

O AUTOCUIDADO DO ADULTO HIPERTENSO

The Self Care Adult Hypertensive

Alessandra Flores da Cunha¹
Elisete Rossato Rick²
José Otávio Feltrin³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido: 27 jan. 2014
Aprovado: 15 set. 2014

Resumo: A hipertensão arterial constitui-se num relevante problema de saúde pública, apresentando elevado índice de prevalência e mortalidade. O diagnóstico correto da hipertensão arterial e a persistência dos pacientes no acompanhamento são fatores-chave para atingir a meta ideal de tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular. O objetivo do estudo foi identificar de que forma o adulto hipertenso mantém seu autocuidado em relação ao processo da doença. Realizou-se uma pesquisa com levantamento de dados descritivo- exploratório e de campo, com abordagem quali-quantitativa a partir da utilização de uma entrevista semi-estruturada, realizada através de visitas domiciliares. Os sujeitos do estudo foram compostos de 23 pacientes adultos com hipertensão da microárea4, da ESF São Francisco de Torres RS. Com relação à prevalência dos fatores de risco cardiovasculares, verificou-se que 100% dos hipertensos apresentavam antecedentes familiares de doenças cardiovasculares. Dos pacientes hipertensos entrevistados 69,6% revelaram apresentar dificuldades para manter o autocuidado relacionados à: alimentação; controle do sal; dificuldade financeira; estresse e ansiedade; falta de tempo; dor e problemas de saúde associados; manter o peso; fazer exercício físico e o uso do álcool. Dessa forma, é indispensável apontar, aos pacientes, novas perspectivas para mudança dos hábitos de vida, o que resultaria em melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão. Adulto. Enfermagem. Programa Saúde da Família.

Abstract: Hypertension constitutes a significant public health problem, with high rates of prevalence and mortality. The correct diagnosis of hypertension and persistence of patients in follow-up are key factors to achieve the ideal goal of treatment and reduce cardiovascular morbidity and mortality. The aim of the study was to identify how the adult hypertensive keeps your self-care in relation to the disease process. A survey of descriptive exploratory survey and field data, with qualitative and quantitative approach, from the use of a semi - structured interview, conducted through home visits was performed. The study subjects were composed of 23 adult patients with hypertension

¹ Enfermeira – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: alessandra222009@hotmail.com.

² Enfermeira - Mestrado em Saúde Coletiva – Professora Curso de Enfermagem UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: elisete.rick@unisul.net.

³ Enfermeiro - Mestrado em Saúde Coletiva – Professor Curso de Enfermagem UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: bimba@unesc.net.

⁴ Enfermeira - Mestrado em Educação – Professora Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: guiga@engeplus.com.br.

microarea 4, Family Health Strategy San Francisco Torres RS. With regard to the prevalence of cardiovascular risk factors, it was found that 100 % of hypertensives had a family history of cardiovascular disease. Of the respondents 69.6 % had hypertensive patients have difficulty in maintaining self-care related to: power, control salt; financial hardship, stress and anxiety, lack of time, pain and associated health problems, maintain weight, get exercise and alcohol use. Thus it is essential to point out to patients new prospects for change in lifestyle, which would result in better quality of life.

Keywords: Hypertension. Adult. Nursing. Family Health Program.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial constitui-se um relevante problema de saúde pública, ressaltando-se que apresenta elevado índice de prevalência e mortalidade (FIGUEIREDO, 2005; BRASIL, 2006; PIRES; MUSSI, 2008; DUARTE et al, 2010; GUEDES et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2013; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

Atualmente, cerca de 300 mil pessoas morrem, por ano, em consequência das doenças cardiovasculares. É comum o aparecimento da hipertensão arterial na fase adulta, sendo que 39% dos hipertensos têm entre 20 e 49 anos (FIGUEIREDO, 2005).

O diagnóstico correto da hipertensão arterial e a persistência dos pacientes no acompanhamento são fatores-chave para atingir a meta ideal de tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular.

