

# A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS

## THE NURSING PROCESS AS A STRATEGY FOR CHANGES IN THE LIFESTYLE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION

## CONSULTAS DE ENFERMERÍA COMO ESTRATÉGIA PARA CAMBIAR EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

Salette Maria de Fátima Silqueira<sup>1</sup>  
Mércia de Paula Lima<sup>2</sup>  
Daniela de Cássia Pereira da Cunha<sup>3</sup>  
Ana Carolina Soares de Faria Lemos<sup>4</sup>  
Juliana Rocha Pereira<sup>4</sup>  
Paula Lamounier Lima<sup>4</sup>

### RESUMO

Neste estudo, o objetivo é relatar a experiência de discentes e docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMG, na realização de consultas de enfermagem a pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em um ambulatório público de Belo Horizonte. Neste trabalho, enfatiza-se, principalmente, o tratamento não medicamentoso visando despertar a conscientização desses pacientes sobre a importância e a necessidade de mudança no seu estilo de vida, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida deles.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Estilo de Vida; Qualidade de Vida

### ABSTRACT

The objective of this study was to report the experience of students and professors of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais (UFMG) on the implementation non-medication treatment of hypertension in a public clinic in Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil. The work was based on the principal of non-medication treatment, informing the patient of the importance and need to change their life styles so as to bring an improvement in their quality of life.

**Key words:** Hypertension; Life Style, Quality of Life

### RESUMEN

En este estudio se relata la experiencia de alumnos y docentes del curso de Enfermería de la UFMG en las consultas de enfermería a pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica (HAS) de un ambulatorio público de Belo Horizonte. Este trabajo enfoca, sobre todo, el tratamiento no medicamentoso, ya que lo que se busca es que los pacientes tengan conciencia de que es necesario cambiar el estilo de vida para, a su vez, mejorar su propia calidad de vida.

**Palabras clave:** Hipertensión, Estilo de Vida, Calidad de Vida

<sup>1</sup> Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>2</sup> Professora Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>3</sup> Bacharel em Direito e aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>4</sup> Alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP 30130 -100 - Belo Horizonte-MG.

E-mail: saletem@ufmg.br

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial<sup>1</sup> como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos.

É uma doença crônica que, quando não tratada adequadamente, acarreta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes, principalmente, das suas complicações clínicas graves.<sup>2</sup>

Entre essas complicações clínicas graves encontram-se as doenças cardiovasculares (DCV), sendo a hipertensão arterial um de seus principais fatores de risco, pois atua diretamente na parede das artérias, podendo acarretar lesões.

As doenças cardiovasculares constituem uma importante causa de morte nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento, onde o seu crescimento significativo alerta para o profundo impacto nas classes sociais menos favorecidas e para a necessidade de intervenções eficazes, de baixo custo e de caráter preventivo.

Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg.<sup>2</sup> Daí a importância do tratamento anti-hipertensivo na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares, insuficiência cardíaca e renal.

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, é recomendado o uso de tratamento farmacológico medicamentoso e não medicamentoso para melhor controle desses agravos. Atualmente, medidas de prevenção e controle, bem como estratégias de mudanças dos hábitos de vida, têm contribuído para prevenir e minimizar esses riscos.<sup>2</sup>

Paralelamente, a utilização do tratamento medicamentoso também é importante e deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde para os necessários ajustes e uma boa adesão dos usuários; porém, deve ser aliado ao tratamento não medicamentoso, cujo objetivo é minimizar os fatores de risco para hipertensão e, dessa forma, reduzir a incidência e amenizar os impactos físicos, emocionais, sociais e econômicos das doenças cardiovasculares.

A terapia não medicamentosa consiste na adoção de medidas terapêuticas nas quais os indivíduos são orientados sobre a doença, o tratamento e as possíveis mudanças no seu estilo de vida, visando ao controle da hipertensão arterial. Nessa fase, é fundamental a motivação do indivíduo, para a sua participação de forma efetiva no tratamento.

Para alguns autores<sup>3-7</sup>, determinados fatores de risco, tais como idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, alimentação rica em sódio e gorduras, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial.

