

**RELATO DE CASO COM O USO DO ARCO DE MAGUEREZ:  
hipertensão arterial e a prevenção a possíveis fatores de risco  
e complicações subsequentes**

João Guilherme de Souza Ramos<sup>1</sup>

Micailla Alves de Souza<sup>1</sup>

Yara da Silva e Silva<sup>2</sup>

**RESUMO:** A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias, considerada uma condição clínica multifatorial sendo de suma importância desde a Atenção Primária. Nesse viés, o objetivo do presente estudo é realizar um relato de caso de um paciente com hipertensão arterial, utilizando a metodologia do Arco de Maguerez, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Liberdade, na cidade de Senador Canedo, tendo como amostra um paciente de 75 anos, sexo masculino. Trata-se de uma estudo descritivo, tipo relato de caso, sendo o Arco de Maguerez composto por cinco etapas: a observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade. Através da análise minuciosa e estudos sobre o assunto, foi possível perceber os erros cometidos quanto a adesão ao tratamento. Logo, a implementação gradual de alimentos ricos em fibras, com menor adição de sal e gorduras na alimentação além do estímulo a mudança de hábitos, proporcionaram uma melhor qualidade de vida ao paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão. Arco de Maguerez. Alimentação. Complicações, Tratamento. atenção primária, fatores de risco,

## 1 INTRODUÇÃO

O ritmo globalizado e estressante do século XXI tem trazido uma notória elevação nas doenças crônico-degenerativas, aumentando as internações por agravos que poderiam ser evitadas na atenção primária, principalmente relacionadas à hipertensão arterial sistêmica. Nesse sentido, a hipertensão é definida como uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associando-se frequentemente a alterações nas funções e/ou estruturas dos órgãos-alvo e no metabolismo, ocasionando o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (DANTAS; RONCALLI, 2019). Segundo

---

<sup>1</sup> Acadêmicos do 3º período do curso de Medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser, em 2020/2. E-mail: joaoguilhermedsr@gmail.com

<sup>2</sup> Professora do curso de Medicina do Centro Universitário Alfredo Nasser e orientadora do presente trabalho.

dados preliminares do Ministério da Saúde, a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade, o Brasil registrou uma média diária de 388 óbitos derivados da hipertensão ou causas atribuíveis a ela. E esses dados alarmantes, também constataram que grande parte dessas mortes é evitável, e 37% delas são precoces. Isso denota que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco cardiovascular e que é considerada um grave problema de saúde pública.

Tendo isso em vista, é importante destacar que:

Os principais fatores de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais e alta ingestão de sódio. Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela (colesterol elevado e diabetes mellitus) (CARVALHO; SIQUEIRA; SOUSA; JARDIM, 2013).

Faz-se necessário, então, não negligenciar os pacientes com tal doença, devido a relação da HAS a altas taxas de morbimortalidade no mundo. Sendo assim, compreender o estilo de vida e analisar as adaptações do paciente após o diagnóstico são pontos cruciais para um tratamento efetivo.

Desse modo, é propósito do presente estudo, realizar um relato de caso de paciente diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica, com uso da metodologia do arco de Maguerez para que sejam aplicadas medidas cabíveis a realidade social desse paciente para um melhor prognóstico e convivência com as adaptações que a hipertensão arterial requiere.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de caso, com uso da metodologia do arco de Maguerez.

O estudo foi desenvolvido a partir da escolha de um paciente que estava entre as visitas realizadas pela agente comunitária de saúde da população residente próxima e que é atendida em Unidade Básica de Saúde (UBS), da cidade de Senador Canedo, no estado de Goiás. Posteriormente, foi realizada uma visita domiciliar a fim de que houvesse maior percepção da realidade da família e que esta fosse aplicada no estudo de Arco de Maguerez.

