



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

NATHALIA KELY TEIXEIRA VIEIRA MENEZES DOS SANTOS

PERCEPÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS FATORES DE
RISCO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA

BELÉM- PA

2013

NATHALIA KELY TEIXEIRAVIEIRA MENEZES DOS SANTOS

PERCEPÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS FATORES DE
RISCO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado à Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal do Pará, como
parte dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª MSc. Andréia
Pessoa da Cruz.

BELÉM- PA

2013

NATHALIA KELY TEIXEIRAVIEIRA MENEZES DOS SANTOS

PERCEPÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL E SEUS FATORES DE
RISCO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Enfermeiro. **Orientadora:** Profa MSc. Andréia Pessoa da Cruz.

Banca Examinadora:

Profa. MSc. Andréia Pessoa
da Cruz Universidade Federal do
Pará Orientadora

Profa. Dr. Marly de Fátima Carvalho
de Melo Universidade Federal do Pará
Membro

Profa. Edileuza Nunes Lima
Universidade Federal do Pará
Membro

Aprovado em: __/__/__

_____/____.

Conceito: _____

Dedico este a todos que acreditaram em meu potencial e torceram pelo meu sucesso.
Toda honra e toda Glória seja dada a Ele!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor meu Deus que desde o ventre da minha mãe já fez seus planos para minha vida, e um deles foi completar minha caminhada na graduação. Quando tudo dizia que não, Sua voz me encorajou a prosseguir, e nos momentos de dificuldades eu não estava só, pois Tu estavas comigo. Obrigada por sempre me guiar, e por me fazer prevalecer sobre as dificuldades da vida.

Aos meus queridos e amados pais, os quais são a minha maior inspiração para prosseguir e alcançar meus objetivos de vida. Mãe, obrigada por ser esse modelo de dedicação, apoio, amor e compreensão, não sei como retribuir um amor tão grande que não mede esforços para me ver realizada. Eu não teria chegado aqui, se eu não tivesse o seu amor por mim, perdão pelas vezes que eu não reconheci. Pai, muito obrigada por ter me dado à oportunidade de seguir o meu caminho, por ter sempre me apoiado, mesmo que às vezes a minha vontade fosse contra a sua. Obrigado por ter que se abdicar de algumas coisas para me ajudar a construir meu sonho. Mamãe e papai, muito obrigada, vocês são e sempre serão o meu alicerce e meu orgulho.

Ao meu irmão Kelvin, por ter paciência em dividir seus momentos na frente do computador comigo, por ser meu companheiro, partilhando sempre maus e bons momentos ao meu lado através da convivência diária de um laço eterno. Obrigada meu irmão!

Ao meu querido esposo Elizáibert, que muitos não sabem, mas foi peça fundamental pela minha escolha profissional. Obrigada por ter tido a compreensão, pela paciência diante de todas as vezes que precisei e sempre estive ali para me ouvir, e me apoiar nas minhas decisões. Só Deus e nós sabemos o quanto foi difícil ter de abdicar de ficarmos juntos, para que eu pudesse não apenas concluir minha graduação, mas sim realizar um sonho. Obrigada meu amor! Te Amo!

À minha família (tios, tias, primos, primas e meus avós) querida, por me apoiar e compreender pelas vezes que tive que me ausentar dos momentos em família para me dedicar à faculdade.

Às minhas amigas irmãs Nathália, Laís e Sabrina, que me acompanharam durante essa trajetória, dividindo histórias, sonhos, trocando experiências e vivenciando muitas delas pela primeira vez, como o primeiro contato com o paciente, e cada trabalho construído. Obrigada

por cada minuto em que vocês me proporcionaram de alegria. Cada uma com sua particularidade:

Nathalia, amiga e olha que coincidência minha xará, minha irmã, minha companheira de prática e de momentos da vida, os alegres e os tristes também. Você e as meninas foram uma das melhores aquisições que tive na faculdade. Obrigada por sempre estar disposta para me ajudar, obrigada por todas as vezes que enxugou minhas lágrimas por eu estar com saudade do meu maridinho. Obrigada por sempre revisar meus trabalhos (por que ela é a melhor em normas da ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas). És a melhor em muita coisa, que se for descrever aqui cada uma delas, não haverá páginas suficientes para colocar suas qualidades amiga.

Laís, obrigada por fazer da caminhada na graduação parecer mais fácil e agradeço por sempre fazer antes das provas aqueles resumos de revisão, que só você sabe fazer. E por sempre tomar as decisões plausíveis ao nosso grupo.

Sabrina, obrigada por me fazer enxergar os mínimos detalhes da correção de um trabalho. Obrigada pelos momentos de risada, de companheirismo e lealdade.

À minha amada orientadora que é um dos exemplos que vou levar para minha formação profissional, meu espelho, Prof^a Msc. Andréia Pessoa, pela atenção, carinho e dedicação destinados a mim.

A todos os acadêmicos de enfermagem que me ajudaram na coleta de dados durante as viagens do Programa “Luz na Amazônia”, que foram importantíssimos e que também me proporcionaram um momento de descontração.

À Prof^a Dr^a Marly Melo e à Silvana Lima, assim como todos os envolvidos no Programa “Luz na Amazônia”, por permitir que minha pesquisa fosse realizada.

Com todo o coração o meu sincero agradecimento a todos aqueles que contribuíram direta e indiretamente no decorrer da minha trajetória, aos meus mestres e às diretoras da Faculdade de Enfermagem. Pois foi através das experiências advindas de cada um de vocês, cada tempo doado, cada dedicação, cada conhecimento adquirido que pude construir a profissional que eu me tornei.

“Tudo que o homem não conhece não
existe para ele. Por isso o mundo tem,
para cada um, o tamanho que abrange o
seu conhecimento.”

(Carlos Petrocher)

SANTOS, NATHALIA K. T. V. M. **Percepção sobre hipertensão arterial e seus fatores de risco em comunidades ribeirinhas da região Amazônica.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

RESUMO

Hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica silenciosa que atinge a maioria da população brasileira, além disso, é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, que são doenças com alta incidência de óbitos. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em comunidades ribeirinhas, através das viagens junto ao Programa “Luz na Amazônia” e que objetivou descrever a percepção que os ribeirinhos hipertensos da Região Amazônica têm em relação a HA. A pesquisa foi realizada em duas etapas, a primeira com um questionário socioeconômico e a segunda com questões subjetivas aplicadas apenas aos ribeirinhos hipertensos. Através das respostas desenvolveu-se a análise dos resultados a partir de três unidades temáticas, a saber: *“conhecimento da hipertensão arterial ou pressão alta”*; *“Vivência e percepção dos ribeirinhos hipertensos sobre o descontrole da PA”*; e *“O olhar do ribeirinho sobre a importância da prevenção e tratamento da doença”*. O conhecimento dos ribeirinhos hipertensos sobre HA, suas ideias e seus questionamentos, são necessários para prestar uma assistência individualizada e propor uma intervenção em saúde, levando em consideração as necessidades e as peculiaridades dessa população específica. Através das repostas dos ribeirinhos hipertensos, constatou-se que os mesmos têm um conhecimento adquirindo com a sua vivência diante da hipertensão e os sintomas, porém esse conhecimento é deturpado e não sabem distinguir sintomas dos fatores de risco da referida doença. Dessa forma, para se obter a excelência da saúde da população ribeirinha o profissional de enfermagem assim como uma boa equipe multidisciplinar de saúde é indispensável. Pois através deles podem ser feitas estratégias de intervenção, incentivando as pessoas a associarem suas ações com os modos de ver, de sentir e de responder suas próprias situações de vida, para assim refletir em sua saúde e levar a busca de caminhos alternativos para a transformação das situações que conduzam à melhor qualidade de vida. Nesse aspecto, o papel do enfermeiro é essencial, pois o cuidado é considerado um princípio norteador da profissão.

Descritores: Enfermagem. Hipertensão.

SANTOS, NATHALIA K. T. V. M. **Perceptions of hypertension and its risk factors in riverside communities in the Amazon region.** 2013. Completion of course work (undergraduate nursing) - Faculty of Nursing, Federal University of Pará, Belém, 2013.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease that affects the silent majority of the population, in addition, hypertension is a major risk factor for development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases which are with high incidence of deaths. This is a descriptive study with a qualitative approach, performed in coastal communities through Travel Program "Light in the Amazon" in order to describe the perception that hypertensive bordering this region have about HA. The research was conducted in two stages the first with a socioeconomic questionnaire and the second stage with subjective questionnaires applied only to riparian hypertensive. Responses developed through the analysis of the results left three units, namely: "Knowledge of Hypertension; Experience of hypertensive factors causing pressure elevation and the look of the riverside on the importance of prevention and treatment of disease." Know about the knowledge of riparian hypertensive, their ideas and their questions are needed to provide individualized care and propose a health intervention, taking into account the needs and peculiarities of this specific population. Through the responses of riparian hypertensive find that they have acquired knowledge with their experiences with hypertension on symptoms, however distorted thinking about hypertension and can not distinguish symptoms of the risk factors of the disease. Thus to have excellent health of the local population, the nursing professional as well as a good multidisciplinary health team is essential. Because through them can be made intervention strategies, encouraging people to associate their actions with the ways of seeing, feeling and answer their own life situations, so as to reflect on your health and lead to seeking alternative paths to transformation situations that will lead a better quality of life. In this respect, the role of nurses is essential, because care is considered a guiding principle of profession.

