

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS- CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA IZABEL CRISTINA SILVA DO NASCIMENTO

**CONHECIMENTO E ATITUDES DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL ACERCA DA DOENÇA E TRATAMENTO**

PICOS - PI

2013

MARIA IZABEL CRISTINA SILVA DO NASCIMENTO

CONHECIMENTO E ATITUDES DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL ACERCA DA DOENÇA E TRATAMENTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador:

Prof. Ms. Gilvan Ferreira Felipe

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a Deus, pai misericordioso que sempre esta ao meu lado e por me proporcionar exercer uma profissão tão magnífica: a Enfermagem.

Em especial o meu orientador, Ms. Gilvan Ferreira Felipe, pois sem sua ajuda, sua infinita paciência me ajudou a realizar esse trabalho. Sem sua ajuda a realização desse trabalho seria impossível.

Aos meus pais: Joselito Sousa do Nascimento e Domingas Sandra da Silva Sousa, pelo amor incondicional que sempre me deram, pelo apoio e carinho que me proporcionaram ao longo da vida. Dedico esse esforço principalmente a vocês que são tão importantes em minha vida, obrigada pela educação, os valores que vocês me ensinaram, essa foi a base para hoje eu ser quem sou.

Aos meus irmãos: Paulo Victor e Jossandra Nascimento, pelo amor fraternal, carinho e apoio. Principalmente a você Jossandra, que além de irmã é minha inseparável e melhor amiga, obrigada pelo companheirismo e cumplicidade que sempre fizeram parte do nosso relacionamento.

Ao meu namorado: Pedro Vitor Borges, que embora pouco tempo já se mostrou ser tão especial. Obrigada meu amor, pela compreensão de minha ausência, pelo carinho, o respeito que tens por mim. Não posso esquecer-me de mencionar a ajuda que me deste na conclusão desse trabalho.

A minha família: sobrinha, tios e tias, primos e primas, e meus amados avôs e avós, por confiarem em mim, e ser a fonte de tudo.

A todos aqui citados e aqueles aos quais os nomes não apareceram, mas que sabem que fizeram parte desse processo e que muito me ajudaram nessa caminhada, o meu “muito obrigada”. Não tenho e nunca terei como agradecê-los como merecem, apenas digo que essa conquista é tanto minha quanto de vocês.

MUITO OBRIGADA!

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei;
Se não fossem elas, eu não teria saído do lugar.
As facilidades nos impedem de caminhar.
Mesmo as críticas nos auxiliam muito.”

Francisco Cândido Chavier

RESUMO

Estudo exploratório com descrição quantitativa e qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde no município de Regeneração, PI, em 2012 e 2013. Os objetivos foram traçar as características biossociais dos participantes, descrever as características associadas ao conhecimento e as atitudes destes com relação a doença e ao tratamento e ainda avaliar se o conhecimento e as atitudes dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) variam de acordo com o tempo de acompanhamento da doença. A amostra foi constituída por 132 usuários com HAS, que atenderam aos critérios de seleção. Para a coleta de dados foi utilizado dois questionários, sendo um dos questionários adaptado, contendo as variáveis biossociais, conhecimento sobre a HAS e tratamento, as atitudes frente ao tratamento e a avaliação do sentimento em relação à vida. Para a apresentação dos resultados utilizou-se a análise estatística descritiva, com médias e porcentagens, distribuição de frequências, média e desvio padrão. Os resultados mostraram que dos 132 (100%) usuários hipertensos, 81,06% são do sexo feminino, a faixa etária variou entre 58 e 70 anos, houve o predomínio de paciente com a cor da pele negra (40,55%). Houve o predomínio de pessoas casadas (54,55%), aposentadas (59,85%) e 43,94% com renda familiar de 1 salário mínimo, observou-se uma grande porcentagem de indivíduos sem educação formal, totalizando 58,33% (77 pessoas) e apenas 4,54% possuem ensino superior. Em relação à prática de atividade física obteve-se que 63,6% dos pesquisados não possuem esse hábito, a média da Pressão Arterial (PA) no sexo feminino foi de 139x84 mmHg, que de acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (DBH) define como uma pressão limítrofe, em quando a média da PA masculina foi de 140x90 mmHg sendo definida como hipertensão em estágio 1. Investigado a Circunferência Abdominal (CA) dos participantes, detectou-se que as mulheres estão dentro da faixa de risco, apresentando uma média de 90 cm de CA. No tocante ao conhecimento e atitude dos hipertensos em relação à doença e ao tratamento, ao contrario do que se esperava encontrar, observou-se que não existe relação entre o tempo de duração do tratamento de cada paciente, com o conhecimento obtido sobre a doença e as atitudes desenvolvidas por eles. Ao investigar o sentimento que os usuários possuem em relação a vida, detectou-se que 45% afirmam tem uma vida regular, nem feliz e nem triste. Os resultados apontam para a necessidade de estruturação de um Programa de Educação em hipertensão arterial sistêmica, efetivo que se atenda as necessidades dos usuários.

Palavras chaves: Hipertensão; Conscientização; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

An exploratory study with quantitative and qualitative description, carried in a Basic Health Unit in the Municipality of Regeneração, PI, in 2012 and 2013. The objectives were to trace the biosocial characteristics of the participants, describe the characteristics associated with knowledge and attitudes regarding these disease and treatment and assess the knowledge and attitudes of patients with systemic arterial hypertension (SAH) vary with the time monitoring of the disease. The sample consisted of 132 users with SAH, who met the selection criteria. To collect the data we used two questionnaires, one of adapted questionnaires containing biosocial variables, knowledge about hypertension and treatment, attitudes towards treatment and evaluation of feeling towards life. For the presentation of the results we used the descriptive statistical analysis, with averages and percentages, frequency distribution, mean and standard deviation. The results showed that of the 132 (100%) hypertensive patients, 81.06% are female, the age ranged between 58 and 70 years, there was a predominance of patients with black skin (40.55%). There was a predominance of married people (54.55%), retired (59.85%) and 43.94% with household income of one minimum wage, there was a large percentage of individuals with no formal education, the totalizing 58, 33% (77 people) and only 4.54% have higher education. Regarding physical activity was found that 63.6% of respondents do not have this habit, the mean blood pressure (BP) in females was 139x84 mmHg, which according to VI Diretriz Brazilian Hypertension (DBH) defines as a pressure boundary, then the average male BP was defined as being 140x90 mmHg hypertension in stage 1. Investigated the Waist Circumference (WC), it was found that women are within the risk range, with an average of 90 cm of CA. Regarding the knowledge and attitude of hypertensives in relation to disease and treatment, the counter-river than expected to find, it was observed that there is no relationship between the duration of treatment for each patient, with the knowledge obtained about the disease and attitudes developed by them. When investigating the feeling that users have towards life, detec-tou that 45% say has a regular life, neither happy nor sad. The results point to the need to construct an education program in hypertension, which effectively meets the needs of users.

Key words: Hypertension; Awareness; Primary health care.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

Gráfico 1: Grau de escolaridade dos pesquisados	24
Gráfico 2: Prática de atividade física	25
Gráfico 3: Sentimento em relação à vida	34

QUADRO

Quadro 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)	12
--	----

TABELAS

Tabela 1: Perfil biossocial	22
Tabela 2: Média da PAS, PAD e circunferência abdominal de acordo com o sexo	25
Tabela 3: Conhecimento sobre HAS e o tratamento	27
Tabela 4: Avaliação de atitudes realizadas pelos usuários relacionando-as com o tempo de tratamento	30
Tabela 5: Atitudes com relação à interrupção do tratamento da HAS	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 Geral.....	10
2.2 Específicos	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
4 METODOLOGIA	19
4.1 Tipo de estudo.....	19
4.2 Período e local do estudo	19
4.3 População e amostra	20
4.4 Coleta de dados.....	20
4.5 Análise e interpretação de dados	21
4.6 Aspectos éticos e legais	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	41
ANEXO	45

1 INTRODUÇÃO

Devido ao processo de evolução tecnológica ocorrido nas últimas décadas, como o surgimento das vacinas e as melhorias no saneamento básico, juntamente com a transição demográfica, houve uma mudança no perfil epidemiológico da população brasileira. Ocorrendo, gradualmente, à substituição das doenças infecto contagiosas pelas doenças crônicas não transmissíveis. Com as mudanças no estilo de vida da população: o estresse, a má alimentação e o sedentarismo devido à falta de tempo que a “vida moderna” causa à população, aumenta a possibilidade de o indivíduo vir a apresentar alguma doença crônica não transmissível, como por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH) (2010), a hipertensão é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da Pressão Arterial (PA).

Para se imaginar a dimensão do problema, de acordo com consulta realizada no Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2011), delimitando-se o período entre o ano de 2011 e março de 2012, identificou-se um quantitativo de 357.884 pessoas com HAS, sendo 226.231 pertencentes ao sexo feminino. No nordeste do país esse número chega a 132.654 pessoas, sendo 87.660 do sexo feminino. Em nível de Piauí, o referido órgão revela que existem 7.655 usuários com HAS, dos quais 4.862 são mulheres.