A adesão ao tratamento, definida como a correta execução da prescrição do médico, incluindo alterações em medicamentos e/ou no estilo de vida, é um fator significativo no sucesso do tratamento. A não adesão é identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada, representando, assim, um risco significativo de eventos cardiovasculares (BASTOS-BARBOSA et al, 2012).

A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (GIROTTI et al, 2013).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é

frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (BRASIL, 2006; DUARTE et al, 2010; GUEDES et al, 2011; CARVALHO et al, 2012; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013; GIROTTO et al, 2013). Esses são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) aos níveis considerados normais em todo o mundo (BRASIL, 2006).

Os fatores que interferem na adesão estão associados à terapêutica, ao sistema de saúde e ao indivíduo. Apesar da importância de se estudar essa gama de fatores, pouco tem sido explorado sobre aqueles associados às pessoas hipertensas, no que se refere às suas crenças em saúde sobre as medidas de prevenção e controle da doença, a saber: dieta hipossódica e com baixo teor de gordura saturada e colesterol, abandono do tabagismo, redução do consumo de álcool, prática de atividade física, lazer, relaxamento, manutenção do peso corporal ideal, controle da pressão arterial e comparecimento periódico às consultas médicas (PIRES; MUSSI, 2008).

A hipertensão é considerada uma doença multifatorial, desencadeada de forma isolada ou está associada ao agravamento de diversas doenças; em virtude do seu caráter crônico e incapacitante, gera aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na autoestima e autoconceito do indivíduo; aliado ao discurso disciplinador, a pessoa hipertensa apresenta uma condição de vida cerceada, necessitando de monitoramentos constantes, mudança de hábitos de vida, incluindo a medicalização da alimentação, da atividade física; o patamar de adesão é insatisfatório, contribuindo para a morbimortalidade da doença. Esse panorama revela que a prevenção e o controle da doença são imprescindíveis e um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos (PIRES; MUSSI, 2008).

As equipes da saúde da família – ESF possuem os melhores requisitos para promoverem a adesão ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a responsabilização do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (OLIVEIRA et al, 2013).

As mudanças de comportamentos necessárias para o controle da pressão arterial são

desafiadoras para hipertensos e serviços de saúde. Estudos que identifiquem as prevalências de adesão às diferentes modalidades de tratamento e os grupos populacionais mais vulneráveis a não adesão são importantes para direcionar ações individuais e coletivas de atenção à saúde (GIROTTTO et al, 2013).

A partir dessas reflexões, tem-se como objetivo identificar de que forma o adulto hipertenso mantém seu autocuidado em relação ao processo da doença.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como quali-quantitativo, descritivo-exploratório e de campo. Realizou-se visita domiciliar e aplicou-se entrevista semiestruturada com 23 pacientes adultos com hipertensão da microárea4, da Estratégia Saúde da Família (ESF) São Francisco de Torres RS. Como critério de inclusão, utilizou-se: paciente hipertenso; adulto; aceitação para participar da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, segundo os preceitos éticos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). A análise de dados qualitativos realizou-se através da categorização de dados (MINAYO, 2009). Os dados quantitativos foram organizados através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa.

Para preservar o sigilo decorrente da aplicação das entrevistas realizadas com os pacientes, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/12 que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra “H” para os pacientes adultos hipertensos, seguido do respectivo número.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL pelo nº Projeto 372.522.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do Perfil dos pacientes hipertensos

Em relação ao perfil dos pacientes adultos hipertensos, 73,91% é do sexo feminino e 26,09% do sexo masculino. A idade variou de 39 a 59 anos. Em relação ao estado civil, 52,17%

são casados, 26,09% solteiros, 13,04% viúvos e 8,7% divorciados. Quanto à escolaridade, 73,91% dos pacientes não concluiu o ensino fundamental; 13,04% com 1º grau completo; 8,7% com 2º grau completo e 4,35% analfabeto.

