

DANIRA SCHWEIGERT BASTOS

**CUIDANDO DE PESSOAS PORTADORAS
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONTRIBUINDO PARA
A SUPERAÇÃO DOS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO**

FLORIANÓPOLIS

Maio, 2002.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**CUIDANDO DE PESSOAS PORTADORAS DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONTRIBUINDO PARA A
SUPERAÇÃO DOS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO**

DANIRA SCHWEIGERT BASTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADOR:

Dr^a. MIRIAM SÜSSKIND BORENSTEIN

Florianópolis, maio de 2002.

DANIRA SCHWEIGERT BASTOS

**CUIDANDO DE PESSOAS PORTADORAS DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONTRIBUINDO PARA A
SUPERAÇÃO DOS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 27 de maio de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora da PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Miriam Süsskind Borenstein
- Presidente -

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
- Membro -

Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
- Membro -

Dra. Ângela Maria Alvarez
- Membro Suplente -

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais Herbert (in memorian) e Herta, pelo amor incondicional e exemplo de vida.

Ao Romar, por ter compreendido e compartilhado a importância desta caminhada. Seu amor sem limites, tanto em palavras como em ações, proporcionou a maior energia que tornou possível este mestrado.

Às minhas filhas Bruna e Georgia, pelo carinho, amor e paciência nos meus momentos de hibernação. Vocês me deram asas e souberam me amparar sempre que precisei. Amo- as demais!

Agradecimentos

Seria impossível listar o nome de todas as pessoas que de uma forma ou outra contribuíram para a realização deste mestrado, entretanto, algumas se destacaram e não posso deixar de registrar e agradecer.

À professora Lúcia Maria Baiochi Amaral, Reitora da Universidade de Cruz Alta, uma pessoa de talento raro, uma integridade excepcional. Obrigada pela confiança e estímulo ao meu crescimento!

À professora Jacira Cardoso de Moreira, Pró-Reitora de Ensino da Universidade de Cruz Alta. Seu apoio foi fundamental na efetivação deste mestrado. Sua atenção e dedicação ao ensino são merecedoras de elogios.

À minha orientadora professora Miriam Süsskind Borenstein, que surgiu em meu horizonte pessoal como se fosse um nascer do sol, sem me conhecer, aceitou-me como orientanda; meu agradecimento. Aprendi que todo trabalho, por mais árduo que seja, pode ser prazeroso. Miriam, obrigada pela sua coragem, inteligência, paciência e mais do que tudo, por seu carinho.

Às colegas de mestrado que durante esta trajetória se fizeram muito presentes em minha vida:

- Maria Cristina Medeiros, colega e amiga, que sempre me deu muito apoio e é uma pessoa querida, responsável e principalmente excelente profissional.
- Ethel Bastos da Silva, que tive a oportunidade de conhecer melhor nesta trajetória, a qual mostrou-se uma grande amiga e companheira. De

constante bom humor emana uma energia muito positiva.

- Silvana Kempfer Bastos, uma batalhadora. Sua tenacidade e abnegação são impressionantes e contagiantes.
- Nara Marisco, sua calma e meiguice contribuíram muito para que nossas viagens fossem sempre regadas pela convivência harmônica, por projetos, sorrisos e incentivos.

Valeu, colegas!

Às professoras, Dra Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva e Dra. Ângela Maria Alvarez, pela sabedoria, experiência e contribuição na fase de qualificação e avaliação final desse trabalho.

Vocês influenciaram muito em minha maneira de pensar e conduzir com sucesso esta dissertação.

À professora doutoranda Roseméry Capriato, pela disponibilidade em participar da banca.

A todas meu reconhecimento.

À Elisa Barboza, querida amiga, pela alegria e estímulo, parceira de trabalho.

À professora Maria de Lourdes Silveira Neto, pelo apoio e estímulo nesta trajetória.

À Silvana Stefanello, na época acadêmica, hoje enfermeira, pela dedicação e ajuda durante a prática assistencial.

À professora Fátima Cabral, pela amizade, carinho e compreensão.

Ao médico Paulo Ricardo Moreira, pelo incentivo, apoio e contribuição na bibliografia indicada.

À amiga Ceres Bastos Baptista, pelo carinho, dedicação e principalmente pela amizade e ajuda nos momentos difíceis.

Ao Gilberto e Daniéle Lunkes, pela dedicação na formulação deste trabalho.

Às pessoas que aceitaram participar deste estudo, pela dedicação e disponibilidade.

Um agradecimento especial.

Enfim, e em especial, aos meus familiares, por terem me incentivado na vida acadêmica, enaltecendo-me e reabastecendo-me de amor nos momentos difíceis, dando-me todo o apoio e suporte necessário. Pessoas como vocês deveriam ser clonadas e distribuídas por todo o universo.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como objetivo conhecer e analisar os déficits de autocuidado de pessoas portadoras de hipertensão arterial e identificar fatores que influenciam no engajamento do autocuidado. O estudo foi realizado no mês de junho de 2001, no Centro Municipal de Especialidades na cidade de Cruz Alta,RS. com sete pessoas. Para coleta de dados foram realizadas consultas de enfermagem, na qual foi aplicado um instrumento previamente elaborado, baseado na Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem. Também foram realizados encontros em grupos, que foram gravados, transcritos, categorizados e interpretados. As categorias de análise foram assim determinadas: 1- déficit de autocuidado relacionados à alimentação, ingesta hídrica, eliminação intestinal, atividades físicas; atividades físicas; atividades profissionais e uso de medicação; 2- fatores que influenciam no engajamento do autocuidado como conhecimento e religiosidade. Nesses encontros foi possível promover uma inter-relação entre os participantes e trocar experiências vivenciadas por cada um, seus valores, suas crenças e o cuidado que cada um desenvolve no controle de sua pressão arterial. Na medida em que os encontros foram acontecendo e os déficits trabalhados no grupo, os mesmos puderam ser analisados e superados. Como estes déficits eram comuns ao grupo, os portadores de hipertensão arterial puderam então compartilhar medos, saberes e experiências, buscando a partir daí a competência necessária para o autocuidado.

Palavras chave: auto cuidado, hipertensão arterial, consulta de enfermagem

CARING FOR PERSONS WHO HAVE HIGH BLOOD PRESSURE: CONTRIBUTING TO OVERCOME SELF-CARE DEFICITS

ABSTRACT

The subject is a qualitative study that had as its objective to recognize and to analyze the self-care deficits in people with hypertension and to identify those factors that influence in the self-care engagement. This study was performed on June 2001, at City Specialties Center in Cruz Alta-RS, Brazil. For gathering data, a sample group, composed of seven people, was submitted to a series of nursing consultation where a previously elaborated instrument, based on the Self-care General Theory by Dorothea Orem, was applied. They also attended to group meetings that were recorded, transcribed, categorized and interpreted. The analysis categories were determined as it follows: 1 – self-care deficit related to nourishment, fluid intake, intestinal elimination, physical activities, professional activities and medication use; 2- Factors that influence in the self-care engagement, such as knowledge and religiosity. During the meetings it was possible to promote an interrelationship among the participants and they could also share their experiences, values, beliefs and those cares each one develops to control hypertension. As the meeting happened and the group discussed its deficits, they could be analyzed and outdone. As these deficits were common to the whole group, people with hypertension were able to share their fears, knowledge and experiences, extracting from this experiences the ability they need to their self-care.

Key Words: self-care; hypertension; nursing consultation.

CUIDANDO DE PERSONAS PORTADORAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: CONTRIBUYENDO PARA LA SUPERACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS DEL AUTOCUIDADO

RESÚMEN

Se trata de un estudio cualitativo, que tuvo como objetivo conocer y analizar las deficiencias del autocuidado de personas portadoras de hipertensión arterial e identificar factores que influyen en el autocuidado. El estudio fue realizado en el mes de junio del 2001, en el Centro Municipal de Especialidades en la ciudad de Cruz Alta, RS; con siete personas. Para la recolección de datos fueron realizadas consultas de Enfermería, donde fue aplicado un instrumento previamente elaborado, fundamentado en la Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem. También, fueron realizados encuentros en grupo, que fueron gravados, transcritos, categorizados e interpretados. Las categorías de análisis fueron así determinadas: 1- déficit de autocuidado relacionado a la alimentación, ingesta calórica, eliminación intestinal, actividades físicas, actividades profesionales y uso de medicación; 2- factores que influyen en el autocuidado como conocimiento y religiosidad. En estos encuentros fue posible promover una interrelación entre los participantes e intercambiar experiencias vividas por cada uno, sus valores, sus creencias y el cuidado que cada uno desenvuelve en el control de su presión arterial. En la medida en que los encuentros fueron aconteciendo y las deficiencias trabajadas en el grupo, los mismos pudieron ser analizados y superados. Como estas deficiencias eran comunes al grupo, los portadores de hipertensión arterial pudieron entonces compartir miedos, saberes y experiencias, buscando a partir de ahí, la competencia necesaria para el autocuidado.

Palabras Clave: Autocuidado, Hipertensión Arterial, Consulta de Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivo Geral.....	17
1.2 Objetivo Específico.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica – Historicidade – Conceito - Classificação.....	19
2.2 Fatores de Risco.....	25
2.4 Fatores de risco não modificáveis:	30
2.5 Tratamento não medicamentoso.....	31
2.5.1 Mudança de estilo de vida.....	31
2.6 Tratamento medicamentoso.....	37
2.7 A adesão da pessoa hipertensa ao tratamento.....	39
3 MARCO TEÓRICO	44
3.1 A biografia de Dorothea Orem.....	44
3.2 A Teoria Geral de Enfermagem.....	45
3.3 Pressupostos de Orem.....	53
3.4 Pressupostos pessoais.....	54
3.5 Principais conceitos.....	54
4 METODOLOGIA	62
4.1 Tipo de estudo.....	62
4.2 O Local.....	63
4.3 Os Sujeitos do estudo	64
4.4 Preceitos Éticos	69
4.5 Coleta, análise e interpretação dos dados	71
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	78
5.1. Identificando os Déficits de Autocuidado.....	78
5.1. 1.Alimentação	78
5.1.2. Ingestão hídrica.....	81
5.1.3. Eliminação intestinal.....	82
5.1.4. Sono e repouso.....	83
5.1.5. Atividade física.....	84
5.1.6. Atividade profissional e estresse	86
5.1.7- Medicação	89
5.2 Fatores que influenciam no engajamento do autocuidado.....	91
5.2.1. Conhecimento.....	91
5.2.2. A religiosidade, a fé como apoio no engajamento do autocuidado	93
5.3 Os conceitos na visão do Grupo.....	95
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS.....	111
ANEXO 1 - Descrição do procedimento de medida da pressão arterial.....	112
ANEXO 2 - Classes de anti-hipertensivos.....	113
ANEXO 4 - Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
ANEXO 5.....	120
ANEXO 6	123

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma situação clínica de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial. Em todo o mundo há milhões de indivíduos portadores de hipertensão (SBISSA,1997). A prevalência é extremamente variável, isto pode ser decorrente dos diferentes critérios adotados para o diagnóstico e provavelmente das amostras populacionais pesquisadas (SOUZA 1999).

Podem-se constatar esses dados quando se observam os níveis de hipertensão em diferentes populações, como os índios Xavantes e Yanomamis, residentes no Brasil, e os índios das Ilhas do Pacífico, onde a prevalência é quase nula ou então muito baixa, e na Nigéria, com 9,3%. Em contrapartida, encontramos altos níveis de hipertensão em países como a Argentina (39,8%), Espanha (32,7%) e Barbados (27,5%), entre outros (SOUZA, 1999).

No Brasil, estudos demonstram que a HAS acomete de 11 a 20% da população adulta (SBISSA, 1997, BORESTEIN, 1999; BRASIL, 2002), e se caracteriza por grave problema de saúde pública, sendo que a reversão desse quadro envolve um profundo estudo de todas as fases e implicações da doença, com busca de soluções para o tratamento.

Segundo o VI Relatório do Comitê Nacional sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão (1997), considera-se um indivíduo adulto (aquele que possui idade igual ou acima de 18 anos) com uma pressão dentro da normalidade, quando este possui níveis pressóricos entre 130 a 139mmHg para pressão sistólica, e 85 a 89mmHg para pressão diastólica. No entanto, estes valores

relacionados são considerados limítrofes para a normalidade e quando acima destes, os indivíduos são considerados hipertensos.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), as taxas de mortalidade e morbidade por doenças cerebrovasculares e coronarianas vêm aumentando muito rapidamente em países em desenvolvimento e nos das antigas repúblicas socialistas. Chega-se a falar em uma segunda onda de epidemia de doenças cardiovasculares. Estima-se que até o ano 2020 estas doenças ocuparão o primeiro e o quarto lugares, respectivamente, como causas de mortes no espaço mundial (SOUZA, 1999).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, a HAS é uma das doenças que mais determina o afastamento do trabalho, além disso, esse afastamento ocorre por um longo período de tempo. Souza (1999) refere ainda que a doença é a primeira causa de aposentadoria precoce, em função de provocar incapacidade definitiva. Em 1986, as doenças cardiovasculares, incluindo a HAS, representaram a terceira causa de auxílio doença no país, com mais de 100.000 licenciados.

No Rio Grande do Sul, segundo a Secretaria de Saúde do Estado (SSMA, 1997), a prevalência de HAS na população adulta é de 12% e também se caracteriza por um grave problema de saúde pública, tanto que as instituições de saúde estão preocupadas com a busca de novas formas de tratamento, pois os profissionais da área têm noção de que se os indivíduos acometidos não forem tratados adequadamente, poderão apresentar posteriormente graves problemas relativos aos órgãos alvo, como o coração, o cérebro, à visão, aos rins e às grandes artérias.

Conforme o Ministério da Saúde (2002), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade no Brasil. Assim, investir na prevenção é um fator decisivo para garantir a qualidade de vida e evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos, o que justifica um trabalho feito em nível de prevenção da doença e promoção da saúde.

Atualmente, muitas equipes interdisciplinares no Brasil e no exterior vêm trabalhando no sentido de organizar programas de assistência à pessoa portadora de hipertensão arterial, com vistas ao controle da mesma ao tratamento anti-hipertensivo. Sabe-se, no entanto, que a adesão ao tratamento por parte do portador

de hipertensão arterial não é uma atividade muito fácil, especialmente porque a pessoa, ao iniciar o tratamento medicamentoso, começa a apresentar, muitas vezes, efeitos indesejáveis, tais como: impotência sexual, hipotensão postural, hipopotassemia, insônia, entre outros, levando imediatamente ao abandono do tratamento medicamentoso, com conseqüente aumento dos níveis tensionais.

Segundo Sarquis et al.(1998), a falta de adesão ao tratamento não é um problema exclusivo do indivíduo hipertenso, podendo ocorrer com outras pessoas com doenças crônico-degenerativas, que necessitam de tratamento prolongado. Porém, na hipertensão, o problema se aprofunda na medida em que ocorrem outros fatores inter-relacionados e que exigem uma mudança drástica relativa ao estilo de vida. Algumas recomendações se fazem necessárias para a melhoria dos níveis pressóricos. Atividades como: mudanças no estilo de vida (modificação na ingestão de dietas, como hipocalóricas e hipolipídicas, realização de exercícios físicos periódicos e sistematizados, redução de stress, abolição de fumo e álcool, entre outros) e uso de medicação antihipertensiva são fundamentais para reduzir os níveis pressóricos.

A contribuição para a mudança no estilo de vida das pessoas portadoras de hipertensão e outros tem sido realizada por equipes interdisciplinares. Dentro da equipe, a enfermeira¹ tem sido a profissional que tem se sobressaído nas questões relativas à promoção, prevenção e tratamento das doenças. Através da consulta de enfermagem, ela vem fazendo um diagnóstico precoce de casos específicos e tem implementado uma assistência de enfermagem mais efetiva.

A atuação da enfermeira em programas de controle da hipertensão implementando a consulta de enfermagem está regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, artigo 11, alínea I e Decreto 94406/87 artigo 8º, alínea “e” do Código de Ética de Enfermagem, e tem possibilitado participar de equipes multidisciplinares com ações assistenciais e educativas.

Autoras como Vanzin e Neri (1996) salientam que a consulta de enfermagem é a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo pela enfermeira, com o objetivo de promover a saúde mediante o diagnóstico e o tratamento precoce. Nesta atividade, ocorre a integração de ações

que visam uma relação de interdependência, sugerindo uma ação sistematizada, direcionada para a produção de resultados esperados, conforme padrões pré-estabelecidos. A consulta de enfermagem visa compreender os seres humano doentes, sadios, tranqüilos ou estressados, avaliando o grau de atendimento de suas necessidades humanas básicas.

Ainda segundo Vanzin e Néri (1996) o diagnóstico e o tratamento precoce instituído pela equipe de saúde, num programa de controle de hipertensão, mediante a troca de conhecimentos entre a equipe e os indivíduos hipertensos, possibilita a redução de complicações para estes últimos, como: os acidentes vasculares cerebrais, as doenças cardiovasculares, as doenças renais, entre outras. Neste espaço, insere-se a enfermeira, que na função de educadora, procura conscientizar as pessoas sobre os cuidados que deve ter com sua saúde, propiciando orientação científica segura, buscando junto com o próprio paciente hipertenso e sua família a responsabilidade e a resolutividade destes com cuidados para melhoria da saúde.

Com o objetivo de investir na prevenção, não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e as complicações crônicas da hipertensão arterial, foi implantado no município de Cruz Alta – RS o Programa de Assistência ao Hipertenso.

Este Programa vem sendo realizado com as pessoas portadoras de hipertensão arterial desde 1994, cujo objetivo era e é criar condições para situações de ensino-aprendizagem, facilitando o conhecimento destes, com vistas a mudanças em seu estilo de vida, reduzindo os níveis pressóricos e as complicações da hipertensão, bem como os níveis de mortalidade.

O propósito de trabalhar com pessoas portadoras de hipertensão arterial na rede pública do município, tendo como estratégia a utilização de grupos terapêuticos, foi e é vincular os portadores desse agravo às unidades de saúde, possibilitando o tratamento sistemático de forma a intervir no controle dos níveis tensionais. Foi então desenvolvido um programa de saúde com uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, bioquímico e acadêmicos de enfermagem), que atendesse aos portadores de hipertensão arterial.

A minha inserção neste trabalho ocorreu na fase de implantação do projeto-

¹ Optamos por utilizar o termo enfermeira ao invés de enfermeiro, pois dentro da profissão o sexo feminino é

piloto, em junho de 1994, como enfermeira coordenadora do programa. Assumi esta nova função após aprovação no concurso público municipal. Até então, eu atuava como enfermeira na Unidade Básica de Saúde Alto Paraíso, situada no município de Panambi- RS, cidade próxima de Cruz Alta –RS, desenvolvendo atividades diárias na promoção da saúde à população em geral.

Inicialmente, o Programa de Atendimento ao Hipertensos foi desenvolvido em três unidades de saúde do município, mas posteriormente, com o aumento da demanda, mais quatro grupos foram implantados em outros bairros da cidade.

No ano de 1996, dois anos após a implantação do programa, fez-se necessário um redimensionamento na forma de atendimento. A escassez de recursos humanos (equipe técnica envolvida) já não dispunha mais de tempo para um atendimento descentralizado em sete bairros da cidade, e os pedidos de novos grupos surgiam a cada dia, gerando uma demanda reprimida muito grande. Após análise e discussão com a equipe, usuários e dirigentes do município sobre o tempo gasto com transporte, consultas, reuniões, grupos terapêuticos e a falta de engajamento de outros profissionais, optamos por centralizar o programa, criando um centro de referência para o atendimento ao portador de hipertensão arterial.

Desde então, o Programa de Assistência ao Hipertenso vem sendo realizado no Centro de Especialidades – antigo Centro Municipal de Saúde de Cruz Alta, com atendimento diário realizado pela equipe. Tem-se observado que uma grande parcela de pessoas vêm se beneficiando com esse tipo de proposta e como tal, têm reduzido sensivelmente seus níveis pressóricos e obtido uma melhora na sua qualidade de vida.

A partir desta constatação e tendo participado ativamente deste processo como enfermeira e responsável pelo Programa de Assistência ao Hipertenso, resolvi então, enquanto aluna do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, realizar minha prática² assistencial no programa, agora de uma maneira diferenciada. Embora estivesse satisfeita com o trabalho que vinha desenvolvendo em equipe, quis aprofundar o estudo, buscando saber um pouco mais sobre essa clientela atendida, a fim de melhor compreender suas necessidades e proporcionar uma melhor assistência.

maioria, caracterizando-se por mais de 90% das profissionais (Nota da Autora).

Resolvi, então, buscar uma teoria de enfermagem que subsidiasse e servisse de referencial teórico para o trabalho, encontrando então na Teoria de Dorothea Orem a base para este estudo. A Teoria do Autocuidado enfoca a capacidade da própria pessoa tomar suas decisões na busca de melhores condições de saúde e qualidade de vida. E o modo pelo qual esse autocuidado será efetivado poderá contar com o auxílio da família, pessoas de sua comunidade ou também com profissionais capacitados da saúde, engajados como facilitadores neste processo.

Ao longo da história, o autocuidado ou o cuidar de si tem sido um processo natural de preservação da vida. Desde que o homem existe, este cuidado vem sendo praticado nos grupos sociais e na sociedade como um todo, com intuito de conservar a saúde e manter a vida.

A partir da Teoria do Autocuidado de Orem foi realizado o levantamento dos déficits de autocuidado, visando um processo educativo, baseado no princípio de interação e respeito individual de cada participante do programa. Esta teoria possibilita a construção de um processo de viver com mais qualidade de vida.

Este trabalho é decorrente da minha prática assistencial e pretende contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem às pessoas com hipertensão arterial sistêmica. Entendo que desta forma é possível orientar a prática de enfermagem para alcançar resultados desejáveis a partir da identificação de déficits de autocuidado. É exatamente por isso que esse trabalho torna-se relevante, pois permite à enfermeira identificar os déficits do autocuidado de portadores de hipertensão arterial, auxiliando-os a superá-los, através da compreensão, conscientização da doença e engajamento na prática do autocuidado.

Por esta razão, este estudo objetiva retomar e aprofundar a discussão do conteúdo desenvolvido na minha prática assistencial, com ênfase na identificação, compreensão e análise dos déficits de autocuidado de portadores de hipertensão que participam de um Programa de Assistência a Hipertensos.

1.1 Objetivo Geral

Conhecer, com base na teoria de Dorothea Orem, os déficits de Autocuidado apresentados por um grupo de portadores de hipertensão, que participam de um

Programa de Assistência a Hipertensos em um Centro Municipal de Saúde de Cruz Alta- RS.

1.2 Objetivo Específico

- Identificar os déficits de autocuidado desses portadores de hipertensão.
- Analisar os fatores que influenciam no engajamento de autocuidado desses hipertensos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica – Historicidade – Conceito - Classificação

A medida da pressão arterial³² foi verificada pela primeira vez em 1733, na cidade de Middlessey, na Inglaterra, quando o reverendo Stephen Hales (1677 - 1761) colocou uma cânula conectada a um tubo na artéria carótida de uma égua, e o sangue elevou-se a mais de 2,5m de altura. Este religioso observou ainda as variações provocadas pela força do sangue em situações diversas (JARDIM, 1997). O método utilizado foi o da medida direta intra-arterial da pressão, que é até os dias atuais considerado o padrão - ouro nessa avaliação.

Aproximadamente 270 anos se passaram após essa primeira publicação e outros cientistas passaram a criar manômetros, utilizando água, sangue e mais tarde mercúrio, empregados largamente em laboratórios de fisiologia, antes de serem utilizados na clínica (JARDIM, 1997).

A partir daí, vários pesquisadores passaram a desenvolver estudos experimentais com novos aparelhos para verificar a pressão. Jean Marie Poiseville (1799 1869), desenvolveu o primeiro esfignomanômetro de mercúrio em um tubo "U" (1828), KARL LUDWIG (1816 – 1895) em 1847, criou em seu laboratório um

² Pressão Arterial é a força exercida pelo sangue sobre a parede do vaso,sofrendo mudanças contínuas durante os vários períodos do dia, dependendo das atividades realizadas, das posições e das situações que o indivíduo vivencia (FUCHS, 1990)

quimógrafo, capaz de gravar continuamente a pressão por meio de uma cânula arterial, que permitiu verificar os registros gráficos das ondas de pulso. Vitor Basch (1837 – 1905) e Rabin Witz, em 1881, adaptaram o balão inflável ao manguito com água, e finalmente em dezembro de 1896 Scipione Riva Rocci (1863 – 1937) apresentou o “Nuovo Sygmomanometro”, se assemelha ao equipamento utilizado atualmente (JARDIM, 1997).

As medidas até então utilizavam o método palpatório, permitindo somente a avaliação da pressão sistólica. Em 1905, o cirurgião russo Serguei Nicolai Korotkoff (1874 – 1920) introduziu o método auscultório para a medida da pressão. Ele teve a idéia de colocar o estetoscópio na fossa antecubital, abaixo do manguito do esfigmomanômetro e com a deflação do manguito interpretar os sons específicos em várias fases (I a V), que até hoje levam o seu nome. A partir dessa constatação, tornou-se possível a determinação das pressões sistólica e diastólica (JARDIM, 1997).

A fase I de Korotkoff, que corresponde aproximadamente à primeira onda de pulso à palpação, foi aceita para determinar a pressão sistólica. Em relação à pressão diastólica, durante algum tempo foi discutido se corresponderia à fase IV (abafamento dos sons) ou a fase V (desaparecimento dos sons). No entanto, a fase V tem sido considerada como a que possui melhor correspondência com a pressão intra-arterial, e por isso passou a ser adotada para todas as idades.

Segundo Fuchs (1990), pressão arterial normal é aquela capaz de permitir perfusão tecidual de todos os órgãos nas diferentes condições funcionais do organismo, tanto em posição ortostática, como durante o exercício e em condições anormais à perda de sangue.