O arco de Maguerez é uma metodologia na qual o ponto de partida e chegada é a realidade social. Essa metodologia é baseada na problematização como ferramenta de

aprendizagem. Dessa forma, ela é composta por cinco etapas: observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e a aplicação à realidade, que permitem o estudante desenvolver a capacidade de identificar problemas e elaborar propostas que ajudem a superá-lo (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

A primeira etapa, "Observação da realidade" e identificação do problema, envolve o início de um processo de apropriação de informações pelos sujeitos, que são conduzidos a observar a realidade em si, sob sua própria ótica, a identificar-lhe características. (COLOMBO; BERBEL, 2007). Assim, buscou-se analisar o histórico do paciente, incluindo âmbitos psicológicos, biológicos e sociais. Além de observar moradia, cuidados com a alimentação, prática de atividade física – em resumo - a qualidade de vida. Foi crucial, também, a realização da anamnese e do exame físico, seguindo todos os parâmetros estabelecidos na Semiologia e Propedêutica ao longo dos anos nas ciências médicas.

Após a definição do problema, elegendo os seus possíveis fatores e determinantes, houve a reflexão dos “pontos-chaves”. Posteriormente, principia-se a “Teorização”, na qual busca-se construir respostas mais fundamentadas para a problemática. Segundo Berbel (1999); Bordenave e Pereira (2005); e, Colombo e Berbel (2007), “uma teorização bem desenvolvida leva a compreensão do problema, não somente em suas dimensões baseadas na experiência ou situação, mas também nos princípios teóricos que o explicam”.

Nesse viés, livros, artigos, prontuário médico, foram averiguados para que houvesse um aprofundamento no assunto e no caso do paciente, afim de que “propostas de intervenção” fossem formuladas e levassem a uma “aplicação na realidade” que respeite as condições do paciente, mas que vise, também, uma melhoria na qualidade de vida.

### **3 DISCUSSÕES, RESULTADOS E/OU ANÁLISE DE DADOS**

#### **3.1 Observação da realidade**

J.S.S., 75 anos, sexo masculino, pardo, casado, reside na zona urbana do município de Senador Canedo somente com a esposa, e com assistência próxima de um dos filhos que mora em um anexo nos fundos do lote onde mora o casal. É brasileiro, católico praticante e natural de Acudina (BA); porém, mudou-se para Goiás na década de 1960 buscando melhores oportunidades de trabalho e maior qualidade de vida.

O paciente relata ter tido conhecimento da hipertensão arterial há aproximadamente 10 anos, com nível médio de pressão de 140x90mmHg, regulada com medicação. Relatou a morte súbita do pai por infarto. A mãe falecera quando este ainda era bem novo.

J.S.S. foi etilista por boa parte de sua vida, mas continua fazendo uso do cigarro desde os 13 anos de idade. A sua esposa e cuidadora, com confirmação do próprio paciente, afirma que o mesmo não consegue diminuir a frequência nem mesmo cessar o hábito de fumar, apesar de buscar o grupo de apoio ao tabagista na UBS Jardim Liberdade, há poucas quadras de sua casa, e ter praticado outras tentativas: nenhuma satisfatória, e relatando que houve um aumento no uso do cigarro após tais tentativas. Ele relaciona o uso de cigarro ao consumo de café, pontuando que a vontade de fumar aumenta conforme toma a bebida, sendo que esta é consumida várias vezes ao dia, inclusive pela manhã em jejum.

Referente a alimentação, o paciente descreve poucas refeições ao decorrer do dia, não se alimentando no período da manhã, fazendo apenas duas refeições: almoço e jantar, ingerindo café no intervalo entre elas. Sua esposa, que também administra as refeições da casa, diz procurar cozinhar refeições mais insossas e pouco gordurosas e ela, com corroboração de J.S.S, pontua que mesmo assim ele continua ingerindo altas quantidades de frituras e alimentos com alta teorização de sal e que o consumo de frutas, verduras, legumes e fibras do paciente é baixíssimo. O paciente se alimenta basicamente, no almoço e no jantar, de: arroz, feijão de caldo e proteína animal variando entre carne vermelha e peixe.

No período noturno, o paciente diz ter um sono irregular. Relata que mesmo não dormindo durante o dia sofre de insônia à noite.

Em 2016, o paciente apresentou uma oclusão da artéria femoral e da artéria tibial anterior, confirmada após avaliação de doppler venoso de MMII, apresentando dor (piorada com movimento e palpação), edema, alteração da cor da pele em MMII acompanhado de parestesia nos pés. O quadro grave, intensificado com hipertensão arterial e tabagismo, levou à cirurgia de amputação do MMII direito neste mesmo ano. Já no contexto atual, J.S.S. já fez a avaliação geral e específica e se tornou eletivo para entrar na fase protética.

