

ADESÃO DA MULHER HIPERTENSA AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL – UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE

Adhesión de la mujer hipertensa al estilo de vida saludable – una tecnología educativa en salud

Adherence of hypertensive women to healthy lifestyle - an educational technology in health

Kátia Alves Ferreira Rodrigues¹, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos², Paula Dayanna Sousa dos Santos³, Kamila Alves Ferreira Bezerra⁴, Rithianne Frota Carneiro⁵, Amábili Couto Teixeira de Aguiar⁶, Karla Maria Carneiro Rolim³, Mirna Albuquerque Frota³

¹Unidade de Atenção Primária à Saúde, Eusébio-Ceará-Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-PPGSC e Mestrado Profissional – Tecnologia e Inovação em Enfermagem-MPTIE da Universidade de Fortaleza -UNIFOR, Fortaleza-Ceará-Brasil.

³PPGSC/UNIFOR, Fortaleza-Ceará-Brasil.

⁴Unidade de Atenção Primária à Saúde. Várzea Alegre-Ceará-Brasil.

⁵Faculdade do Nordeste-FANOR, Fortaleza-Ceará-Brasil.

⁶Hospital Geral Dr Waldemar de Alcântara-HGWA, Fortaleza-Ceará-Brasil.

Correspondencia:

Zélia Santos

Mail: zeliasantos@unifor.br

Recibido: 15/12/2017; Aceptado: 16/02/2018

DOI:

Resumo

Pesquisa participante que analisou a adesão de mulheres hipertensas ao estilo de vida saudável com a aplicação de uma Tecnologia em Saúde embasada na Teoria Estágio de Mudanças, com catorze mulheres hipertensas na faixa etária de 37 a 66 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas. O conhecimento prévio sobre estilo de vida saudável consistia principalmente de: abstenção do tabaco; gerenciamento do estresse; uso regular do medicamento; exercício físico regular; e uso adequado do sal. Em relação à adesão às condutas de controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS), informaram: uso adequado do sal, abstenção do álcool e do tabaco. A aplicação da Tecnologia em Saúde possibilitou a adesão das mulheres às condutas de controle da HAS. Após um mês da aplicação da TS, verificamos a continuidade do processo de mudança na maioria do grupo. Assim, a TS se mostrou efetiva para a adoção de estilo de vida saudável.

Palavras chave: Hipertensão Arterial; Estilo de Vida; Saúde da Mulher.

Resumen

Estudio participante que analizó la adherencia de mujeres hipertensas al estilo de vida saludable con la aplicación de una Tecnología en Salud con embasamiento en la Teoría Práctica de Cambios, con catorce mujeres hipertensas en el grupo de edad de 37 a 66 años. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas. El conocimiento previo sobre estilo de vida saludable consistía principalmente en: abstinencia del tabaco; manejo del estrés; uso regular del medicamento; ejercicio físico regular; y uso adecuado de la sal. En relación a la adhesión a las conductas del control de la hipertensión arterial (HTA), informaron: uso adecuado de la sal; abstinencia del alcohol y del tabaco. La aplicación de la Tecnología en Salud permitió la adhesión de las mujeres a las conductas del control de la HAS. Después de un mes de la aplicación de la TS, comprobamos la continuidad del proceso del cambio en la mayoría del grupo. Así, la TS se mostró efectiva para la adopción del estilo de vida saludable.

Palabras clave: Hipertensión arterial; Estilo de vida; Salud de la Mujer.

Abstract

Participant research that analyzed the adherence of hypertensive women to the healthy lifestyle with the application of a Health Technology based on the Theory of Change, with fourteen hypertensive women in the age group of 37 to 66 years. Data were collected through interviews. Previous knowledge about a healthy lifestyle consisted mainly of: abstaining from tobacco; Stress management; Regular use of the medication; Regular physical exercise; And proper use of salt. Regarding adherence to the control lines of systemic arterial hypertension (SAH), they reported: adequate salt use, alcohol and tobacco abstention. The application of the Technology in Health made possible the adherence of the women to the conducts of control of the SAH. After one month of the TS application, we verified the continuity of the change process in the majority of the group. Thus, TS proved effective for adopting a healthy lifestyle..

Key words: Arterial Hypertension; Lifestyle; Health woman.