De acordo com Beyers e Dudas (1989), a pressão arterial máxima ou sistólica ocorre quando o coração se contrai (sístole ventricular), enviando sangue através dos vasos sanguíneos. Os fatores que determinam a pressão arterial são o débito cardíaco, a resistência periférica, o volume sanguíneo, a viscosidade do sangue e a elasticidade das artérias. As pessoas com hipertensão apresentam aumento na resistência periférica devido às arteríolas estarem anormalmente constrictas. A pressão arterial também aumenta caso o débito cardíaco ou o fluxo sanguíneo total se eleve e a resistência periférica não diminua. Esta relação de pressão, fluxo e resistência, baseia-se num princípio de hidráulica, no qual o fluxo através de um

tubo é inversamente proporcional à sua resistência. O aumento persistente da pressão arterial acarreta um maior esforço cardíaco, ocasionando uma hipertrofia do músculo cardíaco. A maior pressão nas artérias, todavia, impede cada vez mais a ejeção de sangue pelo coração (elevação pós-carga) e pode sobrecarregar a capacidade do coração em distender-se e contrair-se adequadamente. “Quanto maior a força contrátil do coração e menor a distensibilidade do sistema arterial, maior a pressão sistólica, e quanto menor a contração cardíaca e maior a distensibilidade do sistema arterial, menor a pressão arterial, menor a pressão sistólica. Quanto maior a contração do sistema arterial, maior a pressão diastólica e quanto menor a contração do sistema arterial, menor a pressão arterial diastólica”.

A hipertensão causa um estiramento prolongado e anormal do tecido elástico da aorta e outras artérias, podendo levar a um aneurisma ou ruptura das fibras. A aorta superior perde sua distensibilidade à medida que o tecido fibroso, o colágeno, substitui os tecidos elásticos, resultando na pressão sistólica elevada (BEYERS e DUDAS, 1989).

Beyers e Dudas (1989) esclarecem ainda que a resistência periférica é afetada pela constrição das arteríolas. As camadas do músculo liso das arteríolas são suprimidas por nervos simpáticos, que sob estimulação provocam constrição. Drogas, hormônios, produtos metabólicos e concentração de oxigênio também afetam a constrição das arteríolas. O mecanismo renina – angiotensina - aldosterona é um dos mecanismos mais importantes do controle da pressão arterial. Uma enzima chamada renina é liberada pelo rim e secretada na corrente sangüínea, quando o sistema nervoso simpático estimula os receptores beta-adrenérgicos da superfície das células renais. Esse mecanismo acontece da seguinte maneira: a renina catalisa a conversão de angiotensinogênio em angiotensina I; esta é convertida em angiotensina II, a qual causa vasoconstrição das arteríolas e aumenta a resistência periférica, elevando, então, a pressão arterial. A angiotensina II leva a liberação pelo sistema simpaticoadrenal de outros agentes que aumentam a pressão arterial, como a adrenalina e noradrenalina. Atua também no córtex adrenal, no sentido de liberar aldosterona na corrente sangüínea. A aldosterona faz com que os túbulos renais reabsorvam e retenham sódio e líquido no vaso sangüíneo, aumentando o volume sangüíneo, ocasionando um aumento da pressão arterial.

A hipertensão arterial é uma das principais responsáveis pelo aparecimento de doenças miocárdicas, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e doenças cerebrais, como encefalopatia hipertensiva, ataques isquêmicos transitórios, acidentes vasculares cerebral isquêmicos, infartos lacunares e hemorragias cerebrais, doenças renais, como nefroesclerose maligna e nefroesclerose benigna, retinopatias e doenças ateroscleróticas como angina de peito, infarto agudo do miocárdio, doença vascular periférica estenose da artéria renal, aneurisma da aorta e dissecação da aorta (DIAS; BUB, 1999, p.79 - 86).

Conforme o VI Relatório Internacional do Comitê Nacional sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial (1997), a hipertensão é definida quando a pressão arterial sistólica (PAS) é igual ou maior 140mmHg, e a pressão arterial diastólica (PAD) igual ou maior a 90mmHg. O objetivo de identificar e tratar a pressão alta é reduzir o risco de doença cardiovascular e da morbidade e mortalidade associada.

A tabela 1 fornece uma classificação da pressão arterial para adultos (com idade de 18 anos ou mais). Estes critérios são para indivíduos que não estão em uso de medicação anti-hipertensiva e que não apresentem a doença aguda. Quando a PAS e a PAD caem em categorias diferentes, a categoria mais alta deve ser selecionada para classificar a pressão arterial do indivíduo.

Tabela 1: Classificação da pressão para adultos com idade de 18 anos ou mais

	Categoria Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Ótima +	<120	e	<80
Normal	<130	ou	85-89
Normal alta	<13-139	ou	90-99
Hipertensão ++			
Estágio 1	140-159	ou	90-99
Estágio 2	160-179	ou	100-109
Estágio 3	>180	ou	>110

Fonte VI Relatório Joint National Committee – 1997

A medida da pressão arterial com a utilização do esfigmomanômetro é a principal base de detecção e confirmação, avaliação e acompanhamento de hipertensos. Para tal, é necessária a tomada de medidas pressóricas apropriadas, as quais devem ser obtidas a cada encontro para cuidados com a saúde. As medidas repetidas da pressão arterial irão determinar se as elevações iniciais

persistem e necessitam de atenção imediata, ou se voltaram ao normal e necessitam apenas de supervisão periódica. A pressão arterial deve ser medida de modo padronizado, usando equipamentos que atendam aos critérios de certificação. Sempre que possível, a verificação da pressão arterial deverá obedecer a critérios bem estabelecidos para evitar valores incorretos. Para tanto, é necessário o conhecimento da correta verificação da pressão arterial (Anexo 1).

É importante salientar que o profissional da saúde que faz a aferição dos níveis pressóricos dos portadores de hipertensão arterial deve explicar a estes o significado dos valores da pressão, informando-os sobre a necessidade freqüente de novas aferições.

Um problema freqüente que ocorre entre 21% e 34% dos hipertensos não tratados, segundo Giorgi (1997), é a elevação da pressão arterial ocasionada pela reação de alarme observado no ambiente médico (hipertensão de consultório ou jaleco branco). A definição mais utilizada para hipertensão do jaleco branco é a ocorrência de pressão arterial elevada no consultório, acompanhada de pressão arterial ambulatorial normal. O critério mais exigente para sua definição requer a observação de três medidas semanais de pressão arterial em consultório acima de 90mmHg, e uma média da pressão arterial diastólica ambulatorial menor que 85mmHg e que seja, no mínimo, 15mmHg menor do que a média dos valores obtidos no consultório.

Medidas da pressão arterial fora do consultório médico, além de possibilitar a distinção entre hipertensão mantida da “hipertensão de jaleco branco”, fornecem valiosas informações para a avaliação inicial da pessoa portadora de hipertensão e para monitorização da resposta ao tratamento, tais como:

- possibilita a avaliação à resposta medicamentosa do anti-hipertensivo;
- melhora a aderência do portador de hipertensão ao tratamento;
- reduz potencialmente os custos.

A pressão arterial de pessoas com hipertensão tende a ser maior quando medido na clínica do que fora do consultório. Não há concordância universal quanto ao limite superior da pressão arterial medida em casa, mas leituras de 135/85mmHg ou maiores devem ser consideradas elevadas.

Importante destacar, na detecção da hipertensão arterial, a escolha de monitores para uso pessoal, pois embora o esfigmomanômetro de mercúrio ainda seja o aparelho mais acurado para uso clínico, ele não é, de um modo geral, prático para uso domiciliar quando o próprio indivíduo verifica sua pressão. Por outro lado, monitores digitais não são sempre precisos. Periodicamente, a precisão do aparelho do usuário deve ser conferida através da comparação das leituras, com registros de leitura auscultatória simultaneamente realizadas com um aparelho de mercúrio.

Apesar dos fatos expostos, as medidas causais da pressão arterial são preditivas de futuros eventos mórbidos cardiovasculares para a população alvo de estudos epidemiológicos.

De acordo com o Sexto Relatório da Reunião Nacional do Comitê sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (1997), uma variedade de monitores comercialmente disponíveis, que sejam seguros, adequados, fáceis de usar, e precisos, estão agora disponíveis no mercado. Estes monitores são programados tipicamente para realizar leituras a cada 15 a 30 minutos ao longo do dia e da noite, enquanto as pessoas empreendem suas atividades diárias normais. As leituras podem então ser transferidas para um computador pessoal para análise. Os valores normais da pressão arterial tomados pelas medidas ambulatoriais são mais baixos do que as obtidas no consultório, quando a pessoa está acordada (abaixo de 135/85mmHg); ainda estão mais baixas enquanto a pessoa está adormecida (abaixo 120/75mmHg) e fornece medidas da carga pressórica da PAS e PAD. Na maioria dos indivíduos, a pressão arterial cai cerca de 10 a 20% durante a noite; esta mudança está mais intimamente relacionada ao padrão de sono e insônia do que no período do dia, como ilustrado pela inversão do ciclo de atividades que acompanham o ritmo de pressão arterial em trabalhadores noturnos.

A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)³ não veio substituir a consulta médica ou de enfermagem, nem as medidas esfigmomanométricas minuciosas e repetidas da pressão arterial. É um método novo e ainda necessita de critérios de normalidade que se correlacionem com o menor risco cardiovascular em longo prazo.

A pressão arterial, conforme já relacionado, pode ser influenciada por vários fatores. Comumente são conhecidos alguns que concorrem em ação conjunta para que um indivíduo se torne hipertenso. Para, isso é importante que se aborde aqui os fatores de risco.

2.2 Fatores de Risco

Dentre os fatores de risco para a hipertensão arterial encontramos aqueles não modificáveis e que contribuem para o surgimento da hipertensão, sem possibilidades de serem reduzidos (sexo, idade e raça) e os modificáveis, os quais através de ações de autocuidado e com emprego de mudanças de estilo de vida, seguramente reduzem os valores pressóricos da pressão arterial.

Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), alguns fatores de risco modificáveis aumentam consideravelmente a morbidade e mortalidade da pessoa portadora de hipertensão . Dentre eles, destacamos:

- dislipidemias;
- uso abusivo do sal;
- tabagismo;
- alcoolismo;
- estresse;
- obesidade;
- sedentarismo.

a) Dislipidemias

A hipercolesterolemia é um dos maiores fatores de risco cardiovascular. O nível de colesterol total sérico deve ser mantido abaixo de 200mg/dl, com LDL – Colesterol (colesterol de baixa densidade) abaixo de 130mg/dl. O HDL – Colesterol (colesterol de alta densidade) baixo (inferior a 35mg/dl) pode aumentar em resposta à redução do peso, à prática de exercícios físicos e à suspensão do hábito de fumar. A hipertrigliceridemia (triglicerídeos > 200mg/dl) deve ser tratada com dietas pobres em gorduras saturadas e com atividades físicas, acrescidas da redução da ingestão

^{3 4}MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial. É realizado com o uso de um aparelho que permite um grande número de medidas da PA, durante 24 horas, possibilitando o conhecimento do perfil de variações da PA, na vigília e no sono (III Diretrizes para o uso do MAPA).

de carboidratos simples e de bebidas alcoólicas. Quando necessário, recomenda-se o uso de fibratos (III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998).

Conforme Borenstein et al (1990), o excesso de gorduras na corrente sanguínea provoca o surgimento da arteriosclerose, que é uma doença lenta e progressiva, com a disposição de lipídeos nas paredes internas das artérias, provocando um espessamento do vaso e redução da luz da mesma. À medida que estes depósitos vão aumentando de tamanho, resulta em uma maior dificuldade de passagem de sangue pela artéria, o que poderá causar um aumento da pressão arterial.

Estes depósitos são conhecidos como placas de ateroma, que também podem provocar uma arteriosclerose, um grupo de doenças que tem por característica amadurecimento e perda de elasticidade das artérias. A arteriosclerose pode ser causada também pelo depósito de sais minerais, como o cálcio e elementos do sangue que impedem a elasticidade das artérias. A arteriosclerose ou a aterosclerose pode aumentar a pressão arterial por dificultarem a passagem de sangue, forçando o coração a aumentar sua capacidade de contração para vencer a resistência oferecida.

b) Uso abusivo do sal

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998) o sal (Cloreto de sódio NaCl) há muito tempo vem sendo considerado importante fator no desenvolvimento e intensidade da hipertensão arterial. A literatura mundial é praticamente unânime em considerar a forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial. A hipertensão arterial é observada primeiramente em comunidades com ingestão de sal superior a 100mEq/dia; já em populações onde a ingestão de sal é inferior a 50mEq/dia a hipertensão é rara.

Além da redução da pressão arterial, estudos demonstraram benefícios da restrição salina na redução da mortalidade por acidente vascular encefálica e na regressão da hipertrofia ventricular esquerda (VI Relatório Nacional do Comitê sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial, 1997; III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998).

c)Tabagismo

Conforme Rabello et al (1999, p.47) a prática do tabagismo dobra a possibilidade de doença coronariana e quando associado à hipertensão arterial quadriplica este risco. Esclarece ainda a autora que, em mulheres jovens, fumantes, em uso de anticoncepcional oral e com hipertensão arterial, o risco de infarto do miocárdio, tromboflebite e embolia pulmonar chega a 30 vezes mais do que a de mulheres que não se enquadram nestas condições. Afiune Neto et al. (1998) declara que entre os homens que morrem por infarto agudo do miocárdio, 41% são tabagistas e entre as mulheres este percentual dobra, chegando a 84%.

Os efeitos do uso do fumo no sistema cardiocirculatório são os seguintes: aumento da pressão arterial e frequência cardíaca, aumento do volume sanguíneo que sai do coração, aumento da força de contração do músculo cardíaco e elevação da velocidade de contração. Essas alterações estão intimamente relacionadas com o aumento da pressão arterial e podem ser atribuídas principalmente ao monóxido de carbono e nicotina.

“A nicotina estimula a absorção de hormônios, que levam à contração dos vasos periféricos, enquanto que o monóxido de carbono reduz significativamente a capacidade de oxigenação dos tecidos orgânicos”, (BORENSTEIN et al.1990). A combinação de nicotina com monóxido de carbono no sistema cardiovascular resulta na demanda aumentada de oxigênio para o coração na presença de uma oferta limitada, o que agrava ainda mais a falta de circulação provocada pela hipertensão.

O hábito de fumar, além de provocar efeito no sistema cardiovascular, favorece o desenvolvimento e as complicações da arterosclerose ou ateroma nas artérias coronárias e destrói a lipoproteína de alta densidade (HDL). Todos estes eventos predis põem à formação de placas de ateroma e dificultam a remoção do colesterol sanguíneo, o que explicaria a maior incidência de hipertensão arterial em pessoas fumantes do que nos não fumantes (BORENSTEIN et al, 1990). Sua interrupção reduz o risco de acidente vascular encefálico, de doença isquêmica do coração e de doença vascular arterial periférica, além de evitar seus outros efeitos deletérios. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo constitui-se como a principal causa isolada de doenças e de mortes no mundo e para Afiune

Neto et al(1998) os benefícios de parar com o tabagismo são vistos independente do tempo e da quantidade que a pessoa tenha previamente fumado.

O consumo excessivo de bebida alcoólica eleva a pressão arterial. Também é fator de risco para acidente vascular cerebral, além de causas de resistência à terapêutica medicamentosa.(JOINT NATIONAL COMMITTEE,1997- VI Relatório da Reunião Nacional do Comitê sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da Hipertensão Arterial).

Borenstein et. al (1990) esclarece que 40 a 50% dos consumidores “habituais” de bebidas alcoólicas apresentam hipertensão arterial. No Brasil, estima-se que mais de 10% (um a cada dez dos brasileiros) é alcoolista.

Sobre o sistema circulatório, o álcool atua do seguinte modo:

- Age diretamente sobre o músculo cardíaco, diminuindo a força contrátil;
- age diretamente sobre os vasos sangüíneos, provocando vasodilatação;
- aumenta a produção de adrenalina e noradrenalina, que junto à dilatação dos vasos causa taquicardia;
- quando o alcoolista apresenta crise de abstinência, se agita e pode ocorrer a crise hipertensiva.

O consumo de bebida alcoólica está associada também a sérios transtornos metabólicos, como aumento de triglicérides e alterações do metabolismo da glicose (intolerância à glicose e diabetes tipo II). Com base nestes dados, é importante o abandono do uso de bebidas alcoólicas por pessoas portadoras de hipertensão arterial ou uma redução drástica destas.

d) Estresse

A redução do estresse é recomendável para diminuir a sobrecarga de influências neuro-humorais do sistema nervoso central sobre a circulação. Todas as vezes que vivenciamos situações de tensão, o sistema nervoso libera adrenalina e noradrenalina, provocando a taquicardia, (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

Ribeiro (1988) declara que, com base nas observações clínicas diárias, o estresse é um fator de agravo ao estado hipertensivo. Para tal, o uso de técnicas de

relaxamento no tratamento da hipertensão arterial tem sido utilizado. O problema para a prática de técnicas é que elas requerem grande motivação e tempo por parte dos hipertensos e equipe profissional, o que limita sua aplicação. Contudo, essas técnicas são valiosas pela possibilidade terapêutica que possuem.

Desta forma, pessoas que vivem constantemente em situações de estresse, com tendência à hipertensão, poderão ter sua pressão arterial alterada. Para tanto, vale a incorporação de medidas que possam ser utilizadas rotineiramente e/ou sempre que alguma situação de vida o exija, como um fator de promoção da saúde, podendo contribuir de forma efetiva para o controle da PA (RABELO et al, 1999, p.52).

e) Obesidade

A obesidade se caracteriza pelo excesso de gordura no corpo, medido na prática pela relação entre o peso e a altura. A obesidade ou sobrepeso (índice de massa corpórea – IMC) é calculado através da divisão entre o peso (em quilogramas) e a altura (em metros) elevada ao quadrado. O tipo de obesidade (tendência aos tipos maçã ou pêra)⁴ pode ser identificado a partir da medida cintura quadril. Para obtê-lo, faz-se à medida com uma fita métrica ao redor da cintura e ao redor do quadril (na altura do trocanter maior). Uma razão maior que 1 para homens e a 0,8 para mulheres sugere maior risco de morbimortalidade, independente do índice de massa corpórea. O manejo do excesso de peso na saúde preventiva é uma tarefa cansativa e muitas vezes frustrante, pelo fato da obesidade ter fortes raízes sócio-culturais, passando o seu controle por mudanças dos padrões estéticos, dietéticos e de exercícios físicos vigentes na sociedade. Além disso, o controle do excesso de peso depende do acesso de todos a uma alimentação saudável, conforme destacam Duncan e Schmidt (1992).

O excesso de peso corporal tem forte correlação com o aumento da pressão arterial, no qual o aumento do peso é um fator de risco para a hipertensão. “Por vários mecanismos: causa sobrecarga cardiovascular, em decorrência do débito cardíaco aumentado, que contribui para elevar a pressão arterial sistólica; relaciona-se com o aumento do nível de aldosterona nos indivíduos com obesidade central.

⁴ Obesidade do tipo maçã –(obesidade abdominal) preponderância de gordura no tronco, Obesidade do tipo pêra –(obesidade inferior) preponderância de gordura nos quadris e coxa. Duncan e Schmidt (1992)

Observa-se ainda maior resistência à insulina e hiperinsulinemia” (RABELO et al, p 53-54,1999).

Para Ribeiro (1988), a obesidade e hipertensão arterial são freqüentemente associadas e independente da idade, quanto maior for o peso corporal, maior a freqüência de hipertensão arterial. Este autor refere ainda que pessoas portadoras de hipertensão tendem a ser mais obesas que as normotensas e que, com a diminuição do peso corporal, muitas destas normalizam seus níveis pressóricos sem necessitar medicação.

f) Sedentarismo

Sedentário é o indivíduo que realiza poucas atividades físicas, que está freqüentemente inativo, sentado ou deitado. De acordo com o VI Relatório da Reunião Nacional do Comitê sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (1997), quando comparados a outras pessoas mais ativas e condicionadas ao exercício físico, os indivíduos sedentários com pressão arterial normal têm o risco aumentado em 20 a 50% de desenvolver hipertensão.

O baixo nível de capacitação física está associado ao maior risco de óbito por doenças coronarianas e cardiovasculares em homens sadios, independentemente dos fatores de risco convencionais. Com relação à hipertensão arterial, o sedentarismo é um fator de risco ou facilitador da doença, juntamente com outros fatores como obesidade, estresse e distúrbios metabólicos, contribuindo para o aumento da pressão arterial. “Já a atividade física se constitui em um potente fator de proteção contra a hipertensão arterial. Mesmo quando a hipertensão arterial persiste, o risco de complicações decorrentes dela se reduz significativamente diante de uma dose adequada de atividade física” (RABELO et al 1999, p.46).

2.4 Fatores de risco não modificáveis:

a) Idade:

De acordo com Braunword apud Schneider (2002), aproximadamente 80% dos infartos agudos do miocárdio fatais ocorrem nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e segundo Santos (1999), a pressão arterial, particularmente a

sistólica, tende a aumentar com a idade, sendo esta um fator de risco para a doença coronariana.

b. Sexo:

As mulheres apresentam uma pressão arterial mais baixa até a meia idade, mas esta tende a aumentar com o tempo, equiparando-se com a pressão arterial dos homens após a meia idade. As taxas de morbimortalidade são mais altas nos homens. Em torno dos 75 anos de idade, as incidências se igualam em ambos os sexos.(SCHNEIDER 2002; SANTOS 1999).

c. Raça:

De acordo com o VI Relatório da Reunião Nacional do Comitê sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (1997), a prevalência de hipertensão em afro - americanos está entre as mais altas do mundo. Na medida em que as populações imigrantes vão adquirindo os costumes do país, seus riscos para doenças cardiovasculares também se alteram.

2.5 Tratamento não medicamentoso

2.5.1 Mudança de estilo de vida

Conforme Giorgi (2001, p.71), o “tratamento continuado das doenças crônicas é um desafio para a prática médica”. No caso da hipertensão arterial, devido às peculiaridades clínicas da doença, levar o indivíduo a seguir o tratamento proposto exige da equipe de saúde e principalmente da enfermeira muita dedicação, paciência e tempo para educá-lo e orientá-lo adequadamente.

Para Krasilcic (2001, p.50), a relação entre hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular, como a obesidade, tabagismo, sedentarismo, dislipidemias e *diabetes mellitus* levam à busca de mudanças de hábitos, que podem tanto controlar a pressão arterial por si, como ser “coadjuvante e sinérgicos ao tratamento farmacológico”. Porém, sabe-se que as dificuldades para as mudanças de hábitos e a perpetuação dos resultados são as grandes dificuldades do tratamento não

medicamentoso e a adesão em longo prazo, assim como na terapêutica medicamentosa, precisa de melhores resultados, conclui a autora.

“As mudanças de atitudes são difíceis, lentas, envolvem aspectos culturais do indivíduo e exigem um grau maior de informação”, afirma Jardim (2001).

Segundo o Relatório Norte-Americano Sobre Hipertensão (1999), o tratamento não medicamentoso tem como principal objetivo diminuir a morbidade e mortalidade cardiovasculares, por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, modificações da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são:

1. baixo custo e risco mínimo;
2. redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco;
3. aumento da eficácia do tratamento medicamentoso.

a) Redução de peso

Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso, de modo a alcançar Índice de Massa Corpórea (IMC)⁶⁵ inferior a 25Kg/m², e Relação Cintura-Quadril (RCQ) inferior a 0,8 para as mulheres e a 1,0 para os homens (Assis, 1997), em razão de sua associação com risco cardiovascular aumentado. As recomendações genéricas para a redução do peso corporal compreendem:

- princípios dietéticos e
- programas de atividade física.

⁵ IMC – segundo os critérios adotados pela Associação Brasileira para Estudos da Obesidade, o Índice de Massa Corporal (IMC) ou índice de Quetelet é calculado pelo peso corporal em quilos dividido pela altura ao quadrado (BARROS, ELVINO et al, 1999). Valores de IMC sobre peso : IMC > 25 kg/m² obesidade : IMC ≥ 27,8 kg/m² (homens) e > 27,3 kg/m² (mulheres) obesidade mórbida : IMC ≥ 31,1 kg/m² (homens) > 32,3 kg/m² (mulheres).

Para a manutenção do peso desejável em longo prazo é necessária a adequação dietética individualizada, com particular atenção aos aspectos socioeconômicos e culturais e à motivação dos indivíduos.

Conforme o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), os princípios da terapia dietética compreendem respeitar dieta hipocalórica, evitando o jejum ou as dietas “milagrosas”; manter o consumo diário de colesterol inferior a 300 mg (o consumo de gorduras saturadas não deve ultrapassar 10 % do total de gorduras ingeridas); substituir gorduras animais por óleos vegetais (mono e poliinsaturados); reduzir o consumo de sal a menos de 6 g/dia (1 colher de chá); evitar açúcar e doces; preferir ervas, especiarias e limão ou refogados; utilizar alimentos ricos em fibras (grãos, frutas), cereais, hortaliças e legumes, (preferencialmente crus).

b) Redução na ingestão de sal/sódio

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), a restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral. Tal orientação deve objetivar ingestão em torno de 100 mEq/dia (6g de sal = 1 colher de chá). Do ponto de vista prático, deve-se evitar a ingestão de alimentos processados industrialmente, tais como enlatados, conservas, embutidos e defumados. Deve-se ainda orientar o indivíduo a utilizar o mínimo de sal no preparo dos alimentos, além de evitar o uso de saleiro à mesa, durante as refeições.

O uso de substitutos de sal contendo cloreto de potássio em substituição ao NaCl pode ser recomendado aos clientes, embora alguns tenham a palatabilidade como fator limitante. Para que o efeito hipotensor máximo da restrição salina se manifeste, é necessário intervalo de pelo menos oito semanas. É importante salientar que a pessoa portadora de hipertensão arterial deverá ser orientada para a leitura dos rótulos dos alimentos industrializados, a fim de que observem a presença e a quantidade de sódio contidas nos mesmos.

As fontes de maior teor de sódio constituem sal de cozinha (NaCl) e temperos industrializados, tais como; Ketchup, mostarda, shoyu e caldos concentrados; embutidos : salsicha, mortadela, lingüiça, presunto, salame e paio; conservas: picles, azeitona, aspargos e palmito; enlatados: extrato de tomate, milho e ervilha; bacalhau, charque, carne seca e defumados; aditivos, como: glutamato

monossódico utilizados em alguns condimentos e sopas de pacote; queijos em geral.

Conforme Batista, Tales apud Borenstein (p. 60.1999), nas restrições modernas e severas de sódio é recomendado o uso de condimentos caseiros para dar mais sabor ao alimento com substituição ao sal, e entre eles os mais utilizados são: salsa, cebola, cebolinha, alho, vinagre, limão, hortelã, coentro, manjeriço, folhas de mostarda, louro, páprica, orégano e alecrim.

c) Aumento da ingestão de potássio

A ingestão de potássio pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio (feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuros, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja).

Essa indicação se justifica pela possibilidade do potássio exercer efeito anti-hipertensivo, ter ação protetora contra danos cardiovasculares e servir como medida auxiliar em indivíduos submetidos à terapia com diuréticos, desde que não existam contra-indicações.

