontando um crescimento epidêmico delas na maior parte dos países em desenvolvimento. São vários os determinantes desse crescimento. Dentre eles podemos citar um aumento na intensidade e na frequência da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças; a mudança na

pirâmide demográfica, com número maior de pessoas alcançando as idades em que essas doenças se manifestam com maior frequência e o aumento da longevidade com períodos mais longos de exposição aos fatores de risco.

O documento “Hipertensão e Diabetes”, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, de 2007, traça um perfil epidemiológico e de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com esse documento, tais doenças são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco como tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia. Esses fatores estão associados não apenas ao aumento da incidência destas doenças, mas também ao seu controle e à progressão, devendo, por isto, fazer parte da abordagem integral dos pacientes com doenças crônicas.

Na etiologia da HAS são apontados como fatores de risco a herança genética, os fatores sócio-ambientais resultantes do modo de vida, que envolvem hábitos culturais, como o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, formas de trabalho, desgaste físico e estresse psicológico condicionados à vida cotidiana, além de hábitos alimentares inadequados. (Dressler et al, 1998), citado por Faria (2007, p. 19)

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), os fatores de risco para ocorrência de HAS podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis. Dentre os não modificáveis estão a idade, o sexo e a história familiar. Já entre os modificáveis estão o consumo de bebida alcoólica, o tabagismo e o sedentarismo.

O documento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007, traz no seu bojo algumas abordagens dos fatores de risco relacionados à hipertensão arterial. Nesse espaço são apresentados os fatores não-modificáveis e os modificáveis. Eles são assim descritos pelo seguinte documento (p. 17):

Não-modificáveis:

- Hereditariedade: história familiar de Hipertensão Arterial;
- Idade: o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos;

- Raça: Nos Estados Unidos, estudos mostram que a raça negra é mais propensa à Hipertensão Arterial que a raça branca. No Brasil, não há confirmação dessa evidência.

Modificáveis:

- Sedentarismo: aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos, a atividade física regular reduz a pressão arterial;
- Tabagismo: o consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e a um maior risco de doenças cardiovasculares;
- Excesso de sal: o sal pode desencadear, agravar e manter a hipertensão;
- Bebida alcoólica: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à hipertensão;
- Peso: a obesidade está associada ao aumento dos níveis pressóricos. Ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para hipertensão arterial, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado;
- Estresse: excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial.

O risco que a elevação da pressão arterial (PA) representa para o sistema cardiovascular e outros órgãos é bem conhecido, conforme Fuchs et al (1994). Esse autor desenvolveu um estudo na região urbana de Porto Alegre, visando avaliar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e sua associação a fatores biológicos, sócio- econômicos e de exposição ambiental. Os resultados desse estudo mostraram que a prevalência de HAS, em comparação aos dados oferecidos na década de 70, aumentou com a idade, em grande proporção nos obesos e naqueles com histórico familiar de hipertensão. Entre outros fatores, a prevalência de HAS aumentou também entre os de menor escolaridade e entre aqueles que faziam uso do álcool abusivamente.

O estudo realizado por Pessuto (1998) corrobora o que diz o documento “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, elaborado pelo Arquivo Brasileiro de Cardiologia, em 2007, quando afirma que a pressão arterial aumenta com a idade. A idade é

considerada por esse autor e pelo referido documento como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da HAS. Isso se deve às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, conseqüências do processo de envelhecimento.

Um estudo de prevalência de hipertensão arterial realizado por Lolio (1993) no município de Araraquara, em São Paulo, se aproxima do realizado por Fuchs et al (1994), na região urbana de Porto Alegre. Seus resultados mostram alta prevalência da hipertensão arterial com tendência crescente com a idade, além de mostrar que houve maior percentagem de hipertensos naqueles de menor escolaridade, menor renda, etc.

Duncan (1991) e Lolio (1990) ao apontarem a renda familiar e a escolaridade como indicadores de classe social, afirmam que a hipertensão tem se mostrado mais freqüente em trabalhadores pertencentes às classes mais desfavorecidas e com menor escolaridade.

Segundo Lessa (1998), a hipertensão arterial como entidade isolada é encontrada como a mais freqüente causa de morbidade do adulto em todo o mundo industrializado, na maioria das vezes em países em desenvolvimento, sobretudo nos grandes centros urbanos.

Vários estudiosos vêm apontando que a baixa escolaridade tem implicação direta nas condições de saúde das populações. Segundo Berlezi (2007) isso é uma verdade, uma vez que a precária condição socioeconômica associada à baixa escolaridade interfere em todos os aspectos da saúde.

Várias pesquisas mostraram-se preocupadas com a questão relacionando os níveis pressóricos e o índice de escolaridade. Serve como exemplo de ilustração o estudo de Freitas et al. (2001), realizado na cidade de Catanduva, São Paulo. A pesquisa revelou que 49,5% dos analfabetos sofriam de hipertensão arterial sistêmica e entre aqueles que possuíam terceiro grau completo, apenas 12,7% apresentavam tal enfermidade. Esses autores acreditam que esse fato tem ligação com o menor conhecimento das estratégias de prevenção e com uma melhor compreensão e valorização do tratamento prescrito, o que interfere na adesão ao tratamento e controle e cura da patologia.

São vários os fatores de risco que contribuem para o agravamento da hipertensão arterial. Entre os estudiosos do assunto é unânime a afirmação de que entre esses fatores estão o consumo de bebida alcoólica (Pessuto; Carvalho (1998), o tabagismo (Oliveira, 2000), a obesidade e o sedentarismo.

Segundo o documento “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, elaborado pelo Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2007, o sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial, uma vez que indivíduos sedentários apresentam risco aproximadamente 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos.

O sedentarismo é um fator de risco bastante observável, independentemente do sexo. Dessa forma, torna-se clara a importância de se promoverem ações visando resolver tal problemática. Nesse sentido, podem-se incluir os benefícios das atividades físicas como melhoria de qualidade de vida. Conforme Rego (1990), as pessoas que deixam de ser sedentárias, passando por um processo de atividade física, ainda que pequeno, conseguem retardar em até 40 % o risco de morte por doenças cardiovasculares.

Isso demonstraria que uma simples mudança comportamental pode provocar uma grande melhoria na saúde e qualidade de vida.

A questão da não adesão ao tratamento é citada por Pierin et al. (2004) como fator que dificulta o tratamento da HAS no mundo inteiro, ultrapassando as barreiras culturais. Magna Bosco (2007) apresenta uma definição para o termo adesão, como sendo a palavra que representa o seguimento do tratamento proposto e que ocorre quando as recomendações médicas ou de saúde coincidem com o comportamento do indivíduo, em termos do uso correto da medicação, respeito à dieta prescrita, mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas.

Rodondi et al (2006), apud Melo Neto (2006) afirma que, a despeito de todo conhecimento atualmente acumulado, o percentual de pacientes hipertensos que conhece sua condição, é tratado e apresenta níveis de pressão arterial controlados, ainda é muito baixo. Já Melo Neto (2006) acredita que diversas razões podem ser implicadas nas baixas taxas de controle da pressão arterial, como o indivíduo desconhecer sua condição de hipertenso, a não adesão ao tratamento pelo paciente, a não modificação no estilo de vida, a utilização inadequada dos fármacos e a terapêutica inadequada, dentre outros.

Também Dell’ Acqua et al (1997) desenvolveu um estudo com uma amostra de 66 (sessenta e seis) sujeitos. Nessa amostra, foi possível verificar que apenas 5% dos participantes não conseguiram conceituar hipertensão arterial. Por outro lado, foi possível concluir também que grande parte dessa amostra apresentou conceitos vagos e pouco elaborados a respeito dessa enfermidade.

Segundo Pierin (1989), o fato dos pacientes conhecerem, de forma inadequada ou apenas parcialmente, os riscos da hipertensão não controlada, pode ser um fator que favorece a não adesão ao tratamento. Os pacientes participantes do seu estudo apontaram o derrame e o infarto como as complicações mais conhecidas a respeito da doença hipertensiva.

Car et al (1991) cita o estudo de Podell (1976) que afirma que apenas um terço dos pacientes sempre toma a medicação conforme a prescrição médica, outros raramente e outros nunca a tomam.

A não adesão ao tratamento vem sendo relatada por diversos estudiosos, há muitos anos. Car et al (1991) já diziam que uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento. Nessa mesma linha surge o estudo de Lessa (1998) trazendo dados estatísticos que comprovam que 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada.

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida.

Jardim et al (1996) afirma que:

*Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, idéias, valores, pensamentos e sentimentos.*

Já Car et al (1988) acredita que as crenças de acordo com as quais as pessoas vivem afetam diretamente os hipertensos na forma como enfrentam a doença e o tratamento dessa enfermidade.

Alguns autores atribuem aos componentes sociológicos e comportamentais as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde para fazer com que os pacientes prossigam com o tratamento. De acordo com Laplantine (1991), o uso de práticas populares no cuidado com a saúde significa a percepção da doença de um modo mais abrangente, promovendo a totalização homem-natureza-cultura. As medicinas populares são capazes de oferecer uma resposta integral ao paciente, levando-se em consideração não apenas os aspectos somáticos, mas psicológicos, sociais, espirituais e existenciais. Para muitos médicos, a doença é acima de



tudo um fenômeno físico; já para os leigos, a doença se expressa no corpo, mas o ultrapassa indiscutivelmente.

Teixeira (1996) aponta que a busca por práticas populares pode indicar uma resistência cultural e um apelo a formas terapêuticas que fazem mais sentido, em função da proximidade sociocultural, já que o conhecimento sobre ervas é difundido pela cultura popular, pelas práticas populares e pelo aconselhamento de pessoas, curandeiros e religiosos.

Rabelo & Padilha (1999) afirmam que, dentre as políticas públicas para o controle da hipertensão arterial, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento, reforçando a importância da mediação, da interação entre as pessoas para o desenvolvimento do ser humano, conforme propõe a teoria de Vygotsky.

Com relação aos hábitos de alimentação, o estudo realizado por Faria (2007) mostra que a literatura especializada tem registrado que a alimentação tem função primordial no surgimento das doenças cardiovasculares (DCV), exercendo papel fundamental para a prevenção das mesmas.

A conduta alimentar básica em pacientes com hipertensão arterial deve: controlar ou manter o peso corporal em níveis adequados; reduzir a quantidade de sal na elaboração de alimentos; utilizar restritamente alimentos industrializados; limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas; substituir doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas; optar por alimentos com reduzido teor de gordura e manutenção de uma ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência desnatados (Mion Jr. et al, 2004), citado por Faria (2007).

De acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2002, o tratamento da HA inclui estratégias, tais como educação, modificação dos hábitos de vida e uso de medicamentos. Para que o tratamento seja eficaz, é necessário que o paciente seja estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida, como a manutenção do peso adequado, a prática de atividade física, evitar o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas e gorduras saturadas. Esse plano indica que o tratamento dos portadores de HA deve ser individualizado, respeitando-se as seguintes situações:

- Idade do paciente;

- Presença de outras doenças;
- Estado mental do paciente;
- Uso de outras medicações;
- Dependência de álcool ou drogas;
- Cooperação do paciente;
- Restrições financeiras.

#### **2.4. Objetivos e metas referentes ao tratamento da hipertensão arterial**

O documento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007, apresenta uma meta de redução da pressão arterial. De acordo com ele, a pressão deve ser reduzida para valores inferiores a 140/90 mm Hg. A sua principal estratégia para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular.

Esse mesmo documento reforça a importância do diálogo para a melhoria do quadro dos hipertensos, afirmando que é fundamental dialogar com os portadores dessa enfermidade e, principalmente, ouvi-los, com a finalidade de levantar o grau de conhecimento sobre suas condições de saúde e sobre os fatores que podem contribuir para a melhora ou a piora do quadro atual.

Além disso, o diálogo, ao longo do tratamento, leva à motivação necessária para a adoção de estilos saudáveis de vida e para a adesão ao tratamento medicamentoso eventualmente instituído.

O documento “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, elaborado pelo Arquivo Brasileiro de Cardiologia, de 2007, apresenta algumas metas de valores de pressão arterial a serem obtidas com o tratamento, pois quanto maiores os níveis pressóricos, maior o risco de complicações cardiovasculares e de lesões em órgãos-alvo e mais intensivo o tratamento. As metas são as seguintes:

<b>Categorias</b>	<b>Meta (no mínimo)*</b>
Hipertensos estágio 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	<140/90
Hipertensos e limítrofes com risco cardiovascular alto	<130/85
Hipertensos e limítrofes com risco cardiovascular muito alto	<130/80
Hipertensos nefropatas com proteinúria > 1,0g/l	<120/75
*Se o paciente tolerar, recomenda-se atingir com o tratamento valores de pressão arterial menores que os indicados como metas mínimas, alcançando, se possível, os níveis da pressão arterial considerada ótima ( $\leq 120/80$ mm Hg)	

O tratamento medicamentoso da hipertensão arterial tem por finalidade a redução da morbimortalidade e deve ser associado ao tratamento não medicamentoso, visando obterem-se níveis pressóricos abaixo de 140/90 mm Hg.

De acordo com Melo Neto (2006), podem-se adotar eficientes medidas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas para o tratamento da hipertensão arterial. Entretanto, no Brasil e no mundo, baixos percentuais de controle da pressão arterial têm sido encontrados entre os portadores de hipertensão arterial.

Rodondi et al. (2006) citado por Melo Neto (2006), cita que, a despeito de todo conhecimento acumulado atualmente sobre o assunto, o percentual de pacientes hipertensos conscientes da sua condição, que são tratados e apresentam níveis de pressão arterial controlados, é ainda muito baixo.

Melo Neto (2006) faz um levantamento de estudos que apontam que diversas são as razões implicadas nas baixas taxas de controle da pressão arterial, tais como: o desconhecimento da condição de hipertenso, a não adesão ao tratamento pelo paciente, a não modificação no estilo de vida, a utilização inadequada dos fármacos, a terapêutica inadequada, incapaz de promover o controle da pressão arterial, os gastos econômicos relacionados ao tratamento, etc.

De acordo com a revisão de literatura feita é possível dizer que grande parte dos portadores de hipertensão arterial desconhece a enfermidade e que, quando diante do diagnóstico, a maioria não leva a sério o tratamento. Conforme dados apresentados pela

Organização Pan-Americana de Saúde (2008), “apenas 50% daqueles que conhecem o diagnóstico, realiza o tratamento corretamente”.

O insucesso terapêutico pela não adesão e conseqüente descontinuidade do plano terapêutico tem sido a causa mais freqüente de hipertensão arterial resistente, sendo o fato confirmado no município de Diogo de Vasconcelos através de nossas observações.

É comprovado e lamentável dizer que, com freqüência, a hipertensão leva o paciente à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o paciente, sua família e da sociedade. Sendo assim, a prevenção tem sido o melhor remédio, a forma mais eficaz, barata e satisfatória de se tratar esses agravos.

Como se pode observar, a hipertensão arterial é uma enfermidade que merece atenção e cuidado. Muitos estudos já se debruçaram sobre ela em busca de alternativas de solução, mas ainda há um longo caminho a percorrer, dada a sua complexidade. Fazem-se então necessários novos estudos voltados para essa temática, com a finalidade de garantir uma melhoria na qualidade de vida dos hipertensos.

## **2.5. Contribuição da teoria de Vygotsky**

Ao se considerar a complexidade do problema, sentiu-se a necessidade de buscar apoio em teorias que, através da interação entre as pessoas, pudessem colaborar no sentido de elevar a qualidade de vida dos hipertensos. Buscou-se então, a contribuição da teoria de Vygotsky para o desenvolvimento.

Lev Semenovich Vygotsky (1896-1934) nasceu na Rússia czarista e associado aos colaboradores Luria e Leontiev, desenvolveu uma teoria original e fecunda. Apesar de ter morrido muito cedo, produziu volumosa obra escrita, além de ter se aplicado em múltiplas atividades (Aranha, 1996). Teve suas obras traduzidas nos Estados Unidos somente nos anos 60, e no Brasil, apenas na década de 80.

Graduou-se em Direito em 1917, ano da Revolução Russa e teve uma ampla formação. Por preocupar-se com o estudo das anomalias físicas e mentais, cursou também Medicina.

Na sua teoria estão incluídos aquele que aprende, aquele que ensina e a relação entre essas pessoas. Seus estudos enfatizam que, para compreender-se adequadamente o desenvolvimento, é necessário considerar não somente o nível de desenvolvimento real do

sujeito, mas também o nível de desenvolvimento potencial. Em outras palavras, é necessário considerar-se a capacidade de desenvolvimento com a ajuda de outras pessoas mais capazes.

Vygotsky afirma que há tarefas que o sujeito não consegue realizar sozinho, mas que se tornam possíveis com a ajuda de outras pessoas. A contribuição do outro existe no sentido de oferecer instruções sobre determinada tarefa, oferecer pistas, etc.

Através dessa interação, é possível que o sujeito consiga um resultado mais avançado do que aquele que conseguiria realizando a tarefa sozinho. Porém, o autor chama a atenção para o fato de que não é qualquer sujeito que, a partir da ajuda do outro, pode realizar qualquer tarefa.

Ao falar do nível de desenvolvimento potencial, Oliveira (1995, p. 60) afirma:

*A idéia de nível de desenvolvimento potencial capta, assim momento de desenvolvimento que caracteriza as etapas já alcançadas, já consolidadas nas etapas posteriores, nas quais a interferência de outras pessoas afeta significativamente o resultado da ação individual.*

Vygotsky apud Oliveira (1995) define a zona de desenvolvimento proximal como a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de pessoas mais capazes.

A zona de desenvolvimento proximal define ainda as funções que ainda não amadureceram, mas que estão em processo de maturação (Oliveira, 1995).

Vygotsky sugere mecanismos através dos quais a cultura torna-se parte da natureza de cada pessoa. Tais mecanismos são chamados de “processo de internalização”, que se dá do intersíquico para o intrapsíquico. Tal processo de internalização é ativo, no qual o sujeito se apropria do social de forma particular.

A mediação entre duas ou mais pessoas constrói o processo de mediação que o sujeito passa a empregar mais tarde como atividade individual.

Na teoria de Vygotsky, a comunicação se dá através da linguagem. Ela exerce um papel fundamental no desenvolvimento do sujeito. É através da palavra que o homem se apropria da experiência acumulada dos outros sujeitos.

Na pesquisa aqui presente, torna-se fundamental a intervenção da equipe de saúde para elevar a qualidade de vida dos considerados hipertensos.

Na teoria em análise, de forma gradativa, as interações sociais com outras pessoas governarão o desenvolvimento do pensamento e o próprio comportamento do sujeito. E é levando em consideração o que diz essa teoria, que se torna fundamental a contribuição da equipe de saúde, no processo de recuperação dos hipertensos, visto que o tratamento da HAS exige motivação, perseverança e educação continuada.

## 2.6. Responsabilidades da equipe de saúde

Segundo o documento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007, a equipe de Saúde da Família deve atuar de forma integrada e com competências bem estabelecidas, na abordagem da hipertensão e do diabetes.

### Responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica para o controle da hipertensão e do diabetes

Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico dos casos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigação em usuários com fatores de risco</li> </ul>
Cadastramento dos portadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentação e análise dos sistemas de informação</li> </ul>
Busca ativa de casos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita domiciliar</li> </ul>
Tratamento dos casos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento ambulatorial e domiciliar</li> <li>Educação terapêutica</li> <li>Fornecimento de medicamentos</li> <li>Curativos</li> </ul>
Monitorização dos níveis de pressóricos e de glicose do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de exame dos níveis pressóricos e de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde</li> </ul>
Diagnóstico precoce de complicações	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações</li> <li>Realização ou referência para ECG</li> </ul>
1º atendimento de urgência	<ul style="list-style-type: none"> <li>1º atendimento às complicações agudas e outras intercorrências</li> <li>Acompanhamento domiciliar</li> </ul>
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agendamento do próximo atendimento</li> </ul>
Medidas preventivas e de promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ações educativas sobre condições de risco</li> <li>Ações educativas para prevenção de complicações</li> <li>Controle da PA, da glicemia</li> <li>Ações educativas para auto-aplicação de insulina</li> </ul>

Fonte: Documento da Secretaria de Estado de Saúde, “Hipertensão e Diabetes”, de 2007.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, organizado pelo Ministério da Saúde, em 2006, dedicado à hipertensão arterial sistêmica, os profissionais de saúde têm importância primordial nas estratégias de controle dessa enfermidade, tanto na definição do diagnóstico clínico quanto na conduta terapêutica e também nos esforços requeridos para informar e educar o portador de hipertensão arterial.

É necessário também ter-se em mente que, uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso, é a de mantê-lo motivado em não abandonar o tratamento.

No que tange à remoção de fatores de risco, o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2001, acredita que essa é uma tarefa de competência da equipe de saúde na prevenção da HA e suas complicações. O tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o consumo de sal, e de bebidas alcoólicas devem ser controlados e o estímulo a uma alimentação saudável deve ser feito.

De acordo com o mesmo documento, a equipe de saúde deve:

- Realizar campanhas educativas periódicas, abordando os fatores de risco para HA;
- Programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário;
- Reafirmar a importância dessas medidas para as populações de indivíduos situados no grupo normal-limítrofe na classificação de HA;
- Estimular a criação dos grupos de hipertensos com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento proposto.

Seguem as informações sobre os componentes da equipe de saúde e algumas de suas funções, conforme descritas no documento acima:

1- Agente comunitário de saúde:

Deve esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de



serem portadores de hipertensão; verificar se os pacientes hipertensos estão tomando a medicação corretamente, além de alertar para a dieta e atividades físicas; fazer registros em fichas, etc.

#### 2- Auxiliar de enfermagem:

Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças comportamentais; alertar a comunidade quanto aos fatores de risco da hipertensão arterial; agendar consultas; cuidar dos equipamentos, controlar os estoques dos medicamentos, etc.

#### 3- Enfermeiro

Capacitar os auxiliares de enfermagem; realizar consultas de enfermagem; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde, etc.

#### 4- Médico

Realizar consulta para confirmação diagnóstica e avaliação dos fatores de risco; solicitar exames complementares; prescrever tratamento não-medicamentoso: tomar a decisão terapêutica, etc.

#### 5- Equipe multiprofissional

É de fundamental importância a abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é procedimento desejável sempre que possível.

### **Capítulo 3-Procedimentos metodológicos**

O trabalho foi pautado em normas de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, pois esta metodologia permite um enfoque mais específico de uma dada realidade. A metodologia foi resultado de uma observação direta, que permite a obtenção de um diagnóstico preliminar que por sua vez suscitará questões visando um estudo mais aprofundado. Apesar das limitações previstas na utilização de um roteiro de trabalho estruturado na observação direta, o instrumento empregado forneceu dados coerentes e relevantes com aqueles encontrados na literatura da área.

Este estudo foi desenvolvido no município de Diogo de Vasconcelos-Minas Gerais, município emancipado politicamente desde 8 (oito) de setembro de 1963. Possui uma área terrestre de 117 Km<sup>2</sup> e situa-se na micro região da Zona da Mata II, com uma população de 3.974 habitantes, distribuída em sua maioria na zona rural (78%), conforme Censo IBGE de 2000. Faz divisa com os municípios de Mariana, Acaiaca, Guaraciaba e Piranga. Suas poucas fontes de emprego são ligadas diretamente aos comércios, escolas e prefeitura, que é a maior fonte de empregos e renda dentro do município.

No Censo do IBGE/96, verificou-se que 69% das famílias dioguenses possuem renda mensal inferior a um salário mínimo, incluindo-se no bolsão da miséria social brasileira. Observou-se ainda um baixo índice de escolaridade, principalmente de analfabetismo dos chefes de família.

Com exceção da sede e suas adjacências, toda a área rural do município tem difícil acesso aos serviços de saúde, principalmente no período chuvoso, pois as vias de acesso são estradas vicinais de terra batida e não oferecem nenhuma condição de tráfego de veículo automotor nesse período.

Entre as doenças de maiores incidências destacam-se: esquistossomose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença mental, depressão e alcoolismo.

A população, na sua maioria, está na faixa etária acima de trinta e cinco anos, pois os jovens saem da cidade ainda cedo, à procura de emprego e formação profissional. A cidade ainda não possui cursos técnicos e nem faculdades para seus jovens, o que justifica a migração destes para cidades vizinhas como Ponte Nova, Mariana, Ouro Preto e Belo Horizonte.

Na educação, conta com duas escolas estaduais: a de Diogo, que oferece até o segundo grau e outra, na comunidade de Miguel Rodrigues, que oferece apenas o Ensino Fundamental. Ainda existe uma escola municipal de ensino primário, que atende a cidade e grande parte do município com ensino em tempo integral.

A escolha do município para a realização da investigação foi determinada pelo fato de ser o local onde trabalha o pesquisador. Isso lhe permitiu participar mais diretamente na observação do cotidiano dos sujeitos em estudo.

Devido à necessidade de configurar com maior clareza o objeto da investigação, foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: a observação direta e uma vasta pesquisa bibliográfica.

O município possui aproximadamente 700 pessoas consideradas hipertensas.

De acordo com o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabetes do DATASUS, o município de Diogo de Vasconcelos registrava o número de 289 pacientes hipertensos, no período compreendido entre 01/2009 até 01/2010. Desse total, 116 pacientes eram do sexo masculino e 173 pacientes eram do sexo feminino.

A observação foi feita durante o primeiro semestre do ano de 2009. Para essa finalidade, foi construído um roteiro que procurou levantar dados relevantes para o desenvolvimento deste estudo. O roteiro foi subdividido em três focos. No primeiro foco, observou-se a questão da atividade física. Já no segundo, a questão da não adesão ao tratamento. E o terceiro e último foco, a inadequação alimentar. A partir da percepção buscou-se comprovar tais dados através do dia-a-dia desses indivíduos.

Erikson e Van Lier, estudiosos da pesquisa qualitativa, citados por Lobato (1995), acreditam que o fato de o investigador fazer parte do local onde a pesquisa é desenvolvida, torna-se fundamental para a realização desse tipo de trabalho. A integração do pesquisador no contexto a ser estudado possibilita uma melhor interpretação dos eventos observados.

## **Capítulo 4-Resultados**

### **4.1. Justificativa da implantação da ESF no município de Diogo de Vasconcelos**

Considerando-se o alto índice de pobreza, a existência de doenças tratadas pela saúde pública, o número significativo de internações hospitalares e a baixa arrecadação do município de Diogo de Vasconcelos, tornou-se necessária a implantação de um modelo de saúde que visasse ao desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Isso aconteceu para que a população fosse melhor atendida em seus anseios e necessidades, no que diz respeito à saúde como um todo. Por este motivo, com o objetivo de promover atenção integral e de boa qualidade nas especialidades básicas à população, no nível domiciliar, ambulatorial e ou hospitalar, a Prefeitura Municipal de Diogo de Vasconcelos implantou o Programa Saúde da Família, em maio de 2002.

### **4.2. Característica da ESF de Diogo de Vasconcelos**

O município de Diogo de Vasconcelos foi qualificado para receber os incentivos do PSF, através da Portaria do Ministério da Saúde, de nº 882, datada de 09 de maio, de 2002, publicada no Diário Oficial da União.

Desde a implantação da ESF é visível a melhoria da qualidade de vida da população dioguense, devido às ações desenvolvidas pela equipe.

Os Agentes Comunitários de Saúde residem na localidade onde atuam, o que facilita o seu trabalho. Por serem pessoas da própria comunidade, estão mais preparadas para informar ao centro de saúde ou à equipe de Saúde da Família, com exatidão, qual é a realidade da saúde de cada casa que visitam.

Nas visitas às famílias, o agente anota informações sobre todas as pessoas: quantas moram na casa (crianças e idosos), se há alguém com algum tipo de doença ou deficiência e assim por diante. Os agentes observam também se a casa tem água encanada, se há esgoto a céu aberto no lugar, se o poço usado pelas pessoas da região tem boas condições, de que maneira é tratado o lixo, etc.

A cada 15 (quinze) dias são realizadas reuniões entre a equipe de saúde e nesses eventos, cada agente passa os relatórios de atividades diárias para a enfermeira coordenadora, que os avalia.

Quando são descobertos casos que requerem maiores cuidados, a enfermeira agenda com o agente da Micro-área correspondente dia e hora para uma visita ao paciente, e se nessa visita ela concluir que se trata de um caso para análise de um médico, a profissional encaminha o paciente para o Centro de Saúde. Quando se trata de um paciente com dificuldades para se locomover, a enfermeira conduz o médico até a residência do paciente.

### **4.3. Sistema de Saúde**

O sistema de saúde do município de Diogo de Vasconcelos conta com 03 (três) unidades de atendimento. O Centro de Saúde, “Maria Nazareth Duarte” se situa no centro da cidade e foi inaugurado no dia 28 de agosto de 2008. Possui ótima infra-estrutura e é muito bem equipado, dentro dos parâmetros de unidade básica de saúde. Possui uma recepção, uma sala de curativos, um posto de enfermagem, três consultórios médicos, um consultório odontológico, uma farmácia, uma cozinha, salas de vacinas, de emergência, de observação, essas contendo três leitos cada, salas de reuniões, de esterilização, de expurgo, e uma sala para a Secretaria de Saúde, além de uma clínica de fisioterapia, dois sanitários para pacientes e dois sanitários para funcionários.

A Unidade Básica de Saúde de Bela Vista e a Unidade Básica de Saúde do distrito de Miguel Rodrigues, de construção recente e, inauguradas em julho de 2008, contam ambas com considerável infra-estrutura física e com técnicos de enfermagem, que fazem o atendimento de rotina no horário administrativo.

No Centro de Saúde da Cidade, o atendimento funciona 24 (vinte e quatro) horas, com diversas especialidades: Cardiologia, Pediatria, Ginecologia, Clínico Geral, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, além de contar com Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. Alguns tipos de consultas de especialistas com os quais a Secretaria de Saúde não conta e alguns exames especializados que não são realizados no município, são encaminhados para o Centro de Atendimento Público de Saúde do município de Ponte Nova e Belo Horizonte, com os quais a Secretaria Municipal de Saúde possui convênio.

No mês de maio de 2008, foi implantada uma segunda equipe de ESF de Diogo de Vasconcelos. Hoje esse quadro está voltado para a área de abrangência rural, contendo um médico clínico-geral, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro agentes de saúde. Nessa equipe, o enfermeiro é o autor da presente pesquisa.

#### 4.4. O dia a dia na ESF rural

As atividades no ESF iniciam-se às 07:00 horas e encerrando-se às 17:00 horas, de segunda à sexta-feira, seguindo a seguinte rotina:

- De segunda à quinta-feira, o enfermeiro e a clínica-geral fazem atendimentos em todos os distritos, no horário de 07:00 horas às 16:00 horas.
- Enquanto a médica realiza atendimentos, o enfermeiro efetua pré-consultas, promove a realização de palestras para diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças e adolescentes abordando diversos temas; repassa informações para gestantes sobre pré-natal, auto-exame de mama, cuidados com o bebê e a amamentação, além da importância da atualização do cartão de vacinas. O enfermeiro ainda executa atividades assistenciais como: atendimentos de urgência, exame físico, exame Cérvico-Uterino “Papanicolau”, consulta de enfermagem, sondas, curativos, teste do pezinho, aferição de pressão arterial, teste de glicemia, visitas domiciliares, dentre outros.
- O enfermeiro agenda quais famílias que deverão receber visitas domiciliares da equipe, considerando o grau de necessidade, visando assim um melhor atendimento e levantar um diagnóstico de todos os pacientes com hipertensão arterial.
- São feitos levantamentos de temas para possíveis palestras, a serem ministradas nas sextas-feiras pelo enfermeiro e pelo médico da ESF, conforme a percepção destes profissionais com relação às ações que contribuem no controle da HAS.
- O enfermeiro trabalha também com a questão dos grupos operativos, que são realizados mensalmente, onde se discute questões inerentes ao tratamento e a prevenção da HAS, hábitos de vida saudáveis e esclarecimentos sobre riscos da hipertensão, de maneira clara e objetiva, de forma a propiciar uma maior absorção das informações pelos pacientes.

#### **4.5. A hipertensão arterial no município de Diogo de Vasconcelos**

Com o propósito de mostrar a questão da hipertensão arterial no município de Diogo de Vasconcelos foi utilizada a observação direta como instrumento de coleta de dados.

Este estudo teve a amostra constituída pelos pacientes hipertensos do município de Diogo de Vasconcelos, fornecida pelo Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabetes, coletada pelo DATASUS, no período compreendido entre 01/2009 até 01/2010. Esses sujeitos pertencem à faixa etária que vai de 40 (quarenta) a 80 (oitenta) anos.

O estudo não pretendeu trabalhar com números, mas narrar o que se viu e viveu no decorrer da observação. Os dados obtidos foram narrados de forma simples e objetiva, tais como o ambiente e sujeitos pesquisados. Isso porque nosso interesse é propiciar uma melhor qualidade de vida a esses sujeitos, através de uma linguagem simples e objetiva.

Ao considerar o que diz Rudio (2001, p. 80), pode-se dizer que a pesquisa aqui presente aproxima-se das normas de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Com base nas palavras do autor: “descrever é narrar o que acontece e, desta forma, a pesquisa descritiva está interessada em descobrir o que acontece; conhecer o fenômeno, procurando interpretá-lo e descrevê-lo”.

De acordo com TOBAR & YALOUR (2002), uma pesquisa qualitativa deve empregar a observação de primeira mão, interessar-se pelo cotidiano, situar-se num contexto de descobrimento, importar-se mais com os significados do que com a frequência dos fatos e buscar o específico e o local, para encontrar padrões, não estando atada ao modelo teórico e, retratando o maior número possível de elementos na realidade estudada.

Conforme TURATO (2005), atualmente grande número de profissionais de saúde atribuem importância considerável aos métodos qualitativos na medicina, reconhecendo sua ajuda para a melhor compreensão da vida dos pacientes.

Assim, no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, torna-se indispensável saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. Esse significado possui um caráter estruturante, já que, conforme o autor acima, as pessoas

organizarão suas vidas em torno do que as coisas significam, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. Ainda, segundo o autor (p.511):

*Nos settings de saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão dos pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente, entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.*

#### **4.5.1. Hipertensão arterial e o sedentarismo no município de Diogo de Vasconcelos**

O documento da Secretaria de Estado de Saúde “Hipertensão e Diabetes” classifica o sedentarismo como fator de risco modificável. De acordo com esse documento, o sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos; a atividade física regular diminui a pressão arterial.

A teoria de Vygotsky mostra-se importante quando ele chama a atenção para o papel mediador que exercem as pessoas nos processos de formação dos conhecimentos, habilidades e raciocínios, e procedimentos comportamentais de cada sujeito. Para ele, o desenvolvimento individual é sempre mediado pelo outro (pessoas do grupo social), que vai indicando e atribuindo significados à realidade.

De acordo com essa teoria histórico-cultural, o indivíduo se forma, não somente através dos processos de maturação orgânica, mas também através das interações sociais estabelecidas com seus semelhantes.

É nesse sentido que a equipe de saúde torna-se fundamental no tratamento da hipertensão arterial, visando esclarecer à comunidade e, não só aos sedentários, sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção, através das seguintes ações:

- Encaminhamento dos indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão à consulta de enfermagem;
- Desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com as pessoas da comunidade, independente de serem sedentárias;



- Desenvolvimento de atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- Apresentação dos benefícios da atividade física, incentivando-os a exercê-la sozinhos.

Esses benefícios incluem, de acordo com o Ministério da Saúde (2001):

- Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares;
- Redução no risco de desenvolver diabetes, hipertensão e câncer de cólon e mama;
- Melhoria do nível de saúde mental;
- Ossos e articulações mais saudáveis;
- Melhor funcionamento corporal e preservação da independência de idosos;
- Controle do peso corporal;
- Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas.

(Fonte: Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, 2001-Ministério da Saúde).

A observação permitiu dizer que aproximadamente 55% dos pacientes hipertensos, em Diogo de Vasconcelos, fazem parte do grupo dos considerados sedentários. Trata-se de pessoas, na grande maioria, resistentes a qualquer prática de atividade física, tanto individual, quanto coletiva.

Um dado curioso a ser levantado é que, por desinteresse ou desconhecimento, esses pacientes considerados sedentários, não atribuem grande importância à prática da atividade física. Passam a maior parte do tempo frente à TV (sentados ou deitados em um sofá), em alguns casos executam algumas atividades leves, tais como do lar (de pouco esforço físico) ou, no caso das mulheres, atividades como o tecer.

Esses pacientes freqüentemente se queixam de dores nas articulações e membros superiores e inferiores. Além disso, muitos apresentam índice elevado de colesterol, osteoporose, problemas de circulação, insônia e hipertensão arterial acima do nível

considerado aceitável, segundo critérios estabelecidos pela “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial” de pressão sistólica  $\geq 140$  mm Hg (PAS  $> 140$  mm Hg) e/ou pressão diastólica  $\geq 90$  mm Hg (PAD  $\geq 90$  mm Hg).

A equipe de saúde de Diogo de Vasconcelos, nas visitas domiciliares, procurou orientar tais sujeitos para a importância dos efeitos das atividades físicas, num trabalho árduo e contínuo, pois nem todos aceitavam como benéficas tais orientações.

A mesma equipe procurou desenvolver atividades como palestras e grupos de caminhada, na tentativa de sanar esse problema, mas, a princípio, com poucos resultados, pois o grupo era um tanto resistente. Apesar desse fato, o grupo de profissionais da ESF continuou trabalhando de forma sistemática, a fim de despertar a consciência desses pacientes para a prática de exercícios e o quanto tais atividades poderiam ser benéficas aos mesmos.

A observação evidenciou que apesar de todo o trabalho realizado são poucos os componentes desse grupo, que têm consciência da importância de se desenvolver alguma atividade física. Além do mais, desconhecem tratar-se de uma atividade simples, pois, com apenas 30 (trinta) minutos diários, é possível alcançar uma vida saudável e de qualidade, evitando ou reduzindo, assim, custos com serviços médicos-hospitalares.

A observação reforçou a necessidade de implantação de medidas práticas e objetivas no município de Diogo de Vasconcelos, visando combater esses agravos à saúde (no caso o sedentarismo) com vistas à redução da morbidade e mortalidade por DCV.

Tais medidas poderiam ser estendidas em âmbito nacional. Vários países já têm essa mesma preocupação, como por exemplo, os Estados Unidos. Nesse país, diversas medidas são tomadas anualmente em promoções de atividades físicas, o que resulta em uma grande economia anual, em custos com a saúde.

#### **4.5.2. Hipertensão arterial e a não adesão ao tratamento no município de Diogo de Vasconcelos**

No município de Diogo de Vasconcelos também é possível deparar com aqueles que fazem parte do grupo de não adesão ao tratamento. A observação permitiu dizer que uma das razões que implicam nas baixas taxas de controle da pressão arterial no município estudado, é a não adesão ao tratamento, fato esse que pôde ser comprovado em aproximadamente 20% dos portadores de HAS.

Durante a análise no município de Diogo de Vasconcelos, foi possível estabelecer as principais causas da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, tais como: falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica, baixo nível sócio-econômico, aspectos culturais e crenças erradas, custo elevado dos medicamentos e interferência na qualidade de vida após o tratamento.

Ao manusear as cartelas dos remédios prescritos e compará-las com as receitas médicas, foi possível perceber que próximo de uma nova consulta, as cartelas permaneciam quase que intocadas, indicando a não utilização do medicamento, conforme a prescrição médica. Tais indivíduos não tomavam as medicações prescritas pelo médico, de forma correta. A taxa de descontinuação, alguns meses após a primeira prescrição, era bastante elevada, encontrando-se alguns pacientes não ingerindo qualquer medicamento.

Isso pode indicar várias possibilidades, tais como a não adesão ao tratamento de uma forma intencional ou a não adesão ao tratamento por não se saber ler e/ou compreender o que se pede.

Percebe-se que o nível de escolaridade pode influenciar a questão da não adesão ao tratamento no município de Diogo de Vasconcelos, pois a baixa escolaridade predomina, uma vez que a maioria da população não possui, nem mesmo as primeiras séries do Ensino Fundamental e muitos deles são analfabetos.

Essa observação permitiu afirmar que tais pacientes, na maioria das vezes, não tomam a medicação de uma forma adequada, não seguem os horários propostos, precisando, assim, da ajuda de outras pessoas.

No decorrer da observação percebeu-se também que, grande parte desses indivíduos, mora com, no máximo, três pessoas na mesma residência, geralmente todos idosos, analfabetos e necessitados de ajuda para vencer a barreira do não saber ler. Dada a dificuldade encontrada, muitos deles trocavam a medicação prescrita pelo médico por um chá caseiro, costume do local. Agiam dessa forma por acreditar que era necessário tomar alguma coisa além dos remédios para suprir o não cumprimento da prescrição médica.

Tais pacientes, ainda que com esforço, não conseguiam reduzir a pressão arterial, conforme a meta proposta pelo documento “Atenção à saúde do adulto: Hipertensão e diabetes” (2007). Tal documento diz que a pressão arterial deve ser reduzida para valores inferiores a 140/90 mm Hg, o que não foi possível observar nesses sujeitos, mesmo tendo em

mãos uma prescrição médica. Isso leva a dizer que a prescrição médica, sozinha, não conduz à melhoria do hipertenso, dependendo da forma como ela é utilizada.

No decorrer da observação foi possível perceber também que, mesmo com um suposto uso de medicação, uma minoria da população tinha sua pressão arterial controlada. Grande parte desses sujeitos teve a prevalência de HAS aumentada, isso ocorrendo com maior frequência nas pessoas com menor nível de escolaridade.

Os pacientes, pertencentes ao grupo da não adesão ao tratamento, eram encaminhados à unidade de ESF local, para receberem orientações a respeito da importância de seguir corretamente a prescrição médica.

Entre os procedimentos preventivos da hipertensão realizados pelo ESF no município de Diogo de Vasconcelos, destacam-se ações educativas para o controle dos fatores de risco reversíveis adquiridos ao longo da vida do indivíduo e para a prevenção das complicações.

As orientações eram feitas tanto verbalmente quanto por escrito, de forma clara, a fim de que fossem compreendidas pelo paciente e seus familiares. Dessa forma, o paciente estaria aprendendo com os agentes da equipe de saúde e, como defende Vygotsky, a aprendizagem estimula o desenvolvimento. O que foi aprendido, segundo esse autor, é incorporado como um instrumento de atividade mental, reorganizando-a e possibilitando que essa reestruturação represente um impulso para o desenvolvimento.

Foi feito, então, com esses sujeitos, um trabalho de conscientização, no sentido de se mostrar a importância e eficácia do tratamento farmacológico. Partiu-se para orientações nas próprias caixas dos medicamentos desses pacientes, dada a sua dificuldade ao ler a prescrição médica (receita médica/bula dos remédios).

A equipe de saúde passou a fazer o uso da linguagem não-verbal como forma de comunicação com esses pacientes. Tal linguagem faz o uso de símbolos, desenhos, gestos, etc., iniciando-se o processo. Eram feitos desenhos nas caixas dos medicamentos, simbolizando os horários que tais medicamentos deveriam ser tomados, como manhã, tarde e noite. Foram exploradas também as cores para indicar horários de medicação.

Em novas visitas domiciliares, no período da observação, foi possível notar uma mudança no comportamento de alguns pacientes estudados, além de certo entusiasmo por estarem conseguindo interagir com aquilo que lhe era indicado, na prescrição médica, para

melhorar a sua qualidade de vida, o que antes não era possível fazerem sozinhos. Nesse processo houve a interação agente de saúde-paciente, pois nessa interação, conforme a teoria de Vygotsky, o conhecimento é entendido como uma ação compartilhada, em que o “eu” e o “outro” se articulam para sua formação e apreensão.

#### **4.5.3. Hipertensão arterial e hábitos alimentares inadequados no município de Diogo de Vasconcelos**

Sabe-se que a dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. As linhas gerais de recomendação dietética para o paciente hipertenso estão resumidas no quadro que se segue:

- Manter o peso corporal adequado;
- Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa;
- Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, lingüiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote,
- Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas;
- Dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- Substituir bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura;
- Incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana;
- Optar por alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, do tipo mono ou poliinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco;
- Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados;
- Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, etc.
- Estabelecer plano alimentar capaz de atender às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica- nº 15, 2006. Hipertensão Arterial Sistêmica.

Mas, para que o autocuidado tenha sucesso, é necessário perceberem-se as próprias necessidades, ou seja, indagar-se sobre o que é realmente preciso conservar ou mudar no estilo de vida para manter a saúde. A percepção do indivíduo sobre um problema a ser

enfrentado, é um fator importante que influencia na reação para a busca de melhorias. A partir deste ponto, há possibilidade de harmonizar a saúde com o viver do cotidiano (Silva, 2004).

Foi possível notar, durante a observação dos pacientes em Diogo de Vasconcelos, que grande parte deles mantinha uma dieta não muito favorável à manutenção da saúde, com a prática de hábitos alimentares inapropriados.

Entre os indivíduos analisados no município, evidenciou-se que o hábito alimentar era inadequado na maioria das vezes e estava associado a um grande consumo de sal e carne vermelha e a um consumo reduzido de vegetais.

A observação permitiu dizer que o sal, gordura, massas, refrigerantes estão no cardápio desses pacientes. Uma das recomendações do quadro acima é que sejam restringidas as fontes industrializadas de sal, e entre essas fontes, estão incluídos os salgados de pacote, os enlatados, as conservas. Tais produtos parecem estar entre os favoritos nos pacientes estudados. Os salgados de pacote, além do sal, em sua maioria, contém carboidratos e gorduras na composição.

Grande parte dos sujeitos participantes do estudo consome freqüentemente enlatados. É sabido que os enlatados possuem grande quantidade de condimentos-dentre eles o sal. Nesse grupo é comum o consumo de enlatados e conservas em substituição à carne, devido à praticidade para o consumo.

Durante a observação, o consumo do leite e seus derivados foi relatado pela maioria dos pacientes como freqüente. Tais alimentos são ricos em cálcio e os “estudos epidemiológicos sugeriram uma relação inversa entre a ingestão dietética de cálcio e a HAS: os hipertensos consomem menos cálcio do que as pessoas normotensas” (Oparil, 1997, p. 295). Deve-se consumir queijo branco (rico em cálcio) e leite desnatado que possui menos gorduras saturadas.

Além desses pontos relatados, a observação apontou que a gordura está presente em demasia nos pratos desses pacientes, podendo desencadear, agravar e manter a hipertensão, segundo a literatura pertinente sobre o assunto. Grande parte dos pacientes em Diogo de Vasconcelos consumia em demasia alimentos variados ricos em gorduras, tais como carne gorda, fritura, banha de porco, etc. Esses pacientes alegaram não saber da interferência das gorduras no aumento dos valores tensionais da pressão arterial.

Foi possível observar um número considerável de pacientes com excesso de peso, conseqüência de uma má alimentação, aliada ao sedentarismo. A obesidade é um grande fator de risco para a gênese da hipertensão arterial, por exigir um maior esforço do coração.

Um dado curioso que a observação trouxe é que, em meio a esses pacientes desinformados, há uma minoria que demonstra preocupação com os hábitos alimentares. Alguns relataram que deixam de ir a festas ou reuniões entre amigos para evitar a ingestão de alimentos inadequados, tais como refrigerantes, bolos, doces, salgados, etc.

Percebe-se aqui que, a condição crônica desses pacientes leva-os a diversas perdas nos relacionamentos sociais, mas os trazem ganhos na saúde.

Nota-se que os hábitos sociais encontrados nesses sujeitos, estão diretamente relacionados com os índices pressóricos, já que são classificados pela literatura pertinente como fatores de risco em potencial para o desenvolvimento de HAS.

Diante do exposto, a equipe de saúde passou a desenvolver atividades coletivas no sentido de despertar esses pacientes para uma mudança nos hábitos alimentares. Foram desenvolvidas palestras, campanhas educativas periódicas, etc.

Em meio a essas atividades eram transmitidos a esses pacientes os pontos importantes e os dez passos para a alimentação saudável, propostos pelo documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus”, de 2001, do Ministério da Saúde.

Os pontos importantes a serem observados pelos profissionais de saúde para a orientação alimentar são:

- Esclarecer que a alimentação e nutrição adequadas são direitos humanos universais;
- Promover a substituição de consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos saudáveis;
- Não discriminar alimentos, mas propor a redução do consumo dos menos adequados;
- Esclarecer que a alimentação saudável não é alimentação cara;

- Promover o peso saudável através de mensagens positivas;
- Evitar a personificação do obeso, já discriminado socialmente.

Ainda, conforme o documento acima citado, os dez passos para a alimentação saudável são:

- 1- Coma frutas e verduras variadas, pelo menos duas vezes por dia;
- 2- Consuma feijão pelo menos quatro vezes por semana;
- 3- Evite alimentos gordurosos como carnes gordas, salgadinhos e frituras;
- 4- Retire a gordura aparente das carnes e a pele do frango;
- 5- Nunca pule refeições, faça três refeições e um lanche por dia. No lanche, escolha uma fruta;
- 6- Evite refrigerantes e salgadinhos de pacote;
- 7- Faça as refeições com calma e nunca na frente da televisão;
- 8- Aumente a sua atividade física diária. Ser ativo é se movimentar. Evite ficar parado, você pode fazer isto em qualquer lugar;
- 9- Suba escadas ao invés de usar o elevador, caminhe sempre que possível e não passe longos períodos sentado assistindo TV;
- 10- Acumule 30 minutos de atividade física todos os dias.

Essas orientações se apresentam freqüentemente nos receituários médicos, trazendo indicações às nutricionistas ou determinando que os pacientes diminuam o uso excessivo de sal, gordura e massas.



### **Conclusão:**

A hipertensão arterial, segundo Porto (2005) é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, constituindo a principal causa de mortalidade e incapacitação em vários países. Grande parte da população adulta, conforme ilustrou a presente pesquisa, é portadora dessa enfermidade.

De acordo com a literatura pertinente sobre o assunto, são considerados hipertensos, aqueles indivíduos que apresentam pressão diastólica acima de 90 mm Hg e sistólica acima de 140 mm Hg (acima de 18 anos). Mas, antes de se taxar o indivíduo como portador de hipertensão arterial, torna-se necessário obter esses valores em pelo menos duas aferições subseqüentes, e em dias diferentes.

Alguns estudiosos apontam que, dentre as várias classificações dessa enfermidade, tem valor prático a que toma como referência as causas da hipertensão.

A presente pesquisa trouxe um dado curioso a respeito da temática. Foi possível deparar com estudos que apontam que os dados epidemiológicos brasileiros relativos ao risco cardiovascular são ainda duvidosos, pois, apesar desses dados se mostrarem consistentes, oriundos de estudos representativos, eles estão limitados a algumas regiões, o que deixa dúvidas se as informações existentes podem representar o país como um todo.

A análise mostrou que a pressão arterial aumenta com a idade, devido às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, corroborando o que diz o estudo de Pessuto (1998). Comprovou-se, também, que a baixa escolaridade tem implicação direta nas condições de saúde das populações, o que aproxima dos estudos de Freitas et al (2001), Berlezi (2007), dentre outros da literatura pertinente. Essa é uma afirmação verdadeira, uma vez que a precária condição socioeconômica associada à baixa escolaridade interfere em todos os aspectos da saúde. A baixa escolaridade tem ligação com o menor conhecimento das estratégias de prevenção e na pior compreensão e valorização do tratamento prescrito, o que interfere na adesão ao tratamento e conseqüentemente, no controle e na cura da patologia.

A pesquisa confirmou os resultados das análises relatadas nas referências bibliográficas levantadas, que evidenciam que o sedentarismo, a não adesão ao tratamento e os hábitos inadequados de alimentação, aumentam a incidência de hipertensão arterial, uma vez que indivíduos sedentários apresentam risco aproximadamente 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. Tal comportamento se repete na cidade de Diogo de Vasconcelos.

A questão da não adesão ao tratamento foi vista como um fator que dificulta o tratamento da HAS, pois ultrapassa as barreiras culturais. Quanto à questão dos hábitos inadequados de alimentação, a análise mostrou que a alimentação tem função primordial no surgimento das doenças cardiovasculares (DVC), exercendo papel fundamental para a prevenção das mesmas, o que aproxima do estudo apresentado por Faria (2007).

Outra conclusão a que se chegou é que o controle da pressão arterial não se relaciona apenas aos hábitos de vida saudável do paciente e seu tratamento medicamentoso, mas também com a conscientização sobre a enfermidade e às comorbidades relacionadas. Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre, é acompanhada de muita resistência, levando a maioria das pessoas a não conseguir fazer modificações e/ou, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis.

A orientação para estilo de vida saudável deve fazer parte e ser valorizada na consulta médica, independente da especialidade do profissional médico que está atuando. Tendo em vista as peculiaridades da hipertensão - que se constitui em um exemplo de problema de saúde pública interdisciplinar e multiprofissional, exigindo uma abordagem em equipe para que seu controle ocorra com sucesso - a implementação de ações de prevenção da HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde.

Os resultados desse estudo no município de Diogo de Vasconcelos possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre o nosso papel de educador em saúde, junto ao indivíduo, à família e à comunidade. É nesse sentido que a equipe de saúde ganha destaque e sua contribuição mostra-se fundamental para a mudança de comportamentos e a elevação da qualidade de vida do hipertenso.

Como a hipertensão arterial tem sido uma constante, não somente no município de Diogo de Vasconcelos, mas no mundo inteiro, faz-se necessário a tomada de novas medidas de prevenção governamentais, além de uma preparação urgente de toda equipe de saúde, citada nesta pesquisa, para que possam lidar com tal enfermidade de forma mais eficiente.

Seria utópico pensar que toda a teoria sobre o assunto daria conta de “exterminar” todos os problemas relacionados a essa enfermidade. Talvez mais importante do que compreender os sintomas e prognósticos do transtorno, seja entender o ser indivíduo e sua

história de vida. São vários os estudiosos preocupados com essa questão, na tentativa de solução para o problema. Mas, pôde-se inferir que ainda há um longo caminho a percorrer, dada a complexidade da enfermidade.

Conclui-se enfim, que os objetivos propostos para orientar esse trabalho foram alcançados com êxito, pois ao decorrer da pesquisa definimos e contextualizamos hipertensão arterial; apresentamos os fatores de risco modificáveis e não-modificáveis; descrevemos os procedimentos realizados pelo ESF no tratamento dos hipertensos e apresentamos resultados significativos a respeito da hipertensão arterial no municio de Diogo de Vasconcelos, que futuramente poderão ser estudados mais profundamente.

**Bibliografia:**

ACHUNI, A.; MEDEIROS, A.B- Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. Boletim da Saúde da SSMA-RS, 1985; 12: 2-72.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. *História da Educação*. São Paulo: Moderna, 1996.

BERLEZI EM. *Estudos de fatores de risco para doenças cardiovasculares em indivíduos hipertensos adscritos a uma unidade de saúde da família*. [tese-Doutorado]. Rio Grande do Sul: Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica/PUCRS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus*. Brasília: MS, 2001.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; MION JUNIOR, D.; GIORGI, D. M. A. Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. *Rev. Paul Enferm*, 1988; 08: 04-07.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev. Esc. Enferm USP*, 1991; 25: 259-69.

COSTA, Maria das Graças Pinheiro. *Proposta de um programa de ensino da leitura para o desenvolvimento de três habilidades básicas ao nível da 4ª série do 1º grau*. Rio de Janeiro, 1988. (Dissertação de Mestrado).

DATASUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicações/anoario2001/index.cfm?saude=HTTP%b3A%2F%2Fportal.saude.gov.br%2Fportal%2Faplicacoes%2Fanoario2001%2Findex.cfm&botao=OK&obj=%24VObj>.

DELL' ACQUA, M. C. Q.; PESSUTO, J.; BOCCHI, S. C. M.; ANJOS, R. C. P. M. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. *Rev. Latinoam Enferm*, 1997; 05: 43-8.

DUNCAN, B.B. *As desigualdades sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não-transmissíveis*. Porto Alegre, 1991. [tese-Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FARIA, Valéria Andrade. *Padrão da dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares em Ouro Preto*. Minas Gerais. [manuscrito], 2007. (Dissertação de Mestrado).

FEIJÃO, A. M. M.; GADELHA, R. V.; BEZERRA, A. A.; OLIVEIRA, A. M.; SILVA, M. S. S.; LIMA, J. W. O. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população de baixa renda. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2005; 84(1): 29-33.

FIELDS, L.E.; BURT, V.L.; CUTLER, J.A; HUGHES, J.; ROCCELLA, E.; SORLIE, P.; *The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000*. A Rising Tide. *Hypertension*, 2004; 44: 398-404.

FREITAS, et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 77, nº 01, p. 09-15, 2001.

FUCHS et al. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. (In: *Arq. Bras Cardial*, vol. 63, nº 06, 1994, p. 473-479).

IRIGOYEN M.C., LACCHINI S., De ANGELIS K., CHICHELINI L.C. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, v. 13, nº 01, p. 20-45, 2003.

JARDIM et al (2007). In: *Arq. Bras Cardiol*, 2007; 88 (4): 452-457.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L. ; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina*, 1996; 29: 232-8.

KLEIN, C. H. Inquérito epidemiológico sobre hipertensão arterial em Volta Redonda - RJ. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1985; 1: 58-70.

LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1998.

- LOBATO, Carmem Helena Moscoso. *Leitura no segundo grau: A apropriação como processo de construção da macroestrutura do texto*. Campinas: UNICAMP, 1995.
- LOLIO, C. A. de. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev. Saúde Pública*, 24: 425-32, 1990.
- LOLIO, C. A. de et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*, 27: 357-62, 1993.
- LOLIO, C. A. de. Prevalência da hipertensão arterial em Araraquara. *Arq. Bras. Cardiol*, 1990; 55: 167-73.
- MAGNABOSCO, P. *Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência* [tese-Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2007.
- MELO NETO, Olímpio Pereira de. *Hipertensão arterial em Ouro Preto (MG): [manuscrito] avaliação da terapêutica farmacológica e de fatores de risco cardiovasculares*, 2006 (Dissertação de Mestrado-Universidade Federal de Ouro Preto).
- Ministério da Saúde. Série Cadernos de Atenção Básica nº 15-Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1ª edição, 2006.
- OLIVEIRA, Marta Kohl de. Vygotsky. *Aprendizado e desenvolvimento- um processo histórico*. São Paulo: Scipione, 1995, p.60.
- OLIVEIRA, R. G. *Fatores relacionados à pressão arterial e fatores de risco de hipertensão arterial sistêmica em estudantes do ensino fundamental e médio - o estudo de Belo Horizonte* [tese-Doutorado]. Belo Horizonte: Curso de Pós Graduação em Pediatria/UFMG, 2000.
- OPARIL, S. Hipertensão Arterial. In: BENNETT, J. C.; PLUM, F. et al *Cecil -Tratado de medicina interna*. 20ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, v. 01, p. 285-301.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/mos> info.cfm?codigodest=216.
- PIERIN, A. M. G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. *Rev. Esc. Enferm USP*, 1989; 23: 35-48.

Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

PESSUTO J, CARVALHO E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 06, nº 01, p. 33-39, 1998.

PORTO, Celmo Celeno. *Semiologia médica*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RABELO, S. E.; PADILHA, M. J. C. S. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. *Texto Contexto Enferm*, 1999; 08: 250-62.

RIBEIRO, M. D, RIBEIRO, A. B, SATABILE, Neto C. et al-Prevalência de hipertensão arterial na força de trabalho da Grande São Paulo. Influência da idade, sexo e grupo étnico. *Rev. Ass. Med. Brasil*, 1982; 28: 209-211.

ROLIM N, BRUM P. Efeitos do treinamento físico aeróbio na hipertensão arterial. *Hipertensão*. 2005; 8 (1): 35-7.

RUDIO, V. F. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. 9ª edição. Petrópolis: Vozes, 2001.

SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes de. *Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, nº 03, 2004.

SOUZA AL. *Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo* [tese-doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1999.

TEIXEIRA, E. R. Representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde, doença e autocuidado. *Rev Enferm UERJ*, 1996; 04: 163-9.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. S.; LEIMANN, A. H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, 1990; 11: 18-28.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública-conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 2005: 39 (3): 507-14.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 89, nº 03, Setembro de 2007, p. 24-79.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 32, nº 01, Setembro de 2010.

ZILBERMAN, Regina. *A leitura e o ensino da literatura*. São Paulo: Contexto, 1988, p. 123.