INTRODUÇÃO

Estilo de vida pode ser conceituado como um conjunto de decisões e atitudes individuais, passíveis de algum nível de controle, que exercem influência sobre a saúde (Oliveira, Rabelo & Queiroz, 2012). Consiste, portanto, em um padrão de comportamento que reflete valores, atitudes e oportunidades, capaz de influenciar positivamente ou negativamente o nível de saúde do homem e, portanto, sua qualidade de vida (Petroski & Pelegrini, 2009). Assim, uma pessoa que adota estilo de vida saudável, possivelmente estará prevenindo ou controlando o risco da hipertensão arterial sistêmica (HAS), ou até mesmo controlando este agravo, evitando o surgimento de complicações. Embora existam muitas evidências a respeito das condutas gerais que compõem o estilo de vida saudável, não existe apenas um, mas vários tipos de estilos de vida salubres, que se modificam de acordo com o contexto em que o indivíduo se encontra inserido e suas necessidades específicas. Ressaltamos que as características e condições que aumentam o risco de ocorrência de HAS são bem conhecidos e podem ser classificadas como: fatores de risco constitucionais, dentre os quais podemos citar a idade, raça negra, sexo e história familiar, e os fatores de risco associados ao estilo de vida adotado, como obesidade, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, ingestão excessiva de sódio e estresse (Fuchs, 2012). Por conseguinte, as condutas de estilo de vida saudável ou adequado à prevenção do risco e ao controle da HAS constituem-se de: alimentação adequada (baixo teor de sódio e gorduras, bem como refeições fracionadas com predomínio de vegetais e carnes brancas); prática regular de exercício físico; gerenciamento do estresse; abstenção de vícios (álcool, tabaco e drogas ilícitas) e uso regular da medicação anti-hipertensiva (Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC], 2016).

No acompanhamento de pessoas hipertensas ouvimos relatos de adoção de estilo de vida insalubre compatível com o descontrole ou surgimento da HAS, embora sejam disponibilizadas ações educativas pelas Equipes Saúde da Família (EqSF) das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS). É notável a baixa adesão a estas condutas, inclusive nas mulheres hipertensas. Este fato é algo surpreendente, uma vez que a mulher se destaca, enquanto gênero, nos cuidados com a promoção da saúde.

Estudos epidemiológicos acerca da HAS no Brasil evidenciaram uma maior prevalência em mulheres (26,9%) do que em homens (21,3%). Em ambos os sexos a frequência de diagnóstico aumentou com a idade, sendo essa associação mais evidente entre mulheres acima de 44 anos. (Brasil, 2012) (a). Outros estudos como o de Tairova & Lorenzi (2011) mostram aumento significativo na incidência de HAS a partir do climatério, fase importante da vida das mulheres, definida como um período de estado progressivo de hipoestrogenismo, o qual culmina com a interrupção dos ciclos menstruais (menopausa) em função do esgotamento folicular ovariano, que ocorre fisiologicamente em mulheres de 35 a 65 anos de idade.

Ainda que consista em um fenômeno fisiológico, o climatério está associado a alterações potencialmente danosas e que estão relacionadas ao aumento dos fatores de risco para HAS, tais como a obesidade central, as dislipidemias e hiperglicemia, sendo que, quanto maior o número de fatores de risco, maior a chance de um evento cardiovascular (Fernandes et al., 2008).

Mediante a suscetibilidade dessa população, a adoção de medidas preventivas ou de controle desses fatores de risco é estritamente necessária. Segundo Schmidt et al., (2011), muitos brasileiros apresentam dificuldades em aderir a estilos de vida mais saudáveis.

Outros trabalhos apresentam uma perspectiva mais abrangente, incluindo o comportamento ativo do indivíduo no tratamento e no seu processo de viver e conviver com a doença. Essa vertente ressalta a influência de fatores no processo de adesão ao tratamento, tais como: as concepções de saúde e doença que a pessoa apresenta, o meio social no qual se encontra inserida e as características dos serviços de saúde disponíveis (Bertolozzi, Nichiata, Takahashi, Ciosak, Hino, Val & Pereira, 2009). Sob este enfoque, a

adesão corresponde ao envolvimento do indivíduo de forma ativa, voluntária e colaborativa no cumprimento da terapêutica acordada com o profissional de saúde. Assim, a adesão depende diretamente da compreensão do problema e da motivação que o indivíduo apresenta para realizar as mudanças no seu estilo de vida. Baseado nesta concepção, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que sejam implementados pelas equipes da Atenção Básica (AB) projetos de educação em saúde voltados para conscientizar e motivar as pessoas para adotar hábitos que favoreçam o controle da Pressão Arterial (PA), prevenindo e/ou controlando o risco de agravos a saúde, conseqüentemente promovendo a saúde e o bem-estar (Brasil, 2013).

No Brasil, as equipes multiprofissionais da AB são as principais encarregadas em promover a adesão ao estilo de vida adequado à prevenção e terapêutica da HAS (Brasil, 2013). Devido à complexidade e relevância desta problemática, a produção de programas de saúde efetivos voltados para o fomento da adesão de hábitos salutares tem se configurado um dos maiores desafios dos profissionais e órgãos de saúde (Cezaretto et al., 2012). Neste cenário, termo adesão tem sido objeto de muitas discussões, surgindo em alguns estudos como o simples cumprimento das recomendações médicas pelo cliente, que neste caso possui um papel passivo em seu processo de tratamento (Reiners, 2011).

Por possuir papel central no conceito de adesão, a motivação adquiriu papel de destaque nas pesquisas, sendo uma das contribuições mais importantes na área representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Transtheoretical Model of Change), desenvolvido por James O. Prochaska e colaboradores na década de 70, o qual pontua determinadas etapas de motivação pelas quais a pessoa passa ao longo do processo de mudança. Tal modelo tem sido muito utilizado para o desenvolvimento de intervenções voltadas a promoção de mudanças de comportamento relacionadas à saúde (Prochaska, Norcross & Diclemente, 2002).