Os estudos têm demonstrado a relação entre a idade e o aumento linear da pressão arterial. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais freqüentemente apenas

da elevação na pressão diastólica, enquanto, a partir dos 60 anos, o principal aumento é verificado para a pressão sistólica. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade, porém o risco absoluto aumenta significativamente.<sup>2</sup>

A prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%) e mulheres (26,1%) sugere que o sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para as mulheres a partir dos 60.<sup>2</sup>

Com relação aos antecedentes familiares, várias pesquisas mostram a existência de fortes evidências relacionando a etiologia da hipertensão arterial a fatores genéticos e ao meio ambiente. Estudo realizado em 2005 mostrou que pacientes com história familiar de hipertensão apresentavam na juventude alterações cardiovasculares relacionadas aos mecanismos fisiopatológicos da doença. Esse estudo pressupôs, ainda, que essas alterações precederiam o desenvolvimento da própria hipertensão.<sup>5</sup>

Vários estudos têm mostrado que a prevalência da hipertensão arterial é maior na população negra, assim como a sua gravidade, particularmente quanto à incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. Esse comportamento pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país, há predomínio dos miscigenados, população que pode diferir da negra quanto às características da hipertensão.<sup>1</sup>

Alguns estudos têm apontado a existência de relação entre o estresse emocional e o aumento da pressão arterial, mas o seu real papel na gênese da hipertensão arterial ainda não está completamente elucidado. Não obstante, técnicas de relaxamento e de aconselhamento pessoal podem ser úteis para o controle do estresse.<sup>6</sup>

Outro fator predisponente para a hipertensão arterial é o excesso de massa corporal. Resultados de vários estudos epidemiológicos indicam que a obesidade é um importante e independente fator de risco para a hipertensão arterial. Em um desses estudos, verificou-se que aproximadamente 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial foram atribuídos ao sobrepeso e à obesidade. Desses pacientes hipertensos, 75% eram homens e 65%, mulheres.<sup>2</sup> Apesar de o ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos.

Alguns estudos sugerem que o ganho de peso e o aumento da circunferência da cintura sejam índices prognósticos importantes para a hipertensão arterial, sendo a obesidade central, um importante indicador do aumento do risco cardiovascular. Estudos sugerem que obesidade central esteja mais fortemente associada aos níveis de pressão arterial do que à adiposidade global. Indivíduos em que a pressão arterial oscila entre a faixa de valor estabelecida como normal à limítrofe e que, no decorrer do tempo, desenvolvam obesidade central têm maior predisposição para a hipertensão. Por outro lado, a perda de peso acarreta redução da pressão arterial.<sup>2</sup>

Em relação à não-realização de atividade física, a maioria dos estudos mostra uma associação entre o sedentarismo e a hipertensão arterial. Indivíduos

sedentários apresentam maior risco para o desenvolvimento da hipertensão, sendo esse risco 30% maior nos indivíduos sedentários quando comparados com os ativos. Também foi verificado que o exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos do que em normotensos.<sup>6</sup>

A relação entre a hipertensão arterial e o consumo de bebidas alcoólicas também tem sido investigada. Estudos observacionais mostraram a relação entre o alto consumo de bebidas alcoólicas e o aumento da pressão arterial. Por outro lado, a redução do consumo de álcool por parte de indivíduos normotensos e hipertensos leva à redução da pressão arterial. O efeito do consumo de álcool sobre as variações da pressão arterial varia conforme o gênero, e sua magnitude está associada à quantidade e frequência de etanol ingerido.<sup>2</sup>

Em relação ao tabagismo, estudos confirmam que a nicotina é prejudicial ao organismo, por promover a liberação de catecolaminas, hormônio que promove o aumento da frequência cardíaca, da resistência periférica e, conseqüentemente, aumento da pressão arterial. Observa-se, ainda, uma redução de 15% a 20% de oxigênio nos glóbulos vermelhos, em razão do monóxido de carbono que se liga a hemoglobina resultante da queima do fumo e do papel. O monóxido de carbono também é capaz de lesar a parede interna dos vasos, propiciando a deposição de gorduras.<sup>7</sup>

Outro fator associado ao aumento da pressão arterial está relacionado ao consumo de sal. Estudos têm mostrado que em algumas populações nas quais as dietas são preparadas com reduzido teor de sal, os indivíduos têm apresentado menor prevalência de hipertensão e os níveis pressóricos não se elevam com a idade.<sup>1</sup>

Alguns estudos observacionais mostraram a associação direta entre a intensidade de consumo de sal na dieta e a pressão arterial. Em um estudo de metanálise, verificou-se uma variação direta da pressão arterial em relação ao consumo de sal, tanto em indivíduos normotensos como em hipertensos.<sup>2</sup>

O consumo de alimentos ricos em gordura também é considerado fator de risco para a hipertensão arterial. Alimentos gordurosos, além de serem mais calóricos, são mais propensos a depositar-se como tecido adiposo quando comparados a carboidratos e proteínas. O consumo desse tipo de alimento propicia o desenvolvimento da obesidade que, por sua vez, guarda uma associação direta com a hipertensão.