Em uma visão mundial, Boing (2007) relata que cerca de 972 milhões de pessoas, o equivalente a 26,4% da população mundial adulta, apresentava hipertensão arterial sistêmica no ano 2000. Projeções para 2025 apontam que esse quadro irá se agravar, alcançando nesse ano um total de 1,56 bilhão de pessoas com HAS (29,2% da população).

A HAS é um problema crônico bastante comum. Sua prevalência é alta e aumenta de acordo com a faixa etária da população. É responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos do miocárdio ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada (BRASIL, 2010).

Por ser, na maior parte do seu curso, uma doença assintomática, o diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado. Somando-se a isso a baixa adesão, por parte do usuário ao tratamento prescrito, aumentando assim possíveis complicações futuras.

Por isso, a importância do profissional da saúde assumir a tarefa para trabalhar, de forma mais intensa, a educação em saúde com esse indivíduo. Porém, muitas vezes o usuário acaba gerenciando o tratamento por conta própria, tendo ações como: decidir não tomar a

medicação ou tomá-la apenas quando os sintomas aparecem, a manipulação dos horários prescritos, escolhendo atividades que são mais agradáveis, utilizando exclusivamente práticas alternativas ou até mesmo decidindo por conta própria parar o tratamento, entre outros (SANTOS et al.; 2009).

Tendo-se em vista esses fatos, o presente estudo levanta o seguinte questionamento: o conhecimento e as atitudes dos usuários com HAS atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) mudam de acordo com o tempo de tratamento?

Destarte, pretende-se, com o estudo, avaliar a seguinte hipótese: quanto mais tempo em tratamento da HAS, mais conhecimento e melhores atitudes o usuário tem em relação à doença.

Optou-se por estudar a temática em questão, devido à virtude do aumento da prevalência da HAS e, também, por vivenciar essa questão no âmbito familiar.

O estudo apresenta relevância à medida que pode proporcionar aos profissionais que atuam na ESF, uma importante contribuição para o aprimoramento da atuação em relação aos usuários com HAS acompanhados pelo referido programa.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Analisar o conhecimento e atitudes de usuários com HAS cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em relação à doença e o tratamento.

2.2 Específicos:

- Traçar as características biossociais dos participantes.
- Descrever as características associadas ao conhecimento e às atitudes dos participantes com relação à doença e ao tratamento.
- Avaliar se o conhecimento e as atitudes das pessoas com HAS variam de acordo com o tempo de acompanhamento da doença.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Conceito, epidemiologia e o tratamento da hipertensão

Hipertensão arterial é definida como toda pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg e toda pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg, e, quanto mais alta e mais durável ela se torna um risco cardiovascular progressivo (LUNA, 2009).

A VI DBH descreve os valores que classificam os indivíduos maiores de 18 anos, de acordo com os níveis de pressão arterial, especificado no quadro 1:

QUADRO 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

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010)

A hipertensão pode ser classificada como sendo essencial (primária) ou secundária. A VI DBHA (2010), discerne hipertensão primária como uma causa desconhecida que leva o indivíduo a desenvolver a HAS, o que acomete cerca de 90% a 95% dos pacientes hipertensos. Ao contrário a hipertensão secundária já possui sua causa definida, onde geralmente é decorrente de alguma doença associada, como exemplo o hiperaldesteronismo primário, hipertireoidismo, hipotireoidismo, dentre outros, onde sua prevalência é em torno de 3% a 10% dos pacientes.

Luna (2009) destaca que a hipertensão primária é como qualquer hipertensão, onde está é o resultado da interação de um fator genético com um fator ambiental. E a secundária é definida como rara, pois acomete a menor parte da população com HAS.

A maioria desses agravos pode ser justificada ou explicada pela presença de fatores de risco intrínsecos (idade, sexo, hereditariedade), no qual não pode ser modificado, ou extrínsecos (dieta, tabagismo, sedentarismo) onde o indivíduo pode interferir, entre outros, que predisõem este a maior risco de ocorrência de doenças cardiovasculares. A expressão

‘fatores de risco’ refere-se a um conceito que vem ganhando importância no campo das patologias de Doenças Cardiovasculares (DCV) (PANSANI et al., 2005; SBC, 2007).

Luna (2009) menciona que a herança genética, tem teoricamente, uma influência marcante na regulação e no controle da pressão arterial, pois este sistema é geneticamente determinado. Com isso, observa-se a importância do fator genético para determinar a hereditariedade de doenças crônicas não transmissíveis, porém, também, pode-se fortalecer no aspecto da conscientização para a prevenção ao desenvolvimento deste agravo.

Em relação à variável gênero, estudos realizados mostram que o coeficiente de mortalidade por DCV é maior em homens, sendo que nas mulheres as manifestações clínicas aparecem em média cerca de 10 a 15 anos mais tardiamente, fato que possivelmente é explicado pela proteção estrogênica (FERREIRA, 2012).

Com o aumento da idade média de sobrevivência, as doenças crônico-degenerativas estarão cada vez mais presentes, principalmente as doenças cardiovasculares. Existe uma relação direta e linear entre PA e a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% em indivíduos acima de 65 anos de idade (BRASIL, 2010; MARTINS et al. 2011).

Piccini et al. (2012) descreve em seu artigo sobre promoção, prevenção e cuidado da pressão arterial no Brasil, onde revelou que em relação à variável idade, a faixa etária de 50 a 59 anos é a que compreende a maior parte dos hipertensos na região sudeste e centro-oeste do País. Enquanto a menor frequência de HAS com a mesma faixa etária encontra-se na região nordeste com o percentual de 40,7%. Quando se tratou da variável socioeconômica, quase a metade pertence à classe C, porém, detectou-se que nas regiões nordeste e norte mais pessoas das classes D e E, contrastando com as regiões sul, sudeste e centro-oeste onde a maior proporção de pessoas hipertensas das classes A e B (PICCINI et al., 2012).

As adequações da alimentação constituem medidas fundamentais para a preservação da saúde e prevenção de doenças. No contexto cardiovascular, e em especial na prevenção e no controle da hipertensão arterial, a adoção de um estilo alimentar saudável se destaca como medida básica e essencial. Muitas são as evidências da efetividade de intervenções nutricionais para o controle do hipertenso (MALACHIAS, 2010).

O excesso de sal, além de aumentar os níveis pressóricos e ser um fator de risco para hipertensão arterial, causa lesões em órgãos-alvos independentemente da PA por meio de complexos mecanismos endoteliais que são parcialmente dependentes do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) (SANDERS, 2009).

Quando comparados, indivíduos de peso normal em relação a obesos e sobrepeso, estes possuem maior risco de desenvolver HAS. Outro fator de grande relevância é o sedentarismo, que além de ser fator causal para obesidade e sobrepeso também favorece o aparecimento de doenças do aparelho cardiocirculatório (SILVA et al., 2011; CARNEIRO, 2003).

Contudo, a prática regular de atividades físicas é parte primordial das condutas não medicamentosas de prevenção e tratamento da HAS. A utilidade e a relevância da prática regular de atividades físicas e, mais especificamente, de exercícios físicos para a prevenção e o tratamento da HAS. Na prevenção primária, recomenda-se que todo adulto pratique pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas em pelo menos 5 dias da semana, o que pode ser feito de forma contínua ou acumulada. Para indivíduos com propensão à HAS, recomenda-se o envolvimento em atividades de lazer mais vigorosas que trazem mais benefícios preventivos. Considerando-se o tratamento da HAS, o treinamento aeróbico é o de escolha para o hipertenso. Esse treinamento deve ser realizado pelo menos três vezes por semana por pelo menos 30 minutos em intensidade leve a moderada (MEDINA, 2010).

Para Brunner & Sunddarth (2009), os pacientes com hipertensão não complicada, possui como medicamentos iniciais recomendados os diuréticos, beta bloqueadores ou ambos. A princípio, os pacientes devem receber doses baixas do medicamento. Quando a pressão arterial não cai para menos de 140/90 mmHg, a dose deverá ser aumentada gradualmente, sendo os medicamentos adicionais incluídos, conforme necessário para o controle da PA. Ou quando a pressão arterial está abaixo de 140/90 mmHg durante pelo menos 1 ano, poderá ser indicada a redução gradual dos tipos e doses do medicamento.

No entanto para Neves & Oigman (2010), a abordagem do indivíduo com pressão arterial limítrofe, a conduta mais apropriada é a aderência às recomendações das diversas diretrizes para mudança do estilo de vida visando principalmente à atividade física regular, controle do peso e restrição de sal à dieta.

A HAS afeta aproximadamente um terço dos indivíduos em todo o mundo e, por essa razão, se constitui em um dos mais importantes FR para as DCV (WILLIAMS, 2010).

Com isso observa-se a importância de começar o tratamento o quanto antes, podendo assim minimizar os agravos que as DCV podem vir a provocar. Deve ser aliado ao tratamento medicamentoso à mudança no estilo de vida (tratamento não medicamentoso) para uma melhor obtenção dos resultados.

Atuação do enfermeiro na assistência ao usuário com hipertensão

A educação em saúde constitui uma das estratégias para propiciar conhecimentos aos portadores de hipertensão arterial, contribuindo de forma significativa para melhoria nas condições de saúde. Para a sua implementação, torna-se imprescindível conhecer atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas desenvolvidas no cotidiano pelo portador de hipertensão arterial, assim como incentivá-lo para uma participação ativa em seu tratamento (FAVA et al, 2010).

