

Prática do autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial

Practice of self-care in individuals with arterial hypertension

Lucivania de Assis Silva¹, Fabiana Sales Vitoriano Uchôa²

Resumo

Investigar a prática de autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Iguatu-CE, verificar o conhecimento desses indivíduos sobre a hipertensão arterial e identificar os fatores que facilitam ou dificultam a realização do autocuidado sob a ótica do paciente. Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado com indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial, os quais não realizavam acompanhamento de forma contínua. Para coleta de dados, foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada. Como método de análise de dados, optou-se pela análise

de conteúdos proposta por Bardin. Foram identificadas como práticas de autocuidado uma dieta reduzida de sal e lipídios, a cessação do álcool e fumo, a prática de atividade física e o comparecimento às consultas. Dentre os fatores facilitadores desse autocuidado, tem-se o apoio familiar e a Estratégia Saúde da Família, dada a importância das atividades educativas que são promovidas pela equipe interdisciplinar que deve conhecer a visão do indivíduo sobre a doença e oferecer um suporte para que a pessoa com hipertensão arterial possa realizar seu autocuidado. Apesar de muitos indivíduos com hipertensão arterial conhecerem o processo de desenvolvimento da doença, estes nem sempre realizam as práticas de autocuidado, dificultando, assim, o controle da doença, considerada um problema de saúde pública. Através da identificação das práticas de autocuidado e dos fatores condicionantes para a sua realização, o estudo possibilita a formulação de intervenções e estratégias, a fim de tornar esses indivíduos mais autônomos, incentivando ações mais apropriadas na

1. Enfermeira Residente do Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialista em Saúde Pública-UECE. Especialista em Cuidados Intensivos-São Camilo. Especialista em Pesquisa e Inovação em Saúde da Família-UFC.

2. Enfermeira Coordenadora de DST/AIDS e Hepatites Virais de Fortaleza-CE. Enfermeira Assistencial do Hospital São José-Fortaleza-CE. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-Uece (GRUPECCE). Especialista em Saúde da Família (UECE). Especialista em Epidemiologia e Vigilância em Saúde (UFC). Mestra em Saúde Pública (UECE).

prevenção de complicações e na promoção da saúde.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Estilo de vida saudável; Autocuidado.

Abstract

To investigate the practice of self-care in individuals with arterial hypertension accompanied by the Family Health Strategy of a Basic Health Unit (BHU) in the city of Iguatu-CE, to verify patients' knowledge about arterial hypertension and to identify factors that facilitate or make it difficult to perform self-care under the patient's perspective. An exploratory-descriptive study with a qualitative approach performed with users diagnosed with hypertension, who did not follow up on a continuous basis. For data collection, the semi-structured interview technique was used. As a method of data analysis, we opted for the content analysis proposed by Bardin. A reduced salt and lipid diet, alcohol and smoking cessation, physical activity and attendance were identified as self-care practices. Among the factors facilitating this self-care, we have the family support and the Family Health Strategy, given the importance of the educational activities that are promoted by the interdisciplinary team that must know the individual's view about the disease and offer a support so that the person with hypertension can perform their self-care. Although many individuals with hypertension know the process of developing the disease, they do not always perform self-care practices, making it difficult to control the disease, which is considered a public health problem. Through the identification of self-care practices and the conditioning factors for their realization, the study allows the formulation of interventions and strategies, in order to make these individuals more autonomous, encouraging more appropriate actions in the prevention of complications and in health promotion.

Keywords: High blood pressure; Healthy lifestyle; Self-care.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais¹.

O tratamento da HAS é realizado por meio do uso de medicamentos e modificações no estilo de vida, as quais incluem alimentação saudável, redução da quantidade de sal, abandono do tabagismo, redução do consumo de álcool e a introdução do exercício físico. Destacando, ainda, a importância das consultas periódicas e das atividades educativas realizadas na Estratégia Saúde da Família¹.

Saúde da Família é a estratégia do Estado Brasileiro para organizar a Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva ampliar em número e qualidade os serviços do primeiro nível do sistema, a fim de alcançar os principais objetivos propostos pelo SUS: universalidade, integralidade, equidade².

Na prática assistencial, os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, notadamente os da Estratégia Saúde da Família, exercem importante função tanto no controle e no tratamento dos hipertensos quanto na prevenção de complicações, como também na educação para a saúde, sendo o espaço dos serviços e a comunidade que compõe a Unidade cenários privilegiados para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e detecção precoce de agravos³.

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. Dentre elas, o controle da hipertensão arterial⁴.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) estabeleceu as diretrizes para ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica, definindo o controle da hipertensão arterial como área de atuação estratégica mínima desse nível de atenção, e o lançamento do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus⁴.

A concepção deste plano prevê a atualização dos profissionais da rede básica de saúde, a realização de ações de promoção da saúde e do controle de fatores de risco, a garantia de diagnóstico e vinculação dos hipertensos às unidades básicas de saúde para tratamento e acompanhamento, a disponibilização contínua de medicamentos e a instituição de elencos mínimos de informações sobre a ocorrência desses agravos⁴.