De acordo com alguns estudos, a ingestão de gorduras em indivíduos portadores de hipertensão arterial deve ser reduzida, pois há aumento das complicações, como doenças coronarianas.<sup>7</sup>

## METODOLOGIA

O atendimento dos pacientes portadores de hipertensão no ambulatório público se dá de maneira sistematizada por meio da realização de consultas de enfermagem e da observação participativa e assistemática em grupos operativos.

As consultas de enfermagem são previamente agendadas e é o eixo norteador para as ações de enfermagem prestadas aos pacientes portadores de hipertensão

arterial. A enfermagem, ao longo dos anos, tem buscado desenvolver suas ações pautadas no saber científico, mais recentemente em evidências científicas. Entende-se por consulta de enfermagem a “atividade diretamente prestada ao paciente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença, sendo prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente”.<sup>8</sup>

Compreendem a consulta de enfermagem: a entrevista para coleta dos dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas encontrados. Com base nos diagnósticos elaborados, a enfermeira adotará condutas de resolutividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação.<sup>8</sup>

Nessas consultas, alguns aspectos importantes da comunicação que ocorre entre o profissional e os pacientes portadores de hipertensão arterial devem ser considerados. Nesse momento, estabelece-se entre o enfermeiro e o paciente mais do que a simples emissão e recepção de mensagens. Nessas situações estão envolvidos a relação, o contexto e a percepção. Segundo Silva<sup>9</sup>, “é a percepção que nos capacita a entender nosso próprio mundo e o mundo do paciente, sendo essencial para a Enfermagem compreender o que o paciente percebe como acontecendo [...]” e para chegarmos a isso devemos ouvir o paciente e encarar a consulta de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal.<sup>10</sup> A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal é um importante meio para manter uma relação pessoal e didática com o paciente; eles se sentem valorizados e importantes durante a consulta de enfermagem.<sup>10</sup>

Complementando a consulta de enfermagem, um grupo operativo com a participação de vários pacientes atua quinzenalmente.

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>11</sup> um grupo operativo deve ser composto por vários integrantes, um coordenador e um ou mais observadores. Compete ao coordenador do grupo operativo o papel de facilitador do processo, criando condições propícias para a comunicação e o diálogo, cabendo-lhe, também, auxiliar o grupo na superação dos obstáculos que emergirem na realização da tarefa. Compete ao observador do grupo operativo manter uma distância ótima dos componentes, visando alcançar a percepção global do processo. Todos os integrantes do grupo entram em tarefa por meio de um disparador temático, a partir do qual o grupo passa a operar ativamente como protagonista.

A temática abordada pelo grupo relaciona-se aos interesses e às necessidades dos participantes e é proposta como disparador da discussão. Os integrantes do grupo operativo associam-se entre si por algum nível de identificação com os objetivos propostos. Com base no desenvolvimento da temática, passa a ocorrer uma interação entre eles, que trazem seus conteúdos racionais e emocionais, podendo, dessa forma, integrar diferenças, ajustar conceitos e explicitar fantasias.<sup>12</sup>

Dessa forma, o grupo operativo possibilita a troca de informações e permite apoio mútuo, uma vez que os participantes se identificam entre si, percebem as semelhanças entre seus problemas, aprendem a expressar seus medos e expectativas, o que os leva a buscar soluções conjuntas para seus problemas.

Durante a realização do grupo operativo e das consultas de enfermagem, é utilizada pelas docentes e discentes a observação participativa assistemática.

Para Waldow<sup>13</sup>, a observação participativa é compreendida como uma das dimensões para o desenvolvimento do pensamento crítico. É um recurso utilizado pelos estudantes para a elaboração de questões, procura por evidências, busca e solução de alternativas e auxílio na crítica de idéias próprias e de outros.