A priorização do cuidado aos hipertensos é orientada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), que estabelece, como responsabilidade dos municípios, as ações estratégicas de saúde, entre elas, o controle da hipertensão arterial (BAPTISTA, MARCON, SOUSA, 2008).

De acordo com Lima, et al. (2009) o desenvolvimento de ações para a promoção do estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos, incapacidades, riscos e gastos, são fundamentais no cuidado com pacientes hipertensos. A atenção básica, em especial o Programa de Saúde da Família, tem papel central e singular no sentido da implementação do cuidado integral à hipertensão arterial.

A prevenção e o tratamento da HAS envolvem ensinamentos para introduzir novos hábitos de vida. Um profissional envolvido com essa temática é o enfermeiro que desenvolve suas ações individualmente através da consulta de enfermagem ou com grupos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desses pacientes (BORGES, PINHEIRO, SOUZA, 2012).

As V DBHA (2006) declara que a equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos podendo ser constituída por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, musico terapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde.

A participação do enfermeiro é de fundamental importância, pois este tem a autonomia e o discernimento para realizar a consulta de Enfermagem, onde é realizado a medição da PA, medida de altura e peso, medida da cintura e quadril e o calculo do IMC, com isso é realizada a investigação sobre os fatores de risco e hábitos de vida, dando orientação sobre a doença e o

uso regular de medicamentos prescrito pelo médico, orientando também sobre hábitos de vida saudáveis pessoais e familiares (BRASIL, 2006).

Menezes & Gobbi (2010) discerne que para promover um estilo de vida saudável essas ações devem ser prioridade da equipe de saúde para os indivíduos hipertensos, pois desta forma serão evitadas complicações e futuras internações.

Por meio de diagnósticos definidos corretamente, é possível estabelecer intervenções de enfermagem que atendam às necessidades individuais dos sujeitos com hipertensão arterial (FAVA et al, 2010).

O enfermeiro também possui autonomia para realizar encaminhamento do paciente ao médico pelo menos duas vezes ao ano, ou com maior frequência nos casos em que a PA não estiver devidamente controlada (BRASIL, 2006).

Para Gomes; Baroni; Filho (2010) a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a mudanças preventivas e/ou controle dos fatores de risco. As ações de enfermagem realizadas se revelaram uma valiosa ferramenta para aumentar o grau de conhecimento, tanto dos pacientes hipertensos, como de outros profissionais, sobre a importância do controle da HAS, de modo que as pessoas superem as dificuldades detendo maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida.

O enfermeiro deve ser um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente em questões de saúde, sendo o provedor dessa prevenção, promoção e reabilitação à saúde.

Conhecimento do usuário com relação à doença

Uma doença crônica para a maioria das pessoas pode modificar de forma profunda a sua vida. As modificações estão relacionadas às atividades da vida cotidiana, pois, desde o estabelecimento do diagnóstico, ocorrem sentimentos de angústia e desespero perante a percepção do pouco controle acerca de sua vida, diminuindo a potência para agir e pensar (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

Jesus et al. (2008) afirma que apesar da hipertensão arterial ser passível de controle por meio do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, os índices de controle da doença ainda são baixos.

Ao pesquisar sobre a adesão dos usuários com HAS pode se observar o resultado de que quase 38% informaram interrupção do tratamento e 23% faltar às consultas agendadas. O motivo mais apontado para a interrupção foi preço dos medicamentos, que se categoriza como aspecto institucional reflexo do acesso gratuito insatisfatório ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, faltar às consultas teve como justificativas mais incidentes o esquecimento e problemas particulares e com familiares. O esquecimento também foi citado como motivo para deixar de tomar os medicamentos, atitude negativa que pode denotar pouco envolvimento do paciente com o seu problema de saúde, apesar de se ter identificado conhecimento dos hipertensos sobre: a cronicidade e gravidade da doença; necessidade de tratamento para toda vida; complicações decorrentes da hipertensão quando não tratada; ausência de sintomatologia específica e valores da pressão que caracterizam hipertensão (JESUS, 2008).

Oliveira & Zanetti (2011) defende que ao avaliar o conhecimento e a atitude, relacionadas à saúde de pessoas acometidas, fornecerá subsídios para compreender as dificuldades próprias ao manejo da doença e, conseqüentemente, melhorar o controle metabólico.

Entretanto no estudo realizado por Reneirs & Nogueira (2009) descobre que apesar de o profissional de saúde realizar ações gerais de atenção à saúde do hipertenso, e apesar de seu esforço em conscientizar o usuário, ele não adere ao tratamento exatamente como recomendado. A maioria de suas ações revela uma forma própria de aderir ao tratamento, conduzindo-o à sua maneira. O fato de não gostarem do regime terapêutico por causa das muitas mudanças que ele traz em suas vidas, consideram que devam fazer o tratamento. Assim, no início, procuram segui-lo à risca. Onde estes até tentam mudar seus hábitos de alimentação, habituar-se a fazer exercícios, tomar as medicações regularmente, não fumar, entre outras modificações. Mas, ao longo do tempo, muitas dessas tentativas se frustram e a maioria decide seguir o tratamento à sua maneira, considerando o que é possível fazer, o que consegue fazer ou o que quer fazer.

No entanto, o enfermeiro é um elemento chave no processo assistencial aos hipertensos, onde este deve conhecer as características dessas pessoas e suas reais necessidades para que a partir delas, estratégias sejam implementadas para a obtenção de maior grau de adesão ao tratamento e o conseqüente controle dos níveis tensionais (JESUS et al., 2008).

Destarte, observa-se a importância dos profissionais de saúde no incentivo dos pacientes acometidos por doenças crônico-degenerativas para iniciarem e manterem o tratamento, incentivando, principalmente, a adesão de práticas saudáveis de vida, pois, dessa forma terão maiores chances de possuírem uma vida prolongada e saudável.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo exploratório possui descrições tanto quantitativas quanto qualitativas do objetivo de estudo, e o investigador conceitua as inter-relações entre as propriedades do fenômeno. Onde será explorado alguma situação com finalidade de descobrir relações entre os elementos pesquisados (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Trata-se de uma pesquisa descritiva, pois os fatos foram registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Procura descobrir a frequência, relação e conexão entre as variáveis (ANDRADE, 2006).

De acordo com Gil (2010) a pesquisa descritiva tem como objetivo abordar as características de um grupo como: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, dentre outras.

A pesquisa quantitativa usa a análise estatística para o tratamento dos dados, pois utilizam instrumentos estruturados (FIGUEIREDO, 2009).

4.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado no período de março de 2012 a maio de 2013, que correspondeu desde a revisão de literatura à apresentação desta estudo.

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no município de Regeneração – PI, selecionada em virtude da facilidade de acesso por parte da pesquisadora.

De acordo com a Secretaria de Saúde de Regeneração, o município possui 10 equipes da Estratégia de Saúde da Família e estão divididos entre elas um total de 1.095 usuários cadastrados no HIPERDIA.

O Município de Regeneração localiza-se na mesorregião geográfica do Centro-Norte piauiense e na microrregião do Médio Parnaíba, onde foi criada em 1875 e instalado em sua atual localidade em 1882. Encontra-se a 127 Km da Capital do Estado, em linha reta, ou 147 Km por rodovia federal. Possui sua área de extensão composta por 1.271,89 Km² (MIRANDA, 2004).

Segundo informações colhidas na Secretaria de Saúde de Regeneração, até o final do ano de 2012, o Município possui um total de 17.576 habitantes.

4.3 População e amostra

A população correspondeu a 325 usuários acompanhados pelo Programa de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* e cadastrados no HIPERDIA de uma UBS do município de Regeneração - PI, segundo informação colhida na coordenação da referida unidade em abril de 2012.

A amostra foi calculada por meio da fórmula para população finita (POCOCK, 1989):

$$n = \frac{t_{5\%}^2 * P * Q * N}{e^2 (N - 1) + t_{5\%}^2 * P * Q}$$

Na fórmula indicada, os símbolos/letras correspondem a: **n** é o quantitativo da amostra procurada, **t_{5%}** é o valor tabelado da distribuição *t* de *Student* para o qual considerou-se 1,96, **P** é a prevalência da condição clínica, que foi de 30%, **Q** = 100 – P, **e** é o erro amostral fixado, que foi de 6% e **N** é a população considerada no estudo (325 usuários).

O cálculo amostral indicou que o estudo devesse incluir 132 usuários. A escolha destes foi realizada por meio da acessibilidade, ou seja, foram incluídos no estudo os primeiros 132 usuários que comparecerem à unidade de saúde participante do estudo e que concordarem em participar da pesquisa.

Foram convidados a participar da pesquisa os usuários maiores de 18 anos, de ambos os sexos, alfabetizados ou não, e que estavam cadastrados no HIPERDIA na referida ESF, com diagnóstico médico de hipertensão arterial.

4.4 Coleta de dados

O período que corresponde à coleta de dados se estendeu desde setembro de 2012 a janeiro de 2013.