Mediante a problemática da HAS para a Saúde Pública, questionamos: o que as mulheres sabem sobre a HAS e o seu tratamento?; Como as mulheres têm vivenciado a HAS e o tratamento? e Como as mulheres se autoavaliam quanto ao seu envolvimento no controle da HAS?. Mediante estes questionamentos, optamos por este estudo com o objetivo de analisar a adesão de mulheres hipertensas ao estilo de vida saudável com a aplicação de uma tecnologia em saúde embasada na Teoria Estágio de Mudanças.

As tecnologias são processos concretizados a partir da experiência cotidiana do cuidar em saúde e algumas, derivadas de pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Serve para gerar e aplicar conhecimentos, dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica (Nietsche, Teixeira & Medeiros, 2014).

As Tecnologias Educativas em Saúde (TES) são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar. A TES integra o grupo das tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho (Merhy, 2002).

A utilização dessas tecnologias contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Esse objeto exige dos profissionais da saúde, uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedido a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e à sensibilidade (Rosso & Lima, 2005).

METODOLOGIA

Pesquisa-participante realizada em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) em Eusébio-Ceará-Brasil com um grupo de quatorze mulheres hipertensas com 37 a 66 anos de idade, que eram acompanhadas na UAPS.

A UAPS presta serviços à comunidade por meio da Equipe Saúde da Família (EqSF), que é composta por no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal; auxiliada pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é constituído por profissionais de diferentes categorias e especialidades – Assistente social, Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Médico especialista (Homeopata, Acupunturista, Pediatra e Psiquiatra).

Optamos por esta faixa etária pela susceptibilidade de outros agravos à saúde, além da HAS.

A TES intitulada “Adesão da mulher hipertensa ao estilo de vida saudável”, foi construída com base na Teoria Estágio de Mudanças (Prochaska, Norcross & Diclemente, 1995) e de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2016). A aplicação ocorreu em dez encontros semanais, com duração média de sessenta minutos. Nos encontros foram desenvolvidas oficinas educativas por meio de dinâmicas de grupo sobre os assuntos: estilo de vida saudável e o impacto na prevenção e no controle de agravos a saúde, HAS (conceito, cronicidade, assintomatologia, fatores de risco, complicações e prognóstico), condutas de um estilo de vida saudável; e realizado acompanhamento, avaliação de mudanças e execução do Plano de Metas.

A TES foi aplicada pela pesquisadora com a colaboração de cinco profissionais da UAPS – Educador físico, Enfermeiro, **Nutricionista**, Assistente social e Psicólogo. Realizou-se três entrevistas, uma anterior à aplicação da TES, outra imediatamente posterior e a terceira e última entrevista, foi realizada após trinta dias do último encontro, com o objetivo de avaliar as mudanças ocorridas com a aplicação da TES.

A coleta de dados foi realizada na UAPS, pela pesquisadora no período de julho a setembro de 2016, por meio das técnicas: entrevistas e observação participante com registro de anotações relevantes em diário de campo durante os encontros. As entrevistas foram gravadas conforme o consentimento prévio das participantes. Os dados foram organizados conforme a técnica de Bardin (2006), com a identificação de categorias empíricas a partir de significados que emergiram dos relatos. A análise fundamentou-se nos pressupostos da Teoria Estágio de Mudanças e na literatura pertinente.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2012) (b), que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Aos participantes foram assegurados o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejarem. Os dados foram coletados após a assinatura do TCLE e da emissão do parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. As participantes foram identificadas pela letra M seguida da numeração relativa ao número de participantes (M01 a M14).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para possibilitar o processamento da análise, organizamos os dados nas categorias: caracterização das mulheres sob os aspectos sociodemográficos e sanitários; descrição do conhecimento prévio sobre a HAS e as condutas de estilo de vida saudável para o controle da HAS; descrição do estilo de vida das

mulheres hipertensas com vista à adesão às condutas de controle da HAS; e avaliação do estilo de vida de mulheres hipertensas com a aplicação de TES.

Caracterização das mulheres sob os aspectos sociodemográficos e sanitários

As mulheres se destacaram na faixa etária de 37 a 59 anos (doze), e as demais entre 60 e 66; cor parda (dez); casadas (seis); evangélicas (oito), naturais de outros municípios do Estado do Ceará (treze); renda familiar mensal inferior a um salário mínimo (SM) vigente (R\$ 880,00) (nove); ocupantes de atividades do lar (doze); cursaram até o ensino fundamental (onze); e possuíam imóvel próprio (treze).

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) aumenta linearmente com o aumento da idade (SBC, 2016).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), a população do nordeste brasileiro é constituída em sua maioria por pardos, o que pode ter influenciado a composição da amostra, entretanto, muitos estudos epidemiológicos, como os de Silva et al. (2013) e Galvão e Soares (2016), afirmam haver relações entre as etnias e a prevalência de HAS, a qual é maior entre os indivíduos não brancos (negros e pardos) do que entre as outras etnias.

Além dessas diferenças quanto ao risco, a literatura aponta discrepâncias também em relação ao controle dos níveis tensionais. De acordo com Chor et al. (2015), o controle da HAS é similar entre negros e pardos, e inferior quando comparamos essas populações com as outras etnias. Em relação ao estado civil, houve o predomínio de mulheres casadas. Achado coincidente com os estudos de Galvão e Soares (2016), que indicam uma maior prevalência de HAS entre as pessoas que possuem um companheiro. Para estes autores, tal achado estaria ligado ao maior grau de responsabilidade familiar e conseqüente maior exposição ao risco em virtude do estresse associado.

Destacou-se a religião evangélica. Embora alguns estudos indiquem associação entre a HAS e a opção religiosa, a forma como ocorre essa relação ainda não está clara (Andrade et al., 2014).

Além da HAS, dez mulheres informaram outros problemas de saúde: osteoporose, depressão, diabetes mellitus Tipo 2 (DM2), dislipidemia e doença cardiovascular. Os hipertensos que apresentam comorbidades, como DM, obesidade, alteração do perfil lipídico e características psicossociais desfavoráveis, tal como as participantes do presente estudo, possuem alto risco para a ocorrência de incapacidades e mortalidade por eventos cardiovasculares e suas complicações. Desta forma, requerem acompanhamento especial dos serviços de saúde com fornecimento de orientações, identificação e abordagem dos fatores de impedimento a adesão (Silva, Oliveira & Pierin, 2016).

No Brasil muitas políticas públicas têm sido implementadas com o objetivo de prevenir e promover o diagnóstico precoce da HAS (Barreto, Silva, Waidman & Marcon, 2013). Entretanto, a auto percepção de “boa saúde”, influenciada pela ausência de sintomas da doença induz as pessoas a reduzirem a importância de atividades preventivas, de detecção e tratamento precoce, resultando na instalação de complicações (Leu, Sá, Land, Souza, Guilherme & Barbosa, 2015).

É importante que os serviços de saúde estejam atentos e atuem com vista a prevenção a ao diagnóstico precoce dessas complicações. Pois, segundo Halpern, Mancini, Magalhães, Fisberg, Radominski e Bertolami (2010), quanto mais precoce e mais extenso for o período de exposição à associação entre DM2, HAS e dislipidemia, maior será a probabilidade de desenvolvimento de doença cardiovascular com desfecho grave e/ou outras disfunções.

Quanto a relação entre a presença de comorbidades e a adesão à terapêutica, dados como os da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), desenvolvida com adultos e idosos, evidenciaram maior adesão ao tratamento anti-hipertensivo entre os que possuem maior número de comorbidades

($p < 0,0001$) (Ferreira, Barreto & Giatti, 2014). Contudo, a presença de comorbidades pode resultar em um esquema terapêutico mais complexo, com maior número de fármacos. Tal condição associada ao baixo conhecimento sobre a doença e seu tratamento pode constituir empecilho para adesão (Soares, Silva, Dias, Rodrigues & Machado, 2012).

Descrição do conhecimento prévio sobre a HAS e as condutas de estilo de vida saudável para o controle da HAS

Com base na primeira entrevista percebemos que somente três mulheres tinham alguma concepção sobre HAS, porém superficial. [...] hipertensão é pressão alta [...] que causa muita coisa, AVC, se não cuidando bem [...] (M2, 59 anos).

O baixo conhecimento sobre a HAS entre as participantes é similar ao encontrado em outros estudos, como os de Gutiérrez-Angulo, Lopetegi-Uranga, Sánchez-Martín e Garaigordobil-Landazabal (2012) e Almas, Godil, Lalani, Samani e Khan (2012), cujas amostras também possuíam pouco entendimento sobre a doença. Quatro mulheres informaram alguns fatores de risco da HAS, três admitiam ausência de sintomas (assintomatologia), seis afirmaram sobre a impossibilidade de cura, oito sobre o modo de descoberta e todas reconheciam a gravidade. A cronicidade tem sido apontada como importante empecilho para a adesão ao tratamento (Dourado, Mâcedo-Costa, Oliveira, Leadebal & Silva, 2011).

De modo geral, o conhecimento das mulheres sobre a HAS antes da aplicação da TS, com exceção do fator gravidade, era superficial. Quanto às condutas de estilo de vida saudável para controle da HAS, houve predomínio nas condutas: predomínio de carnes brancas e de vegetais; abstenção do tabaco e do álcool; gerenciamento do estresse; uso regular do medicamento; exercício físico regular; uso adequado do sal. Tais achados corroboram com os resultados encontrados por Soares, Silva, Dias, Rodrigues e Machado (2012), em relação a todos os domínios, com exceção da necessidade de redução do consumo de gorduras e uso predominante de gordura vegetal em detrimento de animal; o uso de adoçante dietético; e a ingestão adequada de café, desconhecidas entre a maioria das participantes do presente estudo.