A observação participativa é definida como aquela que acontece quando o observador, propositadamente ou não, integra-se ao grupo ou ao contexto que está observando. Assim, a pessoa observadora (os discentes e docentes) e a pessoa observada (os participantes) integram um mesmo grupo.<sup>14</sup>

A arte de observar engloba as habilidades do ver, ouvir e sentir, as atividades mais simples e práticas utilizadas como forma inicial, contínua e sistemática para o desenvolvimento do pensamento crítico. Essas formas de observação, por meio de sensações, são úteis na detecção de idéias, filosofias e relacionamentos, como também as formas de expressão, posturas e comportamentos.<sup>13</sup>

Já o método assistemático de observar é definido por Matheus et al.<sup>14</sup> como a realização do observar de maneira espontânea, sem a utilização de técnicas ou roteiros, sendo o conhecimento alcançado por meio de experiências casuais. O sucesso dessa técnica está vinculado à atenção e à perspicácia do observador, e sua utilização cabe em momentos em que a flexibilidade é objetivada. Assim, é importante enfatizar que cada grupo escreve sua própria história e deve ser respeitado em suas características particulares. Dessa forma, são propostas estratégias de intervenções ocasionais de acordo com a necessidade do grupo.

## **CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA E DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

O trabalho de enfermagem é desenvolvido pelos autores em um ambulatório público de Belo Horizonte e faz parte do projeto de extensão "A assistência de enfermagem para prevenção e controle de doenças cardiovasculares visando ao autocuidado". No serviço de atendimento ao paciente portador de hipertensão arterial, atua uma equipe constituída por dois docentes da Escola de Enfermagem da UFMG, um aluno bolsista do Programa de Extensão e cinco alunos voluntários.

O atendimento aos pacientes pela equipe é realizado continuamente nas manhãs das segundas às quintas-feiras, mediante agendamento prévio das consultas. Os pacientes, em sua maioria provenientes da Região Metropolitana de Belo Horizonte, são encaminhados ao serviço por médicos do Hospital das Clínicas.

A questão que norteia o atendimento aos pacientes portadores de hipertensão arterial é a mudança do estilo de vida com a adoção de hábitos rotineiros mais saudáveis, visando proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

Visando alcançar esse objetivo, o serviço realiza consultas de enfermagem e grupos operativos.

Na primeira consulta de enfermagem, avalia-se o estado de saúde do paciente empregando-se as técnicas de entrevista e de exame físico, buscando considerar os fatores de risco predisponentes à hipertensão arterial, seus agravos, bem como conhecer os hábitos de vida dos pacientes.

Nas consultas de seguimento, agendadas de acordo com a necessidade de cada paciente, são realizadas atividades de Educação em Saúde visando à conscientização e ao estímulo dos indivíduos para a implementação de mudanças necessárias ao estilo de vida.

Como atividade complementar para o tratamento, são realizados, quinzenalmente, grupos operativos com, no máximo, 12 participantes. Esses encontros têm como objetivo promover a interação entre os pacientes e discutir aspectos em comum relacionados à doença de base, como a fisiopatologia da HAS, seus fatores de risco e suas complicações, para as doenças cardiovasculares, a terapia medicamentosa adotada para cada situação, sua utilização de forma correta e as estratégias para o enfrentamento das mudanças do estilo de vida. Nesse momento, os participantes têm a chance de permutar suas experiências pessoais e buscar o esclarecimento de suas dúvidas. A mudança no estilo de vida é a meta principal a ser alcançada pela equipe de profissionais que atuam com essa clientela. Inúmeras publicações científicas associam o estilo de vida a fatores determinantes da pressão arterial e da prevalência da hipertensão na população.<sup>15</sup> Vários fatores relacionados ao estilo de vida influenciam diretamente os valores dos níveis pressóricos. Entre os mais estudados e discutidos estão a obesidade, o consumo de álcool, o sedentarismo, o padrão alimentar e os componentes da dieta.<sup>15</sup>

Alguns trabalhos descrevem que as modificações implementadas no estilo de vida têm contribuído para a prevenção da hipertensão arterial e o controle dos níveis pressóricos, como também são eficientes na redução de outros fatores de risco cardiovasculares, além do fato de terem custo reduzido e serem acessíveis à maioria da população.<sup>15</sup>

Um dos entraves à efetividade das mudanças no estilo de vida do paciente é a resistência deles à adesão ao tratamento. Apesar dos inúmeros benefícios decorrentes dessas mudanças na saúde do ser humano, ele resiste em modificar seus hábitos comportamentais, os quais, muitas vezes, são consolidados em seu núcleo familiar.<sup>16</sup>

Assim, a não-aderência ao tratamento não medicamentoso deve ser balizada para o sucesso do tratamento da hipertensão arterial.