A coleta de dados foi realizada através de dois formulários impressos em folhas do tipo A4 da cor branca, como aplicação de instrumentos de coleta de dados (APÊNDICE A e ANEXO A), contendo questões abertas e fechadas, respectivamente. Após o término das perguntas o questionário foi guardado em uma pasta de plástico, sendo os dados analisados ao final da coleta de todos os instrumentos.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa sendo orientados sobre os objetivos do estudo, e ainda foram esclarecidos quanto a seu anonimato.

Além da aplicação dos questionários, realizou-se a medida da pressão arterial dos pacientes duas vezes e calculou-se a média dos valores encontrados. Foi utilizado um

estetoscópio e um tensiômetro, ambos certificados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro), para a verificação da PA. O procedimento utilizado para esta aferição foi o recomendado pelo Ministério da Saúde descrito no caderno de atenção básica- nº 15 (2006).

As atividades citadas foram realizadas em ambiente silencioso para que não ocorressem erros na ausculta. Foram utilizados os horários e o ambiente cedidos pela direção da unidade afim de que não interferisse no andamento das atividades realizadas rotineiramente.

4.5 Análise e interpretação dos dados

Os dados foram analisados com base na literatura científica pertinente. Realizou-se tratamento estatístico, utilizando o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0, e os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos.

A análise estatística foi realizada por meio de estatística descritiva, com cálculo de médias, porcentagens e desvio padrão

4.6 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê da Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, com vistas a atender às recomendações expressas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) acerca das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Foi apresentado aos pacientes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), no qual esclarecia que a participação na pesquisa se dava de forma voluntária, e que o pesquisado poderia, caso assim o quisesse, deixar de fazer parte do estudo, sem prejuízo à sua pessoa ou à sua assistência e que seus dados seriam mantidos em sigilo, preservando assim seu anonimato.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram analisadas as características biossociais dos participantes, como está exposto na Tabela 1, na qual se observa que a maior parte da amostra pesquisada pertence ao sexo feminino, perfazendo um total de 107 pessoas (81,06%).

Tabela 1. Perfil biossocial. Regeneração -PI, Set.2012/Jan2013

		Nº	%
Sexo	Mas	25	18,94
	Fem	107	81,06
Total		132	100,00
faixa etária	28 ---- 34	4	3,03
	34 ---- 40	1	,76
	40 ---- 46	8	6,06
	46 ---- 52	11	8,33
	52 ---- 58	17	12,88
	58 ---- 64	25	18,94
	64 ---- 70	25	18,94
	70 ---- 76	23	17,42
	76 ---- 82	9	6,82
	82 ---- 88	9	6,82
Total		132	100,00
Cor da pele	Branca	40	30,30
	Parda	38	28,79
	Negra	54	40,91
Total		132	100,00
Estado civil	Solteiro	24	18,18
	Casado	72	54,55
	Viúvo	29	21,97
	Divorciado	7	5,30
Total		132	100,00
Ocupação	Trabalhador Rural	8	6,06
	Dona de casa	24	18,18
	Professor	4	3,03
	Aposentado	79	59,85
	Pensionista	7	5,30
	Outros	10	7,58
Total		132	100,00
renda familiar	< que 1 salário	23	17,42
	1 salário	58	43,94
	2 salários	44	33,33
	3 salários	6	4,55

	>que 3 salários	1	,76
Total		132	100,00

Fonte: Pesquisa direta.

Cabe considerar que, de maneira geral, as mulheres costumam procurar mais os serviços de saúde que os homens, sobretudo na atenção primária, pelo tipo de atividade desenvolvida com horário mais flexível de trabalho e/ou pela rotina já incorporada de consultas periódicas. Na perspectiva da divisão sexual de trabalho, a tarefa de providenciar assistência médica a família é vista como atributo feminino, vindo a aumentar o contato da mulher com o serviço de saúde e garantindo-lhe acesso facilitado (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Com relação à faixa etária da amostra, detectou-se maior quantidade de pessoas com HAS com idade entre 58 e 70 anos, totalizando 50 pessoas (37,88%), corroborando com estudo realizado por Liberman (2007), onde o autor afirma que a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente em indivíduos idosos, tornando-se fator determinante na elevação da morbidade e mortalidade dessa população.

Em relação à cor de pele como fator predisponente para HAS, os indivíduos com cor de pele negra encontrou-se em maior número perfazendo um total de 54 pessoas (40,91%), concordando com a VI DBH (2010) que afirma que a HAS é duas vezes mais prevalentes em indivíduos de cor não branca.

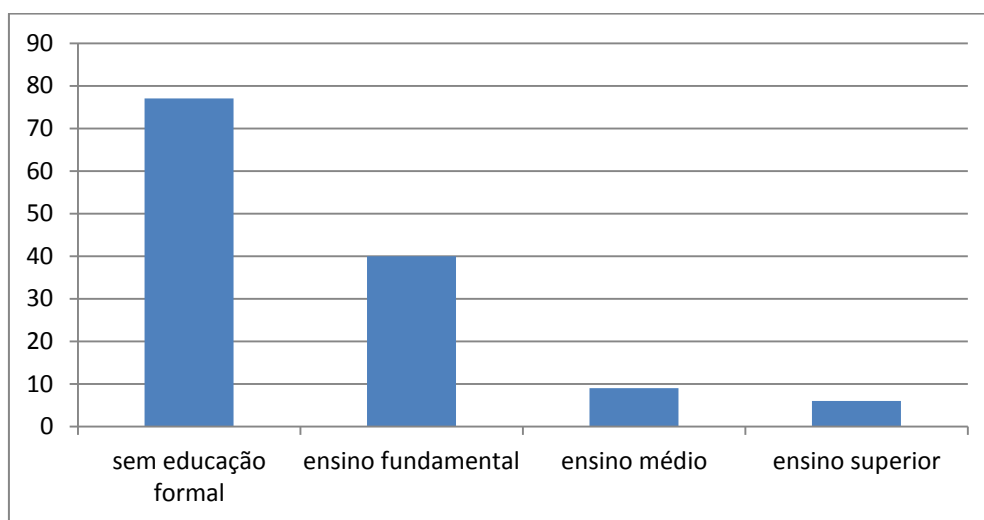
Quando perguntado aos entrevistados sobre seu estado civil, a maior parte da amostra com um total de 72 pessoas, respondeu ser casada (54,55%), seguido da alternativa de viúvo, como 29 afirmações (21,97%). Conforme Elsen, Marcon e Santos (2002) citado por Castoldi (2010), onde relata que a convivência em familiar em regime de união estável/casado emerge a condição primeira para detectar sinais de anormalidade no estado de saúde dos seus membros, bem como alterações no curso de uma doença. Participando ativamente do cuidado, os cuidadores familiares desempenham papel significativo no controle dos fatores de risco da Hipertensão, em especial os decorrentes da influência hereditária, além de poder suprir necessidades da demanda de acordo com as características desse problema mórbido e da terapêutica adotada para controlá-lo.

Em relação à ocupação e à renda familiar, detectou-se a prevalência de pessoas aposentadas, perfazendo um total de 79 respostas (59,85%). Dos 123 participantes da pesquisa, 58 pessoas afirmaram possuir renda familiar de um salário mínimo (43,94%), seguido de 43 respostas de pessoas que afirmaram possuir uma renda familiar de dois salários mínimos (33,33%). Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado por Dantas (2010) onde em relação à escolaridade dos pesquisados 55,7% não sabiam ler ou escrever, e a ocupação mais relatada foi a de aposentado com 68,4% e em relação à renda familiar 72,2% recebem 1salário mínimo.

Estudos realizados por Hartmann et al. (2007) e Castro, Moncau e Marcopito (2006) sobre a prevalência da hipertensão arterial sistêmica em diferentes regiões brasileiras, constataram que a hipertensão arterial aumentava à medida que os anos de estudos diminuía, além de ser um fator de influência no controle da doença. Contradizendo a esses autores Souza et al. (2007), relata que em um trabalho realizado em Campo Grande/MS, houve predomínio de pessoas que possuíam 1º grau completo em ambos os sexos.

Pode-se observar no Gráfico 1, abaixo, que a maioria dos pesquisados não possui educação formal, totalizando 58,33% dos pesquisados (77 pessoas), e apenas 4,54% possuem ensino superior.

Gráfico 1: Grau de escolaridade dos pesquisados. Regeneração– PI. Set.2012/Jan2013.

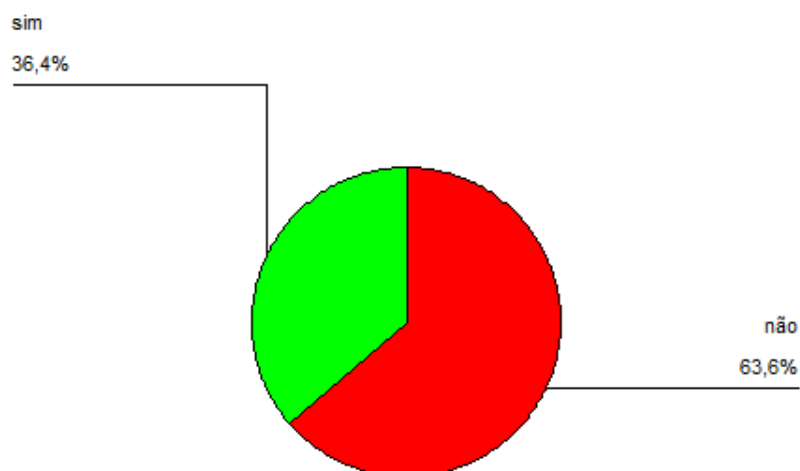


Fonte: Pesquisa direta.