Deve-se ter cautela no uso de suplemento medicamentoso à base de potássio em indivíduos suscetíveis à hiperpotassemia, incluindo aqueles com insuficiência renal, ou em uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), ou bloqueadores de receptores da angiotensina II.

O uso de substitutos do sal contendo cloreto de potássio em substituição ao NaCl pode ser recomendado aos clientes como uma forma de suplementação de potássio, embora alguns deles tenham o paladar como fator limitante. O emprego desses substitutos de sal em pessoas hipertensas com diminuição da função renal, especialmente se diabéticos e em uso de inibidores da ECA, deve ser cauteloso devido ao risco de hiperpotassemia.(III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL , 1998).

d) Redução do consumo de bebida alcoólica

Para os hipertensos do sexo masculino que fazem uso de bebidas alcoólicas é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30ml de etanol/dia, contidos em 60ml de bebidas destiladas (uísque, vodka, aguardente, etc.), 240ml de vinho, ou 720ml de cerveja. Em relação às mulheres e indivíduos de baixo peso, a ingestão alcoólica

não deve ultrapassar 15ml de etanol/dia. Aos indivíduos que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

e) Exercício físico regular

O exercício físico regular reduz de modo expressivo a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento da dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. Contribui, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão.

Conforme o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), os exercícios físicos, tais como caminhada, ciclismo, natação e corrida realizados numa intensidade entre 50% e 70% da frequência cardíaca de reserva, ou entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio, com duração de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, reduzem sensivelmente a pressão arterial de indivíduos hipertensos. Em contrapartida, exercícios físicos muito intensos, realizados acima de 80% da frequência cardíaca de reserva ou 80% acima do consumo máximo de oxigênio, têm pouco efeito sobre a pressão arterial de hipertensos. A tabela 3, abaixo, apresenta o cálculo da fração ideal para obter a frequência cardíaca máxima.

Tabela 2: Cálculo da frequência cardíaca máxima

CÁLCULO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA DE EXERCÍCIO
<p>Frequência cardíaca de exercício = (FC máxima – FC basal) x (% intensidade) + FC basal, onde FC máxima = 220 – idade em anos</p>

Fonte: III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998.

Exercícios isométricos como levantamento de peso não são recomendáveis para indivíduos hipertensos. Pessoas em uso de medicamentos anti-hipertensivo que interferem na frequência cardíaca (como por exemplo, betabloqueadores) devem ser previamente submetidos à avaliação médica.

A prática da atividade física se constitui em uma das principais exigências para a manutenção de uma vida saudável e poderá ser realizada de uma forma informal ou formal.

A maneira informal busca estimular o aumento do exercício físico nas diversas atividades físicas diárias, tais como: caminhadas ou o uso da bicicleta nas idas e vindas do trabalho e colégio, uso de escadas ao invés de elevadores, prática de dança. Esta é uma maneira de incrementar a atividade física inserida naturalmente no cotidiano de cada um.

A maneira formal consiste no condicionamento físico com frequência, duração das sessões, intensidade de exercício e progressividade. Quanto à frequência, recomendam-se sessões diárias, se não houver contra-indicação. Na fase de adaptação, pode-se iniciar com duas a três sessões semanais, aumentando progressivamente.

Quanto à duração das sessões da atividade física, é recomendada uma sessão de 40 minutos de atividade aeróbica precedida geralmente 5 a 10 minutos de aquecimento e alongamento, e finalizada com 10 minutos de desaquecimento e relaxamento. E com intensidade em torno de 50 a 85% da frequência cardíaca máxima (BATISTA, CARVALHO apud BORENSTEIN, 1999, p. 63).

f) Abandono do tabagismo

Dentre outras medidas, o tabagismo deve ser combatido por colaborar com o risco do câncer e de doenças pulmonares, e por constituir risco para doença coronariana, acidente vascular encefálico e morte súbita (Brasil, 2002). Para tanto, é essencial o aconselhamento da equipe multiprofissional, orientando o fumante sobre outras opções, ao invés do uso do cigarro, tais como: ingestão de líquidos, sucos, diversos chicletes, entre outros.

g) Controle das dislipidemias e dos diabetes mellitus

A associação de dislipidemias e *diabetes mellitus* com hipertensão são sabidamente deletérias, mesmo que essa associação não afete, necessariamente, os níveis da pressão arterial. A restrição de alimentos ricos em colesterol e gorduras, além dos açúcares simples, atuam sobre os fatores de risco convencionais e auxilia no controle do peso corporal.

Algumas das medidas utilizadas para o combate da dislipidemias compreendem aumentar o conteúdo de fibras na dieta, substituir os carboidratos simples (açúcares, mel e doces) pelos complexos (massa, cereais, frutas, grãos, raízes e legumes), restringir bebidas alcoólicas, aumentar a atividade física e reduzir a ingestão de gorduras saturadas, utilizando preferencialmente gorduras mono e poliinsaturadas na dieta.

Os alimentos que podem ocasionar um aumento dos triglicerídeos constituem todos os grupos alimentares e bebidas preparadas com açúcar, mel e derivados, cana de açúcar, garapa, melado, rapadura e bebidas alcoólicas, todos os medicamentos ricos em gorduras.

Os alimentos ricos em colesterol e/ou gorduras saturadas normalmente compreendem carne suína e derivadas (banha, bacon, torresmo), leite integral, creme de leite, nata e manteiga; lingüiça, salame, mortadela, presunto, salsicha e sardinha; frituras com qualquer tipo de gordura; frutos do mar (camarão, mexilhão e ostras); miúdos (coração, moela, fígado, miolos e rim); pele de frango, couro e peixe; dobradinha, caldo de mocotó; gema de ovo e suas preparações; carne de gado com gordura vegetal; óleo, leite e polpa de coco; azeite de dendê; castanhas, amendoim, chocolate e derivados e sorvetes.

Torna-se evidente que mudanças no estilo de vida, embora de difícil implementação, devem sempre ser incentivadas. Os profissionais da saúde devem fortalecer o processo de mudança de forma a intervir no comportamento da doença da pessoa portadora de hipertensão arterial.

A parceria das sociedades científicas com órgãos governamentais tem sido indispensável para assegurar a operacionalidade dessas ações, tanto no âmbito nacional, como estadual e municipal. Vale ressaltar, também, que é de fundamental importância o envolvimento de uma equipe multiprofissional na busca das metas a serem atingidas pelas pessoas com modificações do estilo de vida.

2.6 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso passa a ser considerado quando o tratamento não medicamentoso não produziu os resultados esperados. Além disso, algumas

considerações são muito importantes, como: o grau de elevação da pressão arterial, a presença de lesão de órgão alvo e a presença de doença cardiovascular ou ainda a existência de outros fatores de risco. O objetivo do tratamento medicamentoso é reduzir a morbimortalidade dos indivíduos hipertensos. Isto pode ser alcançado quando a pressão arterial sistólica (PAS) se mantiver abaixo de 140mmHg e a pressão diastólica (PAD) abaixo de 90mmHg..

O tratamento é feito através do uso de fármacos, em monoterapia ou associação, em uma seqüência recomendada, respeitando dosagens e efeitos adversos, que poderá ser alterado em situações especiais que se justifiquem. O tratamento farmacológico deve sempre ser acompanhado do tratamento não medicamentoso e em ambos os casos é importante buscar a aderência ao tratamento por parte dos indivíduos.

Os avanços tecnológicos da indústria farmacêutica, associados às pesquisas mais recentes, têm colocado no mercado medicamentos realmente eficazes, com menos efeitos colaterais.

Oigman (2001, p.37) salienta que “o uso de qualquer medicação por pacientes é firmemente controlado por meio de uma variedade de mecanismos”. A pesquisa básica, a identificação de um princípio ativo para a doença é o início da descoberta de novas drogas.

Quando a mesma é considerada eficaz para o seu objetivo, além de segura e tolerável, passa para a fase de regulamentação e de liberação comercial através de agentes governamentais especializados. Posteriormente, sua distribuição é realizada e controlada pela prescrição médica, através de farmácias autorizadas. O propósito destas sucessivas etapas declara a Oigman (2001, p.37) “é aumentar a probabilidade de que o paciente esteja recebendo a medicação mais apropriada e eficaz para a sua condição específica”.

Esta estratificação engloba as quatro categorias de risco cardiovascular, mostrando que mesmo os indivíduos com hipertensão leve, moderada ou grave, podem pertencer a categorias de maior ou menor risco na dependência de comorbidades ou fatores de risco associados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.21).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001, p.48), estão disponíveis no mercado farmacêutico seis classes de anti-hipertensivo (anexo 2):

- a) diuréticos;
- b) os inibidores adrenérgicos (os de ação central, os alfas – 1 bloqueadores e os betabloqueadores);
- c) os vasodilatadores diretos;
- d) os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA);
- e) os antagonistas dos canais de cálcio;
- f) os antagonistas do receptor da angiotensina.

A evolução da indústria farmacêutica faz surgir a cada dia novas classes de anti-hipertensivo, entretanto estudos para a redução da morbi-mortalidade somente foram demonstrados com o uso de diuréticos e betabloqueadores. Recentemente foi constatado os mesmos resultados com o uso de nifedipina (antagonista dos canais de cálcio) em idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O Ministério da Saúde (2001), em suas ações, institui a padronização do tratamento anti-hipertensivo, tendo como drogas de escolha as de baixo custo e maior eficácia no âmbito populacional. O tratamento medicamentoso deve ser escalonado, seguindo etapas pré-definidas e com drogas pré-escolhidas. Em geral, o início do tratamento medicamentoso deve iniciar com a menor dose possível e ser aumentada paulatinamente, até que se alcance os níveis pressóricos desejados, ou que se chegue à dose máxima recomendada da droga, evitando que surjam os efeitos colaterais. Quando estes acontecem, deve-se buscar outro tipo de medicamento que substitua o anterior.

Caso não ocorra o resultado desejado, passa-se para uma segunda etapa, com adição de uma segunda droga padronizada em sua menor dose possível e assim sucessivamente, podendo-se associar até quatro drogas de ações farmacológicas distintas.

2.7 A adesão da pessoa hipertensa ao tratamento

Como já havia sido relatado anteriormente, a hipertensão arterial é um mal que atinge milhares de pessoas em todo o mundo e também no Brasil, causando danos irreparáveis. Sabe-se também que essas pessoas, quando em tratamento e

bem informadas sobre seu problema, podem viver normalmente, com segurança, sem maiores prejuízos.

A enfermeira faz parte da equipe de saúde encarregada do tratamento e da manutenção da saúde dos hipertensos. É uma profissional que está habilitada a cuidar, orientar, educar e manter o principal vínculo dessas pessoas ao tratamento e tem uma importância fundamental no sucesso da adesão dessas pessoas no próprio processo de cuidar-se.

Pierin e Mion Jr. (1999) referem que a adesão do hipertenso ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre o comportamento do indivíduo, em termos de tomar a medicação, seguir a dieta, realizar mudanças de estilo de vida, comparecer às consultas médicas e cumprir as recomendações por parte dos membros da equipe de saúde. Estes autores reforçam sobre a dificuldade de quantificar o número de portadores hipertensão arterial que não aderem ao tratamento no Brasil. Referem que não existem estudos que quantifiquem a prevalência de hipertensos em nosso meio e que, apesar dessa dificuldade, estima-se que dentre os portadores de hipertensão em tratamento, a falta de adesão ocorre em torno de 40%, sendo que grande parte dos mesmos chega a abandonar por completo tratamento.

Os autores Pierin e Mion Jr., 1999 apresentam dados sobre tratamento de hipertensão nos Estados Unidos, baseados no Health and Nutrition Examination Survey de 1994 (NHANES III), dizendo que há 50 milhões de portadores desse mal e que dentre eles, 68% têm conhecimento da doença, 54% estão em tratamento e apenas 27% permanecem controlados.

Sadala e Mendes (1996) referem que a adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia. Os autores dizem que uma das metas dos programas de assistência aos hipertensos consiste em estabelecer uma comunicação eficiente entre os profissionais da equipe de saúde e os portadores de hipertensão arterial. Estes devem estimular os indivíduos para participarem do tratamento e também para que se comprometam. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos na assistência tenham conhecimento acerca das crenças e valores que os indivíduos têm sobre sua saúde e seus modos de vida.

É necessário, então, buscar o entendimento da percepção que a pessoa hipertensa tem sobre a doença, bem como propor formas alternativas de motivação. Estudos com esse objetivo, segundo Souza (1999), são raros e de difícil execução. O estudo dos dados acima referidos lança luzes sobre questões do comportamento do hipertenso, principalmente no que se relaciona ao conhecimento sobre a patologia, o tratamento e as medidas para o seu controle. Quando se aborda comportamento das pessoas, Jardim (2001) refere que o comprometimento da pessoa com seu tratamento depende do grau de conhecimento que esta tem sobre a doença. Reforça que quanto maior o conhecimento da pessoa sobre sua situação, maior é a chance de sucesso no tratamento e que isso se reflete diretamente em um comprometimento efetivo rumo ao autocuidado. E também que se faz necessário conhecer melhor o indivíduo ao qual as ações serão direcionadas, só assim os profissionais alcançarão mudanças de comportamento da pessoa portadora de hipertensão, mudanças para uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, concordo que é importante considerar o que Castro e Car (2000) referem sobre a situação emocional de pessoas com doenças crônicas. Estes autores referem que, em geral, estas pessoas passam por períodos de instabilidade e de autodepreciação, no qual o processo de adaptação é lento, longo, e gradual, dependendo do tipo de doença, do grau de incapacidade e da personalidade de cada um, pois a pessoa trava internamente uma luta consigo mesma, para aceitar ou negar o diagnóstico, o que implicará em enfrentamento, fuga ou morte. Cada pessoa utiliza determinados mecanismos que ajudam na adaptação da doença.

Segundo os autores, a pessoa passa por três fases no período de adaptação à doença: a primeira, a da resistência; a segunda, de conscientização e lamentação, através de depressão, choro, raiva dos demais, entre outros; e a terceira fase, a da aceitação, a qual ocorre a adaptação ao novo e a busca do equilíbrio das emoções. Socialmente a doença crônica afeta a função que o indivíduo desempenha perante os demais. Isso ocorre de acordo com os valores, as crenças e a cultura de cada um, e, conseqüentemente, afeta os vários setores sociais como a própria família, a economia, o trabalho, a educação, o lazer, entre outros. Portanto, a adaptação às modificações no estilo de vida do hipertenso é bastante complexa e está relacionada diretamente com a continuidade do tratamento. Fatores como o desconhecimento do diagnóstico, a consciência de que existe tratamento, e o acesso aos serviços de

saúde especializados interferem na eficácia e eficiência do tratamento da hipertensão arterial.

Castro e Car (2000) referem ainda que os obstáculos na adesão da pessoa ao tratamento da hipertensão relacionam-se a vários fatores, como a dificuldade quanto à ingestão da dieta hipossódica, os recursos financeiros para a aquisição dos medicamentos, à distância e dificuldade no transporte que utiliza para se locomover do local onde mora ao serviço de saúde, entre outros.

Pierin e Mion Jr. (1999) recomendam que algumas características dos indivíduos como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, além de aspectos culturais e crenças sobre saúde devem ser consideradas pelos profissionais da saúde para a adesão da pessoa portadora de hipertensão ao tratamento. A enfermagem e os demais profissionais da área da saúde devem levar em conta, segundo os autores, que pessoas jovens, homens em especial, e pessoas de baixa escolaridade, tendem a ser menos aderentes ao tratamento do que os demais, pois as mudanças nos hábitos de vida e culturais exigem muita determinação por parte do indivíduo, assim como recursos econômicos e materiais. Como se trata de uma doença crônica e muitas vezes com ausência de sintomatologia específica e inaparente, cujas complicações aparecem, freqüentemente, em longo prazo, o indivíduo tende a relaxar na freqüência ou até desistir do tratamento.

Todos os fatores acima relacionados são imprescindíveis na compreensão pela equipe de saúde e na relação com o portador de hipertensão arterial, especialmente ao enfermeiro, que deve ter maior clareza da problemática desse indivíduo para poder tratá-lo efetivamente e eficazmente.

Pierin e Mion Jr. (1999) abordam as razões ou os motivos que contribuem para o indivíduo deixar de tomar a medicação ou abandonar o tratamento. Num estudo realizado pelos autores, verificaram que 89% dos portadores de hipertensão arterial deixaram de tomar os medicamentos pelo alto custo dos mesmos, 67% por ter que tomar várias vezes ao dia e 54% pelos efeitos colaterais da medicação. Em relação à doença propriamente dita, 50% abandonam pelo desconhecimento da gravidade desta, e 36% pela ausência dos sintomas. Sobre os conhecimentos e crenças dos mesmos, 83% referiram que tomam o medicamento somente quando a

pressão está alta, 80% não costumam cuidar de sua saúde, 75% esquecem de tomar a medicação, 70% desconhecem a cronicidade da doença e não têm conhecimento das complicações da mesma. E em relação à atuação da equipe de saúde com o portador de hipertensão arterial, 51% referiram abandonar o tratamento por falta de convencimento para a adesão e 20%, por relacionamento inadequado com a equipe de saúde.

Observa-se, no que se refere ao tratamento medicamentoso, que o custo, os efeitos colaterais da ingestão dos mesmos, os esquemas terapêuticos complexos e a necessidade de continuidade terapêutica por toda a vida são causas da baixa adesão ou abandono ao tratamento com drogas isentas de efeitos indesejáveis. Vale ressaltar que a adesão de esquemas terapêuticos, com doses monoterápicas, com drogas isentas de efeitos indesejáveis, com horário e frequência dos remédios que favoreçam ao portador de hipertensão tendem a contribuir para o sucesso do tratamento.

Portanto, merece destaque o conhecimento por parte da equipe de saúde sobre a forma como vem sendo analisada a dificuldade de adesão da pessoa ao tratamento da hipertensão. Dessa análise decorre o direcionamento da equipe de saúde, em especial a enfermagem, que tem um papel importante junto aos Programas de Atendimento a Hipertensos, em âmbito individual ou coletivo. Por sua vez, sobre o assunto, Sarquis et al. (1998), reforçam que a instrumentalização do enfermeiro para atuar junto a portadores de hipertensão, através da otimização do saber, é fundamental. Tanto que Pierin (1998), após a análise da mensuração da pressão arterial por diferentes profissionais da saúde em ambulatório e em domicílios, verificou que o profissional que mais se adequou para a realização dessa técnica é a enfermeira. Essa constatação está aliada às características do trabalho da enfermagem, que busca assistir o indivíduo de forma integral, abrangente e contínua. Coloca o enfermeiro, então, como um dos profissionais mais adequados na equipe de saúde para trabalhar a problemática da adesão do portador de hipertensão ao tratamento.

Desta forma, constata-se mais uma vez a importância da atuação da equipe de saúde, em especial da enfermeira, na adesão de portadores de hipertensão ao tratamento. A enfermagem vem se destacando na equipe de saúde nas mais diversas áreas, em especial na prevenção e tratamento da hipertensão arterial.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 A biografia de Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914. Iniciou seus estudos em Enfermagem na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, D.C., concluindo seu curso no início dos anos 30. Em 1939, obteve grau de Bacharel em Ciências em Educação de Enfermagem. Em 1945, o grau de Mestre em Enfermagem, pela Catholic University of América, USA. Nesta época, tornou-se Diretora da Escola de Enfermagem do Hospital da Providência e Diretora do Serviço de Enfermagem do Hospital de Detroit. Durante sua carreira profissional como enfermeira, trabalhou como enfermeira particular numa equipe, como educadora e administradora e consultora de enfermagem (GEORGE, 2000).

Entre 1949 a 1957, foi assessora de Serviços Institucionais do Conselho de Saúde do Estado de Indiana, e posteriormente entre 1958 e 1959 participou como consultora para a Secretaria de Educação do Departamento de Saúde, Educação e Bem-estar de um projeto que tinha como objetivo melhorar o treinamento de enfermagem prática (vocacional). Esse trabalho levou a investigar questões relacionadas a: “Que condição existe na pessoa quando essa pessoa ou outras determinam que ela deva estar sob cuidados de enfermagem”? “Sua resposta envolvia a idéia de que a enfermeira é o ”outro eu ”. Esta idéia migrou para o seu conceito de enfermagem de “autocuidado”. Percebeu então que quando as pessoas são capazes, cuidam de si mesmas. Quando uma pessoa não consegue autocuidar-se, o enfermeiro, então, oferece ajuda.

No ano de 1959, o conceito de Enfermagem de Orem foi publicado pela primeira vez como autocuidado. Em 1965, ela se uniu a vários outros catedráticos da Catholic University of America para formar o Comitê Modelo de Enfermagem (Nursing Model Committee). Em 1968, um setor do Nursing Model Committee continuou seu trabalho através do Nursing Development Conference Group (NDCG). Esse grupo foi formado para produzir uma estrutura conceitual para a enfermagem e estabelecer a disciplina de enfermagem. Seus resultados estão publicados no "Concept Formalization in Nursing" : Process and product, respectivamente em 1973 e 1979.

A partir de 1970, Orem passa a dedicar-se a sua empresa de consultoria, denominada de Orem & Shields, em Chevy Chase, Maryland. Posteriormente, desenvolveu seus conceitos de autocuidado e, em 1971, publicou "Nursing: concepts of practice." A segunda, terceira e quarta edições de sua proposta teórica foram publicadas em 1980, 1985 e 1991, respectivamente. A primeira edição centralizava o foco no indivíduo, a segunda foi ampliada para incluir as unidades multipessoais (famílias, grupos, comunidade). A terceira edição voltou-se para a Teoria Geral da Enfermagem de Orem, que é formada por três construtos teóricos: (1) a teoria do autocuidado, (2) a teoria dos déficits de autocuidado e (3) a teoria dos sistemas de enfermagem.

3.2 A Teoria Geral de Enfermagem

Para Orem (GEORGE, 2000 p.90)

A enfermagem é uma ação humana diferenciada das outras ações humanas por seu enfoque sobre as pessoas incapacitadas, visando manter a provisão contínua de cuidados de saúde. Ela é necessária quando o adulto é incapaz de manter continuamente a quantidade e a qualidade de autocuidado terapêutico na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos.

A prática de autocuidado foi teorizada por Orem, quando nos Estados Unidos surgia um forte movimento em favor da autonomia e liberdade pessoal (LANGE, 1997).

Conforme dito anteriormente, a Teoria Geral de Orem caracteriza-se por um grande constructo na composição de três teorias inter-relacionadas: Teoria de

Autocuidado, Teoria dos Déficits de Autocuidado, Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

1. A Teoria do Autocuidado é a prática de cuidados que os indivíduos realizam em seu benefício para que se mantenham com vida, saúde e bem estar.

O autocuidado é uma abordagem voltada à saúde numa visão holística, constituindo-se em habilidades para a prática do autocuidado. Quando o mesmo é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o desenvolvimento do ser humano. Neste processo de autocuidado, os objetivos da assistência partem das necessidades, das preferências do próprio indivíduo e não somente da percepção do profissional.

Desta forma, o cuidado significa "assumir o cuidado". A capacidade do indivíduo em assumir o cuidado está condicionada por fatores básicos como idade, sexo, experiência de vida, saúde, estado de desenvolvimento, orientação sócio-cultural, fatores do sistema de atendimento de saúde, condições ambientais e a disponibilidade de recursos. "Normalmente, os adultos cuidam-se voluntariamente. Os bebês, as crianças, os idosos, os enfermos e os deficientes exigem cuidado ou assistência completa nas atividades de autocuidado" (OREM, apud GEORGE, 2000, p. 84).

Colliere (1989, p. 16), enfermeira francesa, na introdução do seu livro "Promover a Vida", coloca de uma forma muito clara e objetiva a genuidade do que é cuidar:

Ser cuidado... cuidar de si próprio... cuidar... quem ao longo de sua vida não conheceu cada um destes imperativos? Cuidar é e será sempre indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social

Acreditando que a aprendizagem é um fator determinante para a promoção da saúde da pessoa portadora de hipertensão, encontrei na teoria de Orem a base para este estudo.

A escolha por Orem para este estudo foi determinante por enfatizar o ato de cuidar-se e cuidar de outros como algo forte, que auxilia no processo da promoção da saúde e na prevenção da doença.

Concordo com Radünz (1999) quando fala que, como profissional, tenho o dever de despertar a responsabilidade e a capacidade para o autocuidado do indivíduo, orientando os cuidados que ele próprio deve realizar. Quando o mesmo pode fazer o cuidado, a enfermeira não deve fazer por ele e o que ela pode fazer não deve esperar que os outros façam.

A demanda de autocuidado é a totalidade de ações de autocuidado a serem executados por algum tempo, de modo a preencher os requisitos de autocuidado, usando métodos válidos e conjuntos de operações e ações.

Orem apresenta três categorias de requisitos ou exigências para o autocuidado, tais como:

- Universais;
- desenvolvimentais;
- de desvio de saúde.

O requisito universal de autocuidado está ligado às necessidades vitais e à manutenção da integridade biológica, sociopsicológica comum a todas as pessoas nos diversos estágios do ciclo vital e visto como fatores interligados, sendo que um influencia o outro. São eles:

- a manutenção de suficiente ingestão de ar;
- a manutenção de suficiente ingestão de água;
- a manutenção de suficiente ingestão de alimentos;
- a provisão de cuidados associada a processos de eliminação e excreção;
- a manutenção de um equilíbrio entre a atividade e o descanso;
- a manutenção de um equilíbrio entre solidão e a interação social;
- a prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar humano;
- a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais, conforme o potencial, limitações conhecidas e o desejo humano de ser normal. A normalidade no sentido do que é basicamente humano

e aquilo que está de acordo com as características genéticas e constitucionais e os talentos das pessoas. (OREM ,2000, p. 85).

Para a pessoa hipertensa que passa por modificações, como uso contínuo de medicação, de reeducação alimentar, prática de atividades físicas, evidencia - se além das ações de autocuidado universais (oxigenação, hidratação, eliminação e excreção, equilíbrio entre atividades e repouso, interação social, segurança, socialização), as ações específicas de autocuidado relativos aos desvios de saúde e desenvolvimento.

Ao tirar a responsabilidade do indivíduo posso estar tirando a chance do mesmo crescer. Dividir essa responsabilidade com ele ou familiares, quanto ao autocuidado, pode aliviar a pressão e a exigência que os mesmos fazem sobre os profissionais da saúde e, por outro lado, os recursos e as soluções desses indivíduos podem ser identificados e usados no autocuidado.