Keywords: Nursing. Hypertension.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)
- Tabela 2: Preparo do paciente para Aferição da Pressão Arterial
- Tabela 3: Como aferir a Pressão Arterial
- Tabela 4: Perfil socioeconômico e demográfico dos oito ribeirinhos com HAS cadastrados junto ao Programa “Luz na Amazônia”, no período de abril a junho de 2013
- Tabela 5: Distribuição dos fatores de risco para HAS entre os oito ribeirinhos hipertensos cadastrados junto ao Programa “Luz na Amazônia”, no período de abril a junho de 2013
- Tabela 6: Níveis pressóricos para HAS entre os oito ribeirinhos hipertensos cadastrados junto ao Programa “Luz na Amazônia”, no período de abril a junho de 2013

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
DCV	Doença Córdio Vascular
DIC	Doença Isquêmica do Coração
HA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
LOA	Lesões do Órgãos-alvo
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PSF	Posto de Saúde da Família
SBB	Sociedade Bíblica do Brasil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Situação problema.....	14
1.2	Justificativa.....	15
1.3	OBJETIVO.....	16
1.3.1	Objetivo Geral.....	16
1.3.2	Objetivo Específico.....	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1	Hipertensão Arterial e seus fatores de risco.....	17
2.2	Diagnóstico.....	20
2.3	Tratamento.....	23
2.4	Controle não farmacológico da hipertensão arterial.....	23
2.4.1	Controle de peso.....	24
2.4.2	Adoção de hábitos alimentares saudáveis.....	24
2.4.3	Prática de atividade Física.....	25
2.4.4	Redução da ingestão de bebida alcoólica.....	26
2.4.5	Abandono do Tabagismo.....	27
2.4.6	Controle farmacológico.....	27
2.5	O papel da enfermagem no controle da PA, atuando na educação em saúde.....	28
2.6	Forma de vida dos ribeirinhos da amazônia.....	30
2.7	Dados epidemiológicos.....	31
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	Tipo de estudo.....	33
3.2	Local do estudo.....	33
3.3	Sujeito do estudo.....	34
3.4	Instrumento e técnica de coleta de dados.....	34
3.5	Análise de dados.....	35
3.6	Aspectos éticos.....	35
3.7	Riscos e benefícios da pesquisa.....	36
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
4.1	Caracterização do perfil sociodemográfico.....	37
4.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	43

4.2.1	UNIDADE 1 – Conhecimento da hipertensão arterial ou pressão alta.....	44
4.2.2	UNIDADE 2 - Vivência dos hipertensos com a percepção da elevação da pressão.....	45
4.2.3	UNIDADE 3 - Olhar do ribeirinho sobre a importância da prevenção e tratamento da doença.....	46
5	CONCLUSÃO.....	48
6	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICES.....	55
	APENDICE A - Formulário para caracterização do perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população ribeirinha da região amazônica.....	55
	APENDICE B- Formulário para abordagem do conhecimento dos ribeirinhos sobre a hipertensão arterial.....	56
	APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	57
	ANEXOS.....	58
	ANEXO A – Parecer comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.....	58

1 INTRODUÇÃO

É conhecida a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na população, e dentre as mais importantes está a Hipertensão Arterial (HA). No Brasil, a proporção de diagnósticos de HA cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4%, em 2009 (BRASIL, 2010).

A HA 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 diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de HA (Pressão Arterial-PA 140/90 mm Hg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006).

A hipertensão trata-se de uma inimiga silenciosa da saúde porque não tem sintomas. As pessoas devem medir regularmente a pressão arterial (PA) e checar se ela está dentro da média, que é de 120 x 80 mm Hg. Apesar de não ter cura, a doença tem tratamento e pode ser controlada por medicamentos oferecidos na rede pública (BRASIL, 2010).

Em algumas populações do interior da Amazônia, a taxa de hipertensão é hoje equivalente à verificada nos moradores de cidades de médio para grande porte sendo mais frequente nas mulheres que nos homens, ao contrário do que ocorre nos centros urbanos. Em média, com base em uma amostra de 348 adultos, 25% das mulheres e 20% dos homens apresentam PA, um fator de risco de enfarto e derrames cerebrais. Na população adulta urbana, as taxas de hipertensão variam de 22% a 44%, dependendo dos grupos étnicos e sociais, e o problema acomete mais os homens, às vezes até duas vezes mais que as mulheres (SILVA, 2003).

Com isso, questiona-se, se as pessoas hipertensas estão devidamente alertadas sobre a influência de hábitos e estilos de vida inadequados na gênese e tratamento da HA. Evitar ou eliminar hábitos e estilos de vida inadequados são medidas imprescindíveis do tratamento não medicamentoso, e o primeiro passo é identificar conhecimentos que as pessoas possuem sobre o assunto. Nesse contexto, o enfermeiro tem papel fundamental no sentido de caracterizar hábitos e estilos de vida dessas pessoas, para obtenção de dados reais e concretos para o

planejamento de uma assistência de enfermagem individualizada visando ao controle efetivo da doença (SERAFIM, 2010).

Cabe à enfermagem atentar de uma forma especial para a educação e saúde, pois ela é imprescindível para a prevenção e promoção da saúde da população que desconhece fatores fundamentais de combate à evolução e desenvolvimento desta doença crônica, e isto se agrava quando a população em questão é uma comunidade ribeirinha amazônica, visto o difícil acesso à saúde, pois não possuem capital para a aquisição dos medicamentos prescritos pelos médicos e, muitas vezes, esses também não são disponibilizados na unidade básica de saúde para distribuição gratuita (CARREIRA, 2002).

É nesse contexto que a educação e saúde vem contribuindo significativamente para a prevenção e controle de doenças nos últimos 20 anos, principalmente quando se relaciona com os custos para a saúde, os quais podem ser reduzidos por meio dessa estratégia. Sua proposta é fornecer conhecimento com a finalidade de estimular pacientes para efetivar mudanças em seu comportamento. O sucesso no seu tratamento inclui, além da utilização correta do medicamento, a mudança dos hábitos de vida referentes aos fatores citados. Por ser uma doença multifatorial, o desenvolvimento e a implementação de estratégias de intervenção, em particular, aquelas de educação e saúde, envolvem uma ótica ampla, na qual devem ser considerados aspectos individuais e coletivos (CHAVES, 2008).

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA

Em viagens no Programa Luz na Amazônia, que acontece em um barco financiado pela Sociedade Bíblica do Brasil (SBB) com parceria da Universidade Federal do Pará (UFPA), para oferecer atendimento médico, odontológico, enfermagem, nutrição e de farmácia a população que se encontra às margens dos rios da Baía do Guajará. Podemos ter o contínuo contato com a população ribeirinha onde percebe-se que esta enfrenta dificuldades de acessibilidade à saúde, educação e saneamento no local em que residem, tendo assim, que se deslocar até uma cidade mais próxima para procurar atendimento.

Pode-se perceber nas comunidades a introdução de hábitos que não eram comuns da população. No seu dia-a-dia, a dieta passou a ser hiperssódica, altamente calórica e as atividades físicas não são regulares.

A ausência de serviços de prevenção primária, assim como o isolamento da metrópole, Belém, ocasiona veementemente nessas comunidades a deficiência de informações simples.

Que acaba expondo a essa população a um risco elevado de desenvolver doenças crônicas como a HA.

A Educação e Saúde é do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para "instrumentalizar" o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas (MANUAL PARA OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO SUS , 2001).

A assistência às pessoas com HA requer por parte da equipe de saúde atenção especial no tocante à problemática do controle. Ainda mais se tratando de uma população ribeirinha, a qual sobrevive das atividades de subsistência com pouco ou nenhum conhecimento relacionado à doença.

Desse modo, a melhor forma para obtenção de bons resultados, no que diz respeito ao controle da doença, é através da devida orientação e sensibilização desta população sobre prevenção e a importância da adesão ao tratamento recomendado.

1.2 JUSTIFICATIVA

Com a pesquisa para saber o conhecimento que a população ribeirinha tem sobre a HA, poderá ajudar a entender o modo que a população ribeirinha da Amazônia têm para perceber a HA e identificar seus fatores de risco, o que pode diminuir a qualidade de vida dessa população. E pode dificultar a adesão ao tratamento da HA.

Com isso, este estudo tem o intuito de ampliar as discussões sobre a valorização da atividade de educação e saúde exercida pelos profissionais de enfermagem com os ribeirinhos da Amazônia. Contribuindo assim, para empregar metodologias que alcancem as reais dificuldades e necessidades dessa população, facilitando a comunicação entre o sujeito, no caso desse estudo a população ribeirinha, com os profissionais de enfermagem.

No que tange ao processo de formação do enfermeiro, bem como à pesquisa em enfermagem, o estudo poderá colaborar para ampliação do conhecimento sobre o saber popular dos ribeirinhos em relação a HA, cooperando para o bom enfrentamento dos profissionais de enfermagem para trabalhar na melhor forma de promoção e prevenção de doenças a essa população. Nessa condição, visamos analisar o conhecimento dos ribeirinhos em busca de solução para os seus problemas e ajudar a formular diagnósticos prévios, a

incorporar terapêuticas e a afirmar valores de vida saudável. Assim, as causas da HA são alcançadas, evitando a manifestação de agravo, como problemas cardiovasculares, neurológicos e renais, e a não adesão ao tratamento.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever a percepção que os ribeirinhos hipertensos da região Amazônica têm em relação a HA e seus fatores de riscos.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico da população ribeirinha hipertensa.
- Determinar os níveis pressóricos da população alvo.
- Promover a educação e saúde voltada à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da HA.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL E OS FATORES DE RISCO

A HA é caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial elevados, relacionados a alterações hormonais, no metabolismo e a fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular); em estágio avançado causa lesões graves em órgãos-alvo como coração, rins, retina e cérebro que podem levar o indivíduo à dependência física ou até a falecer (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010). A média da HA é definida como Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mm Hg e uma Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mm Hg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

A HA é um fator de risco mais comum para doenças cardiovasculares nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005). A doença cardiovascular é a responsável por 30% da mortalidade geral no Brasil, e responsável ainda por mais de 1,2 milhões de hospitalizações. A HA é a mais prevalente de todas as DCV(doença cárdio vascular), afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez. A HA provavelmente está envolvida em 50% das mortes causadas por DCV. O controle da PA (pressão arterial) é crítico para a prevenção de lesão a órgãos induzida pela hipertensão, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja sub-diagnosticada e conseqüentemente, sub-tratada, apesar de sua alta prevalência (CIPULLO, 2010).