Estudos apontam que a baixa escolaridade pode favorecer a não adesão ao plano terapêutico pela dificuldade para ler e entender a prescrição, aumentando, assim, os riscos à saúde. Além disso, o baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como à compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento (RODRIGUES et al, 2012).

Quando analisada a prática regular de atividade física, observou-se que mais da metade dos entrevistados responderam que não fazem nenhuma atividade física regularmente, obtendo um total de 85 pessoas (63,6%), como demonstrado no Gráfico 2:

Gráfico 2: Grau de escolaridade dos pesquisados. Regeneração– PI. Set.2012/Jan2013.



Fonte: Pesquisa direta.

Evidências científicas apontam a importância da atividade física, tanto na prevenção quanto no retardo do aparecimento das doenças crônicas, onde são cada vez mais frequentes. As VI DBH (2010) afirmam que para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la. Um possível indicativo a falta dessa atividade que se mostrou tão importante ao tratamento da hipertensão, seria a ausência tanto por parte da conscientização dos pacientes como dos profissionais de saúde.

A tabela 2 analisa as variáveis: média da PA sistólica, média da PA diastólica e a circunferência abdominal dos pesquisados, de acordo com o sexo.

Tabela 2. Média da PAS, PAD e da circunferência abdominal de acordo com o sexo. Regeneração – PI. Set.2012/Jan2013.

	sexo				Total	
	mas		fem		média	Desvio padrão(DP)
	média	Desvio padrão(DP)	média	Desvio padrão(DP)		
MEDIA PAS	140	22	139	22	139	22
MEDIA PAD	84	10	84	11	84	11
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	89	10	90	11	90	11

PAS - Pressão arterial sistólica; PAD - Pressão arterial diastólica

No tocante a circunferência abdominal, as VI DBH (2010) refere como obesidade abdominal a circunferência da cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres. Destarte, pode-se observar nos resultados obtidos que, em média, os homens pesquisados não estão dentro da faixa de fator de risco, porém, o contrário é observado com relação aos participantes do sexo feminino, que apresentaram a média de 90 cm da circunferência abdominal.

Rezende et al. (2006) verificou que a obesidade abdominal teve um porcentual elevado em mulheres (42%) e homens (22,2%), levando em conta circunferência abdominal acima de 88 cm e 102 cm respectivamente. Concluiu em seu estudo que com o aumento da circunferência abdominal e IMC houve, também, um aumento da frequência de risco cardiovascular e que os indivíduos mais expostos a estes riscos, são aqueles com excesso de peso e obesidade abdominal.

Com relação à PA, chegou-se ao resultado de que no sexo feminino a média da PA é de 139/84 mmHg, e a média masculina o total de 140/90 mmHg. De acordo com as VI DBH (2010), pode-se classificar a média da PA do sexo feminino como uma pressão limítrofe, e a média da PA do sexo masculino como hipertensão estágio 1.

Já, em relação ao conhecimento que os pacientes possuem sobre sua patologia e o tratamento adequado, a Tabela 3 faz a análise com relação ao tempo de tratamento dos indivíduos pesquisados. Para um melhor entendimento da análise dos dados, foi dividido o tempo de tratamento de cada indivíduo em três categorias para a delimitação do tempo: categoria um como menos que cinco anos; categoria dois, indivíduos com tempo de tratamento entre cinco e 10 anos; categoria três como os participantes com mais que 10 anos.

Tabela 3. Conhecimento sobre HAS e o tratamento. Regeneração – PI. Set.2012/Jan2013.

		tempo de tratamento (anos)						Total	
		< 5		5 a 10		> 10		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
DEFINIÇÃO DE HAS	para toda vida como diabetes	22	44,90	16	42,11	24	53,33	62	46,97
	tão grave como o câncer	16	32,65	15	39,47	15	33,33	46	34,85
	passageira como um resfriado	11	22,45	7	18,42	6	13,33	24	18,18
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
TEMPO DE DURAÇÃO DO TRATAMENTO DE HAS	a vida toda	40	81,63	35	92,11	40	88,89	115	87,12
	1 a 5 anos	9	18,37	3	7,89	5	11,11	17	12,88
	Total	49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
EXISTE CURA PARA HAS	Sim	14	28,57	11	28,95	7	15,56	32	24,24
	Não	35	71,43	27	71,05	38	84,44	100	75,76
	Total	49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
PREVENÇÃO DE INFARTO	Sim	46	93,88	33	86,84	42	93,33	121	91,67
	Não	3	6,12	5	13,16	3	6,67	11	8,33
	Total	49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
PREVENÇÃO DE DERRAME	Sim	48	97,96	33	86,84	42	93,33	123	93,18
	Não	1	2,04	5	13,16	3	6,67	9	6,82
	Total	49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
PREVENÇÃO DE PROBLEMAS RENAIIS	Sim	25	51,02	25	65,79	30	66,67	80	60,61
	Não	24	48,98	13	34,21	15	33,33	52	39,39
	Total	49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00

PREVENÇÃO DE IMPOTÊNCIA SEXUAL	Sim	15	30,61	15	39,47	8	17,78	38	28,79
	Não	34	69,39	23	60,53	37	82,22	94	71,21
Total ATTITUDES PARA EVITAR A PRESSÃO ALTA	Sim	49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
	Sim	11	22,45	8	21,05	13	28,89	32	24,24
	Não	37	75,51	30	78,95	31	68,89	98	74,24
	Não sabe responder	1	2,04			1	2,22	2	1,52
Total HEREDITARIEDADE	Sim	49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
	Sim	33	67,35	21	55,26	30	66,67	84	63,64
	Não	16	32,65	17	44,74	15	33,33	48	36,36
Total PESSOAS JOVENS NÃO TÊM PRESSÃO ALTA	Sim	49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
	Sim	7	14,29	6	15,79	11	24,44	24	18,18
	Não	42	85,71	32	84,21	34	75,56	108	81,82
Total PRESSÃO ALTA É MAIOR QUE 140x90mmHg	Sim	49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
	Sim	36	73,47	29	76,32	32	71,11	97	73,48
	Não	9	18,37	8	21,05	12	26,67	29	21,97
	Não sabe responder	3	6,12	1	2,63	1	2,22	5	3,79
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00

Fonte: Pesquisa direta.

Pode-se observar nos resultados expostos na Tabela 3, que não houve um predomínio de acertos em uma categoria pré-determinada para o tempo de tratamento dos pacientes pesquisados. Destarte, aparentemente não existiu relação entre a quantidade tempo de tratamento (anos) e os conhecimentos adquiridos sobre a doença e o tratamento.

Quando investigado o conhecimento dos usuários, sobre a definição de PA, houve um total de 46,97% de acertos (62 pessoas) e a maior parte destes acertos provem de indivíduos com mais de 10 anos de tratamento. Porém, quando investigado o conhecimento em relação à duração do tratamento da HAS, os pacientes enquadrados na segunda categoria (5 a 10 anos de tratamento) obtiveram maior participação nos acertos de um total de 87,12% (115 pessoas). Quando questionados sobre a cura da HAS, notou-se que 75,76 % dos acertos (100 pessoas), destes, a maioria é composta de pacientes com mais de 10 anos de tratamento. A partir desses resultados, notou-se que não houve predomínio do conhecimento em relação ao tempo de tratamento de cada indivíduo, ou, ao menos, o crescimento desse conhecimento em relação ao tempo de tratamento. Com isso surge a indagação quanto à atividade de educação em saúde, desenvolvida na unidade de saúde pesquisada.

Estudo realizado por Pirés (2003) indica um desconhecimento dos conceitos de hipertensão arterial e pressão alta por parte dos pacientes. Embora grande parte deles deva ter recebido algum tipo de orientação dos profissionais da saúde que os encaminhou para grupo informativo, supõe-se que as orientações oferecidas não foram efetivamente absorvidas ou compreendidas.

No tocante a prevenção de infarto, 121 das pessoas investigadas (91,67%) responderam que essa é uma das doenças que podem ser prevenidas com o tratamento adequado, encontrando-se um maior índice de acertos nos indivíduos com menos de 5 anos de tratamento. Em relação à prevenção de derrame, 93,18% (123 pessoas) disseram que podem sim prevenir essa complicação, dentre as quais as com menos de cinco anos de tratamento tiveram maior participação. Quando investigado a prevenção de problemas renais, 80 pessoas (60,61%) concordaram que é possível prevenir tais problemas, dessas 80 pessoas observou-se que a maioria era de pacientes com mais de 10 anos de tratamento. Uma grande parcela da população pesquisada, não considerou que é possível prevenir impotência sexual com o devido tratamento da HAS.