Os requisitos do desenvolvimento de autocuidado são as demandas que ocorrem durante as adaptações das etapas do ciclo vital relacionadas às situações normais ou de crise, tais como:

- a) infância, adolescência, adulto e envelhecimento;
- b) gravidez e parto;
- c) situações de casamento, divórcio ou afastamento;
- d) situações de mudança no curso da vida.

Orem apud George (2000, p. 95) refere que os requisitos de desenvolvimento de autocuidado são:

tanto as expressões especializadas de requisitos universais de autonomia que foram particularizadas por processos de desenvolvimento, quanto novos requisitos, derivados de uma condição...ou associados a algum evento.

Os requisitos do autocuidado nos desvios de saúde são as exigências nas condições de doença ou de lesão, ou podem resultar das ações médicas para diagnosticar e corrigir a situação. Fazem parte desse requisito:

- procurar assegurar assistência médica apropriada em caso de exposição a agentes físicos ou biológicos específicos, ou às condições

ambientais associadas com estados e eventos patológicos humanos, ou quando há indícios de condições genéticas ou psicológicas que possam produzir ou estar associadas com patologia humana;

- estar alerta e dar atenção aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos;
- realizar com eficácia as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas para a correção de deformidades e subnormalidades, ou para a compensação de incapacidades;
- ser consciente e observar ou levar em conta ou regular os efeitos nocivos e deletérios das medidas de cuidados desempenhadas ou prescritas pelo médico;
- modificar o autoconceito (a auto-imagem) para a aceitação de si mesmo como ser humano com um estado particular de saúde e que necessita de formas específicas de cuidados à saúde;
- aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e os efeitos do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida que promova o desenvolvimento pessoal contínuo (Orem apud George, 2000).

Para Orem apud Leopardi (1999) o indivíduo que promove o autocuidado consigo mesmo ou para outra pessoa é “agente de autocuidado”. O enfermeiro engaja-se como um agente de autocuidado terapêutico, quando o cliente não pode suprir por si mesmo os cuidados que necessita e requer, portanto, a ajuda de outra pessoa.

2. A Teoria de Déficit do Autocuidado representa a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, à medida que delinea a intervenção da enfermagem quando o ser humano em determinados momentos encontra-se em desequilíbrio para executar seu autocuidado (Figura 1). A enfermagem, neste caso, passa a ser uma exigência porque é o indivíduo que se apresenta com incapacidade, ou tem limitação na provisão de autocuidar-se. Neste caso, a enfermeira satisfaz a essas exigências e Orem sugere então cinco métodos de ajuda:

- agir ou fazer para outra pessoa;

- guiar e orientar o outro;
- apoiar fisicamente e psicologicamente o outro;
- proporcionar e manter um ambiente de apoio que promova o desenvolvimento pessoal, quanto se tornar capaz de satisfazer demandas futuras;
- ensinar o outro.

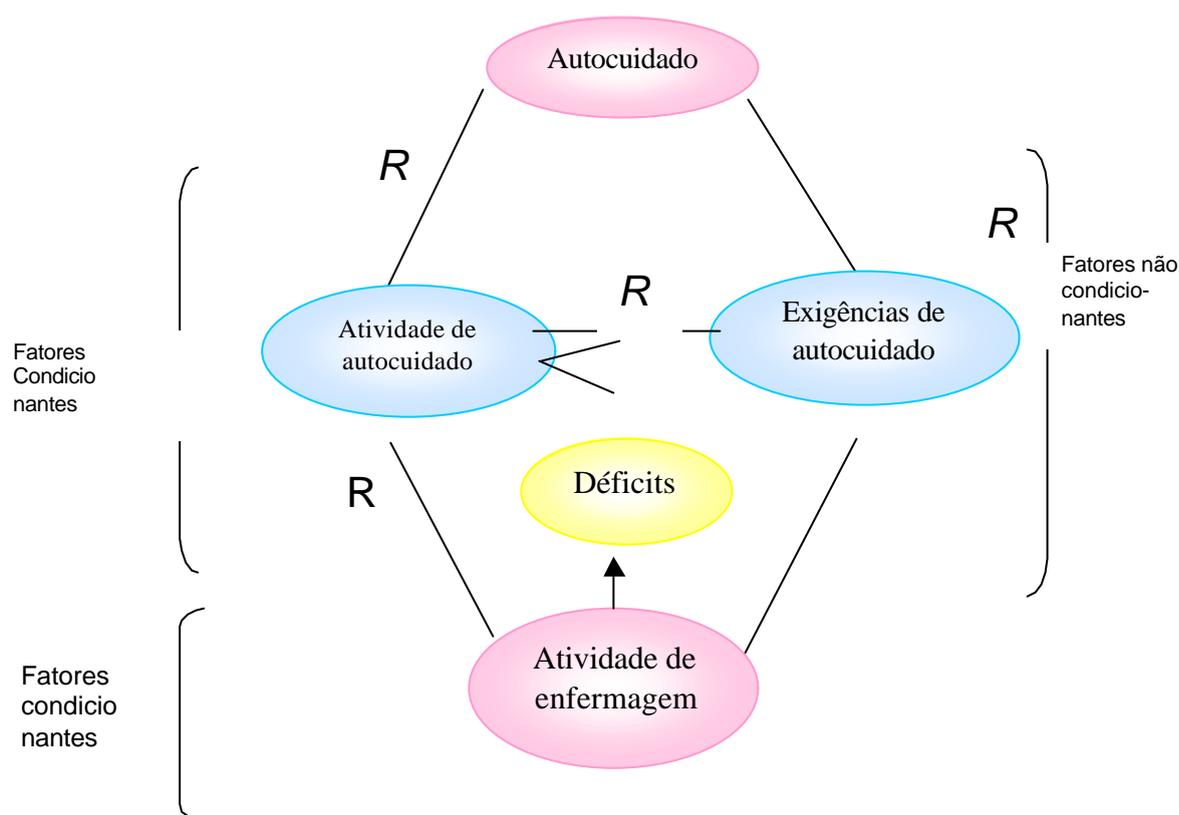


FIGURA 1. Estrutura conceitual para a enfermagem. (R = relacionamento; < = déficit de relacionamento, atual ou projetado). (Usada com permissão de Orem, D. E. [1991] Nursing: concepts of practice. 4. ed. St. Louis: Mosby, 1991). (GEORGE 2000, p.86.)

Segundo Orem (1991), em sua Teoria do Déficit de Autocuidado, a enfermeira pode auxiliar o indivíduo usando métodos, proporcionando ações de assistência para o autocuidado, e definindo competência/ capacidade. As enfermeiras possuem o potencial para desenvolver ações de autocuidado para, pelo e com o indivíduo. Estas ações são desempenhadas e exercidas para o benefício e o bem – estar da pessoa. Neste conceito, são incluídos os componentes de: conhecimento de enfermagem, experiência, domínio de procedimentos de enfermagem, habilidades sociais e interpessoais, motivação e desejo de cuidar(LANGE, 1977).

3. Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem o planejamento das ações de autocuidado é baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do indivíduo para executar as atividades de autocuidado. A enfermagem é exigida quando houver um déficit entre o que o indivíduo pode fazer e o que precisa ser feito para manter sua integridade. As ações de enfermagem da teoria dos sistemas (Figura 2) são de suporte educativo ou compensatórios, descritas assim:

sistema de enfermagem totalmente compensatórios – o indivíduo apresenta-se incapaz de atender as suas necessidades de autocuidado. O enfermeiro assume os cuidados engajando - se no autocuidado, ou ainda quando ela precisa de um guia permanente para o autocuidado, (exemplo: pessoa inconsciente).

sistema de enfermagem parcialmente compensatório – o indivíduo apresenta algumas dificuldades de competência no autocuidado. Ambos, enfermeiro e indivíduo hipertenso se engajam em executar as necessidades de autocuidado, (exemplo: pessoa em pós-operatório).

sistema educativo – suportivo: quando o indivíduo necessita da assistência de enfermagem na tomada de decisão, no controle do comportamento de aprendizagem para executar ações e medidas de autocuidado, (exemplo de indivíduos hipertensos que desconhecem os cuidados com a doença).

Conforme Leopardi (1998), a Teoria de Orem vem sendo utilizada na pesquisa prática e administrativa, contudo, com mais ênfase na prática, aplicada por clínicas em uma série de circunstâncias. Também é usada como base dos currículos de escolas de enfermagem e do sistema de informações de enfermagem.

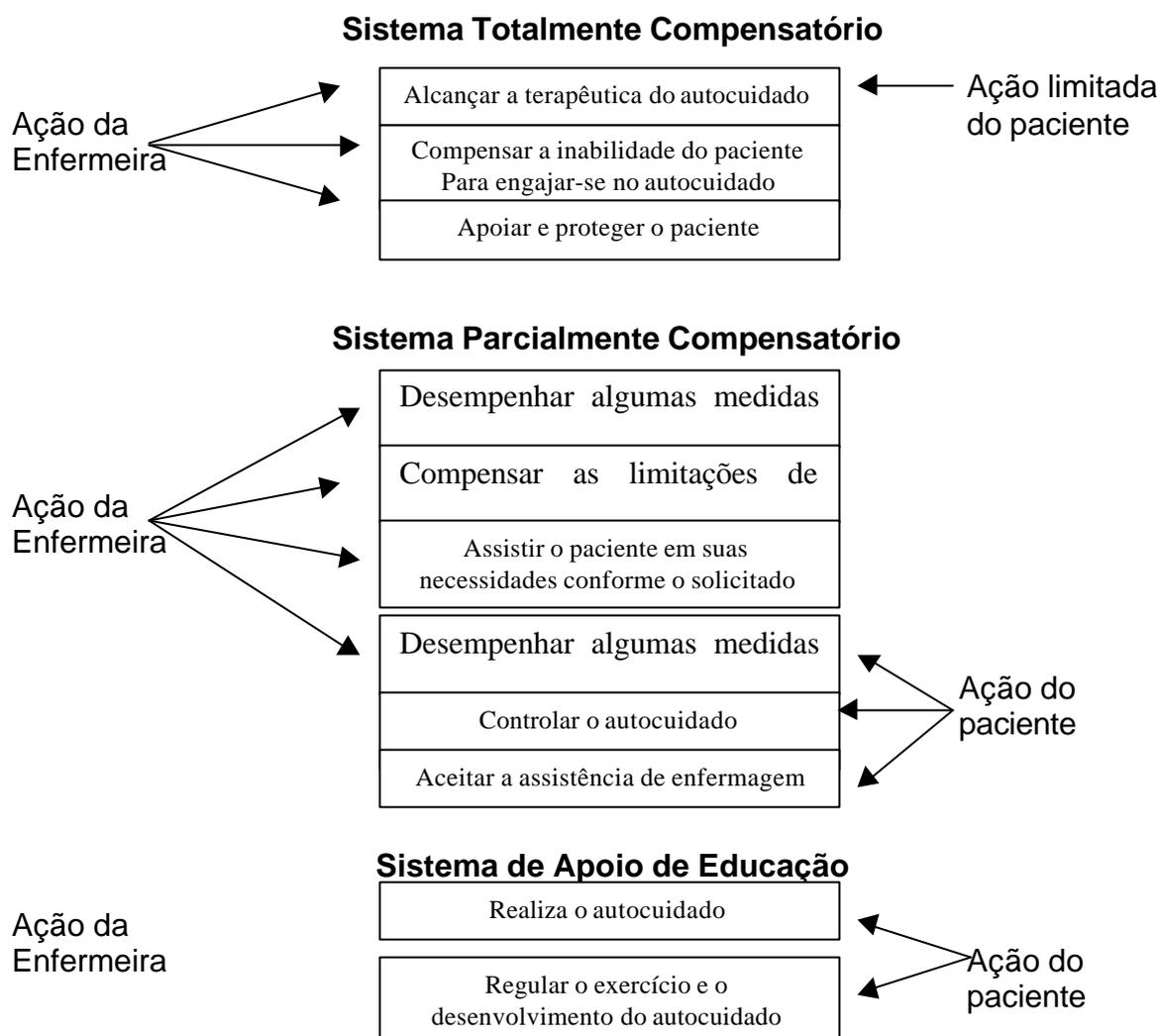


FIGURA 2. Sistemas básicos de enfermagem (GEORGE, 2000 p.88).

Conforme Orem, um ou mais dos três tipos de sistemas podem ser usados em um único indivíduo, e cita, por exemplo, que uma mulher em trabalho de parto pode passar de um sistema de apoio-educação, na fase inicial, para um sistema compensatório à medida que o trabalho de parto evolui. Se houver necessidade de um parto cesáreo, seus cuidados podem exigir o sistema totalmente compensatório. À medida que se recuperasse da anestesia, passaria para o sistema parcialmente compensatório. Posteriormente, ao preparar-se para voltar para casa, o sistema apoio-educação poderia ser novamente apropriado (George, 2000, p.88).

3.3 Pressupostos de Orem

Orem, conforme Leopardi (1999, p. 75) considera que as pessoas desejam e podem se tornar aptas ao seu autocuidado, podendo os profissionais de Enfermagem assumir esta tarefa quando elas não estiverem em condições de fazê-lo.

- “A Enfermagem é um serviço de ajuda deliberado, desempenhado pelos enfermeiros para outras pessoas, por um período de tempo”.
- As pessoas são capazes e desejam desempenhar autocuidado para si e para os membros dependentes da família.
- Autocuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem-estar.
- Educação e cultura influenciam os indivíduos.
- Autocuidado é aprendido através da interação humana e da comunicação.
- Autocuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas, desempenhadas para tomar conhecidas necessidades de cuidado.
- As pessoas podem ser autoconfiantes e responsáveis por seu próprio autocuidado, tanto quanto do cuidado a outros, na sua família, que não estão capazes de cuidarem de si mesmos.
- As pessoas são indivíduos com identidades que são distintas dos outros e do seu meio ambiental”.

Acreditando nestes pressupostos de Orem, e através do conhecimento sobre a doença e a promoção do autocuidado, respeitando cada ser humano em sua individualidade, sabe-se que é possível ajudar os indivíduos hipertensos a compreender melhor a doença, e assim superar os seus efeitos através da aceitação de sua condição crônica de saúde para a construção de um viver mais saudável.

3.4 Pressupostos pessoais

- o autocuidado no indivíduo portador de hipertensão arterial é um comportamento que implica em uma tomada de decisão;
- a enfermeira pode ajudar o indivíduo hipertenso a conhecer mais sobre sua doença e ajudá-lo na prática do autocuidado;
- o entendimento e a prática do autocuidado implicam em fatores sócio-culturais e variam de indivíduo para indivíduo;
- a ação da equipe de saúde é fundamental na educação do portador de hipertensão para o autocuidado;
- mudanças de atitudes são lentas e difíceis e são influenciadas por crenças , hábitos e práticas culturais.

3.5 Principais conceitos

Este estudo foi orientado pelos seguintes conceitos:

- Ser humano
- Saúde
- Enfermagem
- Sociedade
- Adesão ao tratamento
- Educação em saúde

SER HUMANO: É um indivíduo que difere de outros seres vivos pela sua capacidade de pensar, sentir, decidir, perceber e refletir acerca de si mesmo e de seu ambiente, de expressar aquilo que vivencia. É um ser que tem suas crenças e valores que lhe são próprios, que interage com os outros e com o ambiente e que tem capacidade para ensinar e aprender. Cria mecanismos de comunicação para se expressar e direciona esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios para si ou a outros.

Para Orem (1985), o funcionamento humano integrado inclui os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, acreditando que os indivíduos têm potencial para a aprendizagem e o desenvolvimento. A maneira pela qual o indivíduo satisfaz suas necessidades de autocuidado é um comportamento aprendido, sendo a aprendizagem afetada pela idade, capacidade mental, cultura, sociedade e estado emocional do indivíduo. Se o indivíduo não consegue aprender as medidas de autocuidado, outros devem aprender os cuidados e realizá-los.

Neste estudo, o ser humano é a pessoa portadora de hipertensão arterial que apresenta déficits de autocuidado. É um indivíduo que sente, pensa, decide, recebe, possui crenças e valores, tem consciência e direito de decidir, agir e reagir diante da descoberta e da vivência de uma condição crônica, e quem define o processo da aceitação ou não da doença e a capacidade do seu autocuidado.

Este ser humano necessita de informações para que possa exercer sua autonomia na busca de um viver com qualidade, construindo seu aprendizado com vistas a despertar a capacidade e a responsabilidade de desenvolver condições para a melhoria na qualidade de vida.

SAÚDE: É um processo contínuo de mudanças situacionais dinâmicas, que possibilita ao ser humano o equilíbrio na vida e o desenvolvimento nos seus papéis com prazer.

Orem apud George (2000, p.89) apóia a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) como o estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Ela afirma que os “aspectos físicos, psicológicos, interpessoal e social são inseparáveis no indivíduo”. Também enfoca a saúde com base no conceito de prevenção, incluindo a promoção e a manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento da doença (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

Entendo que saúde depende muito da percepção que cada indivíduo tem sobre o que é qualidade de vida, bem-estar, podendo desempenhar seu papel na sociedade.

Assim, para o indivíduo portador de hipertensão arterial, a saúde pode ser visualizada como a compreensão de suas limitações e potencialidades em conviver com a hipertensão. Depende da percepção e aceitação do indivíduo hipertenso em

estabelecer uma forma saudável de conviver com a doença e buscar viver uma melhor qualidade de vida.

Este processo de aceitar e viver com uma doença crônica, no caso a hipertensão, inclui aceitar limites, buscar novos meios de viver o dia-a-dia, socializar conhecimentos e experiências, adquirir novas habilidades e mudanças de hábitos que possibilitem um viver mais saudável através da prática do autocuidado.

ENFERMAGEM: É assistir o ser humano, é cuidar, é fazer pelo indivíduo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, é auxiliá-lo, orientá-lo e ensiná-lo a autocuidar-se.

Para Orem, a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo com o objetivo de sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos (1980).

Para a teórica, enfermagem é um serviço, uma arte e uma tecnologia. Como serviço, a enfermagem é uma maneira de ajudar os seres humanos através de ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas pela enfermeira, mantendo ou alterando sua própria competência ou ambiente (LEOPARDI, 1999, p.78). No que se refere a doença hipertensiva, a enfermeira tanto pode ajudar indivíduos e grupos quando os mesmos têm limitações que não podem ser imediatamente suplantadas. Ela pode buscar, junto aos indivíduos e seus familiares, meios de desenvolver o autocuidado, com vistas a alcançar o processo do entendimento e aceitação da condição crônica da hipertensão arterial, e por conseguinte manter seus níveis pressóricos estáveis.

Neste estudo, para o indivíduo hipertenso, a arte de enfermagem consiste em ajudar a manter sua participação eficaz nas ações de autocuidado, como serviço é a maneira de ajudar estes indivíduos a controlar a pressão arterial, com treinamento, educação e assistência. Esta forma de ajuda enfermeira / indivíduo possibilita que o autocuidado se concretize. Neste caso, a enfermeira e o portador de hipertensão arterial devem possuir os mesmos objetivos e devem trabalhar em comum acordo, não havendo imposição de tratamento. A operacionalização sistematizada da assistência se fará com a utilização do processo de enfermagem.

SOCIEDADE: É referida por Orem (1971) quando define a comunidade como um grupo de pessoas que compartilham uma mesma área geográfica e um meio

ambiente sob as mesmas leis. Esta comunidade de grupo, conforme Orem, é constituída por famílias que compartilham não apenas de um ambiente ou espaço comum, mas também um interesse comum nas instituições que governam e regulam seus modos de vida. Neste contexto, os seres humanos interagem com suas respectivas crenças e valores culturais com outros seres humanos.

Para alcançar os objetivos em suas ações de promoção e manutenção do autocuidado, a enfermeira deverá conhecer e considerar os valores da sociedade na qual o indivíduo hipertenso está inserido, uma vez que estas vão influenciar as ações do autocuidado a serem executadas. É particularmente importante, neste estudo, observar as características do grupo social. Nesse estudo, o grupo social será constituído basicamente pelos indivíduos portadores de hipertensão que participam do Programa de Assistência aos Hipertensos, num Posto Municipal de Saúde de Cruz Alta- RS.

ADESÃO AO TRATAMENTO: Para Pierin (2001, p.24), a adesão ao tratamento se caracteriza pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do indivíduo. A falta de controle da pressão arterial pode estar associada à falta de adesão da pessoa ao tratamento. Autores como Horwitz e Horwitz apud Pierin (2001) consideram que a adesão pode ser caracterizada pelo comportamento sistemático do indivíduo em cumprir o que foi sugerido, tomando o medicamento, seguindo a dieta, realizando mudanças no estilo de vida e comparecendo às consultas médicas.

Concordo com Jardim (2001, p.65) quando coloca que uma adequada adesão é mais do que comparecer às consultas, é mais do que usar medicação, é mais do que adotar hábitos de vida saudáveis. Uma boa adesão é um somatório de todos esses fatores, é “uma atitude completa em relação à própria saúde e exige participação dos portadores de hipertensão arterial, não como objeto, mas como sujeito da ação”.

Neste estudo, considero que a adesão ao tratamento pode ser verificada pela capacidade que o indivíduo possui para se engajar em ações de autocuidado, com o objetivo de aceitar a hipertensão arterial, e capaz de reagir a novas situações. Assim, encontrará meios de atuar por si mesmo, ou auxiliado pelo profissional da

saúde ou familiar, aprendendo a promover ações de saúde para melhorar o viver com uma condição crônica de saúde, buscando superar os déficits de autocuidado.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Para Jardim (2001, p.65) quanto maior o grau de conhecimento do indivíduo sobre o seu problema, maiores são as possibilidades de seu comprometimento efetivo no autocuidado e, portanto, maiores são as chances de sucesso.

Gruaninger apud Jardim (2001, p.62) sustenta que "educar melhor significa tratar melhor, e com isso, promover a diminuição na morbidade e na mortalidade, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, tanto do indivíduo quanto da população".

Entendo que educação em saúde se constitui em uma das áreas básicas de atuação da enfermagem em cuidados primários de saúde. Silva e Bordin (1992, p.42) entendem que é através da educação em saúde que se desdobram processos nos quais o indivíduo e a comunidade" podem se tornar conscientes de si e de sua relação com o mundo, rompendo com a visão tradicional ou mágica do processo saúde- doença, podendo então, aprendê-lo como um "continuum" possível de modificação.

Segundo Jardim (2001), com ações educativas são possíveis mudanças por parte dos indivíduos hipertensos. Inicialmente as mudanças são vagarosas de compreensão e aceitação da doença, após, são posturas mais ativas, com mudanças de atitudes e, finalmente, ocorrem transformações definitivas, com mudanças de hábitos para um estilo de vida mais saudável e comprometido com a sua saúde.

Em relação ao processo educativo, concordo com Jardim (2001) quando afirma que o processo é contínuo, as dificuldades são muitas e existe uma diferença entre o conhecimento a respeito do problema e a atitude a ser tomada em relação a este.

Mudanças de hábitos ou atitudes são difíceis e lentas, envolvem aspectos culturais do indivíduo e exigem ainda maior grau de informação (JARDIM, 2001). As atividades educativas em grupo são complementares e propiciam a cada um dos participantes constante troca de informações, favorecem o esclarecimento de dúvidas e minimizam a ansiedade, pela convivência com problemas semelhantes já

solucionados. É possível usar a experiência positiva ou negativa de um companheiro para seu próprio processo de mudança.

Para Munari e Rodrigues (1997, p.91), a convivência com um grupo com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode contribuir na terapêutica, pois ajuda os participantes a quebrarem barreiras pela possibilidade de troca de experiências e sugestões construtivas de outros que vivenciam os mesmos problemas.

É importante ressaltar que nos grupos, apesar de manterem a história de vida como principal instrumento de estudo, a abordagem sofrerá alterações no que se refere às técnicas a serem utilizadas.

Assim, ao se iniciar qualquer atividade em grupo, a enfermeira ou outro profissional de saúde deverá conhecer as características particulares de cada um dos grupos em que irá trabalhar, utilizando as mais variadas dinâmicas, visando um mecanismo de ação e interação entre o saber científico e o popular.

Neste estudo, educar a pessoa hipertensa significa ajudá-la a construir ou reconstruir novos conceitos de ser saudável. É encontrar novas maneiras de viver o seu dia-a-dia, compartilhar sentimentos e conhecimentos, encontrar caminhos para tratar hipertensão arterial. É um processo que a médio e longo prazo estabelece como meta a prevenção e o controle da doença, sendo necessário um grande esforço na mesma direção, com ações e propósitos voltados à melhoria da qualidade de vida do portador de hipertensão arterial.

Concordo com Jardim (2001, p. 66), quando este coloca que educar em grupo é crescer junto e contribuir para o crescimento. Para tal, há necessidade de que todos os participantes do processo educativo se posicionem de maneira receptiva, sem atitudes que denotem falta de compromisso, buscando uma comunicação cada vez mais próxima e assimilando a cada encontro as necessidades dos portadores de hipertensão arterial como cidadão.

Neste processo de educação em saúde é necessário que a enfermeira relativize seu conhecimento na busca de uma melhor compreensão do ser humano, da coletividade e da realidade em que se inserem, pois é da mútua apropriação de conhecimentos que é possível uma ação consciente e eficaz com vistas à promoção da saúde.

A seguir, a Figura 3 apresenta a representação gráfica dos principais conceitos.



Figura 3: Representação gráfica dos principais conceitos.

O ser humano, ao meu ver, simbolicamente assemelha-se a uma árvore. Quando nasce, seu crescimento e desenvolvimento sofrerão influências de diversos fatores. Seu meio determinará como será sua sobrevivência. A saúde, como as raízes, são a base para a manutenção de uma vida equilibrada. Se houver condições de vida favorável, esta árvore (este ser humano) crescerá saudável, conseguirá superar obstáculos. Se por alguma razão um fator externo ou interno

quebrar este equilíbrio, haverá a necessidade de uma mudança de atitude, um despertar para a capacidade de autocuidar-se.

Quando, no entanto, não for possível o cuidar de si mesmo, a enfermagem é acionada para ajudar a encontrar caminhos, podendo utilizar a educação em saúde e grupos e desenvolver o potencial deste ser humano para que possa cuidar de si mesmo, ou abdicar de seu papel temporário ou definitivamente com respeito e dignidade.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como sendo uma pesquisa do tipo convergente-assistencial, método que objetiva, conforme Trentini e Paim (1999), a articulação da prática profissional com o conhecimento teórico, no qual os pesquisadores formulam temas a partir das necessidades emergidas no contexto da prática.

Esse tipo de pesquisa é o que melhor se enquadra neste estudo, pois se propõe buscar alternativas de soluções para problemas encontrados na prática, a fim de resolver ou amenizar problemas e realizar mudanças.