O nível de escolaridade está inversamente relacionada com a ocorrência de complicações da hipertensão, pois indivíduos com nível superior têm prevalência de complicações hipertensivas 40% menor do que aqueles com menos de 10 anos de estudo. A falta de estudo pode estar diretamente relacionada com a falta de compreensão do tratamento, as indicações medicamentosas, assim como as recomendações de mudanças comportamentais (MOUSINHO; MOURA, 2008).

A descoberta da hipertensão arterial

O tempo de descoberta da hipertensão foi bem variado: de 1 ano a 18 anos. Quando os pacientes foram questionados sobre a descoberta da hipertensão e a sintomatologia, 43,5% citaram mal-estar; 39,1% dor cervical; 34,8% náusea e enjôo; 26,1% cefaleia e peso na cabeça; 21,7% dor precordial e pressão no peito; 17,4% vertigem; 17,4% eritrofobia ou rubor facial; 4,3% pulso vibrante e zumbido; insônia, estresse e frio. A Gravidez de alto risco e a pré-eclampsia foram relatadas por 8,7% dos hipertensos. Já, 17,4% descobriram a hipertensão em virtude de doenças associadas, que foram: 8,7% transplante de fígado; 4,3% colecistectomia e doenças císticas dos rins. Destaca-se que 8,7% dos hipertensos eram assintomáticos.

Na maioria das vezes, não há sintomas, eles só aparecem quando a hipertensão já está muito elevada, pode ocorrer dor precordial, cefaleia, com mais frequência na região da nuca, vertigem, náusea, mal-estar, visão turva e até mesmo o sangramento nasal (FIGUEIREDO, 2005).

Destacam-se, nos relatos dos pacientes H2, H7, H18, H20, H21, a dor e pressão no peito.

(H2) “Há doze anos. Devido à dor no peito procurei um médico que constatou a PA alta. Sentia dor no peito, que parecia correr do pescoço ao peito.”

(H7) “Há sete anos. Passei mal algumas vezes, fui ao médico, fiz exames e descobri que tinha PA alta. Náusea, dor de cabeça forte, pressão no peito, calorão e calor como um vermelhão para a cabeça.”

(H18) “Há três anos. Foi em uma consulta de emergência. Dor no peito e mal estar.”

(H20) “Há oito anos. Por exame devido aos sintomas. Estresse, dor no peito e dor na nuca.”

(H21) “Há dez anos. Se sentiu mal e a PA estava alta. Dor no peito, dor na nuca e

ânsia de vômito.”

Ressalta-se, no relato dos pacientes H15 e H23, a descoberta da hipertensão através de consulta médica, pois os pacientes eram assintomáticos, o que corrobora a característica da hipertensão como “assassina silenciosa”:

(H15) “Há cinco anos. Foi a uma consulta e a PA estava alta, devido também ao rim com cisto. Não sentia nada.”

(H23) “Há dez anos. Consulta normal. Não sentia sintomas.”

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada uma "assassina silenciosa", é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes, pois muitos dos pacientes relatam não sentir sintomas, sendo esse fato preocupante. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas e de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a HAS continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade (SILVA et al, 2013).

Considera-se importante salientar que, por não sentir qualquer sintoma, alguns pacientes tendem a não manter o ideal autocuidado em relação à doença.

O Brasil tem aproximadamente 17 milhões de pessoas portadoras de HAS, o que representa 35% da população com mais de 40 anos. Esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. Estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (SILVA, 2012).

O diagnóstico precoce e seu tratamento adequado são fundamentais para o controle da HAS e suas complicações. O controle da HAS depende de medidas dietéticas; estilo de vida saudável e, quando necessário, o uso regular de medicamentos.

Tratamento medicamentoso

Destaca-se que 100% dos pacientes entrevistados tinham indicação medicamentosa para o controle da Hipertensão Arterial Essencial (HAS). O paciente H10 relatou não utilizar a medicação, o que pode incorrer em complicações relacionadas à hipertensão não tratada:

(H10) “Deveria, mas não tomo medicação.”