Descrição do estilo de vida das mulheres hipertensas com vista à adesão às condutas de controle da HAS

Em relação à adesão às condutas de controle da HAS, destacaram-se: o uso adequado do sal, uso regular do medicamento, uso de gordura vegetal, abstenção do álcool e tabaco, ingestão adequada de café e predomínio de carnes brancas.

Como pode ser observado, a conduta “abstenção do álcool”, já era praticada por todas as participantes. No Brasil, entre 2006 e 2013, o consumo abusivo de álcool se manteve estável na população adulta (16,4%) (Brasil, 2015). Porém, o gênero feminino tem se diferenciado, tanto por consumir quantidades significativamente menores desta substância, quanto por apresentarem maior número de abstinentes (Silva, Oliveira & Pierin, 2016); (Johnson, Kyvik, Mortensen, Skytthe, Batty & Deary, 2010).

A baixa ingestão de gorduras e preferência por gorduras de origem vegetal relatada pelas participantes é um indício positivo, uma vez que, estudos mostram que os ácidos graxos de fontes vegetais diminuem discretamente os níveis de PA e possivelmente possuem efeito protetor contra a HAS (Santos et al., 2013).

Avaliação do estilo de vida de mulheres hipertensas com a aplicação de Tecnologia em Saúde (TS)

Observamos nas informações coletadas nas três entrevistas, que as mulheres adquiriram conhecimentos inerentes às HAS – concepções, modo de descoberta, fatores de risco, assintomatologia,

cronicidade, e acrescentaram novas informações ao risco/gravidade. Contudo, após um mês da aplicação da TS, quatro mulheres não souberam informar sobre o conceito de HAS, sete sobre a assintomatologia e cinco acerca da cronicidade. [...] hipertensão é a pessoa ter mais facilidade de ter um infarto. (M14, 54 anos. [...] hipertensão é ter que tomar o remédio[...] é sobre não comer muito sal [...] é a bebida e o cigarro que tem que parar [...] (M1, 37 anos).

Embora quatro das participates não apresentarem uma concepção adequada de HAS após a aplicação da tecnologia, também pôde-se observar evolução a partir de suas falas, já que, suas concepções progrediram para formulações mais concretas, fundamentadas em aspectos relacionados aos riscos do estado hipertensivo e as condutas de prevenção e controle.

Conforme Einloft, Silva, Machado e Cotta (2016), ainda que equivocados, conceitos fundamentados em aspectos reais do tratamento e prevenção do agravo são passíveis de atuação e podem facilitar medidas de intervenção com vista a promoção da saúde e adesão do tratamento anti-hipertensivo.

Na terceira entrevista doze participantes conheciam três ou mais fatores de risco, o que mostra que a aplicação da tecnologia teve um efeito positivo sobre este aspecto do conhecimento da HAS. Para que mudanças no estilo de vida ocorram de forma satisfatória é preciso que as pessoas compreendam os riscos relacionados aos comportamentos insalubres, assim como, os benefícios advindos da correta realização do tratamento. Para tanto, é necessário que conheçam os fatores que aumentam o risco de desenvolver doenças crônicas (Bonotto, Mendoza-Sassi & Susin, 2016).

O conhecimento dos fatores de risco é importante para a adesão do hipertenso ao tratamento. Pois, existem evidências de que o tratamento da HAS é associado frequentemente apenas ao uso da medicação. Já as mudanças de estilo de vida que compõem o tratamento não medicamentoso são vistas como de segunda ordem e associadas a sentimentos negativos como a falta de satisfação em realizar exercícios físicos ou a dificuldade de participar de festividades sem consumir alimentos gordurosos ou salgados, contribuindo para a baixa adesão (Costa, Silva & Moura, 2011).

Para que mudanças no estilo de vida ocorram de forma satisfatória é preciso que as pessoas compreendam os riscos relacionados aos comportamentos insalubres, assim como, os benefícios advindos da correta realização do tratamento. Para tanto, é necessário que conheçam os fatores que aumentam o risco de desenvolver doenças crônicas (Bonotto, Mendoza-Sassi & Susin, 2016).

Os itens “Assintomatologia” e “Cronicidade”, apresentaram os menores progressos com a aplicação da tecnologia. Com relação à ausência de sintomas, embora apenas três participantes tenham respondido corretamente na segunda entrevista, este número subiu para sete na terceira. Ao analisar as falas das participantes que não admitiam a ausência de sintomas, podemos observar que as mesmas optaram por seus conhecimentos e experiências prévias em detrimento do conhecimento científico adquirido. [...] ela é silenciosa, mas só que eu sinto sintomas [...] (M15, 62 anos). [...] ela pode até ser silenciosa, mas em mim não foi. (M3, 63 anos). [...] tem sintoma, mas tem gente que não sente... quando a minha tá alta sinto dor na minha nuca. (M11, 49 anos).