Segundo Trentini e Paim (1999, p.27), a pesquisa convergente assistencial aceita uma variedade de métodos e técnicas que possibilitam, além de obter informações, envolver os sujeitos da pesquisa ativamente no processo. Na enfermagem, a pesquisa convergente-assistencial inclui ações de cuidado e assistência ao indivíduo; “por isso há quem a veja confundida com o ato de cuidar”. Este tipo de pesquisa inclui um gesto de cuidar, todavia declaram as autoras, “a pesquisa no seu todo não se consubstancia como ato de cuidar ou de assistir somente”.

Este tipo de pesquisa visa sistematizar a prática profissional através do “fazer” e do “pensar” para a melhoria substancial da prática. Neste processo, o profissional de enfermagem mantém uma estreita relação com a situação social, com a

intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e também introduzir inovações de natureza prática ou teórica no cotidiano de cada pessoa.

Para implementar uma ação terapêutica junto com pessoas hipertensas, identificando seus déficits de autocuidado, a pesquisa convergente assistencial se caracteriza como um método bastante apropriado, pois trabalhar o cotidiano de cada pessoa com hipertensão inclui compreender como é viver com uma doença crônica e conseguir manter os níveis pressóricos controlados.

4.2 O Local

O estudo foi inicialmente proposto para ser realizado no Centro Municipal de Saúde, situado no centro da cidade de Cruz Alta-RS. Este centro serve de referência para atendimento da população cruz-altense, pois oferece atendimento especializado durante as 24 horas do dia, com plantões noturnos para intercorrências e urgências. Além de todos os serviços oferecidos, realiza um Programa de Atendimento ao portador de hipertensão.

Embora a intenção fosse realizar o estudo neste local, ao retornar em abril, após as aulas do Curso de Mestrado em Florianópolis, esta unidade sanitária encontrava-se fechada para reforma, e a mesma foi reativada em 17/08/01, sendo então chamada de Centro Municipal de Especialidades. Isto dificultou sobremaneira a realização da minha prática assistencial, em virtude da falta de um ponto de referência para o indivíduo hipertenso, que estava localizado neste Centro de Saúde, que fora remanejado, então, para outros postos de saúde do município.

A partir daí, busquei outra solução, transferindo o consultório para uma sala localizada nos fundos do Centro Municipal de Saúde. Neste, há uma pequena sala destinada ao trabalho burocrático do Programa de Assistência ao Hipertenso, com serviço informatizado, que cadastra todos os portadores de hipertensão arterial após a consulta de enfermagem.

Existe também, nesta área, um laboratório de análises clínicas, mantido em parceria com Governo do Estado e do Município, que realiza os mais diversos tipos de exames laboratoriais, efetuando em média 1900 exames mensais. Este

laboratório serve inclusive de ponto de referência para o Programa de Assistência ao Hipertenso. Nessa área física localiza-se ainda uma farmácia municipal, que atende em média 5.000 pacientes ao mês, fornecendo medicação gratuita a toda a demanda atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Também está localizada a 9ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado, com área administrativa e execução de diversos programas, como: Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Saúde da Família (PSF) , Tuberculose, Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs e AIDS).

Nesta Unidade Sanitária, além dos atendimentos diários em diversas áreas clínicas atende de maneira diferenciada o Programa de Assistência ao Hipertenso.

O Programa de Assistência ao Hipertenso conta hoje com mais de 1.300 portadores de hipertensão arterial cadastrados, os quais são acompanhados por uma equipe interdisciplinar, constituída por um médico, uma enfermeira (no caso, eu mesma), uma fisioterapeuta, uma nutricionista, um bioquímico e acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). Trata-se de um trabalho que visa à interdisciplinaridade, no qual o paciente é encaminhado a partir da consulta de enfermagem para outro profissional, de acordo com a necessidade.

4.3 Os Sujeitos do estudo

As pessoas que procuram o Programa de Assistência ao Hipertenso em geral são encaminhados por outros profissionais da saúde, ou tomaram conhecimento através da imprensa local (muito utilizado na divulgação desse Programa), através de algum outro participante do grupo ou por intermédio do setor de marcação de consultas do próprio Centro de Especialidades.

Para o ingresso no Programa, a pessoa portadora de hipertensão arterial segue um fluxograma de atendimento, no qual o primeiro contato é com o auxiliar ou técnico de enfermagem, cuja função é a de detectar e confirmar novos casos, e após encaminhá-los para a enfermeira. Quando a pessoa já faz uso de medicação anti-hipertensiva, sua primeira consulta é agendada para mim, que realizo uma consulta de enfermagem (Anexo 3) e faço aferição da pressão arterial, através da técnica padronizada pelo Ministério da Saúde (Anexo 1).

Cada pessoa, na consulta de enfermagem, além das orientações, recebe ainda uma carteira para o controle da pressão arterial, a que sempre é avaliada pelos profissionais do Programa. Após a consulta de enfermagem, o portador de hipertensão arterial passa pelo atendimento médico, no qual é avaliada sua condição clínica, e encaminhado para realizar exames de rotina, tais como: exame de urina, creatinina, eletrocardiograma, potássio sérico, glicemia de jejum, dosagem sérica de colesterol, HDL e LDL, triglicerídeos, ácido úrico e raios-X do coração.

Estes exames são efetuados e acompanhados pelo bioquímico que participa do programa ou realizados em laboratórios credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez ao ano, na data de ingresso no grupo ou solicitados em outras ocasiões, quando necessário.

Quando a pessoa apresenta excesso de peso ou alguma dislipidemia, é encaminhado por mim para a nutricionista, a qual realiza uma anamnese nutricional, com orientações para a reeducação alimentar e acompanhamento mensal. Todas as pessoas aptas à atividade física são acompanhadas por uma fisioterapeuta na prática de exercícios físicos orientados, que são realizados em média três vezes por semana.

Após a avaliação da enfermeira, do médico, do fisioterapeuta e do nutricionista a pessoa é convidada para ingressar em um dos grupos terapêuticos de auto-ajuda. São três grupos, com os seguintes enfoques:

Primeiro grupo: educação em saúde, acompanhado pela enfermeira e fisioterapeuta, visa orientar cuidados básicos de saúde.

Segundo grupo: controle de estresse, acompanhado pelo médico, visa atender as pessoas dependentes de ansiolíticos, antidepressivos, ou que tenham fatores emocionais ou psicológicos como desencadeantes do aumento de níveis pressóricos

Terceiro grupo: controle da obesidade, acompanhado pela nutricionista, visa atender as pessoas com dislipidemias ou com IMC acima de 27.

A adesão ao grupo é espontânea, normalmente mantém-se em torno de 25 a 30 pessoas em cada grupo, as quais reúnem-se sempre uma vez ao mês, por um período de 60 a 90 minutos. Nesses encontros, o enfoque tem sido a hipertensão arterial, no entanto, a partir desses, outros temas são sugeridos pelo próprio grupo.

Todos as pessoas que participam do Programa recebem mensalmente a medicação anti-hipertensiva distribuída por mim e pela fisioterapeuta. Na oportunidade, os mesmos são orientados para que conheçam sua medicação e saibam o uso adequado e a importância de utilizá-lo continuamente.

A clientela deste estudo foi constituída por pessoas que procuraram o Programa com o objetivo de buscar ajuda para normalizar a pressão arterial. Durante a consulta rotineira no programa, os mesmos foram convidados para participar das atividades propostas pelo projeto da Prática Assistencial. Os convites foram feitos a todos os indivíduos que agendaram consulta na semana de 11 a 15 de junho de 2001. Em face do envolvimento e compromisso mais efetivo que as reuniões exigiam, muitos dos que foram convidados não aceitaram participar. Quando encerrei a semana, sete pessoas confirmaram presença. No sábado, todos foram novamente avisados e foi confirmado o horário e o local da reunião.

Os sete portadores de hipertensão arterial que fizeram parte do estudo autorizaram que seus nomes e fotografias pudessem ser publicados, entretanto, buscando preservar suas imagens, troquei seus nomes por outros. Desta forma, as quatro mulheres participantes foram denominadas por: Antonha, Celeste, Maria e Mercedes e os homens por: João, José e Pedro. A amostra apresenta a seguinte caracterização:

Tabela 4: Caracterização da clientela atendida no Centro de Saúde em Cruz Alta (Junho 2001).

NOME	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO
Maria	61	4ª série do 1º. Grau	Do Lar
Pedro	58	4ª série do 1º Grau	Aposentado
Antonha	56	3ª série do 1º Grau	Do Lar
Mercedes	56	5ª série do 1º Grau	Do Lar
João	51	3º. Grau Completo	Advogado
José	51	8ª série do 1º Grau	Caminhoneiro
Celeste	29	8ª série do 1º Grau	Do Lar

Participaram da prática sete pessoas, quatro do sexo feminino e três do sexo masculino (Tabela 4), com idade variando entre 29 a 61 anos, todos residentes em Cruz Alta, RS.

Como podemos observar pela tabela 4, o nível de escolaridade dos participantes é basicamente constituído pelo 1º grau incompleto. Apenas um possui

o 3º grau completo. Sabem ler e escrever, o que de certa forma pode facilitar a realização do tratamento de forma mais adequada possível.

João é uma exceção no grupo em termos de conhecimento, por ter cursado o 3º grau. Hoje não exerce a função de advogado, devido a motivos de saúde familiar, que o levaram a abdicar da sua profissão para cuidar dos pais (o pai faleceu com esclerose múltipla e a mãe é hipertensa, já teve um AVC).

Pedro, mesmo estando aposentado, realiza “biscates” para aumentar a renda familiar, pois segundo ele seu salário (1 salário mínimo) não é suficiente para suprir suas necessidades.

As mulheres não exercem atividades fora do lar, sentem-se bem com a vida que levam, com exceção de Celeste, que gostaria de trabalhar, mas a mãe não permite. Quanto à idade, como mostra a tabela 4, todos os indivíduos estão, com exceção de Celeste (29 anos), na quinta década de vida e numa faixa etária de risco. Segundo o Ministério da Saúde (2002), nesta faixa etária o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) são responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população em plena fase produtiva, sendo que o HA e o Diabetes mellitus são os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares. É importante e urgente implementar ações de saúde com o objetivo de alertar não somente este grupo, mas a população em geral para a prevenção destes fatores de risco.

Tabela 5 : Perfil dos indivíduos quanto ao tempo de hipertensão, IMC e Pressão Arterial apresentado no primeiro encontro.

NOME	TEMPO DE H.A.	IMC	PA
Celeste	15 anos	37,02	180/120 mmHg
João	10 anos	45,53	150/90 mmHg
Maria	5 anos	27,66	210/120 mmHg
Pedro	4 anos	36,49	140/70 mmHg
José	2 anos	37,09	150/100 mmHg
Antonha	2 anos	35,54	140/90 mmHg
Mercedes	3 meses	29,08	120/80 mmHg

Como mostra a tabela 5, os indivíduos apresentam hipertensão arterial variando entre 3 meses e 15 anos e os níveis pressóricos bastante alterados. É interessante observar que embora alguns sejam hipertensos de longa data, os índices pressóricos mantêm-se bastante elevados e o IMC também, o que significa que o fato de ter a doença há longo tempo não tem provocado, nestas pessoas, modificações efetivas no seu estilo de vida.

Um dos fatores determinantes para a falta de controle da hipertensão é a ausência de sintomas da doença, levando a um tratamento no qual não há uso contínuo da medicação ou até o abandono.

Constata-se ainda um excesso de peso, no qual o Índice de Massa Corporal encontra-se bem acima do considerado normal (tabela 6), indicando claramente um déficit de autocuidado relacionado à dieta e ao peso.

Tabela 6: Índice de Massa Corpórea (IMC)

Classificação	IMC Kg/m²	Risco de co-morbidade
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 – 29,9	Pouco aumentado
Obeso classe I	30,0 – 34,9	Moderado
Obeso classe II	35,0 – 39,9	Grave
Obeso classe III	40,0	Muito grave

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.22)

Como mostra a tabela, quanto maior o peso, maior é o risco de co-morbidade. Desta forma, as orientações da equipe de saúde devem ser pautadas numa ótica da promoção da saúde, com o objetivo de conscientização de uma alimentação saudável, prática da atividade física e também redução do fumo e do álcool.

O excesso de peso tem forte relação causal com o aumento da pressão arterial e da resistência insulínica, ocasionando sobrecarga cardiovascular em decorrência de um débito cardíaco aumentado, elevando a pressão arterial sistólica, está relacionado com o aumento de aldosterona. Nos indivíduos com obesidade central (de tronco) ocorre maior resistência à insulina e hiperinsulinemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

4.4 Preceitos Éticos

As pesquisas de um modo geral são muito necessárias para o desenvolvimento da sociedade e também na área da saúde são imprescindíveis, seja para aquisição de novos conhecimentos, como para o estabelecimento de técnicas, métodos e meios para prevenção de doenças, recuperação ou a reabilitação da saúde.

Fortes (1998) declara que a quantidade de pesquisas no campo da saúde cresce “vertiginosamente”, envolvendo milhares de pessoas que participam como objetos de pesquisa, e que há necessidade de ter cuidados com os participantes.

A Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, contém normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas envolvendo os seres humanos de maneira direta ou indireta, individual ou no coletivo, sejam elas realizadas por qualquer categoria profissional, nas áreas biológicas, educacionais, psíquicas, culturais ou sociais, inclusive com índices de informações e materiais.

O primeiro documento internacional sobre ética data de 1947, denominado Código ou Declaração de Nuremberg. Este documento originou-se a partir das denúncias feitas no Tribunal Militar sobre as “ditas” pesquisas realizadas (verdadeiros massacres) durante a II Guerra Mundial pelos médicos nazistas, que foram acusados de crimes violentos e hediondos realizados com prisioneiros nos campos de concentração. O Tribunal, segundo Fortes (1998), emitiu dez regras para conduzir a realização de pesquisas com seres humanos. O documento coloca que toda experiência científica deve ter como objetivo o bem da sociedade, tendo em vista que o resultado não possa ser obtido por outro meio.

A partir desta época, o padrão de ética aceito evocava a condição de autonomia das pessoas que se prestavam a participar da pesquisa através de consentimento livre esclarecido do equilíbrio entre os riscos e benefícios.

Segundo Fortes (1998), o Conselho para Organizações Internacionais das Ciências Médicas (CIOMS), juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS), após revisão, publicou as Normas Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas, envolvendo os seres humanos. São quinze as diretrizes que apontam peculiaridades das várias realidades existentes nos países em desenvolvimento. Enfocam a proteção para grupos vulneráveis, como: pessoas com transtornos

mentais, crianças, prisioneiros, comunidades subdesenvolvidas, gestantes e nutrizes. Ressaltam ainda, a necessidade do consentimento das pessoas em estudos epidemiológicos e multicêntricos e pelas pesquisas financiadas por organizações externas ao país, onde a pesquisa é realizada. Reforçam o princípio de autonomia, de privacidade, de confidencialidade, de sigilo dos dados e a necessidade do projeto ser aprovado por comitês de ética e pesquisa.

Em 1968 a Associação Americana de Enfermeiros adotou a Declaração de Helsinque (1964) como um guia de valores éticos, e em 1976 criou normas de pesquisa de enfermagem, “o Professional Code for Nurses” , voltado para os enfermeiros envolvidos com atividades de pesquisa.

No Código de Deontologia de Enfermagem, do Conselho Federal de Enfermagem “COFEN”, existe uma referência para pesquisas em Enfermagem, porém não há um código ou declaração para pesquisas em Enfermagem.

O Código de Ética da Enfermagem, no seu artigo 26, determina “prestar adequadas informações ao cliente e à família a respeito da assistência de enfermagem, possíveis riscos e conseqüências que possam ocorrer,” e o artigo 27 refere que o enfermeiro tem o dever de “respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar”. Reforça e contempla o direito ao consentimento livre do cliente na participação em pesquisas.

Neste caso, os pesquisadores de enfermagem têm o dever de declarar a proteção dos direitos humanos na pesquisa, respeitando o bem-estar das pessoas que se submetem à pesquisa sobre interesse da ciência e da sociedade.

Para Fortes (1998), “as pesquisas com seres humanos devem atender aos princípios éticos do respeito à autonomia individual, do direito à informação, do consentimento esclarecido, da privacidade, da confidencialidade das informações e da ponderação entre riscos e benefícios, com predomínio dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis”.

Partindo do pressuposto que toda pesquisa tem riscos, mesmo que mínimos, os profissionais da área de saúde precisam atentar que além dos riscos biológicos e físicos possam ocorrer danos ou prejuízos na esfera emocional e social do pesquisado. Assim, torna-se imprescindível todo e qualquer esclarecimento ao

sujeito da pesquisa, com direito de interrompê-la na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa humana.

Para a efetivação da minha prática assistencial foi enviada à enfermeira chefe do Centro de Especialidades o projeto, o qual foi avaliado e aprovado para posterior execução.

Durante a fase de convite para a participação e obtenção de informações, realizei contato prévio com os integrantes do estudo e expliquei os termos de consentimento livre e esclarecido que rege a ética nas pesquisas com seres humanos (Resolução 196/96). Informei aos participantes que teriam o direito ao anonimato, que qualquer pessoa poderia desistir em qualquer etapa do processo. Após estas orientações iniciais sobre o termo, os mesmos concordaram em participar da pesquisa e assinaram o protocolo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4).

4.5 Coleta, análise e interpretação dos dados

A primeira fase da coleta de dados deste estudo foi realizada a partir da consulta de enfermagem individual, na qual foi usado um questionário semi-estruturado (anexo5). Essas consultas foram realizadas na sala localizada nos fundos do Centro de Especialidades, conforme a disponibilidade de cada um dos participantes em comparecer no dia agendado.

A segunda etapa da coleta de dados foi obtida durante a realização de encontros, com o objetivo de facilitar o processo de ensino-aprendizagem, utilizando a prática educativa como um instrumento de reconhecimento dos déficits de autocuidado. Esses encontros foram gravados e transcritos após cada reunião e fotografados com autorização, além disso foi utilizado um diário de campos onde foram registradas as minhas percepções sobre cada um dos encontros realizados.

A análise de dados, de acordo com Trentini e Paim (1999) e este estudo, seguiram as seguintes etapas:

a) apreensão: iniciou com a coleta de informações, a organização, a identificação e codificação dos déficits de autocuidado.

Durante esta fase, através da codificação as informações possibilitaram a realização de um “relato de informações” comuns aos participantes, visando detectar os déficits de autocuidado. Pude perceber e entender melhor as dificuldades de cada um em manter controlada sua pressão arterial.

b) seleção dos códigos referentes aos déficits de autocuidado.

A seleção dos códigos foi elaborada a partir das dificuldades e aspectos que as pessoas apresentavam no controle da hipertensão arterial, tais como: tomada de consciência, crença, maus hábitos, fatores de risco, adesão ao tratamento, negação, falta de ação, entre outros.

Os temas tratados no grupo foram analisados em seu conteúdo, no sentido de levantar os principais déficits de autocuidado e a dificuldade que cada um tem no seu autocuidado. Desta forma, procurei organizar os dados de uma maneira que me permitissem identificar os déficits que predominaram no grupo.

c) elaboração de categorias e interpretação.

A elaboração das categorias foi realizada a partir da inter-relação dos achados e descobertas e contextualizadas nas situações de compreensão dos déficits, a partir da minha percepção e dos portadores de hipertensão arterial.

Nesta fase, procurei fazer uma síntese através das informações trabalhadas durante a apreensão e seleção dos dados, na identificação dos déficits de autocuidado. Desta forma, foi possível teorizar os dados e criar as categorias que possibilitaram identificar e analisar os déficits e o engajamento no autocuidado.

Primeira etapa da coleta de dados - Consulta de enfermagem

Durante a consulta de enfermagem, foi aplicado o instrumento para identificar os déficits de autocuidado referentes aos requisitos do autocuidado universal, desenvolvimental e de desvios de saúde (Anexo5).

Compreendo que a consulta de enfermagem com o portador de hipertensão arterial oportuniza o diagnóstico ou a identificação dos problemas de saúde, e a análise contribui para a elaboração do plano de assistência. Para tal, é importante que a mesma seja aplicada sob a ótica de uma teoria de enfermagem, com as etapas de coleta, registro e análise de dados.

Na consulta de enfermagem, com duração em torno de uma hora, foi oportunizado aos sujeitos do estudo que exteriorizassem suas angústias. Nesta primeira etapa do processo de enfermagem proposta por Orem, algumas perguntas nortearam a entrevista, conforme pode ser observada no anexo 5.

Havia uma preocupação com questões sobre o conhecimento da hipertensão, a incorporação de medidas de autocuidado referentes aos desvios de saúde, autocuidado universal, desenvolvimental e a verificação da pressão arterial, peso e altura.

O instrumento utilizado para as consultas foi muito importante, pois possibilitou conhecer melhor os mesmos e estabelecer, de uma forma sistemática e pessoal, os déficits de autocuidado, que são: fatores de risco, mudanças de estilo de vida, dieta e adesão ao tratamento.

Após a consulta de rotina do Programa de Assistência ao Hipertenso, foram realizados cinco encontros com as pessoas que aceitaram participar do projeto.

Dinâmica dos encontros

A prática assistencial foi realizada através de cinco encontros, sendo que o primeiro foi realizado individualmente, com a aplicação da consulta de enfermagem rotineira e do instrumento para levantamento de déficits de autocuidado.

É importante ressaltar que, embora o primeiro contato fosse denominado de encontro, na verdade foi uma reunião com os portadores de hipertensão arterial para realizar consultas individuais e levantar seus déficits de autocuidado. Nesta oportunidade, foi apresentado o caráter da pesquisa, e solicitado aos mesmos o consentimento livre e esclarecido.

Durante estes encontros, que tiveram a duração de aproximadamente 60 minutos, todos foram incentivados a falar dos seus problemas e compartilhar suas angústias. Como estes aconteceram no inverno e o frio era intenso, assim que os participantes chegavam à reunião era oferecido um chá quente, oportunizando maior descontração e interação entre os mesmos e a enfermeira. Após a descontração geral, iniciava o processo de ensino-aprendizagem.

Em cada um dos encontros busquei trabalhar assuntos relacionados aos problemas que foram detectados durante a consulta de enfermagem. Os temas foram os seguintes:

- hipertensão arterial e fatores de risco;
- hipertensão arterial e mudanças de estilo de vida;
- hipertensão arterial e reeducação alimentar;
- hipertensão arterial e a adesão ao tratamento.

A temática sobre a dificuldade da manutenção dos níveis pressóricos dentro da normalidade esteve presente em todos os encontros, gerando muita discussão e questionamentos por parte do grupo na busca de “soluções para o controle da hipertensão”.

Os encontros

Primeiro encontro – (A consulta de enfermagem) A identificação do déficit de autocuidado (11 a 15 de junho)

Objetivo – Organizar um grupo de indivíduos hipertensos para participar do Projeto da Prática Assistencial, a fim de detectar seus déficits de autocuidado.

Segundo encontro – O conhecimento dos participantes (18/06/01)

Objetivo – Discutir os déficits de autocuidado levantados na consulta e os fatores de risco para o hipertenso.

Participantes – Sete pessoas.

Iniciei a reunião agradecendo a presença de todos, falei novamente do meu projeto e pedi a permissão para usar o gravador e tirar fotos, o que foi autorizado por todos. Em seguida, apliquei um instrumento chamado de pré-teste (Anexo 6) que possibilitou a leitura de uma forma clara do grau de conhecimento do grupo sobre hipertensão, posteriormente trabalhado nas reuniões.

Em seguida, solicitei que todos do grupo se apresentassem, incluindo nesta apresentação a questão referente ao tempo que eram hipertensos e o que isto representava em suas vidas. Os presentes começaram então a falar e a se identificar, descobrindo-se num universo comum, entre conquistas e derrotas,

alegrias e tristezas. Perceberam então o que havia de identidade e problemas comuns.

Como os déficits de autocuidado (alimentação, ingesta hídrica, sono repouso, atividades físicas, profissionais, uso de medicação, eliminação intestinal) já haviam sido levantados na consulta anterior, levei ao grupo os principais fatores de risco para que pudessem ser analisados e trabalhados durante os encontros. Ao final da reunião, foi verificada a pressão arterial de todos e reiterado o convite para a reunião do dia seguinte.

É importante ressaltar que além da minha pessoa e dos participantes, estava presente também uma estagiária do Curso de Enfermagem da UNICRUZ.

Terceiro encontro – O conhecimento da doença e os déficits de autocuidado (19/06/01)

Objetivo – Incentivar mudanças de hábitos de vida com vistas à promoção do autocuidado.

Participantes – Sete pessoas.

Nesse encontro, iniciamos a conversa sobre o conhecimento que cada um tinha sobre hipertensão arterial, manifestações clínicas e mudanças de estilo de vida. Os déficits trabalhados neste encontro foram referentes à prática de atividade física, sono, repouso e ingestão hídrica, no sentido de promover mudanças de atitudes e incorporar novos hábitos, que contribuíssem para que a pessoa hipertensa pudesse desenvolver uma melhor qualidade de vida. Além da verificação da pressão arterial, foi realizado o teste de glicemia capilar pós-prandial, no qual, para grande surpresa do grupo, a glicemia de João apontava 385mg/dl. Até então, João nunca havia apresentado glicemia alterada, o que causou ao mesmo uma certa ansiedade, que no decorrer da reunião foi trabalhada. Ao final da reunião, o exame de glicemia foi repetido e continuava alterado. João foi orientado individualmente sobre a conduta alimentar e aconselhado a procurar um endocrinologista.

Quarto encontro – A dieta no tratamento da hipertensão (20/06/01)

Objetivo – Abordar a importância de uma alimentação saudável no controle de hipertensão e dislipidemias.

Participantes – Cinco pessoas.

Nesse encontro foi trabalhado o déficit da reeducação alimentar e auto-estima. Todos do grupo foram incentivados a colocar o que sentiam em relação à “ser portador de hipertensão arterial” e como poderiam se ajudar. O déficit da reeducação alimentar foi muito questionado, face que todos no grupo apresentavam um índice de Massa Corpórea acima de 27,66 (sobrepeso). No final da reunião, João solicitou a realização de um novo teste de glicemia, pois viera em jejum e estava muito preocupado. O resultado mantinha-se alterado e foi encaminhado ao médico para exames laboratoriais e à nutricionista para uma avaliação nutricional.

Quinto encontro – As dificuldades para adesão ao tratamento (20/06/01)

Objetivo – Promover reflexão e discussão sobre os motivos da falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Participantes – Duas pessoas.

Neste encontro foi trabalhado o déficit de adesão ao tratamento. Os presentes expuseram suas questões pessoais pela não adesão ao mesmo. Questões como o custo da medicação, tratamento prolongado, e efeitos colaterais foram apontados como os principais motivos da não adesão. Vale ressaltar que ao iniciarmos os encontros eram sete pessoas e no último compareceram somente dois, o que levou o pequeno grupo a discutir com mais ênfase sobre o tema adesão.

Quanto à ausência dos participantes neste encontro, na semana seguinte fui informada de que dois dos participantes contraíram uma gripe, e um deles precisou cuidar dos netos.

Durante os encontros que precederam este, muitos deles relataram a falta de sintomas típicos da hipertensão, o que também pôde contribuir para o abandono. A pessoa não sente nenhum desconforto, e na sua concepção “doença” precisa de sintomas, então a hipertensão passa a não se configurar como uma patologia que necessita de tratamento contínuo, levando ao abandono do tratamento.

O encontro foi encerrado com a participação da fisioterapeuta e da acadêmica de enfermagem que atuam no programa, com a presença também de uma funcionária do Centro de Especialidades, e no final foi servido aos participantes um chá acompanhado de um lanche light.

Ao finalizar os encontros, ficou claro a função da enfermeira, conforme a Teoria do Autocuidado, que é ajudar as pessoas a se envolverem e desempenharem o autocuidado e assim promover a sua saúde, facilitando a recuperação ou a prevenção da doença. Neste sentido, a enfermeira deve ser um agente de saúde educador, facilitador com vistas à promoção do autocuidado do ser humano.

A partir das entrevistas e encontros que se sucederam foram coletados os dados, associando os mesmos com os déficits de autocuidado da pessoa portadora de hipertensão.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir do objetivo proposto neste estudo e da análise de dados, foram identificadas duas categorias de análise nos déficits de autocuidado. E os fatores que influenciam no engajamento do autocuidado destes déficits estão bastante presentes na vida de cada um dos participantes. Só foi possível serem detectados a partir da interação eficaz entre enfermeira e os sujeitos de estudo. Essa interação fez com que eu passasse a entender e atender as necessidades bio-psico-sociais para a promoção do desenvolvimento da prática do autocuidado, proporcionando assim uma vida com qualidade.

Neste trabalho, foi possível então perceber as seguintes categorias de análise:

- Os déficits de autocuidado relacionados com a hipertensão.
- Fatores que influenciam no engajamento do autocuidado.

Quanto aos déficits identificados, os mais freqüentes estão relacionados à alimentação, à ingestão hídrica, ao sono e ao repouso, à atividade física, à atividade profissional e ao uso de medicação.

5.1. Identificando os Déficitos de Autocuidado

5.1. 1. Alimentação

Antes de tudo, a finalidade de uma alimentação equilibrada é proporcionar ao indivíduo os elementos nutritivos para que possa ter uma vida saudável e com

energia suficiente para satisfazer suas necessidades humanas básicas. Nutrição não é só aprender o que não comer, é também aprender o que comer.

Segundo Gross e Schmidt (1992, p.171) “não existe uma dieta ideal para ser recomendada a todas as pessoas. Em princípio, uma dieta deve proporcionar uma combinação harmônica de nutrientes, adequada para cada fase do ciclo vital, respeitando as preferências individuais e familiares”. Entendem os autores que é através dos alimentos que o ser humano obtém os nutrientes para a manutenção da vida, porém, além do valor nutritivo, o alimento possui também importantes valores psicológicos, sociais, culturais e religiosos.

Desta forma, para uma política de saúde efetiva, com vistas ao autocuidado e ao engajamento do indivíduo às mudanças, é necessário encorajar, recomendar e facilitar a adesão a uma alimentação equilibrada, respeitando limitações e valores do indivíduo. No requisito sobre a alimentação, deparamos-nos com a falta de conhecimento que os portadores de hipertensão arterial têm acerca da dieta e suas dificuldades em mudar os hábitos alimentares. Batista, Carvalho apud Borenstein (1999) colocam que a dieta no tratamento da hipertensão deve ser equilibrada, com reduzido teor de sódio, baixos níveis de gordura (saturados) e restrição ao açúcar refinado. No entanto, o discurso dos participantes nos encontros revela exatamente o contrário, como pode se observar a seguir:

“Eu como de tudo, gosto de carne de gado com gordura, galinha com pele... sei que não é bom para a saúde, mas é muito gostoso” (Pedro, 58 anos).

“... e aí quando me enervo muito, quem paga é a geladeira. Vou lá e devoro tudo o que tem. Pra mim me acalmar eu tenho que fazer um bife, passar bastante sal e comer. Aí me acalmo” (João, 51 anos).

“Gosto de comida bem temperada, feijão, massa, mandioca, carne gorda. Sei que não faz bem, mas não me preocupo.” (Mercedes, 56 anos).

“... como só duas vezes ao dia, mas como muito bem... carne de galinha com pele, feijão, massa, mandioca...(Celeste 29 anos)”.

Conforme o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), a restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensão, mas para a população de modo geral. Tal orientação deve objetivar a ingestão em torno de 100mEq/dia (6g de sal = 1 colher de chá). Conforme Batista e Carvalho (1999), estudos científicos comprovaram que a dieta pobre em sódio reduz a quantidade de

medicamentos necessários para controlar a pressão arterial. Reduzir o sal deve ser um dos pontos mais enfatizados na orientação nutricional do hipertenso.

Para Kowalski (1989), sal é uma questão de hábito, um paladar adquirido. Não há necessidade de se acrescentar sal aos alimentos, pois o sódio existe naturalmente em muitos alimentos que consumimos diariamente, o que já é suficiente para o consumo diário.

De acordo com o relato dos sujeitos deste estudo, existe uma grande dificuldade em manter uma dieta equilibrada por causa de fatores internos, tais como: ansiedade, nervosismo, e externos como falta de colaboração de familiares, hábitos já adquiridos (maus hábitos). Desta forma, isto faz com que a grande maioria apresente sobrepeso, dificultando a tomada de decisão para uma mudança.

Cabe a enfermeira desempenhar o papel de educadora e reforçar a compreensão do portador de hipertensão, simplificando informações e oportunizando a troca de conhecimentos entre os sujeitos, fazendo da educação em saúde um fator que contribuirá para a adesão ao tratamento, melhorando então a qualidade de vida do hipertenso. Desta forma, o indivíduo, estando preparado para praticar o autocuidado e sendo motivado para fazê-lo, fará tudo com vistas à promoção de sua saúde e conseqüentemente poderá manter controlada a sua pressão arterial.

Para a manutenção de uma dieta equilibrada e do peso desejável a longo prazo, é necessária a adequação dietética individualizada, com particular atenção aos aspectos sócio-econômicos e culturais e a motivação dos portadores de hipertensão arterial.

A participação de uma nutricionista, com orientações precisas e práticas, leva a pessoa a desenvolver uma reeducação alimentar para o melhor controle da pressão arterial. Giorgi et al. (2001, p.73) chamam a atenção para “uma dieta com conteúdo adequado de sódio, gorduras e calorias, bem como a educação para o uso de alimentos compatíveis com a condição econômica e com o período do ano”, favorecendo desta forma um melhor engajamento dos indivíduos ao tratamento. Percebe-se que nestes cuidados as ações do cuidado e do cuidar de si trazem sempre de volta o conceito de autocuidado, que no caso do hipertenso implica em ações para manter seus níveis pressóricos normais.

Ao trabalhar a alimentação é preciso levar em conta que para muitas pessoas comer é coisa muito importante na vida, um dos maiores prazeres, uma grande compensação. O simples fato de alguém chegar e impor o abandono de hábitos alimentares de uma vida inteira é difícil ou pode parecer até impossível. Por isso, é importante conhecer este ser humano que necessita adequar ou até mudar certos hábitos, para então desenvolver alternativas razoáveis de adaptações, que permitam transformações sem “privar” a pessoa dos prazeres ou sacrificá-la.

5.1.2. Ingestão hídrica

Em relação à ingestão hídrica, alguns dos sujeitos do estudo manifestaram ingerir como líquido principal o chimarrão, que para o hipertenso tem suas limitações por conter cafeína, uma trimetilxantina encontrada no café, no chá, no mate e no guaraná, exercendo atividade estimulante sobre o sistema nervoso central. Exerce também ação estimulante bulbares (ação analéptica respiratória e circulatória). É também estimulante das contrações musculares, inclusive do músculo cardíaco, aumentando o vigor das contrações.

Segundo Gross e Schmidt (1992,p.175), a ingestão excessiva de café e chás não tem sido comprovada como prejudicial à saúde. Todavia, existem estudos que associam o café a problemas de saúde, tais como arritmias cardíacas, complicações gastrintestinais e na hipertensão arterial. Além disso, a ingestão de chás e o hábito de tomar chimarrão vêm sendo apontados como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de esôfago.

Os participantes relatam o uso de líquidos do seguinte modo:

“Tomo chimarrão por água... mais ou menos 2 litros por dia” (Mercedes, 56 anos).

“Quando a diabetes está alta, bebo 3 ou 4 litros de água” (Celeste, 29 anos).

“Bebo bastante água, ou melhor, chimarrão, acho que em torno de uns 4 litros por dia.” (João 51 anos)

Para Celeste, o aumento do consumo de água é sinal que seu diabetes está descompensado, pois na descompensação do diabetes mellitus é comum aparecer a famosa tríade, caracterizada por polifagia, polidipsia e poliúria. A polidipsia é um

sinal comum que Celeste costuma sentir. Neste caso, foi necessário atuar no sistema educativo, procurando elucidar o que é *Diabete Mellitus* e a necessidade de maior controle.

Uma das participantes referiu:

“Eu bebo mais ou menos 1 litro de água, também tomo chá” (Antonha, 56 anos).

Para Kowalski (1989) a água é um dos principais nutrientes essenciais à saúde e a vida, pois ela é utilizada na fabricação dos tecidos, atua como solvente e regula a temperatura do corpo. É o principal componente do sangue, auxilia no metabolismo da digestão e é necessária para muitas reações químicas em nosso organismo.

Perdemos água diariamente e de diversas maneiras, seja pela urina, suor ou através das fezes. Importante então é repor este líquido através do consumo de água filtrada ou então através de sucos, chás, cafés ou leite.

Com relação ao consumo de água, vale lembrar que a ingestão de líquidos deve ser em quantidades suficientes antes, durante e após o exercício físico, para evitar a desidratação. Além disso, a ingestão freqüente de líquidos hidrata a pele, contribui no equilíbrio hidroeletrolítico e ainda facilita na hidratação das fezes e na sua conseqüente expulsão, evitando a constipação, apontada também como um importante déficit pelos portadores de hipertensão.

5.1.3. Eliminação intestinal

“Às vezes fico 5 dias sem ir aos pés ... aí uso laxante” (Celeste, 29 anos).

“Sou escandecida ⁷⁶” (Antonha, 56 anos).

“Meu intestino não funciona bem, sou escandecida ... fico inchada” (Mercedes, 56 anos).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), é importante para a pessoa portadora de hipertensão, assim como as pessoas de um modo geral, o incentivo para o consumo de fibras alimentares, frutas, verduras, legumes, leguminosas, cereais integrais, pois além de melhorarem o trânsito intestinal, retardam o esvaziamento

^{6 7} Linguagem coloquial, significando constipação (nota da autora)

gástrico, proporcionando maior saciedade e um efeito positivo no controle dos lipídios sanguíneos.

Conforme Gross e Schmidt (1992), alimentos como feijão, nabo, abóbora, milho, ervilha, brócolis, maçã, laranja, goiaba, pinhão, nozes, castanha e grãos integrais (arroz, trigo, cevada e centeio) são ricos em fibras, que auxiliando na manutenção de um bom hábito intestinal e de um bom nível de colesterol plasmática.

De acordo com Kowalski (1989), dentre os alimentos que contêm fibras, o farelo de aveia é a melhor fibra para quem tem colesterol aumentado. A diferença entre o farelo de trigo e o farelo de aveia é que este contém uma grande porção de fibras solúveis, enquanto as do trigo são em geral insolúveis. A fibra solúvel é a que tem a capacidade de reduzir os níveis de colesterol, diminuindo os níveis de gordura, havendo uma maior chance de diminuir os níveis pressóricos.

A orientação à pessoa constipada é de consumir muita fibra líquida, que com certeza resultará num aumento de movimentos intestinais e na maior facilidade de expulsão e eliminação intestinal.

5.1.4. Sono e repouso

Um outro importante déficit relacionado pelos participantes foi a questão relativa ao sono. Quanto ao sono e ao repouso, alguns pacientes durante os encontros relataram que:

“Não durmo bem, tenho sono agitado, ronco. Tomo sempre um comprimido de diazepam... se não, não durmo direito” (Mercedes, 56 anos).

“Quando a pressão está alta, tenho insônia (Antonha 56 anos)”

Para Stein (1992, p.287), a insônia é o distúrbio mais freqüente do sono, caracterizado como uma insatisfação com a duração ou a qualidade do sono “. Consiste na dificuldade em iniciar o sono, permanecer dormindo ou acordar-se muito cedo, ocorrendo em combinação ou isoladamente”. A insônia pode estar associada a uma condição orgânica, e neste caso, os fatores físicos e os emocionais devem ser considerados, uma vez que há sempre uma resposta emocional à doença. Ainda segundo o autor, os problemas psicológicos são a causa mais comum para a insônia e, quando resolvidos, a insônia tende a diminuir.

A insônia pode também estar relacionada ao fato de haver pouco movimentação, gasto de energia e de movimentos, que também é outro déficit relatado pelos participantes do grupo de hipertensão.

A duração média diária do sono diminui ao longo da vida, variando desde dezesseis horas por dia para os recém-nascidos até sete a oito horas para os adultos. No entanto, para estes últimos, a variação é grande. Alguns adultos saudáveis dormem somente três horas ou menos por noite, afirma Stein (1992).

Na educação do indivíduo de um modo geral é importante melhorar o nível de conhecimento deste acerca de hábitos saudáveis de vida, como indução do sono tranqüilo e a ingestão de água, entre outros. Uma das maneiras para promover um sono restaurador é através da realização de atividades físicas, que liberam as endomorfina, enzimas que provocam um relaxamento e um intenso bem-estar físico e emocional, melhorando os níveis pressóricos.

51.5. Atividade física

As pessoas objetos de estudo, quando questionadas sobre a prática de atividades físicas, responderam unânime que “o exercício físico para o hipertenso auxilia no controle dos níveis pressóricos”, como podemos observar nas falas abaixo:

“... só pode melhorar a pressão, estimula a circulação..., mas eu não faço .. trabalho muito” (José, 51 anos).

“Pra mim, eu sou relaxada, me preocupo por todo o mundo... mas eu não faço exercício” (Mercedes, 56 anos)

“Eu não faço exercício, às vezes caminho... acho que é por preguiça” (Maria, 61 anos).

“Caminho três vezes por semana, tenho o colesterol muito alto” (Antonha, 56 anos).

“Eu faço bastante força, faço mudanças. Quando pego escadaria, 35, 40 a 50 degraus, subo e desço, para cima e para baixo, olha, tem piá com 20 e 25 anos se não for bom de perna, não me acompanha, chega a um ponto que começa a se entrega. Exercício físico, faço muito pouco, as vezes caminho” (José, 51 anos).

Um fato importante para o autocuidado em hipertensão é a incorporação do hábito da atividade física. Conforme Batista e Carvalho apud Borenstein (1999, p.66), “o exercício físico é fundamental para a preservação e a conquista da saúde. “O sedentarismo é considerado um dos mais importantes fatores de risco para o conjunto de doenças crônicas degenerativas”.

Para Rossi (1993, p.86), o exercício físico regular é um antídoto contra a depressão mental. A prática da atividade física, afirma a autora, “melhora o estado de espírito, a auto-imagem e a performance das pessoas em suas atividades”.

A atividade física regular para o hipertenso, além de ajudar a queimar calorias, mantém o peso ideal e melhora a circulação sanguínea, proporcionando ainda um momento em que a pessoa se dedica a ela mesma, aprende a se “desligar”, reduzindo o nível de estresse, além disso, ajuda a melhorar a auto-estima e a coloca em contato com outras pessoas e a natureza.

Segundo a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, RS (1997), a atividade física regular é importante para a promoção da saúde do hipertenso. A atividade física recomendada inclui exercícios aeróbicos (30 a 60 minutos) 3 a 4 vezes por semana. Em indivíduos acima de 35 anos, recomenda-se prévia avaliação cardiológica. Importante salientar que exercícios isométricos ou estáticos tipo musculação e levantamento de peso devem ser evitados, pois elevam a pressão arterial; já os exercícios físicos dinâmicos (isotônicos), aqueles que produzem movimento, como caminhar, correr e nadar têm um efeito protetor para a hipertensão e cardiopatia isquêmica,(FUCHS 1992).

Embora no tratamento e na prevenção da hipertensão os sujeitos deste estudo tenham a consciência da importância da atividade física, somente um dos participantes costuma realizá-la. Encontramos, portanto, este déficit de autocuidado, que foi posteriormente abordado durante os encontros na tentativa de se criar uma mudança de comportamento. Na oportunidade, alguns aspectos foram enfocados, como:

- cada pessoa precisa encontrar um espaço durante o dia para se exercitar;
- deve-se escolher um exercício físico que proporcione prazer;
- deve-se escolher o melhor horário para a sua prática e a periodicidade.

Neste estudo, o conceito de autocuidado se caracteriza pela “prática de atividades que os indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar”, ficou bem evidente que isto não vem ocorrendo. A pessoa sabe da importância, mas não executa as ações de cuidar de si mesmo, necessitando de um suporte educativo e de conscientização.

O combate ao sedentarismo é um método muito útil tanto para modificar os fatores de risco, como para intervir nos aspectos psíquicos. Desta forma, quanto mais sedentário, menos vontade o indivíduo tem para realizar a prática da atividade física, ficando mais deprimido, sentindo-se menos capaz de intervir no processo saúde-doença e em sua vida, ficando cada vez mais doente, com menos vontade de agir e mais sedentário, representando um ciclo vicioso sedentarismo-depressão-sedentarismo.

Quando a pessoa procura promover mudanças no peso, nas dislipidemias, na pressão arterial e na capacitação física, a atividade física reduz a ansiedade, os efeitos hipocondríacos e a depressão. O grande benefício da atividade física para as questões emocionais é a descoberta que a pessoa faz de seus pontos de tensão corporal, além de descobrir-se capaz, declara Romano (1999) Ao melhorar sua auto-imagem, modifica-se “como penso que sou visto pelos outros”. Assim, o corpo “fala”, traduzindo o estado de espírito, promovendo desta forma uma auto-imagem e uma auto-estima melhor, levando à aceitação e a mudanças no processo de uma doença crônica.

5.1.6. Atividade profissional e estresse

Nos encontros realizados surgiram também questões relacionadas com déficits de autocuidado universal, relacionados com atividade profissional.

Conforme Rossi (1993), o local de trabalho vem se tornando atualmente uma das maiores fontes de estresse. Quando a economia sofre uma queda e a recessão acontece, aumenta o número de trabalhadores preocupados com demissões, dificuldades de promoção e a manutenção da própria sobrevivência. Nestes casos, o nível de ansiedade é tão intenso que afeta a atuação profissional da pessoa, sua saúde e sua vida privada.

Sabe-se que uma das condutas do tratamento não medicamentoso para a hipertensão arterial é evitar o estresse. Nestes casos, é importante identificar as situações que causam o estresse e cada pessoa deve desenvolver qualidades e atitude, como conscientização, autocontrole e autoconfiança para que auxiliem na reversão do ciclo de estresse.

Ao reportar esta situação, tendo como base a Teoria do Autocuidado, cabe a enfermeira, através de um suporte educativo auxiliar, a pessoa para reagir às situações estressantes possíveis de controle, ou encaminhá-la a outros profissionais, dependendo do contexto.

Algumas falas dos sujeitos deste estudo nos encontros revelam como estes têm reagido a situações do cotidiano; e percebe-se que os mesmos estão angustiados, pela não realização profissional, como podemos observar através das seguintes falas:

“No momento minha vida profissional está horrível, abandonei tudo para cuidar de meus pais, não que eles não mereçam, mas financeiramente não estou bem” (João, 51 anos).

“Gostaria de trabalhar, mas a mãe não me deixa, ela me superprotege” (Celeste, 29 anos).

“Gosto de meu trabalho, só meu salário deveria ser melhor” (José, 51 anos).

“Minha aposentadoria não é suficiente... faço biscates para ajudar nas despesas. É difícil conseguir emprego com a minha idade (Pedro, 58 anos)”.

Esses discursos demonstram claramente que estes indivíduos não estão bem, e que estes problemas podem estar contribuindo para o aumento dos níveis pressóricos, piorando seu estado hipertensivo. As pessoas, quando não estão bem psicologicamente, podem ter prejuízo em sua saúde mental. Por outro lado, quando se sentem bem diante da vida, colaboram para a manutenção da sua saúde mental. Conforme Rossi (1993), é importante que cada pessoa mantenha-se ocupada com atividades que valorizem o seu conhecimento, revisando seus valores pessoais. Isto os motiva a enfrentar os problemas do cotidiano de uma forma mais amena e segura, principalmente para uma pessoa portadora de hipertensão que precisa, além de aderir ao tratamento, realizar mudanças no estilo de vida.

Para Rossi (1993), a percepção do estresse é altamente pessoal. Qualquer situação relacionada ou não ao trabalho pode ser sentida como estressante,

depende da interpretação da pessoa ao evento. “Sem dúvida, a grande origem do estresse é a sensação da falta de controle”.

Não existe uma fórmula mágica para tratar as complexas implicações do estresse, cada pessoa precisa desenvolver qualidades e atitudes – como conscientização, autocontrole e autoconfiança – para que sirvam como antídoto. Essas atitudes possibilitam que a pessoa reverta o ciclo de estresse, podendo assim estabelecer as energias mentais e psicológicas, que permite a reformulação do seu meio ambiente, declara Rossi (1993).

Mesmo que “medidas antiestresse” não tenham eficácia comprovada (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 1998), a redução do estresse psicológico é recomendada para diminuir a sobrecarga de influências neuro-humorais do sistema nervoso central sobre a circulação, fator de risco para as doenças cardiovasculares.

Conforme Romano (1999), para que se efetive um processo de mudanças no estilo de vida, os programas para mudanças de hábitos devem ter como base três pontos, que são: conhecer o paciente, identificar as barreiras e motivá-lo para mudanças.

Baseada nestes aspectos, a enfermeira procura atender os indivíduos portadores de hipertensão, buscando respeitar as particularidades de cada um, visando torná-los participantes ativos nas ações a eles dirigidas, motivando-os a adotar atitudes que os tornem cuidadores de si.

Outro aspecto abordado por Romano (1999) é a inclusão dos familiares no tratamento, pois muitas vezes a doença pode ser um modo de chamar a atenção, justificar fracassos no trabalho e até garantir o recebimento de aposentadoria.

Durante os encontros com as pessoas objeto do estudo, foi possível visualizar como o envolvimento com os familiares interfere no processo saúde-doença, beneficiando ou prejudicando, como se pode observar nas falas a seguir:

“Moro com dois filhos e um neto...são maravilhosos, se preocupam e me mandam ir ao médico quando não estou bem” (Mercedes 56 anos).

“Vivo bem com a mulher, os filhos e a mãe. O problema é a sogra ...é difícil a convivência” (João, 51 anos).

“Quando esqueço o remédio, meu marido me chama atenção (Maria, 61 anos)”.

Com relação à fala de João, sugeri ao mesmo que buscasse criar mecanismos de modo que ele próprio encontrasse soluções para resolver este problema relacionado com a convivência familiar, e que refletisse a respeito.

Segundo Orem (1985), o ser humano é capaz e possui habilidade para cuidar de si próprio e de seus dependentes. Este ser humano, estando apto a desenvolver seu autocuidado e sendo motivado a isso, fará com que seus déficits de autocuidado possam ser superados e sua condição crônica de hipertensão agregará valores que poderão ser relevantes para a melhoria de sua qualidade de vida.

Nesta categoria sobre “a necessidade de tratar”, pude perceber que os participantes informam sobre suas dificuldades e demonstram claramente suas ansiedades, passando a mensagem de que precisam de ajuda. Estar atento ao pedido significa dar a devida atenção, buscar junto com os mesmos meios de enfrentar a doença, ensiná-los sobre o autocuidado e dar o direito para estes seres humanos autoconstituírem-se como pessoas no sentido amplo.

5.1.7- Medicação

Neste estudo, pude comprovar as dificuldades que os indivíduos hipertensos apresentam no seu cotidiano quanto ao uso regular da medicação. Parece ser muito difícil que estas pessoas entendam que a hipertensão provoca mudanças em suas vidas e que há necessidade de fazer o uso regular de medicação, de forma sistemática e para o resto de suas vidas, na maioria das vezes. No entanto, os mesmos, apesar de saberem disso, referem:

“... cheguei ser responsável, tomar o remédio sempre ... eu confesso, às vezes até cheguei tomar (o remédio) com cerveja” (João, 51 anos).

“Às vezes esqueço de tomar o remédio, a família procura me incentivar a tomar os remédios” (Maria, 61 anos).

“Tomo o remédio. Às vezes não, aí uso chá caseiro” (Mercedes, 56 anos).

“O dia que assaltaram a casa de meu filho, fiquei com 22 por 16 de pressão, levei 4 dias com pressão alta ... aí tomei o remédio e fui deitar. No postinho tirei a pressão e estava normal” (Mercedes, 56 anos).

“Não tomo remédio regularmente, às vezes esqueço” (Pedro, 58 anos)

É necessária uma mudança de comportamento a partir da descoberta da hipertensão. Há necessidade de conscientização sobre a importância do uso contínuo da medicação. Dessa forma, o sucesso será possível e a hipertensão deixará de ser ônus para o próprio indivíduo, para a sua família e para a sociedade. Para auxiliar as pessoas quanto a esse déficit, durante os encontros foi focado sobre a importância do uso regular da medicação na hipertensão, quanto ao melhor horário, interação com os alimentos, sono, diurese e mecanismo de ação.

Conforme informações do Ministério da Saúde (2001), a principal causa da hipertensão arterial resistente é a descontinuidade da prescrição médica estabelecida. Deve-se, antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, monitorar a adesão, verificar se o indivíduo está com a pressão controlada e se adere às recomendações em relação às mudanças nos hábitos de vida.

Estas doenças, quando não tratadas ou tratadas de forma inadequada, levam com frequência à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Investir na prevenção e na educação são atitudes decisivas não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização, e a ocorrência de problemas mais graves como as complicações da hipertensão. Desta forma, o esclarecimento e a educação da saúde com certeza irão intervir no comportamento do hipertenso na população, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O planejamento e a implementação de ações, segundo Orem, requer que a enfermeira conheça os déficits de autocuidado dos indivíduos. Conforme Rabelo (1999), a enfermeira deve atuar no sentido de promover a superação dos mesmos para que ocorra a satisfação das exigências de autocuidado identificados. Assim, a competência de autocuidado será estimulada pela enfermeira ou por outra pessoa que apresenta competência. Após as orientações, cada pessoa deverá ser capaz de executar as ações de autocuidado que irão satisfazer suas exigências e torná-lo apto para o autocuidado, uma vez que o autocuidado pode ser aprendido em qualquer fase da vida, desde que haja o engajamento da pessoa portadora de hipertensão e do profissional da saúde para auxiliá-lo.

5.2 Fatores que influenciam no engajamento do autocuidado

5.2.1. Conhecimento

Cuidar do indivíduo portador de hipertensão vai muito além da simples redução dos seus níveis pressóricos, é reduzir o risco cardiovascular, é envolvê-lo no controle da dieta da obesidade, do sedentarismo, das dislipidemias, no abandono do tabagismo e na ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, é oportunizar opções para melhor gerenciar o estresse do dia-a-dia. É, também, levar informações adequadas para que ele se sinta apto ao autocuidado e, conforme Orem (1985), esse autocuidado consiste no cuidado desempenhado por si mesmo, para manter a vida, a saúde e o bem estar.

Para que este cuidado possa fluir, é necessário o conhecimento da doença, e segundo as falas existe muita desinformação quanto às nuances dessa síndrome tão insidiosa.

“A primeira idéia que tive da pressão alta é de que eu ia morrer ... só tomava remédio quando a pressão estava alta ... ela não avisa, é uma assassina silenciosa, pode ser fatal” (Pedro, 58 anos).

“A primeira idéia que me veio, é que é sinônimo de derrame” (João, 51 anos).

“Ela vem dos nervos ... a pessoa é muito nervosa, se incomoda” (Maria, 61 anos).

“Tem sempre algo para ser aprendido, nunca se sabe tudo” (Maria, 61 anos).

Destaca-se, então, a necessidade de interação de profissionais e principalmente da enfermeira para auxiliar no entendimento da hipertensão arterial. Para Pedro, a hipertensão tem uma conotação muito fatalista, ele não entende que o autocuidado pode promover a manutenção de sua vida com qualidade.

Percebe-se que os indivíduos se assustam e se preocupam ao saber que são portadores de hipertensão, pois as reações tendem a ser pessimistas, com essa nova condição. Cabe a nós da área da saúde buscar uma nova forma de aproximação com estas pessoas, fazendo chegar a elas informações adequadas quanto aos cuidados de hipertensão.

A educação ao portador de hipertensão é uma parte essencial no tratamento e segundo o Ministério da Saúde (2001), constitui um direito e um dever dos responsáveis pela promoção da saúde.

Esta educação deve abranger:

- informações sobre HAS, os fatores de risco sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, sobre as complicações e as conseqüências da HAS não tratada ou mal controlada;
- orientações sobre a importância da alimentação como parte do tratamento;
- orientações sobre mudanças de estilo de vida e a prática de hábitos saudáveis de vida;
- ensinamentos de como o indivíduo e sua família podem prevenir, detectar e tratar as emergências;
- esclarecimentos sobre mitos, crendices, tabus e terapias populares de tratamento;
- incentivos ao portador de hipertensão para a adesão ao tratamento.

Reconhecer e tratar a hipertensão são aspectos fundamentais para prevenir suas complicações crônicas, devido à alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provoca.

Durante os encontros, foi possível detectar as mudanças que a doença provoca em cada um e como estas pessoas vêm enfrentando a cronicidade da hipertensão, como se pode perceber através da fala a seguir:

“O dia que assaltaram a casa de meu filho, fiquei com 22 por 16 de pressão, levei 4 dias com pressão alta ... aí tomei o remédio e fui deitar. No postinho tirei a pressão e estava normal” (Mercedes, 56 anos).

É necessário uma mudança de comportamento, a partir da descoberta da hipertensão. Há necessidade de conscientização sobre a importância do uso contínuo da medicação. Dessa forma, o sucesso será possível e a hipertensão deixará de ser ônus para o próprio indivíduo, para a sua família e para a sociedade. Para auxiliar as pessoas quanto a esse déficit, durante os encontros foi enfocada a

importância do uso regular da medicação na hipertensão, quanto ao melhor horário, interação com os alimentos, sono, diurese e mecanismo de ação.

Conforme informação do Ministério da Saúde (2001), a principal causa da hipertensão arterial resistente é a descontinuidade da prescrição médica estabelecida. Deve-se, antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, monitorar a adesão, verificar se o indivíduo está com a pressão controlada e se adere às recomendações de mudanças nos hábitos de vida.

5.2.2. A religiosidade, a fé como apoio no engajamento do autocuidado

De acordo com Selli (1999), durante o longo período da história da humanidade a doença esteve ligada a uma visão religiosa do mundo, que via os males que aflingiam os seres humanos advindos dos deuses.

No Velho Testamento são inúmeras as passagens bíblicas que ilustram a relação entre a doença e a postura contrária aos mandamentos divinos. A doença era interpretada como um castigo de Deus a quem desrespeitasse os mandamentos. A saúde, como um mérito aos seguidores religiosos.

Selli (1999, p. 24) relata ainda que “a grande inovação do pensamento grego na medicina foi transformar a visão científica, passando ela a ser vista como um desequilíbrio orgânico causado por forças naturais e não mais como um castigo divino”.

Na realidade, vale ressaltar que a questão da religiosidade hoje ainda se faz muito presente. Percebi que muitas vezes a falta de engajamento, a busca de resolutividade no controle da hipertensão perpassa pelo que a religião representa para cada um, conforme as falas a seguir:

“A gente não pode dar oportunidade para a doença, nem mesmo na cabeça da gente, porque eu acho que até o próprio otimismo que for botar na mente, a fé no remédio, ajuda no tratamento” (João, 51 anos).

“Existe na palavra de Deus uma parte que diz assim: Há poder em suas palavras, então tudo aquilo que eu concordar acaba acontecendo. Se eu disser que estou doente, acaba acontecendo” (José, 51 anos).

“Mas quanto ao resto, não tenho medo da pressão alta, não tenho medo de morrer, tinha muito! Mas hoje, eu não tenho mais, pode ser que se chegar a ... (João calou-se)” (João, 51 anos)

Enfrentar situações como estas são muito importantes para o processo natural do desenvolvimento de um indivíduo. Para o hipertenso, o próprio tratamento contínuo faz com que se lembre a toda hora que ações de autocuidado precisam ser praticadas para voltar a uma situação de equilíbrio.

O contexto de cada indivíduo hipertenso é determinante para seu autocuidado, bem como para a mudança de hábito. Um contexto favorável, com a participação da família e profissionais da saúde é essencial para a promoção da saúde.

O depoimento de José demonstra a influência do aspecto religioso na questão da aceitação da doença. Assim, é fundamental conservar a autonomia das pessoas, não impondo um tratamento, mas estar continuamente empenhada em procurar o equilíbrio e o entendimento nas questões relacionadas à saúde e à doença.

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção da enfermeira ao atuar junto ao grupo de hipertensos são condições básicas para auxiliá-los no autocuidado. Surge então o papel da enfermeira educadora e do educando em um processo contínuo de crescimento. Neste espaço, a enfermeira ajuda na construção do conhecimento e através da troca de experiências com o portador de hipertensão arterial, estimula a execução de ações de autocuidado. Esta situação ocorre como pode se observar através das seguintes falas:

“Claro, a gente vai tratar, vai procurar tratar” (Mercedes, 56 anos).

“Eu tenho consciência de que se eu não tratar eu vou piorar cada vez mais” (João, 51 anos).

Escutar estas falas nos remete ao autoconhecimento e a uma reflexão contínua sobre o que realmente é ser portador de hipertensão arterial. Fantasia, medo e emoção fazem parte do cotidiano da pessoa com uma doença crônica, pois por sofrerem de um agravo apresentam características específicas para superar a cronicidade e procurar o autocuidado.

Essas características estabelecem um gradiente de necessidades de autocuidado desde o sistema de apoio/educativo até totalmente compensatório, necessário para aqueles com déficits que necessitam de atenção integral da

enfermeira. A identificação de indivíduos nos diferentes sistemas de enfermagem, conforme Orem, faz com que enfermeira e equipe de saúde busquem instrumentos diversos no processo de cuidar e assistir de maneira diferenciada.

É importante destacar que a busca do autocuidado pelo indivíduo se caracteriza por todos os movimentos e ações que são realizadas por estes, no sentido de sua condição enquanto “sujeitos” e não de “coisas”. Por isso, as pessoas devem apropriar-se do cuidado de si (LUNARDI, 1997).

5.3 Os conceitos na visão do Grupo

Ao trabalhar com este grupo de hipertensos e conhecer um pouco de cada um, tive o interesse genuíno em saber o que pensavam a respeito de alguns conceitos, pertinentes em nosso cotidiano.

Acredito que estas informações, nas diferentes formas de perceber de cada um, devem ser trocados entre a enfermeira e os indivíduos. Esse intercâmbio de experiências e conhecimentos possibilitam uma melhor aproximação na forma de compreender o processo da doença crônica e o autocuidado na visão dos portadores de hipertensão arterial. Por este motivo, durante os encontros, esses conceitos foram trazidos à tona e agora são apresentados a seguir.

Saúde:

“Eu estou vivendo saúde, na hora que eu concordar com a doença, eu vou ter que concordar com ela de ponto a ponto” (José, 51 anos).

“Eu, para mim, saúde é um desenvolvimento natural do nosso corpo, do nosso organismo, e que ela deverá ser prevenida desde o início” (João, 51 anos).

Percebe-se, a partir destas colocações, que na concepção de José ele não tem “doença”. A hipertensão, na sua visão, não se caracteriza como um processo patológico, mesmo apresentando valores considerados como hipertensão severa (210/120mmHg).

Neste caso, o processo educativo-suportivo de Orem envolve o ensino de informações detalhadas sobre as habilidades e o conhecimento que devem ser adquiridos para o convívio com a doença, para a promoção de uma vida saudável e para o controle dos níveis pressóricos.

Orem apud George (1993, p.96) apresenta saúde com base no conceito de cuidados, no qual está incluído a promoção e manutenção da saúde, o tratamento da doença e a prevenção de complicações.

As necessidades de saúde, neste grupo, reportam-se a entender o que é saúde e doença. Concordo com Francioni (2002, p.42) ao declarar que “a saúde pode ser um agente regulador do organismo, uma vez que uma doença pode debilitar ou reduzir suas atividades normais. O ser humano poderá sentir que tem uma boa saúde quando estiver adaptado ao meio em que vive, ou que necessita viver diante de um caso eminente de mudança de hábito”.

Para Radünz (1999,p.14), saúde depende da percepção do indivíduo, do que ele precisa para desempenhar e dos “papéis que ele considera imprescindíveis em sua vida”. Para a autora, muitas vezes a própria doença leva a pessoa a viver com mais qualidade de vida, e não somente viver mais anos de vida.

Doença:

“É uma parte do que faz mal ao corpo ... É uma parte do organismo que não funciona direito, está doente. Me considero muito privilegiado, ainda faz 30 e tantos anos que trabalho na estrada e nunca me aconteceu nada” (José, 51 anos).

“A doença... eu acho que chega aquele tempo em que as defesas vão se terminando, começando a diminuir e aí é possível que se contraia uma doença ... mas o negócio que eu acho que não se pode dar bola, não se botar à doença para a cabeça” (João, 51 anos).

“A gente tem que compreender que é doente, mas não viver a doença, temos que viver a saúde” (João, 51 anos).

A concepção de doença, para o grupo de estudo, relaciona-se intimamente com saúde. Há o entendimento que, conforme Orem (1980), fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimento, valores, atividades e crenças influenciam sobre a saúde do indivíduo.

Neste estudo, como os sujeitos são hipertensos, um fator que interfere ou mascara a identificação da “doença” é a ausência de sintomas específicos, ou ainda prejudica na conscientização da necessidade de cuidar da saúde.

José, ao ser questionado sobre seu conceito de doença, em momento algum se referiu à hipertensão como doença. Concordo com Schneider (2002), quando em sua dissertação de mestrado afirma que as pessoas, por não sentirem qualquer tipo

de mal-estar em consequência de hipertensão, não aderem ao tratamento. Entretanto, isto não quer dizer que não conheçam a existência da doença, mas sim apresentam uma negação da mesma.

Enfermeira:

Neste estudo, pude observar a ênfase em determinados momentos na predominância da ótica médica, ficando nesse processo a identidade da enfermagem subordinada ao saber médico, como se constata ao questionar sobre o conceito de enfermeira.

“Eu acho que depois do médico é a enfermagem” (João, 51 anos).

Entre as questões que suscitaram reflexões, esta colocação foi a que mais me tocou. A enfermagem evoluiu ao longo da história, conquistou seu espaço na ciência e na arte, mas em face de sua trajetória histórica, sem ter tido inicialmente um domínio específico dos conhecimentos, somente embasado no voluntariado (caridade) e na vocação, as marcas permanecem até os dias atuais, como uma profissão que está se constituindo, porém sempre vem após a medicina.

Selli (1999), em sua obra, destaca a evolução da medicina e conseqüentemente o surgimento da enfermagem de uma forma bem servil. Surge na França, no século XIX, a figura do paramédico, com a função de dar sustentação e preparar os materiais para a prática da medicina e fazer curativos.

Colliere (1989,p.78-79), destaca a visão da época sobre as enfermeiras:

As enfermeiras são uma verdadeira bênção para estes doutores, solicitados por todos os lados; tem finalmente à sua disposição uma mão-de-obra qualificada, que não se interessa pela prática, nem pelos ideais da medicina e que parece não ter senão uma vocação na vida: a de servir.

“Ser enfermeira é ser” serve de um ideal “; é, pois, antes de tudo, servir (...). A enfermeira deve aprender primeiro a servir, nunca andar á frente do médico, mas segui-lo.”

Nestas falas, percebe-se a presença muito forte do discurso médico, baseado na autoridade da ciência, enquanto que o da enfermagem, no modelo humanitário, com vocação para servir o próximo.

Assim, a tradição da prática de enfermagem herdada do caráter religioso e posteriormente submetida ao modelo médico, exerce influência na profissão até nos nossos dias, como se observa nas falas a seguir:

Acho um trabalho fantástico. A pessoa tem que ter este dom para isto, se não, não agüenta o tirão. Não é para qualquer um” (João, 51 anos).

“Tem que ser um sacerdócio” (José, 51 anos).

“É excelente a atenção que se recebe das enfermeiras” (José, 51 anos).

“Aqui no serviço público é de estranhar, todos atendem muito bem” (João, 51 anos).

A partir dessas falas permanece uma interrogação. Quando conseguiremos mudar esta imagem da enfermeira, muitas vezes tão negativa?

Estamos em um novo milênio e muitos desafios terão que ser enfrentados. Conforme Lopes (2001), na área de ensino os novos currículos de graduação têm exigido dos docentes um esforço muito grande para acompanhar a evolução técnica e tecnológica cada vez mais sofisticada, sem abandonar as determinações didático-pedagógicas e suas características humanísticas. Hoje, percebe-se que cada vez mais as enfermeiras procuram se inserir nos cursos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado), como um meio de acompanharem o progresso do mundo globalizado e vencerem seus próprios desafios.

Sabemos, como enfermeiras, que temos um papel muito importante nesta sociedade. Ao abraçarmos esta profissão, além da competência técnica, precisamos também saber ouvir, diagnosticar, cuidar e ajudar a população com o objetivo de minimizar ou dar resolutividade aos problemas.

Felizmente, cada vez mais profissionais técnico-científicos estão comprovando a eficácia da atuação da enfermeira nas ações de saúde. Percebe-se que o nosso espaço está sendo conquistado cientificamente, sendo que empiricamente já exercemos há muito tempo uma enfermagem com qualidade.

De acordo com Mion e Oigman (2001), um trabalho realizado com pacientes matriculados na liga de Diagnóstico e Tratamento de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da FMUSP analisou as repercussões do atendimento a 256 pacientes por médicos e com assistência adicional de enfermeiros capacitados em

hipertensão arterial. Após 24 meses de tempo médio de seguimento, o índice de persistência ao tratamento foi maior (44%) naquele grupo que foi acompanhado por enfermeira, ao invés daquele que não recebeu este acompanhamento, onde a adesão foi de 36%.

Fica evidente, assim, a importância da enfermeira como um estímulo para facilitar o entendimento e o próprio cuidado na hipertensão e o quanto ela precisa não só de reflexão, mas também de ação. Precisamos fazer nossa própria história, sem perder de vista os preceitos da ética social e profissional.

Para Orem (1991), a condição que justifica a existência da enfermagem para o ser humano adulto é a incapacidade de “manter continuamente a quantidade e a qualidade de autocuidado terapêutico na sustentação da vida, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos”.

Para a criança, a presença da enfermagem acontece quando os pais ou responsáveis são incapazes de manter, continuamente, a criança a quantidade e a qualidade do cuidado que é terapêutico. (GEORGE 2000, p.90).

George (1993, p.97) esclarece que para Orem a enfermagem é

“um serviço humano... um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser tocado” . “A enfermagem difere de outros serviços humanos... pela maneira como ela focaliza os seres humanos”.

Assim, a enfermeira precisa cada vez mais adquirir conhecimento e sensibilidade para identificar meios de prestar uma assistência ao ser humano hipertenso e realizá-lo da melhor maneira possível.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar os trabalhos da Prática-Assistencial, alguns desafios teriam que ser superados. O primeiro desafio relacionava-se ao tempo. Como mestranda, professora, diretora de um curso de graduação de enfermagem e enfermeira assistencial em um Programa de Assistência ao Hipertenso, o tempo tornava-se escasso. Além de estar sobrecarregada com aulas, eventos científicos, trabalhos de conclusão de curso, administração da escola, não podia deixar o trabalho no grupo de hipertensos desassistido.

O segundo desafio foi à desativação do Centro Municipal de Saúde, hoje Centro de Especialidades, ponto de referência para o trabalho com hipertensos, sujeitos deste estudo. Com isso, houve uma maior dificuldade de conseguir a clientela para a prática assistencial e o próprio local para a realização dos encontros, porém, isso não impossibilitou o desenvolvimento das atividades.

Assim, a ansiedade durante este período foi grande, mas foi gradativamente diminuindo, na medida em que, com apoio da equipe técnica do programa e da orientadora deste trabalho, estas dificuldades foram paulatinamente sendo vencidas.

Ao iniciar o estudo propriamente dito, envolvendo alguns pressupostos de Orem, a prática assistencial começou a ser vislumbrada em consonância com o trabalho que desenvolvo há mais de sete anos com hipertensos no Centro de Especialidades de Cruz Alta, o que me levou a fazer dessa experiência o presente trabalho.

Aos poucos, fui identificando-me com os pressupostos e conceitos de Orem, colocando-me também no lugar do indivíduo que desenvolve ações de autocuidado, dispensa cuidado a si mesmo ou busca auxílio de outras pessoas para fazê-lo.

As pessoas que participaram deste trabalho, conforme foi possível constatar, de uma ou de outra forma praticam o autocuidado, embora sem um processo elaborado ou de forma sistematizada são seres humanos que diferem das outras coisas por sua capacidade de refletir acerca de si próprio de acordo com Orem (1991)

Durante a prática assistencial, tive a oportunidade de vivenciar situações que me ajudaram a crescer profissionalmente. Entendi que antes de serem pessoas portadoras de hipertensão arterial, são indivíduos que possuem diferentes maneiras de agir, pensar e encarar uma doença crônica. Como educadora, vi o quanto é importante o respeito pelo conhecimento popular, sem a tradicional prepotência do saber acadêmico, entendimento das concepções de saúde e doença e na tomada de consciência para emergir ou manter um processo de autocuidado.

A Teoria de Orem foi utilizada, neste trabalho, fazendo a inter-relação entre a enfermeira e os sujeitos do estudo, oportunizando a vivência entre os participantes, com troca de experiências e incorporação de medidas de autocuidado, com o objetivo de rever conceitos, déficits de autocuidado em vistas ao conhecimento e controle da pressão arterial.

Este trabalho não teve como objetivo elaborar um processo de enfermagem, mas sim identificar déficits de autocuidado em indivíduos com uma patologia crônica, identificando e definindo problemas, visando atitudes concretas de mudanças.

De acordo com Jardim (2001), a adesão de um indivíduo ao tratamento tem sido estudada ao longo do tempo, porém até hoje não se conseguiu achar soluções a fim de torná-lo mais aderente ao tratamento.

Muitas teorias já foram testadas e todas trouxeram sua contribuição, mas nenhuma conseguiu até hoje a difícil tarefa de manter o indivíduo “completamente fiel à orientação” (JARDIM, 2001). Algumas teorias tentam sistematizar e melhorar a compensação de como alcançar bons resultados e desta forma repetir experiências favoráveis, declara Jardim (2001).

A primeira destas teorias tem o fator educativo como meta, no qual o profissional de saúde em concordância com as pessoas debate as informações concretas sobre a sua doença e seu tratamento. Uma segunda teoria enfatiza que a comunhão de pensamentos e expectativas entre médicos e indivíduos é básico para o acolhimento de orientações.

Já na teoria da auto-regulação, na qual há o comprometimento do indivíduo com o seu tratamento, o estímulo ao questionamento e o esclarecimento das dúvidas têm demonstrado resultados positivos em relação à adesão ao tratamento. Também vale salientar que a relação afetiva entre o profissional e a pessoa objeto de estudo tem demonstrado excelentes resultados às orientações a longo prazo.

Educar pessoa portadora de hipertensão, segundo Jardim (2001, p.62), é um mecanismo lento, que exige uma série de estratégias:

- oferecer o conhecimento básico sobre hipertensão, suas causas, conseqüências, fatores de risco e as possibilidades de benefícios do tratamento;
- treinar habilidades práticas, como conhecer alimentos, sua seleção e preparo. Informar sobre valores da pressão e se possível sobre a habilidade para auto-avaliação, entendimento e capacidade para uso da medicação, sobre o benefício da prática de atividade física regular e redução e abstinência no uso de bebidas alcoólicas, etc;
- estimular atitudes firmes, na busca de novos conhecimentos na implementação de mudanças positivas e na manutenção dos passos dados para a adoção de um estilo de vida saudável.

Para este autor, o aprendizado do hipertenso ocorre de uma maneira peculiar, tipicamente chamado de “aprendizado de adulto”, no qual o mesmo aprende quando reconhece um erro entre aquilo que sabe ou faz e o que quer fazer. Usa em seu aprendizado todo o conhecimento que adquiriu com a experiência da vida, usa seu aprendizado como meio de ser reconhecido no seu ambiente, procura utilizar seu conhecimento de maneira imediata; e acima de tudo procura utilizar o conhecimento para a solução de problemas imediatos.

Sabe-se que, para implementar mudanças de atitudes através da educação, é necessário um esforço conjunto. Para isso o profissional da saúde não deve adotar

uma postura autoritária ou catedrática, quando desejar transmitir seus conhecimentos acerca de uma doença ou agravo, mas sim estar pronto para sistematizar as observações colhidas acrescentando alternativas e para ensinar a modificar o cuidado.

Ao compartilhar das necessidades e problemas dos portadores de hipertensão arterial durante os encontros foi possível visualizar déficits de autocuidado relacionados com a: alimentação, ingesta hídrica, sono, repouso, atividade física, atividades profissionais e estresse, eliminação intestinal e o uso de medicação. Com a prática educativa, foi possível orientar as pessoas a participarem de forma ativa para a transformação ou mudança de atitudes, através de ações de enfermagem, objetivando a superação dos déficits de autocuidado, como: envolvimento no controle da dieta, obesidade, sedentarismo, dislipidemia, tabagismo, alcoolismo; disponibilizando informações de modo que a pessoa pudesse conhecer melhor sua doença; favorecendo a interação entre os sujeitos do estudo e profissionais da saúde; desenvolvendo a conscientização sobre a importância do autocuidado; dando acolhimento à história de vida de cada um; ajudando no enfrentamento das situações em que se apresentam; incluindo a família; montando um diálogo franco, mostrando sensibilidade; favorecendo a troca de experiência entre as pessoas com o mesmo problema de saúde.

Dessa forma, a aplicação da consulta de enfermagem à luz da Teoria de Orem possibilitou-me de uma forma clara e concreta desempenhar o papel de enfermeira, pois segundo Orem, “quando um indivíduo” não consegue autocuidar-se, então a enfermeira providencia a assistência necessária. Durante as consultas de enfermagem, ficou claro a importância de uma teoria sustentando um trabalho e centrada na atenção entre a enfermeira e os sujeitos do estudo.

Foi com esta perspectiva que aconteceram os encontros, numa interação enfermeira-paciente, visando à troca de informações, objetivando assim uma melhor qualidade de vida. Orientar a incorporação de medidas de autocuidado foi imprescindível para os hipertensos deste estudo, uma vez que contribuíram e contribuirão para a manutenção de medidas higieno-dietéticas e conseqüentemente a melhoria dos níveis tensionais.

Sobre os déficits de autocuidado levantados neste trabalho, foi observado que muitos portadores de hipertensão arterial, embora sabendo dos riscos que envolvem sua saúde, ainda não incorporaram medidas de autocuidado e apresentam dificuldades na mudança de hábitos.

No que se refere à competência para o autocuidado, foi constatado que cada pessoa do grupo possuía uma competência específica para realizar o seu autocuidado, sendo variável com o grau de instrução, percepção, aceitação da doença e influências externas (crenças, fatores sócio-econômicos...), também foi possível constatar, através de depoimentos nos encontros, a influência da formação religiosa e os valores pessoais na competência em desenvolver o autocuidado. Isto demonstra o quanto é importante respeitar cada pessoa, valorizando suas crenças, atitudes, entendendo que cada ser humano é um ser único e possui um modo de viver a doença e a saúde.

Assim, os conceitos de Orem como autocuidado, ser humano, ambiente, saúde e sociedade puderam ser experienciados na prática assistencial e na continuidade do trabalho, uma vez que a experiência vivida pelos hipertensos, os significados da hipertensão nas suas vidas e a participação da enfermeira nos encontros proporcionaram um ambiente de construção do conhecimento que provavelmente influenciam no cuidado de sua saúde.

Com relação ao trabalho da enfermeira, ficou claro que não basta apenas levantar os déficits de autocuidado, mas é necessária uma abordagem ampla, na qual o portador de hipertensão arterial vai entender o que estes déficits representam para sua saúde e o que precisa fazer para praticar o autocuidado.

Ao finalizar, vale ressaltar que a teoria de enfermagem de Dorothea Orem apresenta uma linguagem de difícil entendimento, necessitando de muito estudo, reflexão e análise de seus textos, porém é abrangente, atual e aplicável. Ela vem sendo aplicada na enfermagem profissional, nos currículos dos cursos de enfermagem, na prática da enfermagem clínica, na administração em enfermagem e na pesquisa em enfermagem.

Embora a teoria de Orem seja de difícil entendimento, ela permitiu o levantamento dos déficits de autocuidado no decorrer deste trabalho e a

sistematização dos conceitos. Fica evidente a operacionalização da teoria, possibilitando também formas de cuidar da hipertensão e promover a saúde.

Com este estudo, foi possível mostrar que o trabalho da enfermeira em grupos de educação em saúde possibilita a modificação de atitudes a partir de trocas de experiências e a busca de um viver com mais qualidade. A pessoa que participa dos grupos consegue usar a experiência positiva ou negativa de um colega para o seu próprio processo de mudança.

Neste processo, a enfermeira age como uma facilitadora, procurando utilizar técnicas ou meios que possibilitem a prática do autocuidado, com o objetivo de manter controlada a pressão arterial, e também uma assistência de enfermagem mais humanizada.

Este trabalho trouxe também, como contribuição, um cuidar de enfermagem, através do processo educativo entre educador e educando, garantindo a operatividade do grupo, e o engajamento dos portadores de hipertensão arterial na superação dos déficits de autocuidado.

É notório que a enfermagem está cada vez mais comprometida com o ser humano e necessita utilizar métodos sistematizados de trabalho, passando do uso de ações intuitiva e casual para o emprego do raciocínio reflexivo e de ações direcionadas por métodos, técnicas, teorias e modelos conceituais, tanto no campo da assistência, como da administração, da educação e da pesquisa.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFIUNE NETO, A et al. **Tabagismo e doenças cardiovasculares**. In : PORTO, Celmo C. (org). Doenças do coração: Prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

ASSIS, Maria Alice Altenburg de. **Consulta de nutrição: controle e prevenção do colesterol elevado**. Florianópolis: Insular, 1997.

BARROS, ELVINO et al. **Exame clínico**. Consulta rápida. Porto Alegre: Artes Médicas. 1999.

BATISTA, Sonia Maria de Medeiros: Carvalho, Tales. In Boreinstain, Miriam, Susskind. Organização. **Manual de Hipertensão**. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzato, 1999.

BEYERS, Marjorie; DUDAS, Susan. Hipertensão arterial e doença cardíaca isquêmica.. **Enfermagem médico cirúrgica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

BORENSTEIN, M. Süsskind (org). **Manual de hipertensão**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

BORENSTEIN, Miriam et.al. **Manual de hipertensão**. Florianópolis: Imprensa Universitária, 1990

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Área técnica de diabetes e hipertensão arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____.Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Área técnica de diabetes e hipertensão arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Departamento de programas de saúde. Coordenação de doenças cardiovasculares. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDCU / Nutes, 1993.

CASTRO, Vanda Dias de; CAR, Márcia Regina. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf.** São Paulo, v.34, n.2, p.145-153, jun., 2000.

COLLIÉRE, Marie Françoise. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados da enfermagem. Tradução por: Maria Leonor Braga Abecasis. Damaia: Printipo-Industrias gráficas Ltda, 1989. Versão portuguesa. Original em Francês.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, III, 1998, Campos do Jordão. **Hipertensão Arterial.** Campos do Jordão. São Paulo. 1998.

DIAS, TANIA Lúcia Viana Bub, THÉO FERNANDO. **Tratamento medicamentoso.** IN BORENSTEIN, Miriam Süsskind. **Manual de hipertensão,** Porto Alegre: Saga Luzzan, 1969.

Diretrizes para uso da Monitorização Ambulatorial. III **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão.** v.4, n.1, 2001.

DUNCAN, Bruce; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial:** condutas clínicas em atenção primária. 3ª reimpressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

FORJAZ, Cláudia L. de Moraes; SOUZA, Márcio Oliveira de. Programação de atividade física para pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão.** São Paulo, v. 6, n. 1, p.109-111, jan/fev,1999.

FORTES, P. A. **Ética e saúde:** questões éticas deontológicas e legais. São Paulo: EPU, 1998.

FRANCIONI, Fabiane Ferreira. **O processo de aceitação do diabetes mellitus.** Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado de Assistência de Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

FUCHS, Flávio Danni. Hipertensão arterial. In: DUNCAN, Bruce B. et al. **Conduta clínica em atenção primária.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

GEORGE, J. B. (org) et al. **Teorias da enfermagem:** os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GIORGI, Dante Marcelo Artigas. Estratégias especiais para melhoria da adesão. In: NOBRE, Fernando; PIERIN, Angela M.G.; MION JR. Décio. **Adesão ao tratamento:** o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, p.69-74, 2001.

GIORGI, Dante Marcelo Artigas. Análise crítica do papel da monitorização ambulatorial a pressão arterial no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão.** São Paulo. v.4, n.1, p.36-39, jan/mar, 1997

_____. Modelos de comportamento e estratégias para melhora da aderência. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão.** São Paulo, v.2, n.1, p.1-2, 1999.

GROSS, Jorge Luiz; SCHMITD, Maria Inês. Orientações para uma alimentação saudável do adulto. In: DUNCAN, Bruce; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa

R.J. **Medicina ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. 3ª reimpressão. Porto Alegre: Artes Médicas, p.171-176, 1992.

JARDIM, Paulo César B. Veiga. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, Fernando; PIERIN, Angela M.G.; MION JR. Décio. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, p.57-68, 2001.

JARDIM, Paulo César B. Veiga; SOUZA, Ana Luíza Lima. Determinação da pressão arterial: história, métodos e limitações. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.4, n.1, jan/mar, 1997.

Sexto relatório internacional do comitê nacional sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial. Bethesda: NHLBI (Institutos Nacionais de Saúde Norte-Americanos) 98-4080, 1997.

KRASILCIC, Sara. Índices de adesão aos tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos no Brasil e no mundo. In: NOBRE, Fernando; PIERIN, Angela M.G.; MION JR. Décio. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, p. 47-55, 2001.

KOWALSKI, Robert E. **A cura do colesterol em 8 semanas**: como se prevenir do infarto sem remédios e sem sacrifícios. 1ª ed. São Paulo: Livraria Cultura Editora Ltda, 1989.

LANGE Celmira. **O significado de autocuidado segundo as enfermeiras**. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina.

LEOPARDI, Maria T. (org). **Teorias em enfermagem** : instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LOPES, Guertrudes Teixeira. Editorial. **Enfermagem atual**. São Paulo, n.4, v.1, jun/ago, 2001.

LUNARDI, Valéria Lerch. **Do poder pastoral ao cuidado de si**: a governabilidade na enfermagem. Florianópolis, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e aos diabetes mellitus**. Manual e hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2002.

OREM D. E. **Nursing**: concepts of practice. 2 ed. New York: McGraw – Hill, 1980.

_____. **Nursing**: concepts of practice. 3 ed. New York: McGraw – Hill, 1985.

_____. **Nursing**: concepts of practice. 4 ed. St Lows: Mosby, 1991

OIGMAN,Wille. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. In: NOBRE, Fernando; PIERIN, Angela M.G.; MION JR. Décio. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, p.36-46, 2001.

PIERIN, Ângela M. D.; Jr. Décio Mion. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.2, n.1, p.9-12, 1999.

PIERIN, Angela M.G.; MION JR. Décio. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, p.22-33, 2001.

RABELO, ERNESTA et all. Fatores de Risco. IN: Borenstein, Miriam. **Manual de hipertensão**. Porto Alegre.Saga Luzzaro. 1999.

RABELO, S. S. **A ludoterapia como incentivo às competências para o autocuidado do cliente diabético**. Florianópolis. 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

RABELO, S. S. **A ludoterapia no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado**. Florianópolis. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o *self* do cliente oncológico e o *self* da enfermagem. Goiânia: AB, 1999.

Relatório Norte-Americano sobre hipertensão arterial. Inibição- ECA- Avaliação,nº 16, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Lei n.7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. p.12-16, 1997.

ROMANO, Bellkiss Wilma. Aspectos psicológicos do paciente coronariopata portador de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v. 6, n. 1, p.57-60, jan/fev,1999.

ROSSI, Ana Maria. **Homem não chora**: aprendendo a dominar o estresse do sexo masculino. 2 ed. Porto Alegre:Artes e ofícios, 1993.

SARQUIS, Leila Maria Mansano, et al. A adesão ao tratamento da hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf.** São Paulo, v.32, n.4, p. 335-353, dez., 1998.

SADALA A. L. Maria; MENDES, M. Iranildes. Vivenciando a hipertensão. **Rev. Soc. Cardiol.** São Paulo, v.6, n.3, p.1-6, mai/jun. 1996.

SBISSA, Antonio Silveira. Hipertensão arterial. In: CORRÊA, Ylmar Neto; SANTOS, André Sobierajski dos; VALIM, Regina Célia Santos. **Manual de terapêutica – clínica médica**. Florianópolis: ACM, 1997.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizone. **Refletindo sobre a condição/situação de saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de risco a partir da consulta de enfermagem**. Florianópolis. 2002. (Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade),Universidade Federal de Santa Catarina.

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE. Estado do Rio Grande do Sul. **Ações em Saúde**. Agravos Crônico-degenerativos. Normas Técnicas Operacionais. 1997.

SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: Ed UNISINOS, 1998.

SILVA, Jaqueline Oliveira; Bordin, Ronaldo. Educação em saúde. In DUNCAN, Bruce; Schimidt, Maria Inês, Giuglian, Elza Rio de Janeiro. **Medicina Ambulatorial: condutas de clínicas em atenção primária**. 3ª reimpressão Porto Alegre Pág.41, 45

SOUZA, Ana Luiza Lima. **Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área da metropolitana São Paulo**. São Paulo. (Tese de Doutorado), 1990.

STEIN, Airton. Distúrbios do sono. In: DUNCAN, Bruce; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 3ª reimpressão. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 287-291, 1992.

TRENTINI, Mercedes; PAIM Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Enfermagem em saúde pública: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade**. 2 ed. Porto Alegre: Sagra DC, 1998.

VANZIN, A. S.; NERY, **Consulta de Enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996.

RIBEIRO, Artur Beltrame, **Hipertensão Arterial**, Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1 - Descrição do procedimento de medida da pressão arterial

- Explicar o procedimento à pessoa;
- Certificar de que a pessoa: a) não está com a bexiga cheia; b) não praticou exercícios físicos; c) não ingeriu bebidas alcoólicas, café alimentos ou fumou até 30 (trinta) minutos antes da medida;
- Deixar a pessoa descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável;
- Localizar a artéria braquial por palpação;
- Colocar o manguito adequado firmemente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
- Manter o braço do indivíduo na altura do coração;
- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
- Palpar o pulso radial, inflar o manguito até o desaparecimento do pulso para estimar o nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de tornar a inflar;
- Colocar o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para frente;
- Posicionar suavemente a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
- Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento de medida;
- Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até que o nível estimado da pressão sistólica ultrapasse 20 a 30 mmHg;
- Proceder à deflação na velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após a determinação da pressão sistólica, aumentar para 5 a 6 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente;
- Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com o aumento da velocidade de deflação;
- Determinar a pressão diastólica no aparecimento do som (fase V de Korotkoff), exceto em condições especiais. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som, para confirmar o seu desaparecimento e, depois, proceder à deflação rápida e completa.
- Registrar os valores da pressão sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a mensuração. Deverá ser registrado, sempre. O valor da pressão obtido na escala do manômetro, que varia de 2 em 2 mmHg, evitando-se arredondamentos e valores de pressão terminados em 5;
- Esperar de 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2002)

ANEXO 2 - Classes de anti-hipertensivos

Diuréticos

São as drogas mais usadas no tratamento da HAS em todo o mundo, há mais de trinta anos. Têm papel vital no controle dessa condição, seja isolado ou em associação com outras drogas.

Essas drogas são, ainda, as mais extensivamente estudadas e têm demonstrado redução de morte e complicações cardiovasculares.

Mecanismo de ação – o local de ação dessas drogas é o néfron (unidade morfofuncional do rim). O mecanismo exato pelo qual os diuréticos baixam a pressão ainda não está devidamente esclarecido. Inicialmente, produzem leve depleção do sódio. Com a continuação da terapia ocorre, diminuição da resistência vascular periférica.

Efeitos adversos – podem depletar potássio com doses moderadas ou elevadas. Cuidados especiais devem ser tomados com os idosos, em vista da hipotensão postural.

Tipo de diurético

Hidroclorotiazida (HCT) – é um diurético padronizado para uso rotineiro. Deve ser usado na maioria das vezes como droga inicial, permitindo uma ação antihipertensiva lenta, com reações compensatórias reflexas menos intensas.

A prevenção e os efeitos colaterais da HCT como dislipidemia, intolerância à glicose, hipopotassemia, impotência sexual, hiperuricemia é alcançada com doses cada vez menores, e vigilância dessas alterações. Não deve ultrapassar a dose de 50mg/dia.

Estudos recentes têm mostrado diminuição da excreção urinária de cálcio. Este efeito tem sido associado à baixa incidência de fraturas em idosos.

Pacientes com insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (creatinina >- que 1,5mg/dl) deverão usar a furosemida ao invés da hidroclorotiazida.

Em diabéticos utilizar doses baixas (12,5 a 25 mg/dia), o que minimiza os efeitos adversos. Deve-se, ainda, monitorar o potássio e a glicose sanguínea.

Inibidores simpáticos

O cérebro exerce grande controle sobre a circulação. Portanto, atuar farmacologicamente nesta área é imprescindível para diminuir a pressão arterial nos hipertensos - clonidina e alfametildopa são as drogas preferenciais.

Mecanismo de ação – essas drogas deprimem o tônus simpático do sistema nervoso central.

Tipo de inibidor simpático

Alfametildopa – é a droga ideal para tratamento da grávida hipertensa pois se mostrou mais efetiva na redução da pressão arterial dessas pacientes, além de não provocar mal-formação fetal.

Os efeitos colaterais, como hipotensão postural e disfunção sexual, sintomas freqüentes no indivíduo com neuropatia autonômica, diabética limitam o seu uso nesta população.

Betabloqueadores

São drogas que antagonizam as respostas às catecolaminas, mediadas pelos receptores beta. São úteis em uma série de condições, tais como: arritmias cardíacas, prolapso da válvula mitral, infarto do miocárdio, angina do peito e hipertensão portal esquistosomática.

Mecanismo de ação - ainda não está bem esclarecido como estas drogas produzem redução da pressão arterial, diminuição da freqüência do débito cardíaco são os resultados encontrados após a administração das mesmas. No seu uso constante, a diminuição da pressão arterial se correlaciona melhor com alterações na resistência vascular periférica que com variações na freqüência cardíaca ou alterações no débito cardíaco induzidas por estas drogas.

Tipo de betabloqueador

Propranolol (PP) – foi o primeiro betabloqueador sintetizado e ainda é o mais usado.

Efeitos adversos – contra-indicado em atópicos ou asmáticos pelo desencadeamento ou agravamento do broncoespasmo, podendo levar a insuficiência respiratória aguda. Também contra-indicado em bloqueio cardíaco e insuficiência vascular periférica.

Apesar da possível deteriorização do controle glicêmico e do perfil lipídico, o UKPDS demonstrou que o atenolol reduziu o risco de doenças macro e microvascular no paciente diabético. Importante lembrar que no paciente diabético, além das suas clássicas contra-indicações, como a insuficiência arterial periférica os betabloqueadores podem mascarar a prolongar os sintomas da hipoglicemia.

Vasodilatadores diretos

São drogas que têm efeito relaxador direto no músculo liso, sem intermediação de receptores celulares.

Mecanismo de ação – leva a vasodilatação da arteríola pré-capilar e conseqüente queda da resistência vascular periférica. Isto pode, por mecanismo de compensação, levar ao auto da retenção de sódio e água. Esta é uma das razões porque essas drogas só devem ser usadas em associação prévia com betabloqueadores e diuréticos em hipertensão grave e resistente.

Tipo de vasodilatador direto

Minoxidil – deve ser usada como quarta droga em HAS grave.

Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)

Essas drogas representam grande avanço no tratamento da HAS.

Mecanismo de ação – esses compostos inibem a formação de angiotensina I, bloqueando o sistema renina angiotensina – aldosterona.

A angiotensina II é um dos maiores vasoconstritores conhecidos e se origina a partir do angiotensinogênio vindo da renina. As angiotensinas são produtos de uma série de reações proteolíticas iniciadas com a clivagem do angiotensinogênio. Para a formação da angiotensina II, vindo da angiotensinal, faz-se necessária à presença da enzima conversora (ECA). Essas drogas bloqueiam essa enzima, que

transforma a AI em All (convertase). Possuem perfil hemodinâmico e metabólico favorável e podem ser usadas em associação a outras drogas.

Do ponto de vista terapêutico, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA), além da redução da pressão arterial sistêmica, reduzem a pressão intraglomerular, que tem como conseqüência proteção renal específica.

Vale ressaltar que são drogas contra-indicadas na gestação ou em mulheres com risco de engravidar, pela possibilidade de malformação fetal.

Tipo de IECA

Captopril – foi o primeiro inibidor da conversão da angiotensina. Tem indicação formal para os hipertensos portadores de diabetes, haja vista provocar queda da hipertensão glomerular, tão danosa para a função renal, e evitar perda de albumina pela urina (albuminúria).

Apresenta a vantagem de não prejudicar a sensibilidade à insulina e o perfil lipídico do plasma, e associa-se à redução da HVE. Na neuropatia autonômica do diabetes, a possibilidade de hipoaldosterismo hiporreninêmico com elevação de potássio pode limitar o uso de IECA.

Cuidados devem ser tomados em relação aos indivíduos com estenose de artéria renal, pela possibilidade de hipoperfusão e, conseqüentemente, queda da função de filtração renal. Dosagem de potássio e de creatinina auxiliam na avaliação da função renal.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE,(2002)

ANEXO 3 - Roteiro para Subsidiar Consulta de Enfermagem a Clientes Hipertensos

I. Dados de Identificação:

1. Nome: 2. Idade:
3. Sexo: 4. Raça:
5. Religião: 6. Profissão/Ocupação:
7. Estado Civil/ Situação Conjugal: 8. No. de filhos:.....
9. Escolaridade: 10. Renda Familiar:

II. Incorporação de medidas de Autocuidado referentes aos requisitos de Autocuidado Universal.

1. Qual a quantidade de líquidos que ingere durante o dia ? Que tipo ? Tem alguma intolerância ?
2. Como é sua alimentação diária ? O que contém ? Quantas refeições faz ? Tem alguma intolerância ?
3. Como são suas eliminações intestinais ? Urinárias ? Menstruais ? Frequências ? Tipo ? (constipação, diarreias, poliúria, disúria, cólicas menstruais, intestinais, vesicais, etc...)
4. Como é seu sono e repouso ? Quantas horas dorme por dia ? Faz uso de medicamentos para dormir ? Tem insônia ? É agitado ? Tem pesadelos ? É tranquilo ?
5. Costuma realizar algum exercício físico ? Que tipo/ com que frequência ? Tem algum problema para não realizar ?
6. Como é sua vida profissional ? Considera o seu salário suficiente para suas necessidades e de sua família ? Gosta do que faz ? Se não, por quê?
7. Como é sua vida familiar ? Com quem vive ? Como é o relacionamento com estes ? Tem amigos / Como é seu relacionamento com estes ? Costuma realizar algum lazer ? Que tipo ? com que frequência À família e/ou amigos tem proporcionado apoio em relação aos seus problemas ?
8. Faz uso de bebida alcoólica ? Há quanto tempo ? Que tipo ? Com que frequência ? Qual a quantidade ingerida por dia ?
9. Faz uso de drogas ? Há quanto tempo ? Que tipo ? Com que frequência ? quantidade por dia ?
10. Faz uso de cigarros ? Há quanto tempo ? Que tipo ? Com que frequência ? Qual a quantidade por dia ?
Faz uso de anticoncepcionais ? Qual ? Com que frequência ?

11. Tem algum outro tipo de vício ou problema ?
12. Faz uso de algum tipo de medicamento ? Que tipo ? Com que frequência ? Qual a quantidade por dia ? deixa algum dia de fazer uso ? Por quê ?
13. Tem conhecimento sobre sua saúde e seus problemas de saúde ? tem realizado alguns cuidados preventivos de saúde ? E curativos ? E de reabilitação / tem feito seguimento dos tratamentos orientados ? Se não, por quê ? O que impede ?
14. Quais os antecedentes históricos de doença familiar, problemas de saúde mais comuns? Pais e irmãos ?
15. Observar condições de integridade, coloração, textura da pele, mucosas, segmentos, órgãos, entre outros:
16. Observar as condições de compreensão, orientação no tempo e no espaço.
17. Verificar sinais vitais e outras medidas.
18. Peso, altura ?
19. Outros ?

Referentes aos requisitos dos Desvios de Saúde

1. O que sabe sobre sua doença, a hipertensão ?
2. O que sabe sobre os fatores de risco da hipertensão ?
3. O que sabe sobre as manifestações clínicas da hipertensão ?
4. O que sabe sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão ?
5. O que sabe sobre as complicações da hipertensão ?
6. O que sente quanto está com hipertensão ? Quais os sintomas ?
7. O que faz quanto está com pressão alta ?
8. Faz tratamento não medicamentoso para a hipertensão ? (dieta, exercícios, relaxar uso de chás, outros) ?
9. Faz uso de medicação regularmente para a hipertensão ? Qual ? Se não faz, por quê ?
10. Já apresenta alguma complicação da hipertensão ? Qual ? (neurológica, renal, visual, cardíaca, outras) ?
11. Faz tratamento para outras doenças ? Quais ? Segue regularmente o tratamento ?
12. Outras ?

Referentes aos requisitos do Autocuidado Desenvolvidor

1. Como é conviver com a hipertensão arterial ?
2. Que meios utiliza para verificar a pressão arterial ?
3. Que tipo de refeições passou a fazer depois que apresentou hipertensão arterial ?

ANEXO 4 - Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ estou ciente que este estudo faz parte de um trabalho desenvolvido no Mestrado em Assistência de Enfermagem chamado “Projeto de Prática Assistencial objetiva acompanhar um grupo de hipertensos para avaliar a adesão do paciente ao tratamento”. As questões discutidas, as respostas e as reuniões serão gravadas e utilizadas pela enfermeira Danira Schweigert Bastos, COREN 40430, como parte de sua dissertação de mestrado, sendo garantido por ela o anonimato na publicação do trabalho.

Declaro ainda que estou ciente de que posso desistir de participar em qualquer etapa do trabalho, sem que sofra qualquer tipo de prejuízo ou penalidade. Fica garantido ainda, que este estudo não oferece nenhum tipo de risco à minha pessoa.

Declaro também que todas as informações fornecidas e participação durante este trabalho são de livre e espontânea vontade.

Para qualquer dúvida ou eventualidade poderei contatar com a enfermeira Danira Schweigert Bastos pelos telefones 55 - 322-4653, residencial, ou 55 322 7820, pelo Centro Municipal de Saúde.

Cruz Alta, _____/_____/2001

ANEXO 5

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ ALTA
Secretaria da Saúde e Meio Ambiente
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO**

Prontuário No..... Data : Escolaridade:
 Nome: DN : Idade: Sexo:

 Cor: Ocupação : Renda:

 Rua:No:..... Bairro :Tel:

ANAMNESE	SIM	NÃO	
H.A. na família			Coração:
Infarto do miocárdio			
Acidente Vascular Cerebral			Pulmões:
Fumo ½ maço/dia			
			Abdômen:
Álcool diariamente			Sopro abdominal () Sim () Não
Contraceptivo oral			Edema de membros () Sim () Não
Asma			Pulso femural () Sim () Não
Diabetes			Comentários / Evolução
Gota			
Nefropatia			
Claudicação			
Indício de H. A. secundária			
Hospitalização H.A.			
Nº de vezes			
Sabe o nome da medicação			
Antecedente familiar: cardiopatia, obesidade, diabetes			

Início hipertensão:

Medicação em uso:

Intolerância contra-indicação:

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ ALTA
Secretaria da Saúde e Meio Ambiente
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO

Data								
F. C.								
P. A.								
Alt. Peso								
P. ideal IMC								
Medicação								
E X A M E S	Data	Potássio	Creatinina	A. úrico	Glicemia	Colesterol	Urina	Outros
	//							
	//							
	//							
	//							
ECG	//							
	//							
RX	//							
Tórax	//							
Fundo de Olho	//							
	//							

OBS:

.....
.....
.....

ANEXO 6

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ ALTA
Secretaria Municipal de Saúde
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO

01. Hipertensão significa ?

- Pressão sangüínea normal Pressão sangüínea baixa
 Pressão sangüínea alta

02. Que valores abaixo poderiam indicar uma hipertensão ?

- 100/60mmHg 120/100mmHg 190/110mmHg
 90/50mmHg 150/90mmHg

03. Sabe-se que a hipertensão arterial tem poucos ou nenhum sintoma:

Cite alguns que você conhece ou que você sente:

.....
.....

04. É importante verificar a pressão arterial no mínimo ?

- 1 vez ao dia 1 vez ao mês
 1 vez ao ano não é preciso verificar

05. Que tipos de alimentos devem ser evitados pelo hipertensos ?

- frituras (pastéis, batatas-fritas) frutas e verduras
 banha, manteiga, nata óleo de milho e margarina

06. Quais das bebidas abaixo que podem aumentar a pressão arterial:

- suco de laranja cerveja refrigerante
 leite condensado vinho café

07. É importante para a pessoa que sofre de hipertensão arterial fazer exercícios físicos ?

- Sim Por quê ?
 Não Por quê ?

08. Quais dos fatores abaixo você acha que ajudam a normalizar a pressão ?

- diminuir a ingestão de sal fazer exercícios físicos
 beber vinho no almoço parar de fumar
 reduzir peso

09. Colesterol é ?

- açúcar no sangue gordura no sangue

10. Você acha que é importante controlar a pressão arterial ? Por quê ?