Os profissionais de saúde precisam também ajudar os familiares das pessoas acometidas com HAS a conviverem com a nova realidade, de forma a facilitar a adesão ao tratamento do hipertenso, que pode ser estendido a toda família. A rede familiar se destaca no auxílio e no apoio ao indivíduo hipertenso durante o período da doença. Este apoio deve ser fornecido não somente na etapa do diagnóstico, mas também no decorrer dos anos de tratamento e acompanhamento da HAS⁵.

A equipe multiprofissional deve ser um agente facilitador para que indivíduo, família e grupo desenvolvam competências para um agir consciente nas questões de saúde.

O paciente detentor dos conhecimentos necessários sobre hipertensão e seu tratamento deve ter o compromisso e a autonomia com sua saúde, sendo capaz de realizar o autocuidado através do uso regular da medicação, comparecer às consultas e adotar um estilo de vida saudável. Ademais, não deve corresponsabilizar seus familiares, os quais, muitas vezes, tornam-se responsáveis pela saúde do familiar hipertenso.

O paciente tem que ser focado como sujeito da ação, ou seja, é o próprio indivíduo quem determina e decide como as ações de cuidado devem acontecer. O controle das decisões e a implementação da intervenção do profissional são transferidos para o paciente, diminuindo a dependência na relação profissional-paciente⁶.

O empoderamento é um processo educativo destinado a ajudar os pacientes a desenvolverem conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento, necessários para que assumam, efetivamente, a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados) interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, tentando realizar ações que produzam resultados de saúde⁷.

A não adesão do cliente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais e familiares que o acompanham. Assim, surge a importância de trabalhar o autocuidado do indivíduo com HAS, contribuindo para que os profissionais possam agir como educadores, orientando o paciente hipertenso para o autocuidado e contribuindo na melhora da adesão ao tratamento.

O estudo justifica-se devido ao elevado número de pacientes hipertensos na Unidade Básica de Saúde da Vila Moura em Iguatu-CE. Durante atuação como profissionais residentes na referida

unidade, foi constatada uma baixa adesão às consultas de enfermagem e aos grupos educativos direcionados para esse público.

A experiência adquirida por meio de residência multiprofissional em saúde da família e a convivência com diferentes classes de profissionais possibilitam um olhar mais abrangente diante do paciente com hipertensão arterial, considerando os diversos fatores que envolvem a vida desse indivíduo e de sua família. Ademais, viabiliza o desenvolvimento de ações mais concretas em busca da promoção da saúde e prevenção de agravos.

Com o estudo, objetiva-se investigar a prática de autocuidado em pacientes com hipertensão arterial que são acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Iguatu-CE, bem como verificar o conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial e identificar os fatores que facilitam ou dificultam a realização do autocuidado sob a ótica do paciente.

Desta forma, sua relevância se dá por contribuir para um melhor atendimento a essa clientela, identificando os motivos da não adesão às condutas terapêuticas e preventivas. Com a identificação, busca-se alternativas para que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Métodos

O estudo se configura como de natureza exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema e tem o intuito de torná-lo mais explícito, tendo como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições⁸.

A abordagem qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Tal pesquisa é descritiva, e os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente⁹.

O espaço escolhido para realização desse estudo é a Unidade Básica de Saúde da Vila Moura, localizada no município de Iguatu no estado do Ceará. O município está situado no Centro-Sul do Ceará, a uma distância de 380 Km da capital. Possui 101.386 habitantes e uma área de 1.029,002 km², conforme estudos do IBGE¹⁰.

A rede de atenção primária do município possui 28 equipes da ESF. Destas, 17 se localizam na zona urbana e 11 na zona rural¹¹. Cada equipe da ESF é composta por 06 agentes comunitárias de saúde, 01 dentista, 02 enfermeiras residentes, 02 médicos (sendo 01 clínico geral e 01 pediatra) e 01 técnico de enfermagem.

Na unidade de saúde referência para este estudo, há 721 famílias cadastradas. Dos dados colhidos através das fichas de supervisão, existem, do total de famílias cadastradas, 201 hipertensos e 63 diabéticos. A unidade de saúde possui uma cobertura de 100%.

A Unidade de Saúde realiza atividades dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde – Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Bucal –, além de visitas domiciliares e atividades educativas com os grupos de idosos e gestantes. Possui, ainda, uma equipe de profissionais residentes em Saúde da

Família, composta por assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo.

Participaram da pesquisa 20 usuários da referida ESF, com diagnóstico de hipertensão arterial, tendo como critério de inclusão aqueles que realizavam atendimentos esporádicos na referida unidade de saúde, sendo identificados através dos agentes comunitários de saúde, e de busca ativa e atividades educativas. A partir da realização dessas atividades, foi possível realizar um acompanhamento mais assíduo, incluindo-os no Programa Hiperdia.