Houve queixas quanto a problemas estomacais, mencionando náuseas frequentes, além de uma distensão abdominal pós-prandial. Em 2018, ele realizou uma Endoscopia Digestiva Alta (EAD) e biopsia gástrica, sendo diagnosticado com hérnia hiatal por deslizamento; esofagite erosiva e gastrite crônica difusa ativa leve.

O quadro psicológico do paciente está aparentemente abalado, com um semblante de tristeza. Isso devido às enfermidades, mas principalmente à amputação da perna. O paciente se mostra aborrecido por ter sua locomoção limitada e guiada pela utilização de um andador

adulto. JS.S., se diz ativo e independente, mas ele justifica sua incapacidade de praticar atividade física devido a tal “restrição”. O paciente também se queixa de uma “dor fantasma” no membro amputado, e diz já ter buscado auxílio psicológico especializado, aprendeu exercícios na frente do espelho, porém segundo ele, com uma melhora não tão significativa.

O exame físico do paciente demonstrou os seguintes resultados:

- EXAME GERAL: Peso autorreferido 53,900 kg; altura autorreferida: 1,60 m. IMC: 21,05 (normal). Regular estado geral (REG), consciente, orientado em tempo e espaço, se locomove com auxílio de andador adulto devido à amputação transfemoral. comunicativo, corado, anictérico, acianótico, normotenso com PA 120x80mmHg.

- CABEÇA E PESCOÇO: Cabeça e couro cabeludo sem alterações evidentes. Apresenta globo ocular normal, conjuntiva ocular e esclera normais, íris e pupilas sem alterações, conjuntiva palpebral corada e campo visual conforme o esperado, com diagnóstico de presbiopia. Os seios paranasais normais, sem presença de secreções e desvio de septo. Orelha e acuidade auditiva normais. Boca com boa condição higiênica, sem lesões na mucosa. Não apresenta linfonodomegalia em pescoço e cabeça e a tireoide encontra-se sem alterações de volume e textura.

Os medicamentos em uso relatados foram:

- Losartana (50mg) - 1 comprimido 2 vezes ao dia
- Hidroclorodiazida (25mg) - 1 comprimido por dia
- Nifedipina (20mg) - 1 comprimido 2 vezes ao dia
- Atenolol (25mg) - 1 comprimido 2 vezes ao dia
- Sinvastatina (20mg) - 1 comprimido por dia
- Cilostazol (100mg)

### **3.2 Pontos-Chave**

- Tabagismo;
- Desregulação da dieta nutricional somada a longos períodos de jejum;
- Consumo exagerado de café;
- Problemas gastrointestinais sem o devido tratamento;
- Falta de adesão ao tratamento não-medicamentoso;
- Insônia;
- Inatividade física.

### 3.3 Teorização

O sistema cardiovascular atua buscando a homeostasia do corpo, tendo a pressão arterial como componente do sistema de feedback. Desse modo, pode-se dizer que pressão arterial (PA) é a força exercida pelo sangue sobre as paredes dos vasos. Ela sofre variações contínuas, a depender da posição, atividades e situações que o indivíduo se encontra e tem por finalidade possibilitar as trocas metabólicas a partir de uma boa perfusão dos tecidos, relacionada com o trabalho do coração (PORTO, 2019).

A pressão arterial (PA) é determinada e depende de diversos fatores, como: resistência periférica e da elasticidade das paredes dos vasos, do volume sistólico, da frequência cardíaca, do débito cardíaco, da viscosidade sanguínea e da volemia. Como dito anteriormente, a pressão arterial é contínua, e ela se altera a depender de várias condições. Por isso, é válido salientar que conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em pacientes com mais de 18 anos, a PA é classificada em normal para pressão arterial sistólica (PAS)  $\leq 120$  mmHg e pressão arterial diastólica (PAD)  $\leq 80$  mmHg, em pré- hipertensão para PAS entre 121 e 139 mm Hg e PAD entre 81 e 89 mmHg, e em hipertensão arterial para PAS  $\geq 140$  e PAD  $\geq 90$ .