Outro aspecto observado, foi a influência dos relatos de experiência das participantes na construção do conhecimento das demais. Duas delas demonstraram conhecimento sobre a ausência de sintomas na primeira entrevista e após os dez encontros mudaram de opinião mostrando-se divididas entre os conhecimentos técnicos e as vivências relatadas pelas demais. [...] eu acho que depende de cada um. Tem gente que sente tem gente que não. Mas por outro lado eu já ouvi comentário que não tem, que é uma doença silenciosa né? Muita gente tem a dor de cabeça forte e tem gente que não tem. No meu caso eu não sentia nada. Eu acho que tem... não sei.... A dor de cabeça é um sintoma né? (M7 58 anos).

Quanto à cronicidade, após a aplicação da tecnologia, esta questão não ficou adequadamente elucidada para cinco participantes, as quais continuaram afirmando que a hipertensão era uma doença passível de cura. Dentre elas, três acreditam que se aderirem adequadamente ao tratamento alcançariam a cura. Tal concepção é preocupante, pois além de não compreenderem o caráter assintomático da doença, os benefícios advindos do controle da doença podem ser interpretados como cura, estimulando o abandono do tratamento.

As demais atribuíram a esperança de cura a processos espirituais, concebendo a cura como uma benção divina que pode ser alcançada por meio da fé. Para Cavalcanti, Ferreira-Rodrigues, Gouveia, Ramos e Serrano (2012), existe um grande percentual de hipertensos usuários do SUS que se apoiam em religiões formais para enfrentar os sentimentos negativos associados a problemas de saúde.

Dentre as participantes que não informaram adequadamente quanto à cronicidade após a aplicação da tecnologia, três acreditavam que a adesão adequada ao tratamento levaria a cura. Tal concepção é preocupante, uma vez que, por não compreenderem o caráter assintomático da HAS, os benefícios advindos das condutas de controle da doença podem ser interpretados como indicadores de cura, estimulando o abandono do tratamento. As demais atribuíram a esperança de cura à dimensão espiritual, concebendo-a como uma benção divina que pode ser alcançada por meio da fé.

Estas constatações atestam a importância desta variável para o estudo de pessoas com HAS em relação ao seu modo de vivenciar a doença, os fatores psicossociais influentes e para formulação de estratégias de promoção da saúde cardiovascular (Cavalcanti et al., 2012).

Com relação às condutas de estilo de vida saudável para controle da HAS, visualizamos a inclusão de novos conhecimentos em uso adequado do sal e da gordura vegetal, ingestão adequada de café, uso de adoçante dietético e exercício físico regular; e ampliação do saber em predomínio de carnes brancas e de vegetais, e gerenciamento do estresse. Ressaltamos, após um mês da aplicação da TS, duas mulheres não mencionaram a “ingestão de gordura vegetal”, uma a “o uso adequado do sal”, uma “ingestão adequada de café”, uma o uso de adoçante e outra o uso correto da medicação. Diante do exposto, consideramos que as oficinas educativas auxiliaram a compreensão das informações essenciais à prevenção de agravos e promoção da saúde.

Ao afirmarem que com a TS passaram a conhecer o que é adequado e o que não é para sua saúde, indicam que se percebem habilitadas para tomar decisões conscientes sobre seu tratamento. Araújo-Girão, Oliveira, Gomes, Parente-Arruda, e Freitas, (2015), afirmam que o uso de práticas educativas para promoção da saúde constitui uma das principais ferramentas de empoderamento e autonomia do sujeito hipertenso, à medida que oferecem as informações necessárias para que os sujeitos possam exercer seu autocuidado.

Ademais, intervenções educativas também auxiliam no processo de adesão, por meio do estímulo a reflexão sobre os riscos e benefícios que envolvem o adoecimento e o tratamento, motivando a escolha de condutas terapêuticas adequadas a realidade de cada indivíduo (Torres Pereira & Alexandre, 2011). [...] imaginar que todos aqueles encontros foram tão importantes para mim [...] porque com o aprendizado que eu tive e com a melhora da minha saúde, eu pude avaliar que foram encontros maravilhosos, e que eu adquiri conhecimentos e também força de vontade para fazer minhas atividades físicas e cuidar mais de mim [...] (M12, 47 anos).

Nessa fala podemos observar que a aquisição de informações sobre a HAS assume papel central no processo de mudança. A modificação do comportamento se inicia na aquisição do conhecimento, que motiva a mudança de hábitos e a prática do autocuidado, produzindo melhora no estado de saúde. No

discurso também podemos verificar a identificação dos benefícios do tratamento bem realizado, aspecto descrito na literatura como importante no processo de adesão.

A aplicação da TES possibilitou a adesão das mulheres às condutas de controle da HAS. No entanto, é relevante salientarmos que as condutas – predomínio de carnes brancas e abstenção do álcool e do tabaco se mantiveram, e três mulheres declararam a irregularidade no uso da medicação anti-hipertensiva, cinco não praticam exercício físico regularmente e seis não fazem uso de adoçante.