Em toda consulta de enfermagem realizada no ambulatório, o paciente é submetido a avaliação clínica, sendo realizadas mensurações da pressão arterial, conforme critérios estabelecidos pela IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.<sup>6</sup> Durante a consulta, também são investigados os hábitos de vida desses pacientes. Com base nas informações obtidas, avaliam-se os hábitos de vida do paciente e os fatores de risco associados. Estabelece-se então, um plano terapêutico não medicamentoso para cada paciente, pautado nas necessidades apresentadas.

Esse plano inclui, prioritariamente, ações visando introduzir mudanças de hábitos de vida. A implementação dessas mudanças é feita de forma gradativa e contínua, buscando a aceitação e a adesão dos pacientes ao tratamento.

As ações de enfermagem voltadas para a implementação das mudanças relacionadas aos hábitos de vida incluem prioritariamente o controle da ingestão de sal, da obesidade e excesso de peso, a prática regular de exercícios físicos, o controle dietético, o abandono do alcoolismo e do tabagismo.

As ações educativas implementadas visando à mudança dos hábitos de vida do paciente hipertenso serão abordadas a seguir.

### **Controle da ingestão de sal**

De acordo com a *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*,<sup>2</sup> existe relação entre o aumento da pressão arterial e o avanço da idade, sendo esta maior em populações com alta ingestão de sal. Em estudo realizado foi observado que a pressão arterial variava diretamente com o consumo de sal, sendo essa variação verificada tanto para pacientes normotensos como em hipertensos.<sup>15</sup>

Nas atividades realizadas no ambulatório, os pacientes são orientados e encorajados a reduzir o consumo de sal na dieta. É recomendada uma quantidade mínima de sal no preparo de alimentos e/ou a substituição do sal por temperos naturais, com o uso de cebolinha, salsinha, orégano, manjeriço, alho e limão, dentre outros. Os pacientes também são incentivados a não acrescentar sal à comida já preparada e evitar o uso do saleiro na mesa. A utilização de alimentos industrializados com alto teor de sódio, como os embutidos, as conservas, os salgadinhos aperitivos e o consumo de alguns tipos de queijos são desaconselhados.

### **Obesidade e excesso de peso**

Aliadas ao controle de sal na alimentação, a redução e a manutenção do peso são outros fatores de extrema importância para o controle da pressão arterial.

De acordo com a *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*,<sup>2</sup> todos os pacientes portadores de hipertensão arterial com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso, visando alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> e valores inferiores a 102 e 88 cm para a circunferência de cintura para homens e mulheres, respectivamente.

Visando, portanto, atingir a esses objetivos, todos os pacientes com o IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup> e que apresentem valores superiores àqueles preconizados pela *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*<sup>2</sup> são orientados a reduzir o excesso de peso corporal mediante a instituição de controle alimentar. Todos os pacientes são orientados a consumir maior quantidade de verduras, frutas e legumes e evitar o consumo de alimentos gordurosos, frituras, açúcares e doces.

Em toda a consulta de enfermagem e grupos operativos realizados é aferido o peso do paciente. O valor encontrado é registrado na sua caderneta individual, visando ao acompanhamento e à avaliação do índice de massa corporal. Também é realizada a mensuração das medidas das circunferências da cintura e do quadril para a determinação da razão cintura/quadril (RCQ), sendo esse um fator preditivo para risco de doenças cardiovasculares.

Alguns estudos sugerem que o ganho de peso parece ser o principal determinante do aumento da pressão arterial que ocorre com a idade. A redução do excesso de peso traz benefícios ao paciente portador de hipertensão arterial por reduzir os valores da pressão arterial e melhorar outras morbidades frequentemente associadas à obesidade.

Outro fator que contribui para o aumento da prevalência de obesidade nas populações urbanas do Ocidente está relacionado à redução de atividade física, incluindo o gasto de energia no trabalho e o uso crescente de automóvel.<sup>17</sup>

Apesar de a maioria dos estudos apontarem uma associação entre a incidência de obesidade e o sedentarismo, a contribuição deste na etiologia da obesidade é difícil de ser caracterizada. Essa dificuldade surge da própria definição do que seja estilo de vida sedentário.

Se, por um lado, existem algumas dúvidas sobre o real papel do sedentarismo no desenvolvimento da obesidade, por outro lado, existem poucas dúvidas sobre a relevância do exercício físico regular para o controle da obesidade e dos outros fatores de risco de doenças cardiovasculares associadas a ela.