Foram expostas aos pesquisados frases para serem analisadas, podendo estes responderem sim, ao concordar, e não ao discordar das afirmações sugeridas. Na primeira frase, ao perguntar sobre a possibilidade de prevenção da Hipertensão Arterial, mais da metade dos participantes responderam que não há nada que se possa fazer para prevenir a HAS, obtendo 74,24% (98 pessoas) do total de respostas. Investigado sobre a hereditariedade da doença, 67,35% (84 pessoas) dos pesquisados concordaram que esta é uma patologia que pode ser transferida de pai para filho, deste percentual destacou-se a maior frequência de usuários com menos de cinco anos de tratamento. Em relação à presença de HAS em pessoas jovens, 81,82% da população pesquisada, o que corresponde a 108 pessoas, discordaram da frase. 73,48% dos indivíduos (97 pessoas) consideraram que Pressão Alta é considerada como

uma pressão maior que 140x90 mmHg, onde uma maior percentagem de acertos é atribuído aos pacientes de primeira categoria.

Corroborando com Pierin (2011), em estudo realizado com a mesma temática, onde a autora refere que o conhecimento sobre a doença e tratamento também é uma variável que pode influenciar no controle da hipertensão arterial, que por sua vez está intimamente relacionado à adesão ao tratamento. Dados de estudos pesquisados mostraram que, de um modo geral, os hipertensos possuem a informação sobre sua problemática de saúde, porém não estão devidamente controlados. A discrepância entre ter informação a respeito da doença e tratamento e conseguir controlar a pressão arterial aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão. Enquanto o conhecimento é racional, a adesão é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística.

A Tabela 4, abaixo, mostra a relação entre a quantidade de tempo de tratamento (anos) e as atitudes que os pacientes com hipertensão arterial possuem frente à HAS. Aqui, também para um melhor entendimento, os pacientes foram divididos em três categorias em relação ao tempo de tratamento (anos).

Tabela4. Avaliação de atitudes realizadas pelos usuários relacionando-as com o tempo de tratamento. Regeneração- PI, Set.2012/Jan2013.

		tempo de tratamento (anos)						Total	
		< 5		5 a 10		> 10		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESQUECE DE TOMAR OS MEDICAMENTOS	RARAMENTE	6	12,50	7	18,42	6	13,33	19	14,50
	NUNCA	17	35,42	6	15,79	15	33,33	38	29,01
	ÀS VEZES	20	41,67	24	63,16	21	46,67	65	49,62
	SEMPRE	5	10,42	1	2,63	3	6,67	9	6,87
Total		48	100,00	38	100,00	45	100,00	131	100,00
TOMA OS REMÉDIOS SEMPRE NO MESMO HORÁRIO	RARAMENTE	3	6,12	2	5,26	1	2,22	6	4,55
	NUNCA	1	2,04			1	2,22	2	1,52
	ÀS VEZES	14	28,57	15	39,47	14	31,11	43	32,58
	SEMPRE	31	63,27	21	55,26	29	64,44	81	61,36
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
LEVA OS REMÉDIOS QUANDO VIAJA	NUNCA	1	2,04					1	,76
	ÀS VEZES	3	6,12	1	2,63	3	6,67	7	5,30
	SEMPRE	45	91,84	37	97,37	42	93,33	124	93,94
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
PROVIDENCIA OS REMÉDIOS ANTES DE ACABAREM	RARAMENTE	1	2,04					1	,76
	NUNCA			2	5,26			2	1,52

	ÀS VEZES	5	10,20	2	5,26	2	4,44	9	6,82
	SEMPRE	43	87,76	34	89,47	43	95,56	120	90,91
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
TOMA OS REMÉDIOS QUANDO A PRESSÃO ESTÁ CONTROLADA	RARAMENTE	1	2,04					1	,76
	NUNCA	7	14,29	6	15,79	4	8,89	17	12,88
	ÀS VEZES	6	12,24	3	7,89	6	13,33	15	11,36
	SEMPRE	35	71,43	29	76,32	35	77,78	99	75,00
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
DEIXA DE TOMAR OS REMEDIOS POR CONTA PRÓPRIA	RARAMENTE	2	4,08	2	5,26	2	4,44	6	4,55
	NUNCA	26	53,06	25	65,79	36	80,00	87	65,91
	ÀS VEZES	17	34,69	8	21,05	6	13,33	31	23,48
	SEMPRE	4	8,16	3	7,89	1	2,22	8	6,06
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
FALTA A CONSULTA MÉDICA	RARAMENTE	9	18,37	8	21,05	8	17,78	25	18,94
	NUNCA	6	12,24	4	10,53	11	24,44	21	15,91
	ÀS VEZES	27	55,10	22	57,89	20	44,44	69	52,27
	SEMPRE	7	14,29	4	10,53	6	13,33	17	12,88
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
CHEGA ATRASADO À CONSULTA	RARAMENTE	13	26,53	18	47,37	10	22,22	41	31,06
	NUNCA	19	38,78	8	21,05	16	35,56	43	32,58
	ÀS VEZES	16	32,65	12	31,58	19	42,22	47	35,61
	SEMPRE	1	2,04					1	,76
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
SEGUE ORIENTAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO	RARAMENTE	2	4,08	1	2,63	2	4,44	5	3,79
	NUNCA	3	6,12	4	10,53	4	8,89	11	8,33
	ÀS VEZES	19	38,78	13	34,21	18	40,00	50	37,88
	SEMPRE	25	51,02	20	52,63	21	46,67	66	50,00
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00
FAZ EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR	RARAMENTE	7	14,29	5	13,16	7	15,56	19	14,39
	NUNCA	20	40,82	17	44,74	25	55,56	62	46,97
	ÀS VEZES	9	18,37	8	21,05	5	11,11	22	16,67
	SEMPRE	13	26,53	8	21,05	8	17,78	29	21,97
Total		49	100,00	38	100,00	45	100,00	132	100,00

Fonte: Pesquisa direta.

Pode-se observar na Tabela 4 que também não houve predomínio de um determinado período de tempo de tratamento (anos), frente às atitudes tomadas pelos indivíduos pesquisados.

Quando investigada a atitude em relação ao esquecimento de tomar o medicamento prescrito, 49,62%, totalizando 65 pessoas, confessaram que às vezes esquecem-se de tomá-los. Além disso, 61,36% (81 pessoas) relataram que tomam o medicamento sempre no mesmo horário, dentre as respostas, destacou-se uma maior percentagem das respostas pelo pesquisados com mais de 10 anos de tratamento. Em relação a levar os remédios quando viajam, 93,94% (124 pessoas) disseram que sempre levam, destacando a 2 categoria (pacientes com 5 a 10 anos de tratamento) pelo maior percentagem dessa afirmação.

“Providencia sempre os medicamentos antes de acabarem” foi a atitude com maior número de resposta com 90,91% (120 pessoas). Desse total, destacaram-se os indivíduos com mais de 10 anos de tratamento a possuírem essa atitude. Tomar o medicamento mesmo se a pressão estiver controlada é uma atitude desenvolvida por 99 dos participantes da pesquisa (75%), tendo o predomínio das respostas, os pacientes com mais de 10 anos de tratamento. Uma maior percentagem os investigados afirmam que nunca deixam de tomar os medicamentos prescritos por conta própria, obtendo 65,91% do total (87 pessoas), destes destacam-se os pesquisados com mais de 10 anos de tratamento.

A Tabela revela que a maior parte das pessoas pesquisadas às vezes falta a consultas (35,61%), relatando o esquecimento da consulta marcada como principal motivo para o não comparecimento à UBS. Quando investigado sobre as orientações que os profissionais da saúde disponibilizavam sobre a alimentação, 50% dos pesquisados (66 pessoas) afirmam sempre segui-las, tendo como predomínio de maior percentagem das afirmações os participantes da primeira categoria (menos de 5 anos de tratamento). Como já observado em resultado anterior, quando indagados sobre a prática de atividade física, novamente pode-se comprovar a ausência desse hábito, onde, 62% dos hipertensos pesquisados totalizando 62 pessoas, onde responderam “nunca”, para a prática de atividade física.

Com relação às atitudes realizadas pelos pacientes, pode-se observar elas que são desempenhadas de forma “mecânica”, pois essas são atividades que os profissionais da saúde mais enfatizam em relação ao tratamento, como não esquecer de tomar o medicamento prescrito, providenciar os remédios antes de acabarem, não ingerir alimentos que contenham muito sal ou óleo, dentre outras.

Uma sugestão para esse resultado está relacionado ao baixo grau de escolaridade dos pesquisados, pois esses pacientes não possuem o hábito de argumentar com a profissional de saúde que o atende, para conhecerem os motivos que os levou a desenvolver determinada doença, ou os motivos que pelo qual o profissional, geralmente o médico, decidiu a mudança de determinado tratamento ou medicamento. Eles simplesmente aceitam a decisão dos profissionais, atribuindo-lhes toda a confiança sem qualquer tipo de questionamento.

Resultado parecido foi encontrado no estudo realizado por Rodrigues et al (2012), sobre a relação entre o conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com Diabetes Mellitus (DM), apontou que as variáveis escolaridade esta relacionadas ao conhecimento e às atitudes das pessoas com DM.