Segundo VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), os limites de PA considerados normais são arbitrários. Os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos estão na Tabela 1.

TABELA 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica isolada	≥140	< 90
* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.		

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial, 2010.

As elevações na pressão diastólica ou sistólica estão associadas a risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares. Quando maior a elevação, maior o risco (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005). A redução bem sucedida da PA e de outros fatores de riscos cardiovascular podem reduzir enormemente à incidência de morbidade e mortalidade vasculares cerebral e coronária, especialmente em indivíduos com maiores elevações de PA, com múltiplos fatores de riscos e nos idosos (TOPOL, 2005).

A HA está associada à presença de diversos fatores de risco, como hereditariedade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, ingestão elevada de sal e obesidade (CHAVES, 2008). A PA elevada como um fator de risco contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumula dentro das paredes arteriais. Essa elevação proporciona a lesão de vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo como coração, rins, cérebro e olhos (BRUNER, 2005).

Uma pessoa com o histórico familiar positivo de hipertensão arterial tem um risco relativo de desenvolvimento da mesma. Os riscos são maiores quanto mais os membros da família tiverem PA elevada e se esses membros da família foram diagnosticados como hipertensos antes dos 55 anos (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005).

Os resultados de muitos estudos indicam uma relação direta entre hipertensão e obesidade, sendo considerado obeso o indivíduo com um índice de massa corpórea maior que 27. Também havendo uma correlação entre a presença de excesso de adiposidade abdominal, definida como uma proporção cintura-quadril de mais de 0,85 em mulheres e 0,95 em homens, e o desenvolvimento da HA. Pessoas com excesso de peso têm de duas a três vezes mais riscos de desenvolver hipertensão do que pessoas que não estão com esse excesso (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005).

Um estilo de vida sedentário também é um dos fatores de risco para hipertensão. A atividade física apresenta extenso benefício para a prevenção de doenças crônicas. Os dados de um estudo indicaram que o treinamento de condicionamento físico teve uma influência graduada sobre a PA, com uma pequena influência sobre as pessoas normotensas e um impacto maior sobre aquelas com HA, com diminuição significativa das pressões sistólicas e diastólicas (WOODS, FROELICHER; MOTNZER, 2005).

O consumo regular de bebidas alcoólicas eleva a pressão arterial à taxa de 1 mm Hg por cada 10 g de etanol, aproximadamente, e o risco de hipertensão atribuível ao álcool é cerca de 16%. O efeito do álcool na pressão arterial é largamente reversível após 2 ou 3 semanas de abstinência, mas a redução substancial da quantidade habitualmente consumida também é eficaz. À luz dos conhecimentos atuais, as recomendações europeias propõem que o consumo diário de etanol pelos hipertensos não exceda os 20 a 30 g nos homens e os 10 a 20 g nas mulheres (SANTOS, 2009).

Fumar um cigarro produz o aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca que persiste cerca de 15 minutos (SANTOS, 2009). O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006).

2.2 DIAGNÓSTICO

A hipertensão é relativamente fácil de diagnosticar. O fato de que as pessoas com hipertensão geralmente não tem sintomas apresenta o principal problema no estabelecimento do diagnóstico. A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O diagnóstico de hipertensão não pode ser feito por uma única medida, porque a PA pode variar acentuadamente em semanas, dias e até em minutos. Durante o dia tanto em pessoas normotensas quanto em hipertensas, há uma variação na PA, tendo os níveis mais elevados entre 8 e 11 horas, e as mais baixas durante o sono, entre as 2 e 6 horas da manhã. Desse modo, um diagnóstico pode ser estabelecido apenas com base na média de duas ou mais medidas do PA em duas ou mais ocasiões subsequentes (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005).

A medida da PA deve ser feita com os aparelhos devidamente calibrados, pelo método indireto, com técnica auscultatória e com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide, ou também com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados. Para se ter a medida correta da PA é necessário o preparo apropriado do paciente, assim como o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Os procedimentos recomendados para o preparo do paciente estão descritos na Tabela 2.

TABELA 2. Preparo do paciente

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixa-lo em repouso por pelo menos cinco minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possível dúvida devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento
2. Certificar-se de que o paciente NÃO: • esta com a bexiga cheia • praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos • ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos • fumou nos 30 minutos anteriores
3. Posicionamento do paciente: Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2010.

E as medidas necessárias para aferição correta no paciente estão expostas na Tabela 3.

TABELA 3. Como Aferir a Hipertensão Arterial

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço*
2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá a PA sistólica
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campanula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).

8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de 1 minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso^{10, 11}.
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente
14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço no qual a pressão arterial foi medida

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2010.

Para o Brasil (2006), ainda há a avaliação laboratorial, cujo objetivo dessa investigação para o portador de HA é a confirmação da elevação da pressão arterial, a avaliação de lesões em órgãos-alvo (LOA), a identificação dos fatores de risco para doença cardiovascular e comorbidades, e diagnosticar a etiologia da hipertensão. Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA), 2005, para a tomada da decisão terapêutica é necessária uma confirmação diagnóstica, seguindo-se a estratificação de risco, que levará em conta, além dos valores de PA, a presença de fatores de risco cardiovasculares, as LOA e as doenças cardiovasculares e, finalmente, a meta mínima de valores da pressão arterial, que deverá ser atingida com o tratamento. Logo, o portador de HA deve constar dos seguintes exames:

- Análise de urina;
- Potássio plasmático;
- Creatinina plasmática;
- Glicemia em jejum;
- Colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos;
- Ácido úrico plasmático;
- Eletrocardiograma convencional.

Outro método de diagnosticar a hipertensão, e através da MAPA, realizada por meio de tecnologia eletrônica. Sendo muito valiosa para excluir casos de hipertensão do jaleco branco. O MAPA faz leitura da PAS ou PAD acima dos limites definidos, como por exemplo, 140/90 mm Hg em vigília e 120/80 mm Hg durante o sono (TOPOL, 2005).

A Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), que é o registro da pressão arterial por método indireto, com três medidas pela manhã e três à noite, durante 5 dias, realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho, com aparelhos validados. São consideradas anormais na MRPA as médias, de pelo menos 12 medidas, de pressão arterial acima de 135/85 mm Hg. A MRPA permite a obtenção de grande número de medidas de PA de modo simples, eficaz e pouco dispendioso, contribuindo para o diagnóstico e o seguimento da HA. A MRPA não deve ser confundida com auto-medida da pressão arterial, que é o registro não sistematizado da PA realizado de acordo com a orientação do médico do paciente (VI DBHA, 2005; BRASIL, 2006).

Em casos excepcionais pode ser necessária a avaliação da PA em situações do cotidiano, sem interferência da equipe médica, através de MAPA ou MRPA. As indicações mais frequentes são avaliação de efeito do avental branco e avaliação terapêutica anti-hipertensiva, quando em tratamento otimizado e persistência de níveis elevados, ou indícios de progressão em órgão-alvo com controle adequado da PA em visitas ambulatoriais (BRASIL, 2006; VI DBHA, 2005).

2.3 TRATAMENTO

O principal objetivo do tratamento é evitar a morbidade e mortalidade cardiovasculares. A conduta geralmente associa terapia não-farmacológica e medicamentosa ou farmacológica para otimizar o controle da PA (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005). A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS (BRASIL, 2006).

2.4 Controle não farmacológico da hipertensão arterial

As medidas farmacológicas ou estilo de vida mais eficazes para prevenir hipertensão são três medidas nutricionais e exercício ou atividade física aumentada. As medidas nutricionais que têm demonstrado serem mais eficazes é perda de peso, restrição ao sódio e uma dieta rica em frutas e vegetais (BRASIL, 2006).

2.4.1 Controle de peso

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial (BRASIL, 2006).

O peso pode influenciar nas alterações nos fatores cardiovasculares, endócrinos e metabólicos causados pela obesidade. Essas alterações incluem débito cardíaco aumentado, volume sanguíneo aumentado e retenção de sódio. Por isso a perda de peso tem demonstrado reduzir consistentemente a PA de modo mais efetivo do que de qualquer outra mudança de estilo de vida e o aconselhamento de pacientes hipertensos com excesso de peso a respeito da redução de peso é importante, como medida preventiva e como tratamento independente ou complementar para HA (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005).

2.4.2 Adoção de hábitos alimentares saudáveis

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

As recomendações dietéticas para os paciente hipertensos são manter o peso corporal adequado são 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, linguiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, fast food; 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 poli saturada, 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 (BRASIL, 2006).