### **Exercício físico**

Em um levantamento realizado por SARIS<sup>18</sup>, tornou-se evidente a relação significativa e inversa entre o nível habitual de atividade física e o ganho de peso ao longo dos anos de vida. A redução do gasto energético pela diminuição de atividade física habitual, associada à rotina da vida diária e ao aumento do tempo gasto em hábitos sedentários, tem levado as pessoas a se tornarem cada vez mais obesas.

A prática regular de exercícios físicos tem sido frequentemente recomendada como conduta não medicamentosa no tratamento da hipertensão arterial, tanto em pessoas obesas quanto em não obesas.<sup>19, 20</sup>

Todos os pacientes atendidos no ambulatório, exceto aqueles com dificuldade de locomoção ou que sejam desaconselhados pelo médico, são estimulados a aderir à prática de alguma atividade física por, no mínimo, três vezes por semana. Cada sessão de exercício deve durar no mínimo 30 minutos, mas deve ter início gradual e progressivo. A princípio, as atividades devem ser programadas para durar 15 minutos. Esse tempo é aumentado gradativamente até o limite tolerado por cada indivíduo.

Conforme as diretrizes do Seventh Report<sup>21</sup>, a prática de atividades físicas por, no mínimo, 30 minutos é recomendada e deve ser realizada na maioria dos dias da semana.

Em nosso projeto, é enfatizada a importância de se praticar alguma atividade física por, pelo menos, três vezes por semana, em dias alternados com duração de 30 a 60 minutos por sessão. A caminhada é a atividade mais recomendada aos pacientes, dada sua facilidade como acessibilidade e custo reduzido.

Além de propiciar o controle da hipertensão arterial, o exercício físico pode trazer outras vantagens que, em longo prazo, podem beneficiar sobremaneira os pacientes obesos. Durante a realização do exercício físico, a atividade nervosa simpática aumenta, o que potencializa sua ação lipolítica no tecido adiposo.<sup>22</sup> As células adiposas são ricas

em receptores  $\beta$ -adrenérgicos e, portanto, bastante susceptíveis à ação lipolítica do exercício físico.<sup>23</sup> Outros importantes aspectos favoráveis à prática de exercício físico dizem respeito ao aumento da sensibilidade à insulina e na atividade da lipoproteína lipase, responsável pela diminuição de lipídios na circulação sanguínea.<sup>24</sup>

Por outro lado, a prática de exercícios físicos regulares pode preservar a massa magra em indivíduos com restrição dietética.<sup>18</sup> Em indivíduos com restrições calóricas severas, o exercício pode corrigir, pelo menos em parte, a perda excessiva de massa magra. Além do efeito protetor da massa magra, o exercício físico acelera a perda de massa gorda durante as restrições dietéticas.

A prática regular de exercícios físicos, portanto, propicia inúmeros benefícios à saúde do indivíduo. Além do controle da obesidade, favorece a melhoria de sua qualidade de vida e até mesmo de sua auto-estima.

### Controle dietético

Associado aos fatores já descritos, o controle dietético também é estimulado, estando intimamente relacionado ao combate à obesidade e ao excesso de peso.

Vários estudos têm evidenciado que a dieta exerce papel importante e fundamental na redução do peso e que o exercício físico regular, apesar de também contribuir para o emagrecimento, tem efeito menos significativo que o efeito da dieta.<sup>24</sup>

Em estudos realizados por Cox et al<sup>25</sup> e Katzel et al<sup>26</sup>, ficou evidenciado que a dieta hipocalórica provocava maior redução no peso corporal e maior efeito hipotensor que o exercício físico. Contrariamente, outros autores observaram que a redução da pressão arterial foi maior com a associação das condutas não farmacológicas.<sup>27</sup>

Outro aspecto importante a ser enfatizado é que o padrão alimentar, ou seja, o perfil do consumo de alimentos feito pelo indivíduo ao longo de determinado período, vem sendo identificado como a alternativa mais viável para o estudo da relação entre a ingestão de nutrientes na dieta e o risco de doenças.<sup>2</sup>

De acordo com a *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*, o estudo *Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH)* mostrou redução da pressão arterial em indivíduos que ingeriram dieta com frutas, verduras, derivados de leite desnatado, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol.<sup>2</sup>

Portanto, além das medidas relacionadas à alimentação citadas, todos os pacientes são orientados a evitar o consumo de leite integral, maioneses, creme de leite, manteiga e margarinas. O consumo de ovos deve ser moderado, dando preferência à clara ou ao ovo sem colesterol. A substituição de doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas é estimulada, assim como a inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas e/ou verduras no plano alimentar diário, dando preferência aos vegetais verdes ou amarelos e às frutas cítricas.