A adesão à medicação é estimada em torno de 50%, e essa taxa diminui ainda mais com relação às mudanças no estilo de vida (BASTOS-BARBOSA et al, 2012).

Esse dado é considerado preocupante devido ao agravamento da doença, após o diagnóstico, o autocuidado do paciente é fator-chave muito importante para atingir a meta ideal de tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular.

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso proposto é uma das principais causas de inadequado controle da hipertensão arterial. Hipertensos que não aderem ou abandonaram o tratamento apresentaram risco de síndrome coronária aguda três vezes superior aos pacientes que mantiveram o tratamento anti-hipertensivo (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

História da família de hipertensão

O fator de risco antecedentes familiares de Doenças Cardiovasculares (DCV) é citado por Piaci, Felicetti e Lopes que em estudos verificaram que 70% dos indivíduos portadores de HAS referiram histórico positivo para Doenças Cardiovasculares (SILVA, 2012). Já no presente estudo, 100% dos pacientes relataram antecedentes familiares.

O fator hereditariedade é considerado como risco aumentado e pode ser entendida por efeitos genéticos sobre outros fatores de risco como hipertensão arterial, obesidade, entre outros, sendo a avaliação relevante no contexto do diagnóstico e prevenção destas doenças (SILVA, 2012).

A causa da hipertensão

Quando os pacientes foram questionados sobre a causa da sua hipertensão, 52,2% responderam causas relacionadas ao estresse, ansiedade, preocupação, nervosismo, incomodação e discussões frequentes; 13% responderam doenças associadas com o início da hipertensão, como problemas renais e transplante; 13% responderam os fatores de risco, como sobrepeso, alimentação inadequada, idade, hereditariedade e tabagismo; 8,7% relataram ser devido à menopausa e gravidez; 4,3% relataram ser devido o transtorno mental e 8,7% não souberam responder.

Existe relação da ansiedade com a personalidade e, ainda, relação de vulnerabilidade ao estresse e à gênese da hipertensão arterial. Já, em outros estudos, autores diferentes

apontaram a associação entre expressão da raiva e níveis de pressão arterial que pode ser afetada por diversos fatores. Outro aspecto que pode ser levado em consideração é o neurobiológico, pode-se apontar relação entre o funcionamento do sistema nervoso simpático (SNS), as emoções e a hipertensão arterial, pois quando em situações de emergência, o Sistema Nervoso Simpático (SNS) prepara o organismo para a ação por meio da elevação da pressão arterial, frequência cardíaca e respiração (FONSECA et al, 2009).

As doenças associadas com o início da hipertensão foram relatadas pelos pacientes H3; H13 e H19:

(H3) “Devido a problemas renais.”
(H13, H19) “Devido ao transplante.”

Os principais grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal são diabetes mellitus, hipertensão arterial e história familiar. Todo paciente pertencente ao chamado grupo de risco, ou seja, com hipertensão e com história familiar, mesmo que assintomático deve ser avaliado anualmente com exames (OPS; 2010).

As cirurgias podem resultar em consequências futuras, condições podem persistir ou surgir, tais como piora de controle da hipertensão arterial sistêmica, entre outros fatores (AGENA, 2010).

A Hipertensão Arterial Essencial (HAS) torna-se presente com mais frequência em receptores de órgãos de doadores falecidos do que quando comparada de doadores vivos (AGENA, 2010).

A hipertensão foi associada tanto à gravidez de alto risco (H4), como à menopausa (H4):

(H4) “Apareceu junto com a menopausa.”
(H10) “Apareceu durante a gravidez.”