Pode-se observar na Tabela 5 os resultados obtidos sobre os possíveis motivos para a interrupção do tratamento ou para a falta em consultas médicas ou de enfermagem.

Tabela 5 Atitudes com relação à interrupção do tratamento da HAS. Regeneração-PI, Set.2012/Jan2013.

ATITUDES	Nº	%
Não recebeu orientações	6	4,55
Deve tomar o remédio só quando se sentir mal	9	6,82
Dificuldade para seguir o tratamento	3	2,27
Acha que está curado	4	3,03
Esquecimento	34	25,76
Efeitos indesejados	11	8,33
Cansou de tomar o medicamento	2	1,52
Não senti necessidade de se tratar	1	,76
Mudança de bairro, estado, viagem	1	,76
Não sente nada	4	3,03
Indicação médica, alta	2	1,52
Acredita que a hipertensão não é tão grave	6	4,55
Parou para fazer exames	1	,76
Outros	2	1,52
Nenhuma alternativa	46	34,85
Total	132	100,00

Fonte: Pesquisa direta.

A Tabela 5 revela que a maioria dos pesquisados não optaram por nenhuma das alternativas disponíveis, totalizando uma percentagem de 34,85% (46 pessoas) que afirmaram que nunca interromperam o tratamento ou as consultas, seguidos de 25,76% (34 pessoas) que

referiram o esquecimento como o principal motivo para a ausência nas consultas, ou para a não administração dos medicamentos prescritos.

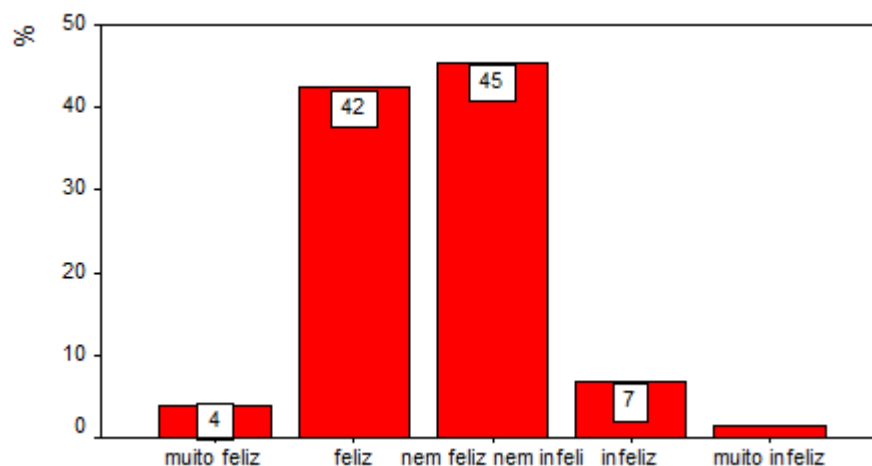
Outra sugestão em relação ao conhecimento e a baixa adesão ao tratamento da população pesquisada, podem esta ligadas a ausência da educação em saúde dentro do quadro de rotina da unidade de saúde. Pois no período que a pesquisadora esteve na instituição, período este correspondente a coleta de dados, não foi presenciada essa atividade como sendo uma pratica desenvolvida rotineiramente.

Estudos afirmam que a educação em saúde deve estar ancorada na concepção da educação como potencial para contribuir com o desenvolvimento do indivíduo, de modo a estimulá-lo a refletir, desenvolver a consciência crítica, exercer a sua autonomia e cidadania, e criar, possibilitando-lhe transformar a realidade e escrever a sua própria história (BORDENAVE, PEREIRA, 2007).

A educação baseada na transmissão e reprodução do conhecimento faz com que o pensamento e a ação dos educandos sejam controlados pelos educadores (FREIRE, 2007). Nesse sentido, a falta desse uso de concepção pedagógica durante a Educação em Saúde pode dificultar o alcance do seu real objetivo que é estimular os usuários a se responsabilizarem por sua saúde.

O Gráfico 3 mostra o resultado da avaliação quanto ao sentimento dos hipertensos pesquisados em relação à vida.

Gráfico 3. Atitude com relação ao tratamento da HAS. Regeneração, PI – Set.2012/Jan2013.



Fonte: Pesquisa direta.

O Gráfico expressa bem o resultado sobre o sentimento que os pesquisados possuem em relação à vida. Assim, 45% (59 pessoas) disseram que a sua vida estava regular, seguido de 42% (55 pessoas) dos pacientes afirmaram se sentirem felizes.

QUINTANA (2011) relata em seu estudo que a hipertensão arterial é associada a manifestações emocionais como depressão, ansiedade, traços de personalidade e qualidade do

sono, com a hipótese de que a insônia e a duração do sono desempenham papéis importantes na etiologia da hipertensão arterial em indivíduos de meia-idade que sofrem de depressão, corroborando assim com os achados da pesquisadora.

Com base na análise dos resultados obtidos na pesquisa, pode-se concluir neste estudo, que ao contrário dos resultados que se esperava alcançar, observou-se que não houve a relação entre o tempo de tratamento em anos, com as variáveis sobre os conhecimentos e as atitudes desenvolvidas pelos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Regeneração-PI.

6 CONCLUSÃO

A realização deste estudo em um cenário de atenção primária possibilitou conhecer o perfil biossocial, o conhecimento e as atitudes desenvolvidas, relacionando-as com o tempo de tratamento em um grupo de pacientes com hipertensão, acompanhados pela UBS de uma cidade do interior do Piauí.

A hipertensão arterial compõe um dos principais problemas em saúde pública, pela sua alta prevalência, e constitui um dos principais fatores para as doenças cardiovasculares. Onde a ação da atenção básica e a atuação da enfermagem, são primordiais em todas as etapas do diagnóstico e tratamento, principalmente no tocante ao conhecimento e a adesão do paciente ao tratamento adequado da doença.

Ao decorrer do estudo observou-se que os pesquisados possuem o conhecimento sobre a doença, porém, com relação à prática das atitudes desenvolvidas pelos pacientes, detectou-se que esses indivíduos realizam essas atividades sem saberem o “por que” do dever de desenvolvê-las, as efetuam simplesmente porque os profissionais da saúde que o atendem, o incentivaram a realizá-las dessa forma, sem maiores explicações.

Supõe-se que os motivos que levaram a esses resultados do estudo, estariam relacionados diretamente ao baixo nível de escolaridade dos investigados, e também a ausência da implantação de educação em saúde no quadro de rotina dessa unidade básica. É de grande importância o preparo adequado dos profissionais que atuam na educação em saúde, haja vista a complexidade desse processo. Outro fator importante é a participação do usuário no processo educativo, e conseqüentemente, em seu tratamento como um todo, podendo assim incentivar a autonomia por meio do empoderamento das ações realizadas por parte dos pacientes, para o alcance de uma melhor adesão do tratamento.

Com a esperança de que esse trabalho possa servir de base para futuros pesquisadores da área da saúde no geral, conclui-se que muito ainda precisa ser feito em relação ao conhecimento e adesão dos hipertensos e em relação ao seu tratamento, pois cada novo estudo dá origem a novas indagações e, portanto, a novas oportunidades de ampliação do conhecimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 7.ed. São Paulo:Atlas, 2006.

BAPTISTA, E.K.K., MARCON, S.S., SOUZA, R.K.T. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 225-229, 2008.

BOING, A. C.; BOING, F. A. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista brasileira Hipertensão**. rev. 14, n. 2, p. 84-88, 2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/06-hipertensao.pdf>> Acesso em: 18\04\2012, às 13:50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acessado em: 26\06\2012, às 19:26.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. Estratégias ensino-aprendizagem. 28.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

CASTOLDI, E.B, et al. Prevalência de fatores de risco em hipertensos de uma unidade de saúde de Diamantino-MT. **Revista Matogrossense de Enfermagem**. v. 1, n.1, p. 57-62, 2010.

CASTRO, R.A.A.; MONCAU, J.E.C.; MARCOPITO, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 88, n.3, p.334-339, 2007.

CARNEIRO, G, et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência da hipertensão corporal e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev Assoc Med Bras**. v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

DANTAS, A.L.N, et al. Aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos em um grupo de pacientes hipertensos. **Rev. Pesq. Saúde**. v. 11, n.2, p. 31-34, 2010.

EYKEN, E. B. B. D. V.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100012> Acessado em: 28\07\2012, às 20:46.

FAVA, S.M.C.L; et al. Diagnóstico de Enfermagem e Proposta de Intervenções para Clientes com Hipertensão Arterial. **Rev enferm UEJR**. v. 18, n. 4, p. 536-540, 2010.

FERREIRA, A.I.S; FERREIRA, G. Prevalência de mortalidade por doenças cardiovasculares em uma cidade do sul de Minas Gerais nos anos de 1999 a 2008. **Revista ciência em saúde**, v. 2, n. 2, p. 2012. Disponível em: < http://187.120.100.11:8080/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/94> Acessado em: 24\06\2012, às 16:40.

FIGUEIREDO, N.M.A. Métodos e metodologia na pesquisa científica. **Yendis**. 3.ed. São Paulo, 2009.