O plano alimentar é estabelecido de forma a atender às exigências de uma alimentação saudável, de manutenção do controle de peso corporal, observando-se as preferências pessoais e o poder aquisitivo do indivíduo e de sua família.

Durante as consultas de enfermagem, os pacientes são orientados a realizar seis refeições moderadas ao dia.

### Alcoolismo

Outro aspecto enfatizado e discutido com os pacientes é o consumo de álcool.

Vários estudos têm mostrado a relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial.<sup>2</sup> A ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30 ml/dia de etanol para o consumo entre os homens e metade dessa quantidade para o consumo entre as mulheres.<sup>28</sup> Esses valores correspondem ao consumo de aproximadamente 720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada.

Apesar de o alcoolismo não imperar em nossa clientela, é realizada orientação visando à redução ou mesmo o abandono da ingestão de etanol. Normalmente, esse hábito vai sendo abandonado gradativamente pelos pacientes, à medida que vão aderindo ao tratamento proposto.

Segundo o Joint National Committee,<sup>21</sup> a restrição da bebida alcoólica pode diminuir os valores da pressão arterial, sendo esta uma das recomendações para a modificação do estilo de vida.

### Tabagismo

Outro aspecto que norteia às ações de enfermagem é o desestímulo ao hábito de fumar.

De acordo com estudos realizados por Raw et al<sup>29</sup>, o risco para hipertensão associada ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Esse risco parece ser maior em mulheres do que em homens.

Avaliação realizada por monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA) mostrou que a pressão sistólica de pacientes hipertensos fumantes foi significativamente maior do que a obtida em pacientes não fumantes.<sup>30, 31</sup>

No ambulatório, os pacientes são desestimulados quanto ao hábito de fumar. O ideal é que ocorra o abandono, mas, caso haja resistência, é aconselhada a diminuição gradual dos números de cigarros fumados por dia.

Nos grupos operativos realizados, trabalha-se a conscientização dos riscos, ou seja, os efeitos nocivos que o fumo acarreta no organismo e suas conseqüências para o sistema cardiovascular.

De acordo com estudo recente, o controle do tabagismo é uma das medidas que provocaria maior impacto na redução das taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares.<sup>32</sup>

Outras orientações como o controle do estresse e da ansiedade e o uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos também são realizadas nas consultas de enfermagem.

Com o seguimento do tratamento, nota-se diminuição importante dos níveis pressóricos, demonstrando a efetividade do tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, centrado na mudança do estilo de vida.

### CONCLUSÃO

O tratamento da hipertensão arterial é sempre baseado em modificações no estilo de vida e/ou no uso

de medicamentos. Independentemente das medidas adotadas para o controle da hipertensão arterial, a adesão dos pacientes ao tratamento é condição primordial para a eficácia dele.

A não-aderência constitui um sério problema de saúde pública e deve ser considerada um dos principais obstáculos para o sucesso do tratamento. Logo, o acompanhamento direto ao paciente deve merecer atenção especial por parte de todos os integrantes da equipe de saúde.