Ensaio clínico de abordagens não farmacológicas para o tratamento de hipertensão tem mostrado consistentemente que a redução da ingestão de sódio é eficaz na redução da PA. E também a adesão a uma dieta rica em frutas, vegetais e produtos de laticínios pobres em gordura e em gordura saturada e total resultou num declínio marcante na PA sistólica e diastólica. Claramente a dieta hipersódica e a alimentos saudáveis pode funcionar, mas o desafio será achar uma forma para suportar a adoção da dieta de uma maneira adaptável à vida diária do paciente (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005).

2.4.3 Prática de atividade Física

Um estilo de vida sedentário é um dos fatores de risco para hipertensão, por isso pacientes com hipertensão devem iniciar atividade física regular, por que além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006).

Pesquisas indicam que as pessoas fisicamente ativas apresentam taxas reduzidas de mortalidade cardiovascular e por todas as causas. A atividade física leva a uma variedade de efeitos metabólicos e outros, que podem explicar parcialmente seus efeitos benéficos sobre a PA e também a atividade física é combinada com a perda de peso que também é benéfico para pacientes hipertensos. Dessa forma pacientes hipertensos devem se exercitar moderadamente por 30 a 45 minutos quase todos os dias da semana (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005).

Esses exercícios devem ser de forma contínua ou acumulada. A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana). O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (p.ex. manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite). De forma prática, atividade física moderada é aquela que pode ser realizada mantendo-se conversação. Por exemplo, uma caminhada com o passo acelerado, com a percepção do aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sem impedir a possibilidade de diálogo com outra pessoa. Em outras palavras, a atividade não deve ser fatigante, pois aí ela deixaria de ser moderada e passaria a ser intensa (BRASIL, 2006).

2.4.4 Redução da ingestão de bebida alcoólica

Os dados de estudos epidemiológicos indicam claramente que a ingestão de álcool maior que três ou quatro drinques padrão por dia está associada a HA. Considerando essa bebida padrão, quando o consumido álcool for de aproximadamente 14 g, que é a quantidade contida em 300g de cerveja, 125g de vinho, ou 42g de destilado como vodca, gim ou uísque (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005).

Também é considerado em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose). Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006).

2.4.5 Abandono do Tabagismo

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. Abordagem ao indivíduo tabagista esta descrita no Manual de Prevenção das Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal (Idem, 2006).

2.6 Controle farmacológico

Em ensaios clínicos demonstraram que o tratamento com droga foi extremamente benéfico em pessoas com hipertensão moderada a grave, além da à redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. As medidas não-farmacológicas são utilizadas tanto isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2006).

O tratamento não medicamento visa reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica. Reduções da PA para níveis inferiores a 130/85 mmHg são recomendadas para situações específicas, como em pacientes de alto risco cardiovascular, principalmente com microalbuminúria, insuficiência cardíaca, com comprometimento renal e na prevenção secundária de acidente vascular cerebral. Nos pacientes com diabetes a pressão alvo é inferior a 130/80 mmHg (Idem, 2006).

Os agentes anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial. Basicamente, podem ser catalogados em cinco classes:

- Diuréticos.
- Inibidores adrenérgicos.
- Vasodilatadores diretos.

- Antagonistas do sistema renina-angiotensina.
- Bloqueadores dos canais de cálcio.

2.7 O papel da enfermagem no controle da PA, atuando na educação em saúde

E o profissional de saúde, em parceria com os pacientes, tem a chave para o controle da PA. Pois através dessa interação é possível motivar o paciente a seguir o plano de tratamento, comunicar a importância da HA como uma doença, assim como prescrever um plano de tratamento eficaz que se ajuste ao estilo de vida e à situação financeira do paciente (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005).

A doença, por não apresentar cura, exige tratamento adequado e para a vida inteira, a fim de se obter o controle da PA, a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares e a melhoria da qualidade de vida do portador. Estudos mostram que a principal dificuldade no tratamento da hipertensão é a adoção de uma dieta hipossódica. Portanto, a mudança para um padrão alimentar mais adequada para o tratamento da hipertensão é um processo que requer bastante esforço e colaboração de todos. É importante destacar que os alimentos industrializados são importantes fontes de sódio e não apenas o sal de cozinha (FIGUEIREDO, 2005).

O enfermeiro possui um papel de extrema importância nas ações de prevenção, tratamento e controle pressórico junto à população portadora de HA. Dentre as estratégias que podem auxiliar o profissional na redução significativa da PA citamos a implementação de medidas eficazes e pertinentes para a o controle da pressão sanguínea e tratamento da hipertensão (ALVES, 2010).

A educação e saúde no Brasil possuem dois pressupostos, no qual o primeiro refere-se às medidas preventivas e curativas que visam à obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças; o segundo, às estratégias da promoção da saúde que objetiva a construção social da saúde e do bem estar. O pressuposto das estratégias preventivas e curativas de enfrentar a doença e de obter saúde é coerente com os princípios que regem as atuais culturas e sociedades, pois são baseadas na produção incessante e sempre renovadas de variados serviços que se fundamentam na tecnologia e na ciência oferecidos para o consumo das pessoas (OLIVEIRA, 2009).

Desse modo, visando a excelência na promoção da saúde, foram elaboradas três formas de prevenção, destacando-se a prevenção primária da hipertensão, obesidade e fatores relacionados a esses estados mórbidos, que se faz com interceptação de fatores pré-patogênicos e inclui promoção da saúde e proteção específica, devendo ser direcionada à remoção dos fatores de risco. Já a prevenção secundária é realizada no indivíduo, sob a ação do agente patogênico, ao nível do estado de doença e está relacionada ao diagnóstico, tratamento precoce e prevenção de sequelas. E a prevenção terciária consiste em prevenção de incapacidade por meio de medidas relativas à reabilitação. A promoção de saúde deve ser realizada em todos os níveis de cuidado aos pacientes hipertensos, mas o foco do enfermeiro e demais profissionais da saúde deve estar direcionado à atenção primária, evitando os estágios de instalação e progressão da doença (ALVES, 2010).

Questiona-se, se as pessoas hipertensas estão devidamente alertadas sobre a influência de hábitos e estilos de vida inadequados na gênese e tratamento da HA. Evitar ou eliminar hábitos e estilos de vida inadequados são medidas imprescindíveis do tratamento não medicamentoso, e o primeiro passo é identificar conhecimentos que possuem sobre o assunto. Nesse contexto, o enfermeiro tem papel fundamental no sentido de caracterizar hábitos e estilos de vida dessas pessoas, para obtenção de dados reais e concretos para o planejamento de uma assistência de enfermagem individualizada visando ao controle efetivo da doença (SERAFIM, 2010).

É nesse contexto que a educação e saúde tem contribuído significativamente para a prevenção e controle de doenças nos últimos 20 anos, principalmente quando se relaciona com os custos para a saúde, os quais podem ser reduzidos por meio dessa estratégia. Sua proposta é fornecer conhecimento com a finalidade de estimular pacientes para efetivar mudanças em seu comportamento. O sucesso no seu tratamento inclui, além da utilização correta do medicamento, a mudança dos hábitos de vida referentes aos fatores citados. Por ser uma doença multifatorial, o desenvolvimento e a implementação de estratégias de intervenção, em particular, aquelas de educação e saúde, envolvem uma ótica ampla, na qual devem ser considerados aspectos individuais e coletivos (CHAVES, 2008).

A educação em saúde exerce importante papel enquanto processo de comunicação e diálogo, uma vez que, o processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, à medida que o profissional de saúde e o cliente-usuário aprendem e ensinam nessa relação dialógica. Esse conceito pode mudar efetivamente a forma e os

resultados do trabalho em saúde, transformando os usuários em co-partícipes do processo de construção da saúde. Nesse processo pedagógico, é premente considerar, o conhecimento dos usuários como o conjunto de saberes e interações que esses indivíduos carregam das suas experiências formais e empíricas acerca de uma determinada experiência e que podem exercer influências sobre suas opiniões e atitudes (MANUAL PARA OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO SUS, 2001).

A prática da educação em saúde requer do profissional de saúde, e principalmente de enfermagem, por sua proximidade com esta prática, uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador. As próprias bases conceituais da enfermagem preconizam a função do enfermeiro como um educador, afinal não há cuidar sem educar e vice-versa (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

E função do enfermeiro detectar precocemente e reduzir sinais e sintomas de déficit de conhecimento da população, para propiciar ao paciente informação adicional com relação à patologia, bem estar geral (hábitos, controle de peso, álcool, exercícios físicos e fumo) e riscos de hipertensão arterial descontrolada. E para desenvolver um plano de ensino individualizado esse profissional tem que basear no conhecimento, hábitos e experiências do paciente (WOODS; FROELICHER; MOTNZER, 2005).

2.8 Forma de vida dos ribeirinhos da Amazônia

De acordo com Scherer (2004a), a Amazônia é composta por dois grandes tipos de ecossistemas: as áreas inundáveis compostas pelas terras de várzeas, os igapós e os furos; e pelas florestas de terra firme, tais como as florestas altas e densas, as florestas baixas, as savanas, os cerrados e os campos naturais.

Diferente do caboclo da terra firme, os ribeirinhos vivem em sua maioria à beira dos rios, igarapés, igapós e lagos que compõem o vasto e complexo estuário amazônico. A convivência nesse ecossistema define grande parte do modo de vida dessa população (SCHERER, 2004A).

Muitas dessas comunidades ribeirinhas são marcadas por acentuado grau de isolamento e exclusão social. Com pouca organização social e baixo poder de influência política, e bastante distanciados dos grandes centros decisórios, os ribeirinhos são incluídos forçadamente nas políticas públicas gerais governamentais sem que as especificidades de seu modo de vida sejam consideradas. No geral, isso se reflete nos grandes problemas que os

assolam na esfera econômica, de educação e de saúde (SILVA; PONTE; MALUSCHKE , 2010).

2.9 DADOS EPIDEMIOLOGICOS

Tendo a HA grande relevância como importante fator de risco cardiovascular, sua alta prevalência mundial, baixos índices de controle e prevenção, e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional (JARDIM, 2006).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HA, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HA é 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 diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de HA (PA 140/90 mm Hg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Esses estudos de prevalência são importantes fontes de conhecimento da frequência de agravos na população: servem, também, para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções (PASSOS, 2006).

Estudos mostram que em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (ANDRADE, 2009).

O Ministério da Saúde, 2010 divulgou que a proporção de brasileiros diagnosticados com HA cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4%, em 2009. A pesquisa do MS feita com 54 mil adultos revela que a prevalência da doença, de 2006 a 2009, aumentou em todas as faixas etárias, principalmente entre os idosos. Atualmente, 63,2% das pessoas com 65 anos ou mais sofrem do problema contra 57,8%, em 2006. Esse aumento na ocorrência da doença, de acordo com a idade, é resultado de padrões alimentares e de atividade física ao longo da vida, além de fatores genéticos, estresse e outros determinantes. A pesquisa também aponta que, quanto menor a escolaridade, mais casos da doença são diagnosticados. Entre os adultos com até oito anos de educação formal, 31,5% declaram que têm hipertensão.

Entre os sexos, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (ANDRADE, 2010).

Em algumas populações do interior da Amazônia, a taxa de hipertensão é hoje equivalente à verificada nos moradores de cidades de médio para grande porte e mais frequente nas mulheres que nos homens, ao contrário do que ocorre nos centros urbanos. Em média, com base em uma amostra de 348 adultos, 25% das mulheres e 20% dos homens apresentam pressão alta, um fator de risco de enfarte e derrames cerebrais. Na população adulta urbana, as taxas de hipertensão variam de 22% a 44%, dependendo dos grupos étnicos e sociais, e o problema acomete mais os homens, às vezes até duas vezes mais que as mulheres (SILVA, 2003).

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no País e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para DCV, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (PASSOS, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares retratando o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. E se preocupa em analisar interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornecendo uma análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Segundo Martinelli (2010) três pontos que conferem importância à pesquisa qualitativa: o seu caráter inovador, como pesquisa que se insere na busca de significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências sociais; a sua dimensão política que, como construção coletiva, parte da realidade dos sujeitos e a eles retorna de forma crítica e criativa; e, por ser um exercício político, uma construção coletiva, a sua realização pela via da complementaridade, não da exclusão.

Na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador possa interferir neles. Isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador. Uma das características dessa pesquisa é a técnica padronizada da coleta de dados, realizada principalmente através de questionários e da observação sistemática (ANDRADE, 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em comunidades ribeirinhas localizadas as margens da baía do Guajará, município de Belém, estado do Pará, no período de Março a Junho de 2013, durante as viagens do Programa “LUZ NA AMAZÔNIA”. Este se trata de um convênio da UFPA com a SBB, sendo coordenado pela Prof. Dr. Marly de Fátima Carvalho de Melo, que foram realizadas quinzenalmente das 7 horas às 14 horas, tendo atendimento, médico, odontológico, de enfermagem, nutrição e farmácia a bordo de um navio, além de análise e realização de exames pela equipe de farmácia e laboratório. Nesse projeto a enfermagem vem ganhando seu espaço através da presença acentuada e também da assistência desenvolvida no local.

O Programa Luz na Amazônia foi criado em 1962, e desde então vem promovendo a assistência social e espiritual, tendo como objetivo levar esperança e qualidade de vida da população ribeirinha da Amazônia, região marcada pela extrema carência da população. O trabalho assistencial é levado as comunidade pelas vias hidroviárias, principal meio de transporte usado pelas comunidades ribeirinhas, através de um barco-hospital, o Luz na Amazônia III, que é todo equipado e paramentado para a realização dos atendimentos, assim como cirurgias de pequeno porte, quando necessário.

3.3 SUJEITO DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo indivíduos do sexo feminino e masculino, maiores de 18 anos, com o diagnóstico de hipertensão arterial comprovada por um médico e que estavam cadastrados na comunidade junto a SBB e Programa Luz na Amazônia. Será adotado como critério de exclusão: não aceitar participar da pesquisa e ser menor de idade.

3.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A pesquisa iniciou após a aprovação do CEPS/ UFPA (comitê de ética e pesquisa da UFPA). Os sujeitos foram abordados pelo pesquisador supervisionado pelo professor, sendo explicado nessa abordagem aos participantes o objetivo da pesquisa e mostrado também o termo de consentimento. No caso de ele aceitar participar da pesquisa, esse foi orientado a assinar o termo consentindo a divulgação dos resultados obtidos de forma a preservar sua identidade. Logo, com a devida permissão foi aplicada pelo pesquisador uma ficha modelo com perguntas fechadas e em seguida as perguntas abertas.

As perguntas fechadas tiveram a finalidade de caracterizar o perfil da amostra e perguntas abertas para avaliação qualitativa dos resultados. As perguntas fechadas que se encontra no apêndice A, foram: nome, idade, peso, IMC, PA, renda familiar, considerando as alternativas “menos de um salário mínimo”, “de um a três salários mínimos” ou “mais de três salários mínimos”. Escolaridade sendo “analfabeto”, “de um a dois anos” de estudo, de três a sete anos, ou mais de sete anos de estudo (APÊNDICE A).

Quais os principais alimentos consumidos e a frequência que esses são consumidos durante a semana, que serão peixe, carne bovina, galinha com pele, charque. Pergunta para saber se o sujeito realiza exercício físico, tendo a opção de sim ou não, e se a resposta for sim, qual a atividade, “andar de canoa”, “trabalhar no cultivo da terra”, “jogar bola”. “caminhar”. Se ele é etilista, tabagista, com as alternativas sim e não (APÊNDICE A).

Antecedentes pessoais, se o sujeito tem diabetes ou hipertensão arterial, com a resposta de “sim” ou “não”, se for “sim”, perguntamos se ele faz tratamento em ambas às patologias, e no caso se o sujeito tiver hipertensão arterial ainda perguntamos se a sua pressão está controlada, e qual o possível motivo do descontrole, “não faz, dieta”, “não toma os remédios corretamente” ou “não pratica atividade física moderada regularmente”. Perguntamos os antecedentes familiares, se alguém da família tem diabetes ou hipertensão (APÊNDICE A).

A última pergunta é se o sujeito já ouviu falar sobre PA, e se a resposta for sim, perguntamos onde ele ouviu, com as alternativas através de amigos ou parentes, televisão ou jornal. Depois, para aquele sujeito hipertenso e dentro da idade estabelecida para o projeto, faremos a segunda etapa da pesquisa que é das perguntas abertas, encontrada no apêndice B, que serão “O que é pressão alta?”, “Como se adquire a pressão alta? O que causa?”, “Como você percebe que a pressão alta não está controlada? O que você sente?”, “O que pode ser feito para evitar a pressão alta?”, “Você acha que o tratamento da pressão alta é importante? Qual é a sua maior dificuldade?”. Essas entrevistas foram respondidas subjetivamente de acordo com o sujeito entrevistado. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos informantes, e os registros foram transcritos na íntegra (APÊNDICE B).

3.5 ANALISE DE DADOS

Os dados foram analisados primeiramente para fazer a caracterização da amostra utilizando o Excel. Após a entrevista aberta que foi gravada e transcrita para se fazer análises repetida do material coletado, com o intuito de apreender as falas dos sujeitos. Dessa forma foi possível dividi-los em unidade temáticas onde foram analisadas e discutidas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos garantiram aos entrevistados a liberdade assegurada de participação voluntária e o sigilo da identidade, de acordo com os termos da resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do conselho Nacional de saúde (BRASIL, 1996), em vigor, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo avaliado e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da UFPA, cumprindo-se as orientações descritas no termo de consentimento Livre e Esclarecidas, quanto à forma de participação dos sujeitos.

A cada participante foi solicitada a colaboração, destacando-se esta ser voluntária e sigilosa. Os participantes foram informados sobre a natureza da pesquisa, os objetivos, os

procedimentos utilizados e a ausência de riscos e danos decorrentes da participação no estudo, à possibilidade de desistência a qualquer momento, bem como a garantia de sigilo dos dados obtidos e da disponibilidade do pesquisador para qualquer esclarecimento necessário.

Todos que concordaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Anteriormente à realização da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPa) obtendo aprovação sob o **Parecer: 261.615** de 30 / 04/ 2013.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

O risco de exposição do indivíduo a partir do acesso às informações contidas nas fichas de cadastro assim como no gravador digital, usado na entrevista, por pessoas que não estão envolvidas no estudo.

Dessa forma, para manter a integridade do sujeito da pesquisa, e prevenir o risco de exposição dos mesmos, as informações obtidas no gravador digital foram apenas acessadas pelos pesquisadores envolvidos no trabalho. Sendo assim, os sujeitos foram livres para aceitarem e/ou recusarem a participação da pesquisa a qualquer momento, sem haver qualquer forma de represaria.