FREIRE, P. Educação e mudanças. 30.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A.L; BARONI, C.D; FILHO, M.F. Ações de Enfermagem na conscientização do paciente hipertenso. **RECIFIJA**. v. 7, n. 1, 2010. Disponível em: < <http://revista.fundacaojau.edu.br/monografias/enfermagem/91.pdf> > Acessado em: 16\06\2012, às 11:45.

HARTMANN, M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.8, p.1857-1866, 2007.

JESUS, E. S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paul Enferm**. v. 21, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf> Acesso em: 19\04\2012, às 15:05.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Rev. Bras. Hipertens**. v.14, n.1, p.17-20, 2007.

LIMA, S.M.L, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública**. v. 25, n. 9, p. 25-29, 2009.

MAGALHÃES, M.E.C; et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Rev Bras Hipertens**. v. 17, n. 2, p. 93-97, 2010.

MALACHIAS, M.V.B. Medidas dietéticas: o que é fetivo? **Rev Bras Hipertens**. v. 17, n. 2, p. 98-102, 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.-6. Ed.- São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, L.N. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ. **Rev Bras Cardiol**, v.24, n. 5, p. 299- 307, 2011.

MEDINA, F.L. et al. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Rev Bras Hipertens**. v. 17, n. 2, p. 103-106, 2010.

MENEZES, A.G.M.P; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O mundo da saúde**. v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

MIRANDA, R. **São Gonçalo da Regeneração**: marchas e contramarchas de uma comunidade sertaneja: da aldeia indígena aos tempos atuais. Teresina, 2004

NEVES, M.F; OIGMAN, W. Medicamentos para a prevenção da hipertensão. **Rev Bras Hipertens**. v. 17, n.2, p. 107-110, 2010.

OLIVEIRA, K.C.S; ZANETTI, M.L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev esc enferm**. v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011.

PANSANI, A. P.; ANEQUINI, I. P.; VANDERLEI, L. C. M.; TARUMOTO, M. H. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Universidade Aberta à Terceira Idade”. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 27-31, 2005.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PÉRES, D.S; MAGNA, J.M; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**. v. 5, n.57, p. 635-642, 2003.

PIERIN, A.M.G, et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n.1, p. 389-400, 2011.

POCOCK, S. J. **Clinical trials-a practical approach**. New York: John Wiley & Sons; 1989.

QUINTANA, J.F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Rev. SBPH**. Vol.14, n.1, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582011000100002&script=sci_arttext> acessado em 30/03/2013, as 23:00.

REINERS, A.A.O; NOGUEIRA, M.S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 17, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acessado em: 07/06/2012, às 20:50.

REZENDE, F.A.C. et al . Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol**. v.87, n.6, p. 728-734, 2006.

RODRIGUES, F.F.L. et al. Relação entre o conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul. enferm**. v. 25, n. 2, 2012.

Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>> Acessado em: 02/04/2013, às 23:56.

SANDERS, P.W. Vascular consequences of dietary salt intake. **Am J Physiol Renal Physiol.** v. 297, n. 2, p. 237-243, 2009.

SANTOS, A.J.M. et al. A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em Unidade Básica de Saúde (UBS). **Rev Inst Ciênc Saúde.** v. 27, n. 4, p. 330-337, 2009.

SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros Cardiologia,** v. 89, n. 3, 2007. Disponível em: < <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>> Acessado em: 13/05/2012, às 14:20.

SILVA, N.T, e;t al. Prevalência e correlação entre obesidade, hipertensão arterial e a prática de atividade física. **Colloquium Vitae.** v. 3, n. 1, 2011. Disponível em < <http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/viewFile/565/469>>. Acessado em: 24/05/2012, as 17:43.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v. 95, n.1, 2010.

SOUZA, A.R.A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq. Bras. Cardiol.** v.88, n.4, p.441-446, 2007.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **J Am Coll Cardiol.** v. 55, n. 1, p. 65-73, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Características Biossociais**

1-Idade:_____

2- Sexo: 1() M 2 ()F

3-Cor da pele: 1() Branca 2()Parda 3()Negra 4() Outra: _____

4- Estado civil: 1()Solteiro 2()Casado 3()Viúvo 4() Divorciado 5() Outro:_____

5- Grau de escolaridade:

()Sem educação formal ()Ensino Fundamental

() Ensino médio ()Ensino Superior

6- Há alguém na família que possui pressão alta? () sim () não

7 – Ocupação:_____

8 – Renda familiar:_____

9- Pratica atividade física: () Não () Sim Qual:_____ (_____ X/semana)

11 - Aferição da P.A:

1ª: _____ mmHg

2ª: _____ mmHg

MÉDIA: _____

12 - Circunferência abdominal: _____ cm

13 – Há quanto tempo faz o tratamento para hipertensão arterial? _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Título do projeto: *Conhecimento e atitude dos usuários com hipertensão arterial acerca da doença e tratamento.*

Pesquisador responsável: Prof. Ms. Gilvan Ferreira Felipe

Aluna: Maria Izabel Cristina Silva do Nascimento

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / CSHNB / Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (086) 9931 1572

Você está sendo convidado(a) a participar, como **voluntário(a)**, em uma pesquisa. Você precisa decidir se irá participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão! Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de concordar em fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso recuse, você não será penalizada de forma alguma.

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo. Seu principal objetivo é analisar os dados coletados sobre o conhecimento dos usuários com hipertensão cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a doença e tratamento.

Para coletar os dados será utilizado um instrumento (formulário) com perguntas fechadas (objetivas) e abertas (subjetivas) de fácil compreensão. Cada preenchimento do formulário durará, em média, quinze minutos e será aplicado pela pesquisadora.

Vale ressaltar que:

1. Não há benefício direto ao participante desta pesquisa;
2. O preenchimento do formulário acontecerá na oportunidade da visita do pesquisador ao local de estudo;
3. Em qualquer fase do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de quaisquer dúvidas;
4. Não é necessária a identificação da participante. Assim, será respeitado o sigilo e a confidencialidade da pesquisa.
5. A coleta das informações acontecerá no período de setembro a outubro de 2012, mas você tem o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Conhecimento e atitude dos usuários com hipertensão arterial acerca da doença e tratamento*”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o(a) pesquisador(a) responsável sobre a minha decisão de participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e poderei retirar o consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou na assistência neste Serviço.

Local e data	Assinatura do sujeito e/ou responsável
---------------------	---

TESTEMUNHAS (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	
Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Pesquisador Responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO

ANEXO A**CRENÇAS, CONHECIMENTOS E ATITUDES EM RELAÇÃO À DOENÇA*****Crenças e conhecimentos sobre HAS e tratamento****Pressão alta é:**

- () Para toda vida como diabetes
- () Tão grave como o câncer
- () Passageira como um resfriado

Duração do tratamento para pressão alta:

- () A vida toda
- () < 1 ano
- () 1 a 5 anos

Pressão alta tem cura? () Sim () Não**Tratamento de pressão pode evitar:**

- () Infarto
- () Derrame
- () Problemas renais
- () Impotência sexual

Concorda com as seguintes frases?

Não há nada que eu possa fazer para evitar a pressão alta. () Sim () Não

Se meu pai ou mãe tem pressão alta eu também posso ter. () Sim () Não

Pessoas jovens não têm pressão alta. () Sim () Não

Pressão alta é quando for maior que 140x90mmHg. () Sim () Não

Motivos para interrupção do tratamento e falta às consultas referidos pelos hipertensos

Por que interrompeu o tratamento?

Remédios muito caros. ()

Não recebeu orientação. ()

Deve tomar o medicamento só quando se sentir mal. ()

Dificuldade para seguir o tratamento. ()

Acha que está curado. ()

Esquecimento. ()

Efeitos indesejados do medicamento. ()

Não há na farmácia do hospital, nem distribuição gratuita. ()

Cansou de tomar o medicamento. ()

Não sente necessidade de se tratar. ()

Mudança de bairro, estado, viagem. ()

Não sente nada. ()

Indicação médica, alta. ()

Acredita que hipertensão não é tão grave. ()

Parou para fazer algum exame. ()

Outros: _____

Atitudes dos hipertensos frente ao tratamento e doença

Esquece de tomar os remédios: () raramente () nunca () às vezes () sempre

Toma os remédios no mesmo horário: () raramente () nunca () às vezes () sempre

Leva os remédios quando viaja: () raramente () nunca () às vezes () sempre

Providencia os remédios antes de acabarem: () raramente () nunca () às vezes () sempre

Toma remédio quando a pressão está controlada: () raramente () nunca () às vezes

() sempre

Deixa de tomar o remédio por conta própria: () raramente () nunca () às vezes () sempre

Falta a consulta médica: () raramente () nunca () às vezes () sempre

Chega atrasado à consulta: () raramente () nunca () às vezes () sempre

Segue orientações sobre alimentação: () raramente () nunca () às vezes () sempre

Faz exercício físico regularmente: () raramente () nunca () às vezes () sempre

Avaliação quanto ao sentimento dos hipertensos em relação à vida

Qual dessas faces representa sua vida como um todo?



1

2

3

4

5

6

7

*Extraído de Jesus et al. (2008)