O pré-natal periódico é necessário para que a gravidez evolua de forma segura, o que compreende medidas de prevenção e promoção da saúde, além de detectar e tratar precocemente qualquer intercorrência que propicie evolução desfavorável para a mãe e ou para o feto. Dentre essas intercorrências, encontra-se a pré-eclampsia, cujo início é lento e insidioso na segunda metade da gravidez, com incidência em 5% a 8% das gestações. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de hipertensão com proteinúria ou edema, ou ambos (SOUZA et dal, 2007)

Sobre os fatores de risco para DCV no período após a menopausa representam a principal causa de morbimortalidade, na faixa etária após os 40 anos. Nesse sentido, torna-se necessária a abordagem preventiva dos fatores de risco identificáveis durante a vida reprodutiva, no sentido de minimizar a ocorrência futura de eventos mórbidos relacionados ao sistema cardiovascular (SANTOS; SILVA, 2006; AZEVEDO et al, 2006).

A hipertensão é associada a fatores de risco tais como sobrepeso, alimentação inadequada, idade e hereditariedade e tabagismo, citado pelos pacientes:

- (H5) “Peso e cigarro.”
- (H18) “Idade e hereditariedade.”
- (H23) “Alimentação inadequada.”

Dentre os fatores de risco conhecidos para a HAS, são: tabagismo, ingestão de álcool, história familiar de hipertensão, fatores psicológicos, certos traços de personalidade e estresse, obesidade, inatividade física e abundância no consumo de sódio que podem sendo esses importantes desencadeadores no desenvolvimento da hipertensão (FONSECA et al, 2009).

Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, cessação do tabagismo e evitar uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser controlados, juntamente com o tratamento medicamentoso. Apesar dessas evidências, esses fatores relacionados aos hábitos de vida continuam a crescer na população levando a um aumento contínuo da incidência da HAS, bem como do seu controle inadequado (SILVA, 2012).

A hereditariedade é citada como um fator de risco não modificável que parece influenciar o processo de DCV (SILVA, 2012).

Os pacientes H15 e H16 não souberam responder.

Um aspecto importante a ser sugerido é a inclusão de uma orientação multidisciplinar para o tratamento da HAS, incluindo orientação nutricional, atividade física e acompanhamento psicológico para o adequado manejo do estresse, sendo este último citado por mais da metade dos pacientes (52,2%).

O cuidado relacionado à hipertensão

Os cuidados dos pacientes em relação à hipertensão foram relacionados a: 86,9%

utilização de medicamentos; 69,6% consulta médica periódica; 56,5% alimentação; 47,8% controle da pressão arterial; 43,5% peso; 39,1% atividade física regular; 17,4% adesão ao grupo de hipertensos; ainda, nessa questão, citaram-se outros cuidados como: 8,7% cuidado com o sal, e ingestão hídrica; 4,3% evitar incomodação e confusão.

O cuidado com a alimentação foi relatado por 56,5% dos pacientes hipertensos, e 8,7% relataram que controlam na alimentação apenas o sal, sendo esse um enorme benefício, já que a redução do sal é um importante aliado para a prática da alimentação saudável. Sabe-se que a redução da ingestão do sal na dieta, além da redução da pressão arterial, determina a queda da mortalidade por acidente vascular encefálico e a regressão da hipertrofia ventricular esquerda (PIRES; MUSSI, 2008).

A modificação no estilo de vida é peça fundamental no tratamento da HAS. Cuidados com a alimentação, especialmente quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, cessação do fumo e evitar uso excessivo de álcool, consistem em minimizar os fatores de risco, junto com o tratamento medicamentoso, trazem benefícios à saúde. Apesar de variadas evidências, esses fatores ainda compõem os hábitos de vida da população, continuam a crescer, levando a um aumento contínuo da incidência da HAS, bem como do seu controle inadequado (BRASIL, 2006).

A atividade física ajuda a controlar os fatores de risco cardiovasculares e reduz a pressão arterial independentemente do efeito na diminuição do peso (BASTOS-BARBOSA et al, 2012).

No intuito de tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento, também o controle de seus fatores de risco. São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, entre os quais se destacam idade avançada, etnia negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação (GIROTTI et al, 2013).