Os benefícios pretendidos envolvem a emissão da ficha de cadastro com o número de atendimentos o qual irá contribuir para a atualização de dados da HA e seus fatores de risco além de se ter a ideia subjetivamente de como os ribeirinhos enxergam a HA e seus agravos. Assim como, subsidiar projetos de atenção à saúde dos ribeirinhos do município do Belém e fomentar educação em saúde como forma de prevenção de agravos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico

Durante a realização dessa pesquisa foram aplicados questionários objetivos para definir o perfil sociodemográfico com 8 ribeirinhos hipertensos, segundo um diagnóstico prévio do médico. Em seguida foi aplicada a segunda parte da pesquisa um questionário para as respostas subjetivas para definir a percepção desses ribeirinhos sobre a HA. Esses eram cadastrados e acompanhados pelo programa Luz na Amazônia, em comunidades ribeirinhas na Amazônia legal, localizada no estado do Pará.

Verifica-se que a amostra estudada, foi composta por 5 sujeitos do sexo feminino (62,5%), e 3 sujeitos do sexo masculino (37,5%). Sendo assim o número de mulheres com HA foi bem maior do que de homem nas comunidades ribeirinhas (Tabela 4).

TABELA 4- Perfil socioeconômico e demográfico dos oito ribeirinhos com HAS cadastrados junto ao Programa “Luz na Amazônia”, no período de abril a junho de 2013

CARACTERÍSTICAS	CATEGORIA	QUANTIDADE	%
Idade	18 a 40 anos	2	25%
	41 a 60 anos	3	37,5%
	61 a 80 anos	3	37,5%
Sexo	Masculino	3	37,5%
	Feminino	5	62,5%
Escolaridade	Analfabeto	4	50%
	1 a 2 anos de estudo	1	12,5%
	3 a 7 anos de estudo	3	37,5%
	Mais de 7 anos de estudo	0	0%
Ocupação	Extrativista	4	50%
	Pescador	1	12,5%
	Outros	3	37,5%
Renda	Menos de 1 salário mínimo	7	87,5%
	1 a 3 salários mínimos	1	12,5%
	Mais de 3 salários	0	0%

Segundo o Censo Demográfico 2010, há no Brasil uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres, como resultado de um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens. Com este resultado, acentuou-se a tendência histórica de predominância feminina na população do Brasil, já que em 2000 o indicador era de 96,9 homens para cada 100 mulheres (IBGE, 2010).

Além de os homens estarem em menor proporção da população brasileira, eles são as maiores vítimas das doenças. Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Uma das explicações a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, e que os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (FIGUEIREDO, 2005).

Segundo BRASIL (2008), da Política nacional de atenção básica do homem, há evidências culturais que o homem busca o serviço de saúde quando já estão com um problema instalado, perpetuando o processo saúde doença e ignorando as medidas de prevenção e promoção de saúde. Incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens (Idem, 2008).

A faixa etária foi dividida em três grupos: de 18 a 40 anos, de 41 a 60, de 61 a 80 anos. A idade mínima foi de 35 anos, e a máxima foi de 70 anos, com média de $53,5 \pm$. Observou-se também que dos ribeirinhos hipertensos apenas 25% (n=2) se encontravam na faixa etária menor de 18 a 40 anos, os demais 75% (n= 6) encontravam-se na faixa etária acima dos 41 anos (Tabela 4).

Em um estudo realizado pela VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010), determinou que existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para essa condição.

Dessa forma fica evidente que a PA aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais freqüentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. Em indivíduos idosos da cidade de Bambuí, MG, 61,5% apresentavam hipertensão arterial. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente (V Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2005).

No que se refere à escolaridade 50% (n=4) indivíduos se consideram analfabetos, 12,5% (n=1) estudaram um ou dois anos, 37,5% (n=3) estudaram de três a sete anos, e nenhum dos entrevistados estudou mais de 7 anos. Indicando que a maior parte da população ribeirinha teve pouco tempo de estudo. Esse fato pode estar atribuído ao difícil acesso à escola que a população ribeirinha possui, como a distância do centro da cidade e a escassez do transporte hidroviário. Desse modo cabe dizer que o baixo nível de instrução escolar pode dificultar a compreensão dos indivíduos acerca das orientações recebidas, sobretudo do tratamento correto o que contribui para não adesão ao tratamento (FORTES; LOPES, 2004).

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (VI DIRETRIZES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Observa-se também em relação ao meio de trabalho da população ribeirinha, a maioria 4 deles (50%) trabalham com a extração do açaí, sendo extrativistas, e os outros 12,5% (n=1) trabalham com a pesca e 37,5% (n=3) não trabalhavam mas foram classificados como “outros”, pois tinham a renda advinda da aposentadoria (Tabela 4).

Isto é quando se investiga a rotina de famílias ribeirinhas que, por determinadas restrições ou modos de vida, tendem a desenvolver suas atividades em torno do núcleo familiar, cujos membros são confinados pelas cheias ao contexto da casa e o modo de produção extrativista distribuindo o trabalho no interior da família. Existindo uma demarcação a partir do gênero, sendo que os homens geralmente se denominam extrativistas ou pescadores e grande parte das mulheres se diz dona de casa ou artesã; não há agricultura e duas famílias criam galinhas e porcos soltos. (SILVA; PONTES; MALUSCHKE, 2010).

Se tratando dos fatores de risco verificou-se que o IMC, foi subdividido em normal, aquele com $IMC < 25$, sobrepeso com $IMC = 25$ a 29 , e obesidade com $IMC \geq 30$. No entanto verificou-se dentre os hipertensos apenas 25% ($n=2$) se enquadravam no nível de obesidade. Ou seja, os valores do IMC foram inversamente proporcionais aos níveis elevados da PA (Tabela 5).

Atualmente a obesidade é definida como índice de massa corpórea (IMC) $> 30 \text{ kg/m}^2$, é um importante fator de risco para hipertensão arterial (HA). Estudos transversais demonstram que obesidade é associada a níveis mais elevados de pressão arterial (PA) e investigações prospectivas confirmam que o ganho de peso, ao longo da vida, é um importante preditor para o desenvolvimento de HA (BARRETO FILHO, 2002).

Quanto ao antecedente familiar de todos os entrevistados 87,5% ($n=7$) relataram possuírem alguém na família com HAS, e apenas 12,5% ($n=1$) não. Ou seja, grande parte dos ribeirinhos que tem a HAS, tem alguém de 1º na família que também a referida doença (Tabela 5).

Dessa forma verifica-se que a ocorrência de PA alterada é maior principalmente em relação àquelas pessoas com antecedentes familiares de hipertensão e que devido a isto têm maior predisposição a desenvolver a doença. Em um estudo realizado Lima (2011), observa-se que os usuários do posto de saúde da família (PSF) estudado diagnosticados com HA, possuíam familiares de 1º grau classificados como tabagistas e familiares de 2º grau em sua grande maioria portadores de hipertensão arterial.

Ainda verificou-se que os riscos são maiores quanto mais membros da família têm PA alta e se esses membros da família foram diagnosticados como hipertensos antes dos 55 anos (WOODS, FROELICHER; MOTZER, 2005).

Quanto ao etilismo, 25% dos ribeirinhos hipertensos referiram o consumo de bebida alcoólica pelo menos 2 vezes por semana. O álcool é identificado como um fator de risco que contribui para o agravamento da hipertensão arterial, visto que o aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mm Hg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente. A redução desse consumo, portanto, é uma das principais medidas orientadas no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. As literaturas concernentes ao uso do álcool destacam não só o fato do álcool elevar os níveis

de pressão arterial, mas também por reduzir os efeitos dos medicamentos anti-hipertensivos (SILVA; ROMERO; SILVA et al., 2010).

TABELA 5- Distribuição dos fatores de risco para HAS entre os oito ribeirinhos hipertensos cadastrados junto ao Programa “Luz na Amazônia”, no período de abril a junho de 2013

CARACTERÍSTICAS	RIBEIRINHOS HIPERTENSOS	
Índice de Massa Corpórea		
Normal	5	62,5%
Sobrepeso	1	12,5%
Obesidade	2	25%
Antecedente Familiar Para Hipertensão Arterial		
Não	1	12,5%
Sim	7	87,5%
Etilista		
Não	6	75%
Sim	2	25%
Tabagista		
Não	6	75%
Sim	2	25%
Sedentarismo		
Não	4	50%
Sim	4	50%
Total	N=8	100 %

Fonte: Pesquisa de Campo, 2013.

Em ocorrência ao tabagismo quase que a maioria 75% (n=6) afirmou não ser tagista. E apenas 25% (n=2) dos sujeitos assumiram consumir uma carteira de cigarros por dia mesmo tendo a HA. O fumo constitui-se um grave fator de risco cardiovascular, todavia um fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovascular (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

Tem-se mostrado que os fatores de risco principais representam um efeito adicional sobre a probabilidade de que uma pessoa terá um evento mórbido. Portanto, embora parar de fumar e melhorar a dislipidemia não restabeleçam a PA de um paciente, essas intervenções reduzem o risco de morbidade e mortalidade por doença cardiovascular (WOODS, FROELICHER; MOTZER, 2005).

Referindo-se à prática da atividade física, observa-se que 50% da população não é sedentária, pois pratica alguma atividade física por mais de 30 minutos, com intensidade leva a moderada pelo menos 3 vezes na semana, e as atividades citadas foram caminhar, nadar e jogar bola. Reduzindo dessa forma um dos fatores de risco para a alteração dos níveis pressóricos (Tabela 5).