Das experiências vivenciadas pelas participantes com a aplicação da TES, emergiu a socialização, interação social, (re) integração social, e aquisição de novos saberes. Os conhecimentos pragmáticos relativos as condutas de estilo de vida saudável foram ampliados com a aplicação da TES, fornecendo estímulo e embasamento para reavaliação dos saberes e condutas de estilo de vida saudável. [...] imaginar que todos aqueles encontros foram tão importantes para mim [...] porque com o aprendizado que eu tive e com a melhora da minha saúde, eu pude avaliar que foram encontros maravilhosos, e que eu adquiri conhecimentos e também força de vontade para fazer minhas atividades físicas e cuidar mais de mim [...] (M12, 47 anos).

A partir do exposto podemos inferir que a TES obteve um efeito positivo sobre a adesão das condutas de estilo de vida. Entre aquelas que não aderiram às condutas de estilo de vida saudável foram citados como obstáculos a falta de tempo para realização de exercício físico, a dificuldade em mudar comportamentos habituais, dificuldades financeiras e problemas na família. Como limitação do estudo ressalta-se o número reduzido de participantes. Diante deste fato, recomendamos a realização de futuros estudos com grupos de 20 participantes, em decorrência da relevância e complexidade da TS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os resultados, podemos perceber que as participantes em geral apresentavam noções vagas acerca da HAS e estavam superficialmente informadas sobre as condutas de estilo de vida saudável. Com isso, apresentavam baixa adesão ao tratamento não-medicamentoso e estavam em Estágio de Pré-contemplação, embora apresentassem tempo elevado de diagnóstico. Estes achados apontam para a necessidade de reavaliação das práticas de educação em saúde instituídas no âmbito da ESF, assim como, da qualidade dos serviços de saúde voltados para esse público. Com a aplicação da TES, observamos incremento do conhecimento sobre a HAS e seu tratamento e evolução das participantes nos Estágios de mudança. Assim, a TS se mostrou efetiva para promoção de hábitos de vida saudáveis, com vista a prevenção da HAS.

Contudo, sugerem-se novos estudos com maior tempo de acompanhamento da amostra, para avaliação da consolidação das mudanças encontradas, assim como, em amostras de base populacional. Quanto às limitações ao número de participantes, houve grande dificuldade para reunir essas mulheres, e até mesmo para abordá-las e obter a anuência quanto à participação no estudo, tanto pela indisponibilidade de tempo, como por outros compromissos.

Assim sendo, as considerações finais e recomendações apresentadas não podem ser generalizadas. Contudo, este estudo permite a realização de outros estudos sobre a mesma temática. Além disso, a validação do instrumento empregado no presente estudo seria de grande utilidade para saúde pública. Pois, trata-se de um questionário simples, possível de ser utilizado tanto em ambiente de pesquisa de campo quanto na prática em atenção primária.

REFERÊNCIAS

- Almas, A., Godil, S.S., Lalani, S., Samani, Z.A., & Khan, A. H. (2012). Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC research notes*, 5(1), 1.
- Andrade, J. M. O. et al. (2014). Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3497-3504. Recuperado de <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232014000803497&lng=en&nrm=iso>.
- Araújo-Girão, A. L., Oliveira, G. Y. M., Gomes, E. B., Parente-Arruda, L., & Freitas, C. H. A. (2015). A interação no ensino clínico de enfermagem: reflexos no cuidado à pessoa com hipertensão arterial. *Revista de Salud Pública*, 17(1), 47-60. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n1.47789>
- Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I., Takahashi, R. F., Ciosak, S. I., Hino, P., Val, L. F. D. & Pereira, E. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 1326-30.
- Barreto, M. D. S., Silva, R. L. D. T., Waidman, M. A. P. & Marcon, S. S. (2013). A trajetória das Políticas Públicas de saúde para Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil. *Revista APS*, 16(4), 460-468.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Tradução (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). 70 ed. Lisboa
- Bonotto, G.M., Mendoza-Sassi, R.A., & Susin, L.R.O. (2016). Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 293-302.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). Indicadores de fatores de risco e de proteção: prevalência de hipertensão arterial. Recuperado em 10 outubro, 2016 de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g02.def>. Acesso em: 23 out. 2015. (a)
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 128 p.
- Brasil. Ministério da Saúde (2015). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012) Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a pesquisa com seres humanos. Brasília: CONEP/CNS/MS.(b)
- Cavalcanti, A. P. R., Cavalcanti, C. A. M., Ferreira-Rodrigues, C. F., Gouveia, C. N. N. A., Ramos, D. D. & Serrano, F. J. (2012). Os Hipertensos de baixa renda e recurso à religiosidade como estratégia de controle. *Diversidade Religiosa*, 1(1).
- Cezaretto, A. et al. (2012). Benefits on quality of life concomitant to metabolic improvement in intervention program for prevention of diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 21(1), 105-113.
- Chor, D., Ribeiro, A.L.P., Carvalho, M.S., Duncan, B.B., Lotufo, P.A., Nobre, A.A., Aquino, E.M.L.L., Schmidt, M.I., Griep, R.H., Molina, M.D.C.B., Barreto, S.M., Passos, V.M.A., Benseñor, I,J.M., Matos, S.M.A. & Mill, J.G. (2015). Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. *PLOS one*, 10(6), e0127382
- Costa e Silva, M. E. D. & Moura, E. B. M. (2011). Representações sociais de profissionais de saúde sobre hipertensão arterial: Contribuições para a enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(1), 75-82.
- Dourado, C. S., Macêdo-Costa, K. N. F., Oliveira, J. S., Leadebal, O. D. C. P., & Silva, G. R. F. (2011). Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 33(1).
- Einloft, A.B.D.N., Silva, L.S.D., Machado, J.C. & Cotta, R.M.M. (2016). Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. *Revista de Nutrição*, Campinas, 29(4), 529-541. Recuperado em 16 Novembro, 2016 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000400529&lng=en&nrm=iso
- Fernandes, C. E. et al. (2012). I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de DCV em Mulheres Climatéricas e a Influência da TRH da SBC e SOBRAC. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, 91, 1-23. Suplemento 1.