O programa tem como objetivo cadastrar e acompanhar todos os pacientes hipertensos e diabéticos, para que se consiga realizar um controle das referidas patologias. Os sujeitos entrevistados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo a entrevista ocorrido após assinatura do referido documento. Os dados foram obtidos durante o período de janeiro a fevereiro de 2016.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada realizada na unidade de saúde e em visitas domiciliares, contendo dados de identificação e como perguntas norteadoras as seguintes temáticas: Percepção sobre o que é hipertensão arterial, Práticas de cuidado de saúde antes da HAS, Estilo de vida após a HAS e dificuldades encontradas na adesão ao estilo de vida saudável, Apoio familiar na adesão ao tratamento, Participação do paciente de HAS no seu autocuidado, Fatores facilitadores do autocuidado.

Para apreciação dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin, a qual utiliza a construção de categorias buscando preservar a fala dos sujeitos da pesquisa. Constitui-se de algumas etapas para a consecução da análise de conteúdo, organizada em três

fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹².

A primeira etapa, denominada de pré-análise, é a fase que compreende a organização do material a ser analisado com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais¹².

É composta pela realização de quatro processos: (I) a leitura flutuante (estabelecimento dos documentos para coleta de dados, e onde o pesquisador toma conhecimento do texto e transcreve entrevistas); (II) escolha dos documentos (seleção do que será analisado); (III) formulação de hipóteses e objetivos (afirmações provisórias que o pesquisador se propõe a verificar); (IV) elaboração de indicadores (através de recortes de textos nos documentos analisados, os temas que mais se repetem podem constituir os índices)¹².

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública, por meio do Parecer 1.380.938, em acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹³

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos no campo de pesquisa se deu mediante a relação estabelecida entre o significado dado pelos participantes ao objeto pesquisado e os objetivos estabelecidos na pesquisa, enriquecidos pelos aportes teóricos da literatura pertinente ao tema.

No primeiro momento, apresenta-se o perfil dos sujeitos da pesquisa, e, em seguida, as temáticas construídas a partir de suas falas. O anonimato dos participantes foi preservado, sendo utilizados pseudônimos genéricos por meio da sequência: A1 à A20.

No estudo, os entrevistados estavam na faixa etária entre 27 e 84 anos, sendo

05 homens e 15 mulheres. De acordo com a raça, 10 são da raça branca, 08 da parda e 02 da negra. Quanto à escolaridade, 08 são analfabetos, 06 possuem ensino fundamental completo, 04 possuem ensino fundamental incompleto, 02 possuem ensino médio. Em relação ao estado civil, 17 são casados e 03 são viúvos.

Do total, 14 são aposentados, 04 do lar e 02 trabalham (01 agente comunitária de saúde, 01 merendeira escolar). 18 possuem casa própria e 02 residem em casa alugada. Quanto à renda média, verificou-se ser de um a dois salários mínimos.

No presente estudo, percebeu-se que a maioria dos entrevistados possuía mais de 60 anos. Uma entrevistada de 27 anos possui hipertensão primária com histórico familiar prevalente de HAS. A prevalência de hipertensão entre idosos com mais de 65 anos é superior a 60%¹⁴.

O sexo predominante no estudo foi feminino, e, no que se refere à escolaridade, houve predominância do analfabetismo. Com relação ao sexo, os achados em campo se revelam de acordo com a literatura do Ministério da Saúde (2014), ao afirmar que a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial no Brasil era de 24,1%, sendo maior em mulheres (26,3%) do que em homens (21,5%)¹⁵.

A prevalência do sexo feminino pode ser atribuída à maior procura por parte das mulheres aos serviços de saúde de forma sistemática e contínua, para acompanhamento de doenças crônico-degenerativas, e a existência de vários programas de saúde específicos para o sexo feminino¹⁶.

A renda mensal da família dos entrevistados é de 1 a 2 salários mínimos, sendo pessoas inseridas na classe econômica menos favorecida.

A partir das perguntas norteadoras, surgiram as seguintes temáticas: Percepção sobre o que é hipertensão arterial, Práticas de cuidado de saúde antes da HAS, Estilo de vida após a HAS e dificuldades encontradas na adesão ao estilo de vida saudável, Apoio familiar na adesão ao tratamento, Participação do paciente de HAS no seu autocuidado, Fatores facilitadores no autocuidado.

Os seguintes dados foram agrupados em categorias para uma melhor explanação dos resultados a serem analisados, comparando-se sempre com a literatura pertinente, com o intuito de alcançar os objetivos propostos por esta pesquisa.