Em 2010, ao redigir o documento VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a Sociedade Brasileira de Cardiologia definiu diversos fatores de risco para quando se fala em hipertensão arterial sistêmica. Dentre os principais, pode-se citar:

- **Idade:** Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.

- **Gênero e etnia:** A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas.

- **Excesso de peso e obesidade:** o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão.

- **Ingestão de sal:** a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira, infelizmente, apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras.

- **Ingestão de álcool:** a ingestão de álcool por períodos prolongados pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS.

- **Sedentarismo:** a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade.

- **Genética:** a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS.

- **Outros fatores de risco cardiovascular:** os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

A hipertensão é classificada em primária e secundária, a depender de sua causa: quando não se consegue caracterizá-la (podendo ser da ingestão excessiva de sal, a partir de hereditariedade, obesidade entre outros, correspondendo a maioria esmagadora dos diagnósticos), é classificada como primária ou essencial; quando se possui uma causa definida, relacionada a problemas renais (ex: pielonefrite), vasculares, endócrinas, distúrbios nervosos, medicamentos - dentre outras causas - ela é classificada como hipertensão arterial secundária. Pontua-se ainda, segundo Lerma (2011), que a associação de fatores de risco para o aparecimento de doenças cardiovasculares ocasiona um crescimento geométrico em termos de probabilidades para o aparecimento de doenças cardiovasculares: quanto mais elevada a PA, maior a probabilidade de infarto no miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e acidente vascular encefálico.

Algumas das complicações cardiovasculares causadas pela hipertensão estão fortemente associadas ao cigarro, tornando o tabagismo um importante e relevante fator a ser analisado. Mas, segundo Leone *et al.* (2015) e diversos outros autores enfatizam em suas pesquisas e relatos de caso ou experiência, que na relação entre o ato de fumar e o surgimento da hipertensão, deve-se enfatizar o tempo que elas coexistem, algo sem resposta muito clara ou evidente. Não se pode relacionar a hipertensão estritamente com o ato de fumar ou vice-versa, já que o paciente hipertenso que fuma, começa a fumar antes de aparecer valores altos de pressão arterial (a não ser em caso de hipertensão secundária). Contudo, os relatórios estatísticos de Leone *et al.* (2015) mostram que os fumantes ativos tem uma tendência a valores elevados de pressão, com o estilo de vida como algo significativo para determinar as características desse parâmetro; ou seja: a relação entre tabagismo e hipertensão potencializa

exponencialmente os efeitos adversos destes quando associados ao sistema cardiovascular. Em suma, o fumo e a hipertensão devem ser primeiramente analisados separados, depois em conjunto; entretanto, é vero que são fatores intrínsecos e cumulativos para o grau de gravidade em doenças coronarianas, que em casos graves, podem formar trombos, causar necrose e levar à amputação de membros. Como preconiza James (2004), a associação entre os níveis pressóricos e a ingestão de cafeína como rotina dietética do paciente deve ser levada mais a sério, deve ser mais estudada e aprofundada, já que ele também frisa que com os dados e porcentagens epidemiológicos relevantemente coletados com sua revisão concluem que o aumento da pressão sanguínea derivada da cafeína presente rotineiramente na alimentação do indivíduo incrementam os níveis de morbimortalidade cardiovasculares. Porém, relacionar o ato de fumar com o café é algo extremamente comum para o brasileiro, já que a bebida está intrinsecamente associada à cultura do Brasil. A *Foundation for a Smoke-Free* (2018) ao confeccionar o *Global State of Smoking Survey*, deixa explícito que fumar está associado com atividades, alimentos, hábitos e momentos prazerosos para o fumante. O fumante brasileiro, associa bastante o primeiro cigarro com a primeira xícara de café pela manhã, sendo o gancho de memória mais comum para se lembrar do cigarro, como salienta a psicóloga Marina Paesano, em publicidade para o Jornal O Globo.