Orientações recebidas da equipe de saúde do ESF

As orientações recebidas pela equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram relacionadas a: 47,8% alimentação; 30,4% medicação; 26,1% exercício físico, atividade física e várias orientações de cuidados; 17,4% sal, e controle de PA; 8,7% convite para

participar dos grupos, cuidado com peso e evitar incomodação; 4,3% participar dos grupos de hipertensão; eliminar cigarro, tabagismo; diminuir o café; pouco óleo; e cuidados com o sol e hidratação.

A prática de atividade física é uma orientação constante, pois o sedentarismo tem sido identificado não só como um fator de risco independente para o desenvolvimento de DCV, mas também, relacionado à maior prevalência de HAS, DM, obesidade e dislipidemias. O exercício físico regular, orientado por profissional habilitado, é indispensável para melhorar a função cardiovascular e aumentar o gasto energético diário, tornando o indivíduo mais saudável (SILVA, 2012).

A HAS associada ao hábito de fumar pode levar à morte por doenças vasculares e elevam as chances de sofrerem infarto do miocárdio, em comparação com os não fumantes (SILVA, 2012).

As mudanças no estilo de vida fazem parte do tratamento não farmacológico da hipertensão arterial e suas modificações e adaptações dependem do indivíduo doente para que o tratamento tenha sucesso.

Quando os pacientes foram questionados sobre de quem receberam essas orientações: 60,9% relataram ACS; 34,8% Médica; 17,4% Grupos HAS, Enfermeira; 13% relataram Todos da equipe; 4,3% Técnica de Enfermagem, Nutricionista.

O controle da hipertensão depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações. No entanto, estima-se que somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis e essa insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade. (OLIVEIRA et al, 2013).

Destaca-se o papel do Agente Comunitário de Saúde(ACS) em estimular os pacientes em relação ao seu autocuidado, quando necessário encaminham os pacientes a ESF, e em todas as Visitas Domiciliares (VD) enfatizam a participação dos grupos. Essa atitude caracteriza o ACS como elo entre a comunidade e a equipe da ESF, havendo mobilização de todos os

pacientes, sendo essencial como agente promotor de mudanças e melhoria da qualidade de vida do paciente com hipertensão.

Participação de atividades em grupo desenvolvida na ESF

Quando os pacientes foram questionados sobre a participação em alguma atividade em grupo desenvolvida na ESF, surpreendentemente 60,9% responderam que não participam; 21,7% Grupo de HAS; 17,4% Grupo de Saúde Mental; 8,7% Grupo de Atividade Física; 4,3% Chá das Quatro e Grupo de Nutrição.

A participação de atividades em grupo desenvolvida na ESF é uma forma de inserir os pacientes numa concepção mais ampliada de saúde. São as oficinas ou grupos de trabalho as ferramentas que podem complementar as ações individuais promovidas pelos serviços de saúde, possibilitando que os pacientes compartilhem experiências e vivenciem saberes e práticas que facilitam a escuta, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde (GIROTTI et al 2013).

As dificuldades vivenciadas para manter o autocuidado

Quando se questionou: quais as dificuldades que você vivencia para manter o seu autocuidado? 21,7% relataram dificuldades relacionadas à alimentação, controle do sal; 17,4% relacionaram à dificuldade financeira para adequar a dieta; 13% ao estresse e ansiedade; 8,7% falta de tempo; dor e problemas de saúde associados; 4,3% manter o peso; Fazer exercício físico; realiza os cuidados mas a PA aumenta; controle do álcool. Dos pacientes entrevistados, 30,4% consideram não ter dificuldades.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial vem sendo considerada um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica e perpassado por dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais (PIRES; MUSSI, 2008).