1. Percepção sobre o que é hipertensão arterial

Percebeu-se que alguns participantes possuem informação sobre a doença e suas consequências, enquanto outros não têm conhecimento sobre o assunto:

“O médico me falou ela alta posso desmaiar, ter um infarto, doença séria, minha pressão era alta 200x100, vivia alterada, ficava nervoso” (sic) (A1)

“Sou preocupada com minha pressão, com medo de passar mal, perigosa, pode dar um AVC, minha avó faleceu de pressão alta” (sic) (A2)

“Quando descobri a doença já sabia dos problemas. Na minha família muitos morreram de pressão alta, pode dar um AVC, problema no coração” (sic) (A3)

“Tomo o remédio e controlo, mas se não tiver o controle pode ocasionar coisa séria” (sic) (A4)

Um fator importante para estimular a adesão ao tratamento é o conhecimento por parte dos pacientes sobre as consequências imediatas e tardias da hipertensão e dos benefícios do tratamento na prevenção desses eventos¹⁷.

Por meio de orientações individuais ou através de atividades educativas em grupos realizadas na Estratégia Saúde da Família, é preciso que as informações sejam repassadas de maneira esclarecedora, fornecendo um bom entendimento sobre a importância do controle da pressão arterial, da adoção de hábitos saudáveis e do tratamento farmacológico.

Destacam-se dois pacientes que relataram não conhecer a hipertensão arterial:

“Eu não sei não o que é” (sic) (A16)

“Não conheço, não sei explicar o que pode ocorrer se ela aumentar” (sic) (A19)

A população, principalmente a mais vulnerável à HAS, necessita ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco da HAS para aderir às condutas de controle e tratamento. A intermediação neste processo deve ser feita predominantemente pela educação em saúde, por sua capacidade de transformar indivíduos, tornando-os mais autônomos para tomar as suas decisões sobre o próprio corpo, com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde, tendo a opção de adotar ou não hábitos e atitudes saudáveis¹⁸.

Destaca-se, ainda, um participante que relatou saber as consequências da hipertensão arterial, mas que não realiza o tratamento adequado:

“Não tenho cuidado, mas sei que é arriscado um derrame, sei do perigo. Tem que fazer a dieta, tomar os remédios, que é pra pressão não aumentar e dar doença mais séria” (sic) (A15).

Estudos mostram que muitos hipertensos possuem a informação sobre sua problemática de saúde, porém não estão devidamente controlando-a. A discrepância entre ter informação a respeito da doença e do tratamento e conseguir

controlar a pressão arterial aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão¹⁹.

2. Práticas de cuidado de saúde antes da HAS

Investigou-se sobre o estilo de vida antes da HAS quanto à alimentação, ao tabagismo, ao sedentarismo e à ingestão de álcool. Descobriu-se um estilo de vida com hábitos inadequados: dieta hiperlipídica (elevado teor de sal), uso de cigarro, etilismo e pouca ou nenhuma atividade física.

Constitui-se como um desafio para os profissionais envolvidos o estabelecimento de intervenções que causem mudanças na dinâmica familiar dos usuários que chegam à unidade de saúde, por estes já possuírem seus padrões comportamentais relacionados às condições socioeconômicas e culturais.

“Trabalhava, tinha uma vida mais alegre. Agora, devido o problema do coração, não trabalho. Fumava, bebia um pouco, comia tudo” (sic) (A3)

“Ah, eu comia o que viesse. Comia comida gordurosa demais e com sal. A comida insossa num era comigo não. Nunca fiz exercício não, nem caminhada. Eu fumava demais, mais de uma carteira por dia” (sic) (A6)

“Fumava, comia tudo” (sic)(A17)

Dentre as modificações que comprovadamente reduzem a PA, tem-se: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, e a prática de exercícios físicos com regularidade. São medidas que promovem o aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e a redução do risco cardiovascular²⁰.

O tabagismo é um fator de risco que tem influência direta no desenvolvimento e consequente agravamento da hipertensão, podendo provocar resistência ao efeito de anti-hipertensivos²¹.

É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que o consumo de álcool não ultrapasse 30 ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720 ml de cerveja) para homens e 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso¹.

3. Estilo de vida após a HAS e dificuldades encontradas na adesão ao estilo de vida saudável

A pesquisa investigou a prática de uma vida saudável após a HAS e as dificuldades encontradas para mantê-la. Observou-se que a maioria procura adotar hábitos saudáveis, tendo como principais modificações os hábitos alimentares e o abandono de fumo e de álcool. A atividade física é pouco relatada durante os depoimentos.

“Não mudei muito não minha vida. Às vezes bebo, como o que não devo, a dificuldade que quero comer comidas gordurosas, salgadas” (sic) (A9)

“Procurei diminuir mais o sal, gordura, nunca fumei nem bebi, não tenho dificuldades, ela é controlada. Sei o que devo comer, não tenho dificuldades, vou pegar meu remédio no posto, faço consultas” (sic) (A10)

“Tive mudanças, diminuí o sal, gorduras, tou comendo mais frutas, verduras, faço caminhada todo dia, tomo os remédios, vou pro postinho me consultar, faço exames, não tenho dificuldades” (sic) (A14)

“Bebia, fumava, comia coisa salgada, mudei tudo isso, faço caminhada” (sic) (A18)

Modificações no estilo de vida requerem muito esforço e determinação. Durante a pesquisa, foi notório, por parte dos pacientes, o empenho em adaptar-se a uma dieta adequada, abolir o tabagismo e o álcool. Foi visto que muitos pacientes com HAS iniciam hábitos mais saudáveis após passarem por um risco iminente de morte.