- Ferreira, R. A., Barreto, S. M., Giatti, L. (2014). Self-reported hypertension and non-adherence to continuous-use medication in Brazil: a population-based study. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(4), 815-826. Recuperado em 15 março, 2016 de <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0815.pdf>>.
- Fuchs, S.C. (2012). Fatores de risco para hipertensão arterial. In: BRANDÃO, A. A et al. *Hipertensão*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Galvão, R.R.S. & Soares, D.A. (2016). Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em adultos: uma revisão na literatura brasileira. *Revista de APS*, 19(1).
- Gutiérrez-Angulo, M.L., Lopetegi-Uranga, P., Sánchez-Martín, I. & Garaigordobil-Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Rev. Calid. Asist.*, 27(2), 72-77.
- Halpern, A., Mancini, M. C., Magalhães, M. E. C., Fisberg, M., Radominski, R. & Bertolami, M. C. (2010). Metabolic syndrome, dyslipidemia, hypertension and type 2 diabetes in youth: from diagnosis to treatment. *Diabetology & metabolic syndrome*, 2(1).
- Johnson, W., Kyvik, K.O., Mortensen, E.L., Skytthe, A., Batty, G.D. & Deary, I.J. (2010). Does Education Confer a Culture of Healthy Behavior? Smoking and Drinking Patterns in Danish Twins. *American Journal of Epidemiology*, 37(3), 95-114.
- Leu, J.S., Sá, P. M., Land, T. G. P., Souza, D. C., Guilherme, F. J. A. & Barbosa, L. M. A. (2015). A adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso: revisão de literatura. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(1), 1-4.
- Merhy, E.E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Nietsche, E.A., Teixeira, E. & Medeiros, H.P. (2014). *Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro*. Porto Alegre: Moriá.
- Oliveira, L.S., Rabelo, D.F. & Queros, N.C. (2012). Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(2), 416-430.
- Petroski, E. L. & Pelegrini, A. (2009). Associação entre o estilo de vida dos pais e a composição corporal dos filhos adolescentes. *Rev. Paul. Pediatr*, 27(1), 48-52.
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C., Norcross, J.C. (1995). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & Diclemente, C.C. (2002). *Changing for good*. New York (US): Ed. Copyright.
- Reiners, A. A. O. et al. (2011). Produção bibliográfica sobre adesão/ não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciê. saúde colet*, 13 (Sup. 2), 2299-306.
- Rosso, F.R. & Lima, M.A.D.S. (2005). Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm*, 58(3), 305-10.
- Santos, R.D. et al (2013). Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100 (1), 1-40. Recuperado em 19 novembro, 2016 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000900001&lng=en&nrm=iso>.
- Silva, S.S.B.E., Oliveira, S.F.S.B. & Pierin, A.M.G. (2016). O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 50(1), 50-58. Recuperado em 29 outubro, 2016 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100050&lng=pt&nrm=isso.
- Silva, C. S., Paes, N. A., Figueiredo, T. M. R. M., Cardoso, M. A. A., Silva, A. T. M. C., & Araújo, J. S.S. (2013). Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3).
- Schmidt, M. I. et al. (2011, maio). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. [s.l.], 1949-1961. Recuperado em 12 dezembro, 2015 de <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/abstract)>.
- Soares, M.M., Silva, L.O.L., Dias, C.A., Rodrigues, S.M. & Machado, C.J. (2012). Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem [Internet]*, 17(1), 144-150. Recuperado em 20 agosto, 2016 de: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26389/17582>>.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016). VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo, 17(1) supl. 1.

- Tairova, O. S. & De Lorenzi, D. R. S. (2011, março). Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 14(1), 135-145. Recuperado em 13 dezembro, 2015 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100014&lng=en&nrm=iso>.
- Torres, C. H., Pereira, F. R. L. & Alexandre, L. R. (2011). Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (5),1077-1082.