A atividade física reduz a pressão arterial sistólica e diastólica em 3/2 mm/hg em normotensos, o que recomenda sua prática, pois essa pode auxiliar na redução dos níveis pressóricos, devendo ser aderido ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

TABELA 6- Níveis pressóricos para HAS entre os oito ribeirinhos hipertensos cadastrados junto ao Programa “Luz na Amazônia”, no período de abril a junho de 2013

SUJEITO	IDADE	SEXO	ESTÁGIO DA PA
R2	35	Feminino	Normal
R6	38	Feminino	Pré-Hipertenso
R8	47	Masculino	Pré-Hipertenso
R4	70	Masculino	Pré-Hipertenso
R5	65	Feminino	Estágio I
R1	45	Masculino	Estágio I
R7	68	Feminino	Estágio I
R3	60	Feminino	Estágio II

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Verificou-se quanto à classificação dos valores da pressão arterial, a prevalência de Pré-hipertensão (n=3) e hipertensão de estágio I (n=3), seguida pela hipertensão estágio II (n=1), e a normal (n=1). E comparando essa variável ao sexo podemos notar que o número de mulheres hipertensas 62% (n=5) e maior que o de homens 38% (n=3). E as mulheres apresentaram maior prevalência de HAS, tanto no estágio I (n=2), quanto no estágio II (n=1), já no sexo masculino predominou entre as medidas com a PA limítrofe (Tabela 6).

De modo semelhante, no estudo de Castoldi (2010) realizado com hipertensos em uma unidade central de saúde em Mato Grosso, constatou que entre os 55 hipertensos, 37 (67,3%) eram do sexo feminino.

A faixa etária dos hipertensos desse estudo foi de 35 a 70 anos, ou seja, considerando a suposição que o risco de desenvolver a hipertensão aumenta com a idade. Segundo um inquérito realizado pela a Coordenação Geral de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do BRASIL (2003), as taxas de prevalência de HA encontradas são semelhantes às dos estudos nacionais e de outros países da América Latina com evidente tendência de aumento com a idade.

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

A análise exaustiva do conteúdo das entrevistas seguida da classificação dos dados, que consiste na ordenação e caracterização em unidades, a partir do destaque dos temas recorrentes, propiciou a construção de três unidades temáticas centrais: conhecimento da Hipertensão arterial ou pressão alta, vivência dos hipertensos com fatores causadores da elevação da pressão e o olhar do ribeirinho sobre a importância da prevenção e tratamento da doença.

Selecionamos inicialmente os relatos que revelaram o conhecimento dos ribeirinhos sobre a hipertensão arterial sistêmica. Para identificar os sujeitos dessa pesquisa, foi utilizado o codinome ribeirinho, acrescido de um algarismo (exemplo: Ribeirinho 1).

4.2.1 UNIDADE TEMÁTICA 1 – CONHECIMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL OU PRESSÃO ALTA

As respostas obtidas nessa categoria de análise demonstram que os sujeitos tiveram dificuldades em responder o que é a hipertensão arterial. Alguns sujeitos definiram a hipertensão a partir de seus fatores de risco como o aborrecimento que leva ao estresse, a dieta hipersódica, ou até mesmo seus sintomas como a cefaléia e quentura.

“Não sei nem o que te dizer... pressão alta é quando pega derrame, não pode se aborrecer...” (Ribeirinho 4)

“ Não sei não, o que me falam e que quando a pressão fica muito alta e porque se come muito sal...” (Ribeirinho 6)

“ ...eu acho que é quando dá dor de cabeça e aquela quentura no corpo é isso...” (Ribeirinho 3)

O relacionamento entre os sujeitos influencia fortemente no seguimento terapêutico, Para que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz é necessário o conhecimento sobre a doença e dos fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento da mesma ou das comorbidades associadas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

Nas falas dos sujeitos pode-se perceber que eles não sabem definir corretamente a etiologia da doença, como na fala ***“...pressão alta e quando pega derrame, não pode se aborrecer...” (Ribeirinho4)***. Embora grande parte dos usuários tenha recebido algum tipo de informação nas atividades educativas ou durante os encontros realizadas nas viagens do “Programa Luz na Amazônia”, supõe-se que essas orientações não foram efetivamente compreendidas.

Em seu dia-a-dia, a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validade e importância. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num processo educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população, para a defesa dos seus interesses. E as ações educativas não vão agir apenas na transformação do saber, mas também na transformação dos sujeitos do

processo, tanto dos profissionais quanto da população, sendo uma via de mão dupla, onde haja uma relação dialógica que se transformam no processo (BRASIL, 2001).

O que evidência que os ribeirinhos têm conhecimento advindo da percepção de vida, da experiência passada entre gerações. Certifica-se na fala: ***“... acho que a pressão alta vem de família, por que toda a minha família tem” (Ribeirinho 3).*** Assim a partir das ideias já obtidas dos sujeitos pode-se trabalhar na reformulação das mesmas. Mostrar ao indivíduo que seu pensamento tem coerência e faz-lo enxergar que eles também têm algumas verdades sobre a pressão alta que podem ser trabalhadas na prevenção de doenças relacionadas à PA.

Por isso se faz necessário uma ação conjunta entre a equipe de saúde, os familiares e os hipertensos com destaque para a atuação do Enfermeiro na realização de atividades de educação em saúde para hipertensos em salas de espera, organização de caminhadas e cafés da manhã que visem, além de promover uma maior participação e inclusão social, fornecer informações precisas sobre a etiologia da doença e seus fatores de risco. O conhecimento deles sobre a doença e os seus fatores de risco é de grande relevância para que os profissionais de saúde delimitem o tratamento adequado, seja este medicamentoso ou não; ou até mesmo apenas para redução de danos, através da adoção de medidas que visem minimizar o impacto da hipertensão na vida de seus portadores, com a melhoria da condição de vida a fim de preservar os órgãos alvo (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

4.2.2 UNIDADE TEMÁTICA 2 - VIVÊNCIA E PERCEPÇÃO DOS RIBEIRINHOS HIPERTENSOS SOBRE O DESCONTROLE DA PA

A percepção dos sujeitos da pesquisa sobre a elevação da pressão está relacionada com as alterações físicas causadas pela mesma, como: tontura, dor de cabeça, dor no peito. Porém o comportamento dos sujeitos quanto percebem alguns sintomas que segundo seus conceitos estão relacionados com a elevação da pressão, eles tomam atitudes como identificado na fala ***“comer pouco sal” (Ribeirinho 6)***, que podem ser consideradas favoráveis. Como podemos ver nos discursos abaixo:

“Sinto dor de cabeça, tontura e dor no peito... ai eu procuro comer pouco sal.” (Ribeirinho 6).

“Eu sinto quentura, dor na cabeça, eu fico com o corpo ruim, mas tem dias que não... ai eu procuro me acalmar e fico esperta, na cabeça, no meu corpo, fica tudo direitinho...” (Ribeirinho 7).

“... dá umas pontadas na minha cabeça quando eu me aborreço, aí eu fico agoniada... começa a me doer, vou logo tirar minha pressão, aí dá alta.” (Ribeirinho 5).

Como pode-se ver nos discursos acima, os ribeirinhos procuram conviver com a doença de uma forma harmoniosa, pois ao relatarem perceber que sua pressão está alterada e ao perceberem alterações fisiológicas, procuram intervir de alguma forma, seja diminuindo a dieta hipersódica, aferindo a pressão ou evitando transtornos e estresses, mesmo que essas atitudes sejam momentâneas elas são insuficientes.

Segundo Fortes (2004), são importantes não só a percepção da PA, mas também da motivação pessoal pela busca de melhor estado de saúde, e a obtenção do controle da pressão arterial através de modificações de hábitos de vida e não só quando há percepção de alterações físicas ou fisiológicas.

A instituição saúde, entre outras, é um espaço limitado, mas importante para o desenvolvimento de ações educativas no dia-a-dia. Por meio dela, o profissional de saúde tem o compromisso de compartilhar seu conhecimento técnico específico, reconhecendo que a população, por sua vez, tem experiências e um saber que devem ser levados em conta. O comportamento do homem depende de suas crenças, isto é, daquilo que ele supõe seja a verdade. O que comanda a ação é a sua percepção do mundo, pouco importando que para o outro seja verdadeira, parcial ou completamente falsa (BRASIL, 2001).

4.2.3 UNIDADE TEMÁTICA 3 - OLHAR DO RIBEIRINHO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOENÇA

A adesão ao tratamento de HA é fator primordial para o controle adequado da PA, entretanto, é difícil detectá-la. Como podemos ver nas falas dos sujeitos abaixo eles se mostram conscientes quanto à importância de tratar a doença.

“Com o tratamento a pessoa garante mais um pouco de vida... uma coisa que a pessoa está vendo que está matando, se a pessoa não se cuidar né...” (Ribeirinho 1)

“E sim, por que pode acontecer varias coisas quando a pressão fica alta, tipo derrame, problema no coração.” (Ribeirinho 6).

“eu acho importante por que eu me sinto bem” (Ribeirinho 4).

Porém, em estudo realizado com 60 universitários da cidade de Lubango, Angola, que reconheceram serem portadores de hipertensão arterial, apenas 26,7% (n=16) faziam algum tipo de tratamento contra a doença. Desse modo é importante considerar que esse conceito depende de múltiplos fatores. Apesar de o foco central do processo ser o portador de hipertensão, a ocorrência de adesão ao tratamento não depende unicamente dele, mas sim do conjunto de elementos que o envolve, o profissional de saúde, o sistema de saúde, o meio social. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados (DOSSE; CESARINO; MARTIN; CASTEDO, 2009).

Outro sujeito demonstrou uma aflição quanto ao tratamento, uma dependência de ter para alguém auxiliar a obter medicação, quando o Ribeirinho 7 fala:

“Só Deus para me ajudar, e a minha filha que vai e compra um remédio, e eu tomo, e aquilo vai aliviando, vai passando... até que eu não sinta mais nada.” (Ribeirinho 7)

Os ribeirinhos vivem as margens dos rios, relativamente distantes da capital Belém, onde se concentram os serviços de saúde, tanto da atenção primária quanto da área hospitalar. A angustia demonstrada na fala **“só Deus para me ajudar”**, mostra dificuldade que o sujeito de estudo tem para conseguir o padrão de atendimento o que influencia negativamente no tratamento.

Vários são os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento e consequentemente, o controle da hipertensão. Dentre eles, ressaltam-se as variáveis biossociais, como sexo, idade, cor/etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico. Também merecem destaque as crenças de saúde e hábitos de vida. Em relação à doença, salienta-se o conhecimento, cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias. Custo, efeitos indesejáveis das drogas, esquemas complexos e piora da qualidade de vida são aspectos relacionados ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010).

CONCLUSÃO

Este estudo caracterizou-se por momentos de discussão e reflexão, que culminaram em algumas considerações importantes sobre o conhecimento dos ribeirinhos hipertensos, e a sua referida doença, saber suas ideias e seus questionamentos são necessários para prestar uma assistência individualizada e propor uma intervenção em saúde, levando em consideração as necessidades e as peculiaridades dessa população específica.

Mostrou-se ainda um fator relevante para uma nova proposta metodológica de atividade educativa voltada para a população ribeirinha, pois destacou a necessidade de uma constante renovação e reflexão pedagógica, solicitando a adoção de estratégias metodológicas ativas, na qual a atividade venha ser proveitosa tanto para o paciente, no caso o ribeirinho, quanto para o profissional.

Analisou-se por meio das falas dos ribeirinhos hipertensos que eles têm um pensamento deturpado sobre a HAS e não sabem distinguir sintomas dos fatores de risco da HAS, todavia percebemos que apesar disso ele tem um conhecimento empírico sobre a doença que pode ser considerado, ou seja eles não são destituídos do saber. Sendo uma comunidade ribeirinha, os agravos em saúde foram ampliados por falta de acesso ao sistema de saúde e falta de organização da própria comunidade para cobrar seus direitos. Conforme visto, na comunidade estudada ainda predomina o patriarcalismo, no qual cabe à mulher o cuidado dos filhos e do lar e aos homens prover o sustento da família. A principal atividade para a manutenção das famílias vem do de pequenas plantações de açaí, que são extraídos e comercializados na capital Belém.

Partindo do princípio que o que se ensina são resultados de uma metodologia dialógica. Segundo o Manual para operacionalização das ações educativas no SUS, 2001 cada pessoa, cada grupo envolvido na ação pedagógica dispõe em si próprio, ainda que de forma rudimentar, dos conteúdos necessários dos quais se parte. O importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida. A transmissão de conteúdos estruturados fora do contexto social do educando é considerada “invasão cultural” ou “depósito de informações” “porque não emerge do saber popular”.

Dentro deste quadro, e associando suas ações com os modos de ver, de sentir e de responder às situações de vida dos homens envolvidos nessa realidade, é que surgirão condições para as mudanças desejáveis.

Contanto, buscando a excelência da saúde da população ribeirinha é indiscutível que o profissional de enfermagem assim como uma boa equipe multidisciplinar de saúde é indispensável. Pois através deles podem ser feitas estratégias de intervenção, incentivando as pessoas a associarem suas ações com os modos de ver, de sentir e de responder suas próprias situações de vida, para assim refletir em sua saúde e levar a busca de caminhos alternativos para a transformação das situações que conduzam á melhor qualidade de vida. Nesse aspecto, o papel do enfermeiro é essencial, pois o cuidado é considerado um princípio norteador da profissão.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. M. M.; NOGUEIRA, M. S.; MENDES, I. A. C.; GODOY, S. Leptina, hipertensão arterial e obesidade: importância das ações de Enfermagem. **Revista Acta Paul Enferm** 2010; vol 23 (2): 286-90. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/21.pdf>. Acesso em 19 de julho de 2012.

ANDRADE, M. M. d. **Introdução a metodologia do trabalho científico: elaboração dos trabalhos de graduação**. 9ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção Integral à saúde do homem/ Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde Departamento de ações programáticas estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS : Uma construção coletiva : Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006;

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para operacionalização das ações educativas no sus. – Brasília: ministério da Saúde, 2001.

BRUNER, L. S.; SMELTZER, S. C. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10º Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2005.

CARREIRA, Lígia; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Revis Acta Scientiarum**. Maringá, vol. 24(3): 791-801, 2002. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2548/1679>

Acesso em 06 de julho de 2013;

CHAVES, Daniel Bruno Resende. Et. Al. Fatores de risco para hipertensão arterial: investigação em motoristas e cobradores de ônibus. **Rev. enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):370-6

CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, LAS; GODOY, MRP; CAÇÃO, JC; LOUREIRO, AAC; et al.; Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq Bras Cardiol**. Vol 94(4): 519-526, abr. 2010.

DOSSE, Camila; CESARINO, Claudia Bernardi; MARTIN, José Fernando Vilela; Castedo, Maria Carolina Andrade. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 março-abril; 17(2)

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa; ZANELLA, Maria Teresa. Epidemiologia da Hipertensão Arterial associada à obesidade. Ver **Bras Hipertens** 2000;2:128-35. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-2/006.pdf>> Acesso em 13 de junho de 2012;

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Revis Acta Paul Enferm** 2010; vol. 23 (6): 782-7. Editora Acta: 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/11.pdf> Acesso em 24 de junho de 2012.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 7-17, 2005.

FILHO, José Augusto Soares Barreto; COLOMBO, Fernanda Marciano Consolim; LOPES, Heno Ferreira. Hipertensão Arterial e Obesidade: causa secundária ou sinais independentes da síndrome plurimetabólica?. **Rev Bras Hipertens** vol 9(2): abril/junho de 2002. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-2/hipertensao3.pdf>> Acesso em: 24 junho de 2012;

FORTES, A. N.; LOPES, M. V. de O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. 2004; 13(1) p. 26 – 34.

JARDIM, P.C.V; NASCENTE, F.M.N.M.; PEIXOTO, M. R.G. et al. Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol** 2006; vol88(4): 452-457. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v88n4/15.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas.

Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1 Acesso em 12 de junho de 2012

LIMA JUNIOR, Raimundo Nonato de. **Perfil Socioeconômico-Epidemiológico de Usuários Hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família do Distrito DAGUA**. Trabalho de Conclusão de Curso. Belém, 2011

MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBÃO, William Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1365-1374, 2012

MANUAL PARA OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO SUS - SÃO PAULO. Educação em saúde Planejando as Ações Educativas Teoria e prática. São Paulo, 2001.

MARTINELLI, B.; BARRILE, S. R.; ARCA, E. A.; FRANCO, R. J. S. Influência do exercício aeróbio na renina de portadores de hipertensão arterial com sobrepeso. Bauru. SP, 2010.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. Metodologia Científica. 5ª Ed. 5ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):761-3

OLIVEIRA, E. d.; ANDRADE, I. M. d; RIBEIRO, R. S. **Educação em Saúde**: uma estratégia da Enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e reflexões. Goiânia, 2009. Disponível em <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estrategia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudancas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>. Acesso em 19 de agosto de 2012;

PASSOS, V. M. D. A.; ASSIS, T. D. B.; SANDHI, M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2006, vol (15): 1, pp. 35-45. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>. Acesso em 5 de junho de 2012.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M. de F.; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 526-534, out./dez. 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13112/8870> Acesso em: 17.10.2012.

SANTOS, AC; LIMA, CA. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. **Ver Bras Hipertens** vol 16 (Supl1): S5-S6: 2009. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-supl1/03-hipertensao.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2012.

SCHERER, E. F. (2004a, maio). O defeso e a defesa do meio ambiente. Trabalho apresentado no II Congresso da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade e no II Congresso da Associação de Pesquisa e Pós-Graduação em Ambiente e Sociedade. Indaiatuba, São Paulo.

SERAFIM, T. de S.; JESUS, E. dos S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Rev Acta Paul Enferm**, vol 23(5): 658-64, 2010 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/12.pdf> Acesso em 18 de maio de 2012;

SILVA, Ana Roberta Vilarouca da; ROMERO, Adriana Diógenes; SILVA, Maria Josefina da; FREITAS, Roberto Wagner Júnior Freire de; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. **Rev. Rene**. Fortaleza, vol (11):2, p. 72-78, abr./jun.2010. Disponível em <http://www.youblisher.com/files/publications/19/113329/pdf.pdf> Acesso em 17 de novembro de 2011;

SILVA, S. S. C. ; PONTES, F. A. R.; LIMA, L. C.; MALUSCHKE, J. B.. Redes sociais e papéis de gênero de casais ribeirinhos de uma comunidade amazônica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26 (4), p. 605-612, 2010.

SILVA, H. P. A pressão da vida moderna. Edição Impressa 86 - Abril 2003. Disponível em <http://revistapesquisa.fapesp.br/?art=2108&bd=1&pg=1&lg=>. Acesso em 19 de maio de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: 2006. Disponível em <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>. >Acesso em 12 de abril de 2011;

TOPOL, E. J. **Tratado de Cardiologia**. 2V. Guanabara Koogan. RJ, 2005.

WOODS, S. L; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4º Ed. Editora: Manole. Barueri, SP, 2005.

_____. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Vol 95 (1 supl.1): 1-51: 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/vi_diretrizes_hipertensao_arterial.pdf. Acesso em 18 de maio de 2012.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Hipertensão arterial. 2005. Disponível em <http://www.nefrologiaonline.com.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf. > Acesso em 18/08/2011.