Outros iniciam o tratamento de maneira adequada, mas acabam abandonando-o.

Em se tratando da terapêutica não farmacológica, a capacidade do paciente em adaptar-se ao novo estilo de vida irá influenciar diretamente em uma adequada adesão. Sendo a HAS uma doença crônica, ela requer mudanças comportamentais para toda a vida. Dieta e exercícios físicos são fundamentais, além da abolição do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas. Em suma, quanto maior a capacidade de se adaptar a esses novos hábitos, melhor será o nível de adesão²².

Outras formas de manejo da hipertensão arterial, como a prática de atividade física e a dieta, também são importantes. Alguns estudos mostram baixa adesão a essas práticas, tanto na população em geral quanto em grupos específicos, como os hipertensos e diabéticos que são mais sujeitos aos efeitos danosos do sedentarismo e da dieta não adequada²³.

Procurou-se saber como é o apoio dos familiares para que os hipertensos tenham uma dieta adequada, uma correta administração da medicação e um comparecimento assíduo às consultas. A maioria afirmou que os familiares ajudam, outros relataram que não possuem auxílio familiar, não existindo interesse sobre o tratamento do familiar hipertenso.

Pacientes idosos relataram a importância do familiar na administração dos medicamentos. Como são vários fármacos, no início acabam confundindo dose, horário e medicamento.

“Quando é preciso me levar pro hospital eles me levam, mas não compreendem minha doença, não tenho muito apoio. Reclamavam da comida no início, mas sou eu que faço, foram se acostumando, eu que resolvo tudo do meu tratamento, vou pras consultas em Fortaleza, consigo meus exames” (sic) (A3)

“Eles não apoiam e nem perguntam dos remédios se eu tomo, nem sabem qual é os remédios. Tudo sou eu mesmo. No começo me atrapalhei daí a agente de saúde me ajudou. Se eles ajudassem era mais fácil” (sic) (A16)

“Minha família ajuda muito, qualquer coisa quer me levar pro hospital, cuidam da alimentação, perguntam direto como tou”. (sic) (A8)

“Eles apoiam meu tratamento, mas sou eu que me cuido, sei dos remédios, da dieta, faço caminhada, eu sou a maior responsável” (sic) (A12)

“Minha família ajuda muito, minha filha faz a comida, fria a sal, sem gordura, se precisar me levam pro médico, lembram do remédio, mas é difícil eu esquecer, não gosto de tá só dando preocupação a eles. Eu me cuido também. Eles tem os afazeres, a vida deles, as preocupações, sei da dieta, como devo me tratar, a responsável sou eu” (sic) (A20)

O apoio familiar influencia sobremaneira no tratamento, seja para hipertensão arterial, seja para qualquer outra doença crônica. A família é o suporte fundamental para que o idoso consiga cumprir adequadamente a receita médica, e, com isto, obter um melhor controle da doença. Quando a família está presente e participa do seu tratamento, há maior adesão, por exemplo, às modificações no estilo de vida recomendadas²⁴.

Dois participantes relataram a importância da presença familiar no tratamento, frisando, ao mesmo tempo, que os principais cuidadores são eles próprios, os acometidos pela HAS.

O controle das decisões e a implementação da intervenção do profissional são transferidos para o paciente, diminuindo também a dependência na relação profissional-paciente e a prevenção de suas sequelas negativas.

4. Participação do paciente de HAS no seu autocuidado

Procurou-se investigar a prática de autocuidado e como esses pacientes a realizam, verificando se existe dependência familiar ou dos profissionais da saúde, e identificando os fatores facilitadores para sua adesão.

Os sujeitos da pesquisa relataram a importância do estímulo para o autocuidado, sendo fundamental para que o paciente aprenda a ter uma vida mais saudável, aplicando, além do tratamento medicamentoso, os exercícios físicos e mudanças nos hábitos familiares.

“Eu mesmo me cuido. Quando descobri, as pessoas do posto, médico, agente de saúde, enfermeira, me disseram da dieta, das caminhadas. Meu leite tomo desnatado, muita verdura, fruta. Graças a Deus nunca fumei nem bebi” (sic) (A5)

“Me cuido, tomo os remédios, não precisa ninguém mandar, faço caminhadas” (sic) (A12)

“Eu me cuido, tomo meus remédios sem ninguém mandar, alimentação certa, consultas no posto” (sic) (A13).