Um fator que está intimamente ligado à hipertensão arterial é a alta ingestão de sódio na dieta. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão a redução do sal na alimentação é uma das medidas mais efetivas no tratamento não-medicamentoso da hipertensão: ao reduzir a ingestão de sódio para 2g por dia ou de cloreto de sódio para 5g por dia (quantidade recomendada pela OMS), os níveis pressóricos caem bastante, entre 2 e 8 mmHg. O consumo de sódio médio do brasileiro é de 12g por dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE; IBGE, 2008). Desse modo, preocupado com o alto teor de sal na dieta do brasileiro e também com as altas taxa de morbimortalidade relacionadas à hipertensão arterial, o Ministério da Saúde colocou em prática o Plano Nacional de Redução de Sódio em Alimentos, se comprometendo que até 2020 cerca de 28 mil toneladas de sal fossem voluntariamente retirados dos produtos alimentícios do mercado nacional. Isso implicou inclusive, na “Lei do Saleiro” em que municípios como Manaus e Belo Horizonte aboliram o saleiro das mesas de estabelecimentos do ramo alimentício. Os norte-americanos, por sua vez, são recomendados a ingerir no máximo 1500 mg de sódio por dia (cerca de metade de uma colher de chá) pela *American Heart Association*. Em 2010, um relatório da instituição afirma que o excesso de sódio provoca hipertensão e por consequência doenças cardiovasculares. “A sobrecarga de sódio suprime o sistema renina-angiotensina-aldosterona ao inibir a liberação

de renina e aumenta o estresse oxidativo, bem como a disfunção endotelial, promovendo fibrose no coração, nos rins e nas artérias, resultando em remodelagem cardíaca e vascular.” (APPEL, et al, 2011). A meta-análise publicada por Strazzulo *et al.* (2009) ainda conclui que diminuir 5g no consumo de sal implica em uma redução de 17% de doenças cardiovasculares e de 23% nas taxas de AVC.

Como Cousins preconizou em 1997, várias doenças crônicas poderiam ser reduzidas com um estilo de vida ativo, incluindo a hipertensão. Tal importância da atividade física para com o tratamento da hipertensão foi fortalecida também com as conclusões de Börjesson & Dahlöf (2005), que pontuam que os efeitos da vida ativa reduzem a pressão arterial de maneira parecida ao de uma terapia medicamentosa, desde que, como Howley & Franks (2000) e Shepard (1997) ressaltaram, adequada às condições individuais e com a devida instrução. Desse modo, como salientou a Declaração de Alma-Ata (1978), para alcançar a meta de “Saúde Para Todos” faz-se necessário e essencial a implementação da atividade física no âmbito da Atenção Primária de Saúde, com a prerrogativa de prevenção e promoção à saúde de populações, o que ainda continua atual e deficiente, já que novas práticas saudáveis sendo adotadas pelos indivíduos continua sendo um grande desafio dentro da atenção básica.

### **3.4 Hipótese de solução**

- Redução do estímulo ao ato de fumar, reduzindo o consumo de café (quebrando o condicionamento associado ao tabagismo); sugerindo mascar chicletes e fazer exercícios de respiração profunda para diminuir a ansiedade; e chupar gelo para diminuir a fissura.

- Incentivar a prática de atividade física adequada à condição do paciente, utilizando alongamentos para estimular a musculatura e as articulações, fazendo acompanhamento constante com um fisioterapeuta.

- Estimular a introdução e o consumo de frutas, legumes, verduras e fibras na dieta, e ingerir a quantidade de água diária recomendada pela OMS, para regular e melhorar o trânsito gastrointestinal além de adequar a alimentação do paciente ao consumo necessário de nutrientes.

- Diminuição dos períodos de jejum, incentivando o consumo de frutas e sucos entre as principais refeições.

- Melhorar a qualidade de sono do paciente, evitando refeições muito pesadas próximo ao período de sono, bem como a ingestão de estimulantes como o café.

### 3.5 Aplicação na realidade

Após o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e doenças gastrointestinais, o paciente foi orientado na Unidade Básica de Saúde a mudar os hábitos alimentares. No entanto, mesmo havendo um esforço por parte da cuidadora/esposa em fornecer esses alimentos nas refeições, o paciente ainda se apresenta resistente, o que dificulta o tratamento.