A mudança no estilo de vida, muitas vezes, é considerada como dificuldades pelos pacientes hipertensos, devido às crenças e aos comportamentos apreendidos e incorporados pelas pessoas na convivência social. Desse modo as variadas dificuldades encontradas pelo paciente devem ser consideradas. É inegável que o controle da pressão arterial não se limita

apenas à abordagem do corpo doente, sendo necessário considerar a experiência de vida e a subjetividade como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e cuidar de si (PIRES; MUSSI, 2008).

Considerando que 69,6% dos pacientes hipertensos entrevistados revelaram apresentar alguma dificuldade vivenciada para manter o autocuidado, e a maior parte, representando 21,7% dos pacientes relataram barreiras para usar menos sal na comida, pois a redução implicava ter menos prazer e estar envolvido no preparo do alimento. Talvez essas barreiras possam ser minimizadas se as pessoas forem orientadas a tornar a comida mais saborosa e saudável, utilizando outros elementos culinários, a exemplo do uso de mais limão, vinagre e azeite doce em vez do sal. Vale ressaltar que existem temperos que proporcionam gostoso sabor aos alimentos (PIRES; MUSSI, 2008).

Ainda sobre a alimentação, Oliveira et al (2013, p.182) relata: “A modificação do hábito alimentar não é uma tarefa simples, pois se trata de um costume presente desde a infância, relacionado à origem étnica e à condição socioeconômica dos indivíduos.”

Segundo Ferreira; Ferreira (2009) estudos têm demonstrado que pequenos aumentos no nível de atividade física em populações sedentárias teriam maior impacto na redução da prevalência da HAS.

A mudança dos hábitos citados e a diminuição do consumo de álcool se tornam imprescindíveis para o controle da pressão arterial (OLIVEIRA et al, 2013).

Necessidades para melhorar o autocuidado e manter melhor controle da pressão arterial

As necessidades para melhorar o autocuidado e manter melhor controle da pressão arterial dos pacientes entrevistados são: 34,8% praticar exercícios; 26,1% alimentação; 17,4% controlar preocupação e ansiedade; 17,4% necessidade de tempo; 13% parar de fumar; 8,7% dedicação, vontade; 4,3% controlar o sal; perda de peso; não tomar álcool. Dos pacientes entrevistados, 8,7% relataram não ter necessidades para melhorar o autocuidado e manter melhor controle da pressão arterial.

O tabagismo como um dos principais fatores de risco para DCV, em virtude de lesar a célula endotelial dos vasos, aumentar o tônus vascular e a ativação de plaquetas, originando a oxidação da LDL e, assim, crescendo o risco de aterosclerose e acelerando em até 10 anos a

história natural da doença (SILVA et al, 2013).

No Brasil, atualmente, morrem 200 mil pessoas ao ano em decorrência das doenças associadas ao hábito de fumar, sendo que o tabaco responde por 20% dos óbitos por doenças vasculares e 35% das mortes por doenças cardiovasculares entre homens de 35 a 69 anos (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

O estresse associado à hipertensão mostrou-se presente nos relatos dos pacientes, sendo que 17,4% dos entrevistados relataram ter a necessidade de evitar preocupação para o controle da hipertensão arterial. Considerando que as mudanças comportamentais representam o abandono de alguns prazeres, pois é difícil um indivíduo querer se afastar, evitar ou ocultar o que talvez considere como intrínseco à vida, uma preocupação vital. Por isso é sempre necessário que a educação em saúde se faça de modo a contemplar a individualidade e o contexto social da pessoa (PIRES; MUSSI, 2008).

Estudos relatam que a adesão ao tratamento farmacológico associou-se ao não consumo regular de bebidas alcoólicas. Isso afirma que comportamentos de proteção à saúde estão fortemente associados a medidas de controle da hipertensão arterial, e que a redução do consumo de bebidas alcoólicas e combate ao tabagismo devem fazer parte do manejo da hipertensão arterial (GIROTTTO et al, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, evidenciou-se a elevada prevalência dos fatores de risco cardiovasculares com níveis variados de adesão do paciente hipertenso ao tratamento. Programação de oficinas e palestras destinadas aos pacientes acometidos por esses agravos, incluindo seus familiares de forma a abordar assuntos relevantes sobre a hipertensão arterial e sobre sua associação aos hábitos do cotidiano, pode ser necessário na promoção de rotinas saudáveis.