“No começo me disseram como tomar os remédios, a dieta. Agora eu mesmo tomo os remédios” (sic) (A17)

Segundo os relatos, as orientações recebidas sobre o tratamento foram de fundamental importância para a adesão. O processo educativo hoje é visto como uma tecnologia básica que proporciona a adesão ao tratamento por meio de recursos disponíveis para orientação, educação e motivação para a mudança de comportamento em relação ao autocuidado²⁵.

Os profissionais de saúde devem fornecer ao paciente informações sobre sua doença, incluindo todas as suas possíveis complicações, alternativas de tratamento,

seus riscos e benefícios, assegurando educação para o autocuidado, a fim de que o cliente torne-se responsável por sua própria vida²⁶.

O cuidado empoderador surge como uma atividade intencional que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesma e daquilo que a cerca, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta. Além disso, capacita o doente crônico a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver esses problemas com os seus recursos ou com apoios externos e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem estar²⁷.

Destacam-se dois depoimentos que citam os hábitos alimentares como influentes no grau de adesão ao tratamento:

“Tomo os remédios. A parte da comida, gordura, sal, não tenho muito cuidado, é difícil quando já é acostumado e gosta de certas comidas e ter que deixar. Me falaram da caminhada mas também não faço” (sic) (A9)

“A família briga comigo, me levam pro hospital quando tou ruim, até os remédios eles tem que me dar. A alimentação nunca fui acostumado a comer frutas, verduras, gosto de comida mais pesadas” (sic) (A15)

As escolhas alimentares são estabelecidas desde a infância, na qual são também construídos os significados do ato de comer, assim como a forma que se organizam e se estruturam os hábitos alimentares. Percebe-se que o ato de comer não é ditado apenas pela função nutricional, mas também por representar uma ação que proporciona satisfação e prazer²⁸. É por esse entendimento que se justificam as dificuldades em estabelecer mudanças nos hábitos alimentares,

situação essa vivenciada frequentemente pelos pacientes com HAS.

5. Fatores facilitadores no autocuidado

A pesquisa investigou os fatores que facilitam a adesão ao tratamento, sendo citados: Estratégia Saúde da Família (ESF), plantas medicinais, apoio familiar e atividade física.

“Os chás ajudaram muito, chá da colônia muito bom pra pressão” (sic) (A1)

“Tudo acho fácil, sei me cuidar, que é pra mim comer, procuro fazer tudo certo” (sic) (A4)

“Acho difícil, tem que tomar remédio pra vida toda, alimentação sempre regrada. Eu mesma faço minha comida já fria de sal. O que tem fácil é a ajuda do posto de saúde” (sic) (A7)

“Pra mim tudo foi fácil, aonde chego pra me consultar sou bem recebida. No início a dificuldade foi com a alimentação pra conseguir mudar, faço exercícios com o grupo aqui do posto, vou lá pro grupo dos bombeiros e da faculdade, me sinto bem” (sic) (A13)

“Tem remédio caseiro muito bom, coloco alho de molho, limão ajuda” (sic) (A18)

“Não acho nada fácil, minha filha que me orienta, dos remédios, comida” (sic) (A19)

A ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde, proporcionada pela Estratégia Saúde da Família, melhorou o acesso da população aos serviços básicos de saúde. Essa estratégia permitiu, entre outros avanços, a criação de vínculo entre os usuários e a equipe de saúde da família, favorecendo um acompanhamento mais sistemático e a ampliação das atividades de promoção e prevenção²⁹.

Esses avanços vieram somar esforços à implantação das diretrizes propostas pelo plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes, dando garantia de diagnóstico e vinculação dos hipertensos e diabéticos às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento²⁹.

As práticas educativas em grupo determinam para os idosos concepções de um cuidado mais integralizado e humanizado, o que de certa forma os motiva a compreender o processo saúde/doença e a gerenciar responsabilidades como verdadeiros coautores de sua própria condição de saúde³⁰.

A utilização de plantas, tanto na prevenção da elevação da pressão arterial, quanto na tentativa de redução dos valores pressóricos, deve ser utilizada como medida alternativa no tratamento da HAS e encarada como opção na busca de soluções terapêuticas. É usada, principalmente, pela população de baixa renda, já que se trata de uma alternativa eficiente, barata e culturalmente difundida³¹.

É a tradição do uso doméstico e comunitário de plantas medicinais, transmitida oralmente em cada realidade local, de geração em geração. Todo território ou unidade de saúde pode identificar com facilidade, na comunidade adscrita, aquelas pessoas que detêm conhecimento familiar referente a diversos tratamentos com plantas medicinais e alguns de seus derivados caseiros³².

Diante dos depoimentos, apenas um participante citou a atividade física como fator importante no tratamento. Para todos os pacientes com hipertensão arterial, mesmo aqueles em uso de tratamento medicamentoso, recomenda-se o exercício físico. O treinamento físico moderado e regular promove queda da pressão arterial por reduzir a atividade simpática e do tônus simpático cardíaco, além de ajudar na adequação do peso corporal³³.

