



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**CURSO COMPLEMENTO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**Promoção do Auto-cuidado em utentes com  
Hipertensão Arterial na zona de Lagoa  
(Ribeira das Patas, Concelho de Porto Novo, Santo Antão)**

Mindelo, Julho de 2013





**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**CURSO COMPLEMENTO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

*Promoção do Auto-cuidado em utentes com  
Hipertensão Arterial na zona de Lagoa*

*(Ribeira das Patas, Concelho de Porto Novo, Santo Antão)*

**Orientadores:**

Ms. Lúcia Vaz-Velho

Suse Isabel Antunes

**Discentes:**

Juvenal João Barbosa

Maria Augusta Wahnnon Reis

Mindelo, Julho de 2013

## DEDICATÓRIA

Em primeiro de tudo, a Deus pela força, perseverança e coragem, para atravessar o canal Santo Antão/São Vicente, diariamente após um dia de labor no Centro de Saúde de Porto Novo, a minha mulher Gisela e os meus filhos, pelo sacrifício consentido durante esse tempo de quase ausência, e que sempre me apoiaram nos momentos de desânimo, dando-me força para continuar a caminhada. Aos meus pais João Luís Barbosa e Francisca que são para mim exemplos de superação de desafios que a vida nos reserva. Ao meu padrinho Vicente Barbosa que, infelizmente já não pertence este mundo, pelas palavras sábias.

*Juvenal João Barbosa*

Agradeço a Deus, ao meu filho e aos meus irmãos que sempre me apoiaram, auxiliando-me com palavras sábias, dando-me forças e coragem para conseguir concluir com sucesso a minha licenciatura. Dedico também este trabalho a todos os enfermeiros de Cabo Verde que são os artistas responsáveis nessa arte do cuidado.

*Maria Augusta Wahnon Reis*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos em primeiro lugar a Deus, aos nossos orientadores, Ms. Lúcia Vaz-Velho, Suse Antunes, Odete Pereira pela orientação e dedicação nesses últimos tempos. Agradecemos a Universidade do Mindelo aos docentes em geral, aos nossos colegas enfermeiros e companheiros nesta luta diária. A agente sanitária Isa da zona de Lagoa pela sua colaboração no conhecimento da zona que fizemos o trabalho. Agradecemos também aos professores Arlindo Lima e Crisolita Évora pelo empenho e dedicação que prestaram-nos ao longo do trabalho. Enfim agradecemos a todos que de uma forma ou de outra nos apoiaram no propósito final deste trabalho.

## RESUMO

O presente estudo faz uma abordagem geral em termos bibliográficos sobre a hipertensão arterial dado a sua importância epidemiológica a nível mundial, centrada na óptica da enfermagem, utilizando o modelo teórico de Doroteia Orem – Teoria de Deficit de Auto-cuidado, mostrando a sua aplicação prática junto dos utentes hipertensos de Lagoa – R<sup>a</sup> das Patas. Tratando-se de uma comunidade com carências várias, procuramos estabelecer relações entre esses factores e a hipertensão. Fizemos um levantamento geral em termos demográficos da pequena povoação; ficamos a saber da distribuição populacional por faixa etária, identificando a população alvo do nosso trabalho (hipertensos dos 45 a 85 anos); conhecer o comportamento dos utentes perante os factores de riscos; identificar os *deficits* de auto-cuidado, promover o auto-cuidado através de visitas domiciliárias, interagindo com o hipertenso no seu meio familiar, no intuito de satisfazer a sua necessidade no que concerne ao tratamento e controle do nível da pressão arterial, proporcionando-lhe um atendimento personalizado, contribuindo assim, para melhoria da sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** hipertensão arterial, auto-cuidado, visita domiciliária.

## **ABSTRACT**

The present study makes a general approach in bibliographical terms about arterial hypertension due to its epidemic importance at world level, centered in the optics of the nursing, using the theoretical model of Dorohteia Orem. Deficit Theory of self-care, showing its practical application to the hypertensive patients of Lagoa - R<sup>a</sup> das Patas. Being a community with diverse lacks, we tried to establish relationships between those factors and the hypertension. We made a general rising in demographic terms of the small population; we knew the distribution of the population for age group, we identified our target population of our work (hypertension patients of 45 to 85 years); to know the behavior of the patients before the factors of risks; to identify the self-care deficits, to promote the self-care, through home visits, interacting with the hypertensive in the family, in the intention of satisfying the need of the hypertensive people in what concerns to the treatment and the blood pressure level control, providing a personalized service, contributing this way, for the improvement of his life quality.

**Keywords:** arterial hypertension, self-care, home visits.

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição geral da população por faixa etária.....	34
Gráfico 2- Distribuição dos hipertensos por sexo.....	35
Gráfico 3- Distribuição dos hipertensos por subgrupos etários.....	35
Gráfico 4- Nível de escolaridade dos hipertensos.....	36
Gráfico 5- Hábitos alcoólicos e tabágicos dos hipertensos.....	37
Gráfico 6- Atividade física.....	38
Gráfico 7- Cuidado com alimentação.....	39
Gráfico 8- Adesão terapêutica.....	40



# ÍNDICE GERAL

1 - INTRODUÇÃO .....	8
1.1. Estrutura do trabalho .....	10
2 – METODOLOGIA .....	11
2.1 – Breve descrição da Situação geográfica e socioeconómica da comunidade .....	12
3 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA PATOLOGIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	14
3.1.1. Dados epidemiológicos .....	14
3.1.2 Diagnóstico e classificação .....	16
3.1.3 Tratamento .....	20
3.2 – A PESSOA HIPERTENSA, CUIDADOS E AUTO-CUIDADO .....	24
3.2.1 A pessoa hipertensa do ponto de vista psicológica .....	24
3.2.2 Qualidade de vida do idoso hipertenso.....	25
3.2.3 Cuidado ao idoso hipertenso .....	27
3.2.4 O auto-cuidado como estratégia de cuidar .....	28
4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS .....	32
4.1 Deficits de auto-cuidado constatado no seio dos utentes durante as visitas domiciliárias .....	40
4.1.1 - Alimentação .....	40
4.1.2 - Actividade física .....	42
4.1.3 - Ocupação profissional.....	43
4.1.4 - Tratamento medicamentoso .....	43
5. CONCLUSