

# O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

Marcelo Mendes Fernandes<sup>1</sup>

Joaquim Domingos Soares<sup>2</sup>

## Resumo

**Introdução:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é geralmente um distúrbio assintomático da elevação da pressão nas artérias aumentando o risco de acidente vascular encefálico, ruptura de aneurisma, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e lesão renal. É definida pela pressão sistólica média de 140 mmHg, mais a pressão diastólica inferior a 90 mmHg. O portador desse distúrbio deverá fazer controle da pressão arterial até o fim da vida, com medicamentos, dieta e prática de exercícios físicos.

**Objetivo:** Conseguir a conscientização e aceitação pela paciente acompanhada, de todas as condutas pertinentes ao tratamento e controle da Hipertensão Arterial, para uma melhora de sua qualidade de vida.

**Metodologia:** Em visitas a residência da Sra J. F. N. no bairro São João Evangelista da cidade de Paracatu-MG, pelo curso de medicina da Faculdade Atenas, nos anos – 2006 e 2007 - foram realizadas entrevistas, aferições de pressão arterial, checagem e orientação dos medicamentos, da necessidade de boa alimentação, da prática de exercícios físicos, lazer e abstenção do cigarro.

**Resultado:** Verificou-se que o baixo nível sócio-cultural da paciente acompanhada, influenciou na capacidade de compreensão e entendimento da importância dos critérios de conduta de terapia e de mudanças de hábitos de vida, influenciando negativamente todo o tratamento e o controle da hipertensão arterial sistêmica.

**Discussão:** Apesar do empenho neste trabalho, o conhecimento e a visão que o paciente tem sobre sua própria doença, da participação dos grupos informativos e a informação advinda da Unidade Básica de Saúde, todos estão aquém do considerado para um impacto satisfatório.

---

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu-MG.

<sup>2</sup> Professor do curso de Medicina da Faculdade Atenas-Paracatu-MG.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, nível sócio-cultural e tratamentos.

## Summary

**Introduction:** A Systemic Hypertension (SH) is a disorder usually asymptomatic elevation of the pressure in the arteries increasing the risk of stroke, rupture of aneurysm, heart failure, myocardial infarction and kidney damage. It is defined by the average systolic pressure of 140 mmHg, plus the diastolic pressure below 90 mm Hg. The bearer of this disorder must do control blood pressure until the end of life, with medicines, diet and practice of physical exercise.

**Objective:** To the awareness and acceptance by the patient together, all conduct relevant to the treatment and control of Hypertension, for an improvement in their quality of life.

**Methodology:** In visits the residence of Mrs. J. F. N. John the Evangelist in the neighborhood of the city of Paracatu-MG, by way of Athens School of Medicine in years - 2006 and 2007 - were conducted interviews, measurements of blood pressure, checking and guidance of medicines, the need for good nutrition, the practice of physical exercise, recreation and abstention from smoking.

**Result:** It was found that the low socio-cultural accompanied the patient, influenced the ability to understanding and understanding of the importance of the criteria for the conduct of therapy and changes in living habits, adversely affecting the entire treatment and control of hypertension .

**Discussion:** Despite the commitment to this work, knowledge and vision that the patient has on his own illness, the participation of information and information arising from the Basic Health Unit, all are considered less than satisfactory for an impact.

**Keywords:** Systemic Hypertension, low socio-cultural and treatments.

## I. INTRODUÇÃO

### I.1. Revisão da Literatura: (estado da arte)

Conforme Robbins e Cotran (2005), a hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde comum que pode ter conseqüências devastadoras, freqüentemente permanecendo assintomática ate uma fase tardia de sua evolução. A hipertensão é um dos fatores de risco mais importantes, tanto para a doença arterial coronariana quanto para acidentes vasculares cerebrais; a hipertensão pode provocar hipertrofia cardíaca e insuficiência cardíaca potencial, dissecação aórtica e insuficiência renal.

Segundo Taber (2000), o fator primário, num caso de hipertensão, é uma elevação na resistência periférica, resultando de vasoconstrição ou estenose dos vasos sanguíneos periféricos.

Informa Duncan (2004), que a hipertensão arterial sistêmica é um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam e a colocam na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

Ainda, Robbins e Cotran (2005), diz que a hipertensão arterial sistêmica constitui um distúrbio complexo, multifatorial, que possui determinantes genéticos e ambientais. Os efeitos prejudiciais da pressão arterial aumentam conforme a pressão se eleva. Considera-se que pressão diastólica persistente maior do que 90 mmHg, ou pressão sistólica superior a 140 mmHg, constituem hipertensão.

Lessa (1998, as doenças crônicas, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), apresentaram um aumento significativo nas últimas décadas, sendo responsáveis por um grande número de óbitos em todo o país. Este fato pode ser atribuído a uma maior longevidade da população e também às modificações ocorridas em seu estilo de vida.

Para Duncan (2004), diversos inquéritos populacionais demonstraram que a hipertensão arterial tem alta prevalência no Brasil, variando entre 11 e 25% dos adultos.

Pierin (1991), quando não tratada adequadamente, a HAS pode acarretar graves conseqüências a alguns órgãos vitais, e, isoladamente, encontra-se entre as mais freqüentes morbidades do adulto.

Telarolli (1998), desse modo, a doença hipertensiva tem constituído um dos mais graves problemas de saúde pública.

Segundo Lessa (1998), 50% dos hipertensos conhecidos não faz nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada. Entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos.

Para Jardim et al (1996), modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é

formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, sendo assim, o meio social tende a afetar diretamente os hipertensos na forma como enfrentam a doença e o tratamento dessa enfermidade.

## I.2. Contextualização.

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento. O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida. Tendo em vista a importância social e econômica de uma doença prevalente como a HAS (hipertensão arterial sistêmica), e sabendo do papel da atenção primária (através do médico, equipe de enfermagem e agentes de saúde), é de vital importância que se aprimore o conhecimento sobre o impacto da terapia aplicada aos pacientes hipertensos, que por causa de seu baixo nível sócio-cultural, sofrem com os agravos da doença, pelo não entendimento e compreensão da importância de se seguir criteriosamente as recomendações de hábitos de vida e da administração dos medicamentos.

Eis a seguir o genograma da família da Sra J. F. N. de 60 anos, moradora do bairro São João Evangelista, pertencente a Unidade Básica de Saúde do mesmo nome, a qual é portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), portanto o foco deste estudo.

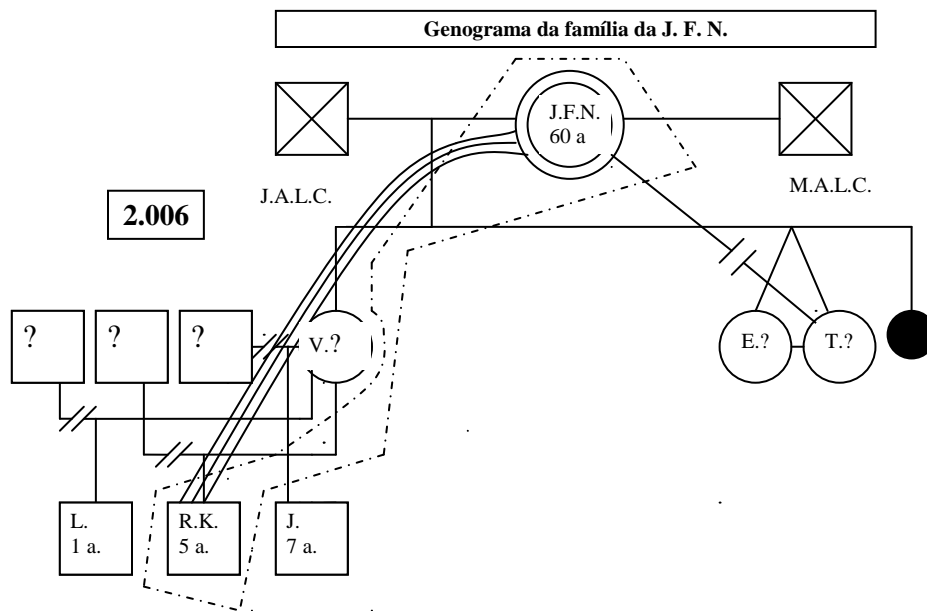


Figura 1. Genograma da família da Sra J. F. N. Onde as três linhas contínuas paralelas mostra o estreito relacionamento com o neto, as tracejadas identificam os moradores da residência, o triângulo com os dois círculos identificam filhos gêmeos, o círculo menor em preto um aborto, os quadrados com X, as pessoas falecidas, somente quadrado os homens e círculos as mulheres, onde há pontos de interrogação demais informações que não passadas pela informante, além dos contínuos que indicam as relações, e quando interrompidos as relações são desfeitas.

A Sra J. F. N. mora em uma residência própria, a rua é asfaltada, a casa murada, com quintal e interior de “terra batida”, contém apenas dois cômodos divididos por paredes de tijolos, porém sem reboco, cobertura de telha de amianto e sem forração, no fundo do quintal existe um barraco de madeira e plástico, onde é usado como banheiro, onde há a existência de uma fossa, não existe água da rede pública, contudo o seu uso se dá através de uma “mangueira” vinda da casa de um vizinho, possui rede de energia elétrica. As condições de higiene são precárias, e o cheiro do ambiente não é agradável.

A Sra J. F. N. é viúva pela segunda vez em seu segundo casamento, tem três filhas vivas – as quais moram na roça, teve um aborto espontâneo no terceiro mês da terceira gestação quando morava na roça, as filhas são do primeiro marido, o Sr. J. A., que era alcoólatra, no segundo casamento com o Sr. M.G.C. não teve filhos, o qual também era alcoólatra, relatou que ambos morreram por “problemas do coração”. Trata-se de uma pessoa com estado precário de saúde e higiene pessoal, houve pouco,

fala com dificuldades por falta da dentição, mora apenas com seu neto R.K. de 5 anos de idade. É hipertensa e não toma os medicamentos regularmente – Captopril 25 mg 12/12 horas e 1 AAS ao dia - , não faz refeições diárias normais, é fumante de “fumo picado”, não pratica nenhuma atividade física e nem relata lazer, sobrevive com uma pequena penção de meio salário mínimo do último marido falecido.

### I.3. Justificativa

Foi com essa preocupação que o presente estudo foi motivado, buscando-se, através da paciente J.F.N. no Bairro São João Evangelista da cidade de Paracatu-MG, de 60 anos de idade, analisar o impacto da terapia prescrita, bem como compreender todos os aspectos envolvidos na aceitação ou não da visão que a paciente tem da sua doença. Pois diante de todos os problemas vivenciados pela paciente, com todas as suas carências, nos vários âmbitos pessoais e sociais, percebe-se a grande importância em se ressaltar os fatores que direta e indiretamente interferem e influenciam com o insucesso de uma terapia para o controle de sua doença. Com o trabalho desenvolvido, também se pretendeu intervir na realidade da paciente, a partir das hipóteses de solução propostas, visando alcançar os resultados desejados, de bem estar e qualidade de vida desta paciente, através das visitas periódicas, ajudando no controle dos medicamentos, na aferição da pressão arterial, checando e orientando sua dieta e práticas de exercícios físicos.

### I.4. Objetivos.

Como objetivo geral, esperava-se que, ao término do estudo, chegássemos a analisar, com sucesso, a maioria das variantes técnicas, sócio-culturais, e pessoais que envolviam nas condutas medicamentosas (ou não) que são necessárias para o controle

da hipertensão desta paciente, assim como o bom entendimento e adequação ao tratamento e de todas as outras formas de terapias que se aplicam à hipertensão para uma melhora em sua qualidade de vida. Possíveis falhas no tratamento deveriam ser esclarecidas ao fim do trabalho, e sendo essas relacionadas a não aceitação, total ou parcial, do paciente às medidas propostas, ou mesmo de um tratamento incorreto por um não entendimento do mesmo. Como objetivos específicos, deveriam ser aplicadas e orientadas todas as formas adicionais de terapias auxiliares à hipertensão como, entender a importância das atividades físicas regulares ou caminhadas diárias seguindo uma sugestão de um programa progressivo e sua adesão, a exclusão ou mesmo a diminuição do uso do sal de cozinha em suas refeições, o abandono do vício do fumo através de orientações e esclarecimentos, juntamente com o acompanhamento de agentes comunitários e enfermeiros da Unidade Básica de Saúde assim como, compreender através de critérios e calendários com horários impressos e estabelecidos sobre a importância do uso correto da medicação recomendada. Os objetivos específicos para adesão ao tratamento e controle da HAS, estão em anexo.

## II Metodologia.

### II.1. Tipo de Estudo.

Trata-se de um Estudo de Caso, realizado segundo um método qualitativo.



## II.2. Área de Estudo.

O presente trabalho se desenvolveu na área de abrangência do UBS (Unidade Básica de Saúde), do bairro São João Evangelista da cidade Paracatu-MG, mais precisamente na residência da Sra J. F. N. de 60 anos de idade, durante as atividades da disciplina de Interação Comunitária pela Faculdade de Medicina Atenas, durante os anos de 2006 e 2007, e tem como característica peculiar o baixo poder aquisitivo e baixo nível sócio-cultural, onde há moradores que habitam locais de risco (em que há tráfico de drogas, brigas entre gangues de bairros), mas que por outro lado, possuem o básico necessário em relação à higiene e saneamento. A geografia local é heterogênea, pois existem ruas asfaltadas com casas de alvenaria e redes de água e esgoto instalados e ligados, como também ruas de terra com presença de barracos, terrenos íngrimes com erosões e esgoto a céu aberto.

## II.3. Coleta de Dados.

Os dados foram coletados da Sra J. F. N., 60 anos, viúva, hipertensa, fumante, baixa classe social, analfabeta, moradora em condições precárias de higiene e saneamento básico, assim como de todo o ambiente e questões sociais que envolvem esta paciente. Através de formulários – roteiro de entrevista - fornecido pelo professor da disciplina de Interação Comunitária do curso de medicina da Faculdade Atenas, em anexo, do uso de um “Diário de Bordo”, caderno onde os alunos registram todas as

visitas, anotações de condutas, dados e informações coletadas na moradia da paciente, do uso de esfigmomanômetro e estetoscópio – devidamente calibrados - para aferição da pressão arterial, colhia-se todas as informações necessárias para o estudo. Tudo isso respeitando-se um cronograma de visitas, abaixo relacionados, previamente elaborados junto ao calendário escolar, o qual orientava planejamentos de ações medidas de intervenção para melhorar as condições de vida da paciente.

A primeira visita, o primeiro contato, ocorreu em 17/03/2006. A partir do ano seguinte de 2007 elaborou-se o Projeto de Intervenção, para se buscar aplicar na realidade da paciente medidas que pudessem melhorar sua condição de vida:

Na visita de 01/03/2007

- No acompanhamento e checagem dos medicamentos, continuar a conferir sistematicamente, contando os comprimidos e os dias, para que a cada visita pudesse a Sra. J. F. N. estar tomando os medicamentos regularmente.

Na visita de 12/04/2007

- Aferir a pressão arterial e anotar no cartão, sempre renovando as orientações.
- Instruções e aconselhamentos com demonstrações práticas para proceder com a melhoria da higiene pessoal e da residência, deixando claro a importância dessas mudanças.

Na visita de 14/06/2007

- Checar, conferir e alertar sobre os medicamentos tomados, aferição da pressão arterial, instruções para caminhadas diárias.

Na visita de 30/08/2007

- Propor a Sra. J. F. N. que passe a contar quantos cigarros ela fuma por dia e aos poucos ir diminuindo a quantidade para que assim ela consiga por fim largar esse vício. A cada visita aconselhar sobre a importância dela parar de fumar, sobre os danos que o cigarro pode trazer a ela e seu neto.

Na visita de 20/09/2007

- Além de repetir todas as orientações, checar sua pressão arterial e checar seus medicamentos, também atualizar todas as informações sobre os programas de orientações e palestras sobre hipertensão promovidas pela UBS.

Na visita de 25/10/2007

- Nesta visita nos despedimos, pois se tratava da última do ano, renovamos todas as orientações e checamos todos os procedimentos de praxe, além de orientações de higiene pessoal, da casa, e dos cuidados quanto perigo da dengue nesta época do ano.

#### II.4. População em Estudo.

Trata-se de um estudo de um caso de uma paciente, J. F. N., portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica, moradora do Bairro São João Evangelista da cidade Paracatu-MG, da área de abrangência do PSF do mesmo nome.

#### II.5. Amostra ou Amostragem.

Não se aplica por se tratar de um estudo de caso, que envolve apenas a paciente, J. F. N.

## II.6. Critério de Seleção dos Sujeitos.

A paciente (amostra) foi indicada por uma agente comunitária de saúde, respeitando-se como critério de seleção o perfil de classe social, e problema existente da hipertensão arterial, tendo como fatores particulares, a solidão, por se tratar de uma paciente viúva por duas vezes, idosa, fumante, morar apenas com seu neto de 5 anos de idade, além de suas características de formação escolar e classe sócio-cultural.

## II.7. Instrumentos ou técnicas utilizadas:

As respostas eram transcritas para um diário de bordo, conforme já descrito, e fichas fornecidas pelo coordenador da disciplina de Interação Comunitária, respeitando-se o vocabulário da entrevistada e constando apenas de perguntas abertas. Antes de ser interrogada, a paciente dava o seu consentimento e era informada dos procedimentos e condutas a serem adotadas. A aferição da Pressão Arterial foi realizada com o uso de um estetoscópio e um esfigmomanômetro, devidamente calibrados.

## II.8. Análise dos dados, tratamento estatístico:

A análise dos dados foi descrita no diário de bordo, elucidada em um projeto de intervenção e apresentado e discutido em sala de aula sob a supervisão e orientação de professores e tutores da disciplina. Após várias correções, aplicou-se novamente as técnicas e intervenções com a paciente em estudo.

## III. Resultados.

### III.1. Descrição.

O objetivo desse estudo foi avaliar o impacto que visitas domiciliares através de acadêmicos pôde interferir e colaborar positivamente a pacientes de baixo nível sócio-cultural, fazendo que estes passem a realizar atividades diárias relacionadas a HAS, administração de medicamentos de forma correta, que possam promover estas pessoas a uma boa qualidade de vida, e que garantam uma maior longevidade, além de identificar as variáveis particulares da vida dessas pessoas que interferem e atrapalham nos cuidados que se deve ter quanto a HAS. Trata-se de resultados obtidos de forma sistemática durante a própria visita através de dados coletados e anotados em fichas, roteiros de entrevistas, Diário de Bordo, e que levados ao posto de saúde eram discutidos, analisados e avaliados por tutores da disciplina, para

posterior apresentação em sala de aula através de slides em Data-show pelo acadêmico responsável, para elucidação dos resultados e busca de intervenções estratégicas para as próximas visitas. Verificou-se então que a paciente relatou não saber a definição de HAS, revelou falta de interesse e conhecimento de si mesma, não pudemos obter os resultados esperados conforme a expectativa inicial do trabalho, a evolução da paciente e o sucesso desta atividade foi relativamente mínima, talvez imperceptível, já que essa pessoa aceitava bem as informações, ouvia com atenção todas as recomendações, não se recusava a ser atendida e se prestava aos procedimentos de aferição da pressão arterial assim como responder aos questionários da entrevista. A cada visita observávamos que o ambiente interno da residência não sofria alterações de melhorias, que as condições de higiene também não melhoravam, e percebíamos que a Sra J. F. N., ocultava ou omitia informações relevantes ao tratamento como, abstenção na administração medicamentosa, a qual era percebida na investigação das cartelas de comprimidos, também mentia sobre o vício do tabaco, a não realização de atividades físicas regulares como as caminhadas, além da observação feita durante a visita da não existência de alimentos ou variedades de alimentos que são recomendados para o equilíbrio de uma boa dieta. Portanto, a olhos vistos, os resultados não eram os esperados, e notava-se isto tudo, de forma clara, no próprio cartão de anotações das medidas da hipertensão arterial, as quais não se mantinham estáveis, e apresentava variações significativas, como citadas: Visita do dia 17/03/2006, pressão arterial de 160X90 mmHg; Visita de 11/08/2006, pressão arterial de 150X90 mmHg; Visita de 24/11/2006, pressão arterial de 150X11 mmHg; Visita de 01/03/2007, pressão arterial de 140X80 mmHg; Visita de 12/04/2007, pressão arterial de 130X80

mmHg; Visita de 14/06/2007, pressão arterial de 140X11 mmHg, Visita de 30/08/2007, pressão arterial de 140X10 mmHg; Visita de 20/09/2007, pressão arterial de 150X90 mmHg; e finalmente em visita de 25/10/2007, pressão arterial de 190X14 mmHg.

### III.2. Tabelas e quadros.

Não se aplica ao tipo de estudo.

### III.3. Gráficos.

Não se aplica ao tipo de estudo.

### III.4. Mapas.

Não se aplica ao tipo de estudo.

#### IV. Discussão.

##### IV.1. Interpretação dos resultados.

Verificou-se então que a paciente, por relatar não saber a definição de hipertensão arterial, e isso revelar uma falta de interesse e conhecimento sobre si mesma, foi um fator relevante no entendimento do difícil controle de sua pressão arterial, tendo sido notado ainda, de forma geral, um certo conformismo com essa situação de ignorância, o que dificultou muito o correto tratamento por parte da equipe de saúde, e a não adesão ao tratamento pela paciente. Pois mesmo a paciente estando em concordância com as orientações sugeridas, parecer haver um desconhecimento ou uma não compreensão da natureza multifatorial da HAS, tentando explicá-la de maneira simplista e reducionista, assim mesmo, observamos a impossibilidade de se alcançar os resultados propostos e esperados. Contudo, a paciente estudada demonstrava preocupação em relação à aferição da sua pressão arterial, e, algumas vezes, se dirigia a Unidade Básica de Saúde, local que todos procuram para a realização desta, ela também não sabia dizer há quanto tempo faz uso da medicação. A condição crônica de saúde pode levar a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer (beber, fumar e comer), perdas financeiras e na capacidade física. Todas essas perdas podem levar ao desânimo, tristeza e depressão, sendo um agravante no momento de mudar um hábito ou um estilo de vida. O encontrado nesse caso, pelo menos na teoria, não foi o repúdio esperado em relação às mudanças de hábitos, favorecendo em muito a



proposta da atenção primária, que prima pela prevenção em vez da intervenção. Essa ausência aos programas propostos pela rede de atenção primária nos indica que os pacientes parecem se ausentar da responsabilidade de buscar o controle da pressão, já que ao atribuir aos outros a responsabilidade pelo seu tratamento, mantém a crença de que não podem fazer nada para mudar esta condição. Esse “ciclo vicioso”.

#### IV.2. Comparação com outros estudos.

Comparando com outros estudos, e descrições de outros autores, podemos perceber uma certa coerência em relação as conclusões e interpretações daquilo que influência na conduta de pacientes que se enquadram nas mesmas condições precárias e carentes de qualidade de vida. Minayo (1988), num estudo sobre a concepção popular da etiologia das doenças, encontrou, na população estudada, uma idéia de que muitas doenças físicas são originadas de problemas emocionais. Considerando-se que por ser a Sra J. F. N. uma pessoa que enquadra-se no perfil de um indivíduo solitário, desestimulado e deprimido, pode sim sofrer influência dos fatores emocionais, de solidão e pobreza que vivencia diariamente. Para Pierin (1989), o fato dos pacientes conhecerem, de forma inadequada ou parcialmente, os riscos da hipertensão não controlada pode ser um fator que favorece a não adesão ao tratamento. Pinkus (1988) nos explica que o remédio é a forma de cura mais difundida e freqüente, o que indica uma fé no saber médico, e foi realmente o constatado nesse trabalho, a falta de iniciativa para a adesão de outras alternativas terapêuticas para o controle da HAS. De acordo com Podell (1976) citado por Car et al (1991), apenas um terço dos pacientes sempre toma a medicação conforme a prescrição. Outro terço, às vezes, e

um terço raramente ou nunca a toma. Tais dados podem ser atribuídos ao cansaço do paciente em viver na condição de "doente", situação esta que o uso da medicação de algum modo salienta, ou seja, tomar o remédio o faz lembrar de sua condição crônica de saúde, podendo gerar ansiedade, medo e tristeza e o levando a evitar esta situação. Essa visão é bastante ampla, e pode se adequar neste estudo ao se considerar que um trabalho multidisciplinar, envolvendo psicólogos e assistentes sociais, poderia fazer com que essa pessoa mudasse suas atitudes, ajudando a Unidade Básica de Saúde no seu tratamento.

#### IV.3. Dificuldades e Limitações.

Houve grande dificuldade durante todo o período de acompanhamento desta paciente, pois além de toda a sua condição precária de vida, e de todos os fatores físicos, psíquicos e cunho sócio-cultural inerentes a paciente em estudo, interferiram negativamente e a favor de um não sucesso nesta intervenção, ainda como fator limitante, havia a sua postura de ocultar informações, sua dificuldade de acuidade auditiva, por não pronunciar claramente as palavras por mal formação anatômica da boca somada a falta de dentição, tudo somava para um prognóstico ruim diante do objetivo das visitas. O pior é que a paciente, além de se comunicar pouco através de palavras, apenas ouvia e não se mostrava atenta às orientações, todavia confirmava o entendimento sobre as condutas a serem tomadas apenas com um aceno positivo da cabeça. Notava-se que ela não acreditava, ou não queria se importar ou se preocupar com o tratamento adequado, principalmente no que se refere as terapêuticas

alternativas de conduta de hábitos de vida, havia ainda a dificuldade de deslocamento até o PSF pela paciente, por causa da distância longa e por este trajeto ser por ruas sem asfalto e de terreno irregular, onde tinha que enfrentar poeira, barro e sol quente. Foi uma experiência e um exercício de paciência em todas as visitas, ter que intervir sempre com as mesmas recomendações, alertá-la dos agravos a que ela estava sujeita. Ao final da última visita, não se havia alcançado o que fora proposto no início do trabalho, ou seja, o principal fator que era o de a Sra J. F. N. conseguisse entender e pudesse controlar seus medicamentos e atividades diárias e hábitos pessoais de vida.

## V. Conclusão ou considerações finais.

### V.1. Síntese dos principais resultados.

Concluiu-se portanto, que a terapia prescrita a paciente hipertensa em estudo, não obteve o impacto necessário para um bom controle da doença, principalmente pelos fatores limitantes que a condicionam em sua condição sócio-cultural e de analfabetismo. O conhecimento de sua própria doença é muito aquém do necessário para que uma terapêutica correta seja implantada, assim como o conhecimento sobre medidas não medicamentosas não é suficiente, pois não tomou efeito na prática, conforme demonstrado no resultado de suas aferições de pressão arterial, em que não havia um equilíbrio ou manutenção de resultados estáveis e aceitáveis para sua condição de controle da HAS, devido a isso a terapêutica medicamentosa está sendo

ineficiente. Contudo o intuito dos acadêmicos e da equipe de saúde não está sendo atingido, pois é mínima a participação dessa paciente nas atividades realizadas na Unidade Básica de Saúde, onde pode se notar também, que a campanha informativa do órgão de saúde responsável não está sendo efetivo, pois não alcança ou atende aos anseios desta paciente, até por esta não ter o acesso facilitado a Unidade Básica de Saúde.

## V.2. Sugestões de novas pesquisas.

Para atingir metas de sucesso ao controle da HAS de populações com estas características aqui apresentadas, uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, aplicada ao paciente hipertenso parece fundamental. Justifica-se isto por ter sido encontrado diversos fatores que dificultaram o êxito do acompanhamento da paciente, fatores estes intrínsecos a Sra J. F. N., e também de fatores externos, como os de condição social, familiar e ambiental em que vivem estas pessoas. A extensão desse trabalho a outros Centros de Saúde, acadêmicos, professores, equipes de agentes de saúde e até a órgãos públicos, como as Secretarias de Saúde, pode ser bastante útil, já que toda a rede de atenção básica deve andar em compasso. Tudo para que se possa suprir ou minimizar as dificuldades e limitações experimentadas neste estudo e aqui apresentadas, colaborando para que novas técnicas seja empregadas e com maior efetividade, para o bem dos portadores de HAS.

### V.3. Proposições e recomendações de intervenção.

Como sugestões e recomendações de intervenções e aplicações, diga-se que, depois da constatação que o trabalho proposto não está sendo de todo efetivo, e sabendo também da falta de informação, que poderia ajudar no alerta quanto a uma maior compreensão das conseqüências advindas de uma falha ou abandono de tratamento de uma doença tão prevalente e de morbidade tão elevada como a HAS, é de vital importância que algumas mudanças sejam propostas. Para que a terapia tenha maior eficácia propõe-se um processo educativo que abarque os seguintes aspectos:

- a) conhecer preliminarmente as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas desse portador de hipertensão, para que se perceba ou encontre o meio mais eficaz de se atuar e intervir de forma efetiva no controle de sua HAS;
- b) incentivar e permitir uma participação ativa dessa paciente no tratamento; através das visitas domiciliares, de campanhas fora do centro de saúde e que seja em locais mais próximos das residências dessa população;
- c) levar em consideração as necessidades da paciente em questão, e também da população do bairro em questão, para que se encontre alternativas mais eficientes e efetivas ao controle da HAS;
- d) estabelecer uma adequada comunicação e interação entre a paciente e profissionais da saúde, dando ênfase ao diálogo, à interação e à reflexão. Para isto, saber escutar e buscar compreender o portador de hipertensão arterial e também ter uma fala que seja

acessível ao paciente, para que este possa de maneira adequada entender e executar tarefas, administrar sua medicação, e poder realizar suas atividades diárias com maior prazer e desempenho.

e) trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais da cliente atendida, para que seus fatores físicos limitantes possam ser atenuados e não interfiram de maneira negativa no sucesso do tratamento e controle de sua HAS.

f) buscar o envolvimento da família no tratamento do portador de hipertensão arterial, particularmente nessa paciente, pois trata-se de uma mulher idosa e solitária, para que esta tenha sua condição aliviada pela presença de entes queridos, e que seu estado de saúde tenha significativa melhora, assim como sua qualidade de vida também.

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

## ANEXO

Modificações do Estilo de Vida.

**REDUZIR O PESO CORPORAL** (se necessário)

Adequação Dietética e Atividade física.

**REDUZIR O CONSUMO DE SAL**

Evitar alimentos embutidos, enlatados, defumados (bacalhau, charque, queijos em geral).

**MANTER A INGESTA ADEQUADA DE POTÁSSIO NA DIETA**

Alimentos pobres em sódio e ricos em potássio: feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escura, banana, melão cenoura, tomate, batata inglesa e laranja.

**LIMITAR O CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS**

Homens: máximo 240ml de vinho, 720ml de cerveja, 60ml de bebidas destiladas (uísque, vodka)

Mulheres e pessoas c/ baixo peso: 120ml de vinho, 360ml de cerveja, 30ml de bebidas destiladas.

**EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARES:**

Seguindo um programa gradual (30 a 45 min. na maioria dos dias da semana)

**SUGESTÃO PARA UM PROGRAMA DE CAMINHADA**

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CADE NV. O cotidiano e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Cogitare Enferm*, 1997.
2. Car MR, Pierin AMG, Mion Junior D, Giorgi DMA. Crenças de saúde do paciente com hipertensão arterial. *Rev Paul Enferm*, 1988.
3. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP*, 1991.
4. CARVALHO F, Telarolli Junior R, Machado JCCS. Uma investigação antropológica na 3ª idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*, 1998.
5. DUNCAN, Bruce B. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
6. JARDIM PCBV, Souza ALL, Monego ET. *Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso*. Medicina, 1996.
7. LAPLANTINE F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
8. LESSA I, colaborador. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.
9. MACIEL CLC. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: Romano BW. *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1994.
10. MINAYO MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública*, 1988.
11. PIERIN AMG. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. *Rev Esc Enferm USP*, 1989.
12. ROBBINS & COTRAN. *Fundamentos de patologia*. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.



12. Pinkus L. Psicologia do doente. São Paulo: Paulinas; 1988.
13. Rabelo SE, Padilha MJCS. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. Texto Contexto Enferm 1999; 8:250-62.
14. Rocha JC. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. São Paulo: Papyrus; 1994.
15. Sawaia BB. Análise psicossocial do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP 1994; 28:105-10.
16. Sociedade Brasileira de Nefrologia - <http://www.sbn.org.br/> .