Condiserações finais

Os achados desse estudo apontam que alguns pacientes ainda desconhecem a hipertensão, enquanto outros são detentores dos conhecimentos necessários, mas não se habitam às mudanças necessárias. Dentre estes, é notório que a maioria está se adaptando a uma vida com dieta adequada, abandono do tabagismo e álcool, mas poucos relatam a prática de atividade física.

Em relação às ações de cuidado, foi possível constatar a importância do apoio familiar, principalmente, aos pacientes idosos que apresentam uma memória prejudicada e esquecem horários da medicação. A família precisa se adaptar a uma dieta hipossódica, hipolipídica, e, dessa forma, promover o incentivo a uma alimentação saudável. Foi relatado que os familiares compreendem e ajudam nos hábitos alimentares adequados. Em sua maioria, os familiares dos pacientes entrevistados auxiliam na alimentação, nos remédios e na ida às consultas. A minoria relatou que não possui apoio, dificultando o tratamento, apontando que, se houvesse apoio, o tratamento seria melhor realizado.

Diante do exposto, foi constatado o apoio da equipe de Estratégia Saúde da Família no tratamento medicamentoso e no estilo de vida saudável, através das consultas, práticas educativas e atividade física.

Foi possível identificar que os remédios caseiros e as plantas medicinais destacam-se muito entre os fatores facilitadores. A atividade física, embora pouco citada, foi relatada como uma promotora do bem estar.

Outro aspecto importante é o dever que o indivíduo acometido por HAS possui para com o autocuidado, sendo visto nos depoimentos que pessoas informadas,

possuidoras de conhecimentos acerca da doença e do tratamento, tornam-se mais responsáveis pela sua saúde.

A pesquisa apresentou como limitação a disponibilidade de alguns entrevistados em responder ao questionário. Alguns respondiam através de monossílabos, sendo instigados a realizar um diálogo mais aberto. Tal situação, entretanto, não interferiu no desenvolvimento do estudo.

O estudo apresentado se mostra relevante, haja vista que a HAS, apesar de ser bastante identificada e trabalhada na Estratégia Saúde da Família, sendo alvo de muitas ações desenvolvidas, ainda assim, não se alcançou a total adesão dos pacientes às práticas saudáveis necessárias.

Os pacientes que não realizam um tratamento adequado, no futuro, poderão ser acometidos por doenças mais severas. Diante do exposto, nota-se que os cuidados precisam ser mantidos e reforçados, ressaltando a importância do âmbito familiar e da equipe de saúde. A promoção em saúde precisa ser priorizada nas atividades das equipes de saúde, e para que a hipertensão seja evitada, um trabalho árduo que envolva prática de vida saudável, a partir da infância, precisa ser realizado.

Referências

- 1 Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev. Arq Bras Cardiol [online]. 2010, vol.95, n.1(Supl.1) [citado em 2015-06-14], pp.1-51. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>.
- 2 Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ, Duncan, MS, Giugliani, C. Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- 3 Felipe, GF, Moreira, TMM, Silva, LFS, Oliveira, ASS. Consulta de enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. Rev. Rene [online]. 2011, vol.12, n.2 [citado em 2016-02-06], pp.1-8. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a09v12n2.pdf>.
- 4 Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília; 2001.
- 5 Faquinello, I P, Marconi, SS, Waidmann, MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. Rev. Bras Enferm [online]. 2011 set-out; vol.64, n.5 [citado 2016-02-08], pp. 849-856. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf>>.
- 6 Berardinelli, LMM, Guedes, NAC. Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção de cuidado. Rev. Enfermagem UERJ [online]. 2013 dez, vol. 21, n.1 [citado 2015-06-14], pp. 575-580. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a03.pdf>>.
- 7 Silva, MCS, Lautert, L. O senso de auto eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. Rev. Esc Enferm USP [online]. 2010 mar, vol.44, n.3 [citado 2016-02-09], pp. 61-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100009>. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100009>.
- 8 Figueiredo, NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2008.
- 9 Prodanov, CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.
- 10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Contagem da população: base de dados na internet. Brasília: [atualizado 2015; citado 2016-07-29]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230550>>.
- 11 Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília: Portal da Saúde; [citado 2016-06-29]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?>>>.
- 12 Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011: 229.
- 13 Ministério da Saúde. Resolução 466/2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP; [citado 2016-06-30]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