Na decisão terapêutica da hipertensão arterial, deve-se levar em conta, além do tratamento medicamentoso, a mudança do estilo de vida. Essa mudança implica a adoção de medidas que garantam a alimentação saudável, dieta hipossódica e hipolipídica, prática regular de atividade física, redução do peso, controle do estresse e abandono do tabaco e álcool. Essas medidas devem ser implementadas como primeira escolha ao tratamento da hipertensão. Caso, após a efetivação dessas condutas e procedimentos, não ocorra a diminuição dos valores de pressão arterial, deverá ser iniciado o tratamento medicamentoso. É importante enfatizar que o trabalho desenvolvido no ambulatório com os pacientes portadores de hipertensão arterial, com ênfase principalmente no tratamento não medicamentoso, tem despertado a conscientização quanto à importância da mudança no estilo de vida, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Clin Terap.* 1998; 24(6):231-72.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2006. 48p.
3. Dell'Acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos RCPM. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enferm.* 1997 jul.; 5(3):43-8.
4. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enferm.* 1998 jan.; 6(1):33-39.
5. Morisky DE, et al. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Public Health.* 1983; 73:152-153.
6. IV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82 (Supl IV): 2-22.
7. Denton D. Can hypertension be prevented? *J Human Hypertens.* 1997; 11:563-569.
8. Elliot P. Observational studies of salt and blood pressure. *Hypertension.* 1991; 17(suppl 1):13-8.
9. Law MR, Frost CD, Wald NJ. By how does dietary salt reduction lower blood pressure? I Analysis of observational data among populations. *BMJ* 1991; 302:811-5.
10. Cutler JA, Follmann D, Allender PS. Randomized trials of sodium reduction: an overview. *Am J Clin Nutr.* 1997; 65 2(1) (suppl):643S-51S.
11. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev Latino-am Enferm* 2003 mar.-abr.; 11(2):207-14.
12. Silva MJP. A Enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente. *Rev Paul Enferm.* 1990 set./dez.; 9(3):114-9.
13. Silva MG. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal: a percepção do cliente. *Rev. Latino-am Enferm.* 1998 jan.; 6(1):27-31.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999. 303p.
15. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saúde Publica* 2003 ago.; 19(4): 1039-47.
16. Waldow VR. Desenvolvimento do pensamento crítico na enfermagem. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, Organizadoras. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 110-23.
17. Matheus MC, Fugita RMI, Sá AC. Observação em enfermagem. In: Cianciarullo TI. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo(SP):Atheneu; 1996. p.05-23.
18. Beilin LJ, Puddey IB, Burke V. Lifestyle and hypertension. *Am J Hypertens.* 1999 sept.; 12(9):934-45.
19. Duarte MTC. Estudo dos motivos do abandono do tratamento da hipertensão arterial: relato de usuários do CSE – Botucatu, 1995/1999 [dissertação]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 2001.
20. Prentice AM, Jebb AS. Obesity in Britain. *Br Med J.* 1995; 311:1568-69.
21. Saris WHM. The role of exercise in the dietary treatment of obesity. *Int J Obes.* 1993; 17 (Suppl. 1):17-21.
22. Andersen RE, Wadden TA, Bartlett SJ, Zemel B, Verde TJ, Franckowiak SC. Effects of lifestyle activity vs. structured aerobic exercise in obese women: a randomized trial. *JAMA.* 1999 Jan.; 281(4):335-40.
23. Kelly G, McClellan P. Antihypertensive effects of aerobic exercise: a brief meta-analytic review of randomized controlled trials. *Am J Hypertension.* 1994 Feb.; 7(2):115-9.
24. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension.* 2003; 42:1206-52.
25. Björntorp P. Physiological and clinical aspects of exercises in obese persons. *Exerc Sport Sci Rev.* 1983; 11:159-80.
26. Wilmore JH, Després JP, Stanforth PR, Mandel S, Rice T. Alterations in body weight and composition consequent to 20 wk of endurance training: the HERITAGE Family Study. *Am J Clin Nutr.* 1999; 70(3):346-52.
27. Negrão CE, Trombetta IC, Tinucci T, Forjaz CLM. O papel do sedentarismo na obesidade. *Rev Bras Hipertens.* 2000; 2:149-55.
28. Cox KL, Puddey IB, Morton AR. Exercise and weight control in sedentary overweight men: effects on clinic and ambulatory blood pressure. *J Hypertension.* 1996; 14: 779-90.
29. Katzell LI, Bleecker ER, Colman EG. Effects of weight loss vs. aerobic exercise training on risk factors for coronary disease in healthy, obese, middle-aged and older men. *JAMA.* 1995; 274:1915-21.
30. Reid CM, Dart AM, Dewar EM, Jennings GL. Interactions between the effects of exercise and weight loss on risk factors, cardiovascular haemodynamics and left ventricular structure in overweight subjects. *J Hypertens.* 1994; 12(3):291-301.
31. Krauss RM, Eckel RH, Howard BH. AHA Dietary Guidelines. Revision 2000: A Statement for Healthcare Professionals From the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Stroke.* 2000; 31:2751-66.
32. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ.* 1999 Jan.; 318:182-5.
33. Mann SJ, James GD, Wang RS, Pickering TG. Elevation of ambulatory systolic blood pressure in hypertensive smokers. A case-control study. *JAMA.* 1991; 265:2226-8.
34. Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Zampi I. Cigarette smoking, ambulatory blood pressure and cardiac hypertrophy in essential hypertension. *J Hypertens.* 1995; 13(10):1209-15.
35. Mendes MJFL, Alves JGB, Alves AV, Siqueira PP, Freire EFC. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2006 maio. [citado 2006 Ago 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
36. National Institutes of Health. National Heart Lung and blood Institute. The DASH Diet. Bethesda: National Institutes of Health; 1999. NIH Publication 99-4062.