Destaca-se que 60,9% dos pacientes entrevistados não participam do grupo operativo terapêutico de hipertensos. Considera-se fundamental a participação dos hipertensos nos grupos, como forma de aumentar o conhecimento sobre a doença, que necessita de cuidados contínuos resultando em uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma a equipe multiprofissional da ESF deve implementar ações articuladas e de acordo a necessidade apresentada pelas informações obtidas, na tentativa de um atendimento humanizado, buscando diagnosticar, tratar, informar, recuperar/manter o estado nutricional, acompanhar e também prevenir complicações nos indivíduos que já estão acometidos por esses agravos.

É indispensável apontar aos pacientes novas perspectivas para mudança nutricional, mudança dos hábitos alimentares e do sedentarismo, no que resultaria em melhor qualidade de vida.

Sugerem-se novos estudos com objetivo de identificar as melhores medidas de intervenção, a fim de que se alcance um maior comprometimento dos pacientes e se obtenham resultados mais eficazes nas ações de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- AGENA, Fabiana. **Avaliação do Comportamento da Pressão Arterial em Pacientes Transplantados Renais Através de Três Métodos de Mensuração**. 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2010.
- AZEVEDO, George D. et al. Irregularidade do Ciclo Menstrual no Menacme Como Marcador Para Fatores de Risco Cardiovasculares na Pós-menopausa. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.50, n.5, São Paulo, Out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000500008&lng=pt>. Acesso em 13 nov. 2013.
- BASTOS-BARBOSA, Rachel G. et al . Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 1, Jul 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso 13 de setembro de 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2013.
- CARVALHO, Andre Luis Menezes et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio

de Janeiro, v. 17, n. 7, July 2012 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.

DUARTE, Marli Teresinha et al . Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.

FERREIRA, C. L. R. A; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, V.53, N.1, 2009.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FONSECA, Fabiana de Cássia Almeida et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal bras. psiquiatr.** vol.58 no.2 Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000200011&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2013.

GIROTTI, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Jun 2013 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.

GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton Tetelbon; PELLANDA, Lúcia Campos. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 4, Abr. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jul 2013.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante et al . Barrierstohypertension treatment. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, dez. 2011 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 jul. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2009. 108 p.

MOUSINHO, P. L. M; MOURA, M. E. S. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Saúde Coletiva**. 2008; v.5, n.25, p.212-8.

OLIVEIRA, Thatiane Lopes et al . Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2013

. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jul 2013.

OPS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Linhas de Cuidado:** Hipertensão Arterial e Diabetes. Brasília: 2010.

PIRES, Cláudia Geovana da Silva; MUSSI, Fernanda Carneiro. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13, suppl.2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul 2013.

SANTOS, Zélia Maria de Souza Araújo; SILVA, Raimunda Magalhães da. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: um análise no âmbito da educação em saúde. **Rev. bras. enferm.** vol.59 no.2 Brasília. abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200016&lang=pt>. Acesso em 15 nov. 2013.

SILVA, Leonardo Oliveira Leão et al. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. vol.23 no.1 Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100013&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2013.

SILVA, Sabrina Teodosio. **Fatores de Risco Cardiovasculares em Usuários do Hipertensão de Uma Unidade Básica de Saúde do Município de Criciúma/SC**. 2012. 53 f. Monografia (Especialização em Nutrição Clínica) - Pós graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/1087/Sabrina%20Teodosio%20Silva.pdf?sequence=1>>. Acesso em 13 nov 2013.

SOUZA, Nilba Lima et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. **Rev Saúde Pública**, Natal, RN: 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5965.pdf>> Acesso em: 14 nov 2013.