Através das visitas domiciliares pudemos estar em contato maior com a família e assim orientar a esposa a fazer de forma criativa a inserção de alimentos ricos em fibras e vitaminas na alimentação de ambos. Mostramos que verduras poderiam ser colocadas no arroz e cozidas e refogadas no feijão, por exemplo; ou poderia incentivar o uso da “Air Fryer” que frita alimentos utilizando tecnologia a partir das moléculas de água que compõem o alimento em questão, em vez de imergi-lo em óleo quente, já que a esposa de J.S.S. não utilizava o equipamento por achar que o tempo de preparo dos alimentos seria muito demorado. Desse modo, prezando o consumo de coisas naturais, foi pensada a possibilidade de organizar a horta no vasto quintal da residência de J.S.S, em que sua esposa e cuidadora tem muito apreço por lembrá-la de suas origens rurais. Pensando nos longos períodos que o paciente fica em jejum, poderia ser montada uma rotina com o horário que as refeições deveriam ser feitas: entre as principais refeições (almoço e jantar), foi sugerido o consumo de frutas ou outras refeições menores sempre associando com os horários dos programas de televisão que J.S.S assistia com o consumo de frutas entre os intervalos das principais refeições, em sintonia com o início dos programas de televisão que J.S.S assistia de maneira alternada, mantendo o intervalo entre o consumo alimentar de 3 em 3 horas no mínimo. Com isso, o paciente teria menos necessidade de fazer uma alimentação pesada no período noturno, melhorando seu sono, já que comeria mais vezes ao dia. Somado a isso, incentivar-se-ia o uso das verduras, legumes e temperos naturais da horta, algo essencial, sendo incluído de maneira seccionada na rotina da residência e com suma importância para um bom funcionamento intestinal e melhor controle dos níveis pressóricos.

Deve-se limitar o consumo de café do paciente, e substituí-lo algumas vezes por água ou sucos naturais. Assim, conseqüentemente, também diminuiria o tabagismo, já que o paciente relata que o consumo de café estaria intrinsecamente ligado à vontade de fumar; e ele provavelmente teria um sono melhor ao evitar o consumo de cafeína após as 15 horas.

## 4 CONCLUSÕES

A hipertensão é uma doença crônica que é assintomática. Essa frequência que predomina de maneira extremamente frequente nos casos da doença dificulta o controle do paciente, configurando uma cadeia de eventos que inviabilizam o sucesso do tratamento. A pessoa, assintomática, não se vê com alguma patologia. Desse modo, o paciente não faz uso regular de medicação, já que não percebe “sintomas concretos” que efetivariam uma melhora notória e, portanto, o fato de não se sentir doente auxilia no cessar da medicação por conta própria e dificulta mudanças no estilo de vida. Por isso, deve-se manter o paciente consciente de todas as questões relacionadas à hipertensão, desde o procedimento na anamnese, até o porquê do diagnóstico e os tipos de tratamento; como também, fazer intervenções pontuais e seccionadas para se ter um melhor prognóstico. Isso configura em um acompanhamento mais próximo e consecutivo para com o paciente, objetivando com sucesso os pilares que compõem a atenção primária em saúde. Procurava-se trazer intervenções aplicáveis na realidade simples e cotidiana do casal, contudo o método foi interrompido devido à quarentena imposta com a decretação do status de pandemia da Covid-19 pela Organização Mundial da Saúde, o que inviabilizou a concretização e finalização efetiva e esperada do recurso terapêutico. Mas de certo modo será possível observar uma melhora significativa do quadro do paciente, estando mais disposto, com menos queixas das doenças gastrointestinais, mais consciente e aderente ao tratamento não-medicamentoso da hipertensão, e com isso, possivelmente evitando maiores complicações futuras.

## REFERÊNCIAS

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **A estratégia de ensino-aprendizagem**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

BÖRJESSON, M.; DAHLÖF, B. *Physical Activity Has a Key Role in Hypertension Therapy*. **Lankartidningen**, Estocolmo, v. 102, n. 3, p. 123-124, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15712736/>. Acesso em: 27 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf). Acesso em: 25 maio 2020.

CARVALHO, M. V. *et al.* A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 2, p. 164-174, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, 2007. Disponível em: <[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_390\\_ametodologiadaproblematizacaocomoarcodemaguerez.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_390_ametodologiadaproblematizacaocomoarcodemaguerez.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2020.

COUSINS, S. O. *Exercise, aging, & health: Overcoming barriers to na active old age*. Philadelphia: Brunner, 1997.

DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 295-306, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000100295&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100295&tlng=pt). Acesso em: 26 maio 2020.

HOWLEY, E.; FRANKS, B. **Manual do instrutor de condicionamento físico para saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

JAMES, J. E. *Critical Review of Dietary Caffeine and Blood Pressure: A Relationship That Should Be Taken More Seriously*. **Psychosomatic Medicine, Galway**, v. 66, p. 63-71, 2004.

KANTAR PUBLIC. *Worldwide State of smoking survey: a baseline of the global state of tobacco harm reduction*. Foundation for a Smoke-Free World, 2018. Disponível em: [https://amadashboards.com/kp/eu\\_smokefree/#](https://amadashboards.com/kp/eu_smokefree/#). Acesso em: 27 maio 2020.

KOPKO, G. Acordo retira mais sete mil toneladas de sódio dos alimentos processados. **Blog da Saúde – Ministério da Saúde**. Brasília, 12 mai. 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/d7ok5i>. Acesso em: 25 maio 2020.

LEONE, A. *Smoking and Hypertension*. **Journal of Cardiology & Current Research**, v. 2, n. 2, 2015. Disponível em: <http://medcraveonline.com/JCCR/JCCR-02-00057.pdf>. Acesso em: 18 maio 2020.

LERMA, E. V.; BERNS, J. S.; NISSENSON, A. R. **CURRENT Diagnóstico e Tratamento: Nefrologia e Hipertensão**. Tradução de Patrícia Lydie Voeux e Paulo Henrique Machado. Porto Alegre: AMGH, 2011. 582 p.

LEVENSON, J. *et al.* *Cigarette smoking and hypertension. Factors independently associated with blood hyperviscosity and arterial rigidity*. **Arteriosclerosis: An Official Journal of the American Heart Association**, v. 7, n. 6, p. 572-577, 1987. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/01.ATV.7.6.572>. Acesso em: 19 maio 2020.

MANAUS (Município). Lei nº 1.681, de 06 de julho de 2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade da colocação de avisos nas mesas de restaurantes, bares, lanchonetes e outros estabelecimentos que forneçam alimentos no município de Manaus, contendo orientações quanto à utilização excessiva de sal de cozinha e suas consequências à saúde. **Diário Oficial**

do Município de Manaus, 09 jul. 2012. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/85496287/dom-manaus-caderno1-09-07-2012-pg-1?ref=serp>. Acesso em: 25 maio 2020.

MION-JÚNIOR, D. *et al.* Diretrizes para Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Nefrologia e Cardiologia: abordagem geral. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 25, n. 1, p. 51-59, 2003.

OS MECANISMOS QUE DISPARAM A FISSURA POR CIGARRO – PUBLICIDADE DA NIQUITIN. *Jornal O Globo*. Rio de Janeiro, 20 dez. 2016. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/paradacerta/os-mecanismos-que-disparam-fissura-por-cigarro-20667093>. Acesso em: 27 maio 2020.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, Ribeirão Preto, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

PIMENTEL, T. Sal está proibido nas mesas de restaurantes de BH, diz prefeitura. *G1 Minas Gerais*. Belo Horizonte, 11 out. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2016/10/saleiro-esta-proibido-nas-mesas-de-restaurantes-de-bh-diz-prefeitura.html>. Acesso em: 25 maio 2020.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. *Semiologia Médica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PRADO, M. L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a23.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

QUER PARAR DE FUMAR? ESCOLHA UM DOS TRÊS MÉTODOS. *Portal Saúde Brasil – Ministério da Saúde*. Brasília, 13 nov. 2018. Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quero-parar-de-fumar/quer-parar-de-fumar-tres-metodos-diferentes-para-escolher>. Acesso em: 25 maio 2020.

RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>. Acesso em: 10 maio 2020.

SHEPARD, R. J. *Physical activity, fitness and health: the current consensus*. *Quest, Cambridge*, v. 47, p. 228-303, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00336297.1995.10484158>. Acesso em: 27 maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1 (supl. 1), p. 1-51, 2010.

STRAZZULLO, P. *et al.* *Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies.* **The BMJ**, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19934192>. Acesso em: 26 maio 2020.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. 118 p.