- 14 Barbosa, RGB, Ferriolli, E, Moriguti, JC, Nogueira, CB, Nobre, F, Ueta, J. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2012 jun-jul, vol.99, n.1 [citado 2016-03-03], pp. 636-641. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000009>. Epub 07-Jun-2012. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000054>.
- 15 Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde; 2015; [citado 2016-03-03]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>.
- 16 Zavatini, MA, Neto, PRO, Cuman, RKN. Estratégia Saúde da Família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. *Rev. Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2010 dez, vol.31, n.4 [citado 2016-03-03], pp. 647-654. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13275>>. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400006>.
- 17 Lima, TM, Meiners, MMMA, Soler, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na unidade municipal de saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde* [online]. 2010, vol.1, n.2 [citado 2016-03-03], pp.113-120. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000200014>. ISSN 2176-6215. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000200014>.
- 18 Santos, ZMSA. Hipertensão arterial: um problema de saúde pública. *Rev. Bras. Promoção Saúde* [online]. 2011 out-dez, vol.24, n.4 [citado 2016-03-03], pp. 285-286. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40820855001.pdf>>. ISSN 1806-1222.
- 19 Pierin, AMG, Jesus, ES, Augusto, MAO; GUSMÃO, J, Ortega, K, Mion Junior, D. Variáveis biopsicossociais e atitudes frente ao tratamento influenciam a hipertensão complicada. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2010, vol.95, n.5 [citado 2016-02-08], pp.648-654. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001500014>. Epub 01-Out-2010. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000132>.
- 20 Oliveira, CJO, Moreira, TMM. Caracterização do tratamento não farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Rene* [online]. 2010 mar, vol. 11, n.1 [citado 2016-02-05], pp. 76-85. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/349/pdf>>.
- 21 Paes, IMBS, Fontbonne, A, Cesse, EAP. Estilo de vida em hipertensos frequentadores do programa Academia da Saúde. *Rev. Bras. Promoção Saúde* [online]. 2011 out-dez, vol.24, n.4 [citado 2016-03-04], pp. 340-346. Disponível em <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2091>>. <http://dx.doi.org/10.5020/2091>.
- 22 Calista, AA, Vasconcelos, ASS, Oliveira, MRL. Hipertensão arterial sistêmica: fatores contribuintes para a adesão ao tratamento. *Rev. Eletrônica de Ciências* [online]. 2008, vol.7, n.10/11 [citado 2015-10-26], pp. 101-110. Disponível em: <<http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/viewArticle/11>>.
- 23 Girroto, E, Andrade, SM, Cabrera, MAS, Matsuo, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.6, [citado 2016-03-04], pp. 1763-1772. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27>>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>.
- 24 Marques, EIW, Petuco, VM, Gonçalves, CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo-RS. *Rev. Bras. de Ciência do Envelhecimento Humano* [online]. 2010 mai-ago, vol.7, n.2 [citado 2016-03-04], pp.267-279. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/865>>. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.865>
- 25 Silva, GAS, Ribeiro, LG, Silva, TCS, Lopes, MLH. Perfil de engajamento para o autocuidado em portadores de hipertensão arterial. *Rev. Rene* [online]. 2008 out-dez, vol.9, n.4 [citado 2016-02-08], pp.33-39. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/617>>.
- 26 Menezes, AGMP, 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*[online]. 2010, vol.34, n.1 [citado 2016-02-05], pp. 97-102. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/13_revisao_Educacao.pdf>.

- 27 Taddeo, PS, Gomes, KWL, Caprara, AA, Gomes, AMA, Oliveira, GCO, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.11 [citado 2012-03-04], pp. 2923-2930. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>.
- 28 Silva, FM, Budó, MLD, Garcia, RP, Sehnem, GD, Schimith, MD. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. *Rev. Enferm. UERJ* [online]. 2013 jan-mar, vol.21, n.1 [citado 2016-02-08], pp. 54-59. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a09.pdf>>.
- 29 Costa, JMBS, Silva, MRF, Carvalho, EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.2 [citado 2016-02-06], pp. 623-633. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200026>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000200026>.
- 30 Queiroz, EPS, Carvalho, RN, Cavalcanti, PB, Araújo AP. Grupo de idosos e estratégia saúde da família: práticas educativas na promoção de envelhecimento saudável. *Revista Tema* [online]. 2014, v.15, n.22/23 [citado 2016-03-05], pp.17-32. Disponível em: <<http://www.revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/download/250/164>>. ISSN 2175-9553.
- 31 Dourado, CS, Costa, KNFM, Oliveira, JS, Leadebal, ODCP, Silva, GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Rev. Maringá* [online]. 2011, vol.33, n.1 [citado 2016-03-05], pp.9-17. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7708>>. ISSN 1807-8648. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v33i1.7708>.
- 32 Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Práticas Integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: 2012; 156p.
- 33 Vitor, AF, Vasconcelos, JDP, Monteiro, FPM, Lopes, MVO, Moraes, HCC, Araújo, TL. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. *Rev.de Enferm. Escola Anna Nery* [online]. 2011 abr-jun, vol.15, n.2 [citado 2016-03-05], pp.251-260. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127719099006>>. ISSN 1414-8145.

Endereço para correspondência

Fabiana Sales Vitoriano Uchôa
Prefeitura Municipal de Fortaleza,
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
Rua do Rosário – Centro.
CEP: 60.055-090. Fortaleza-CE
e-mail: fabianasales@globo.com.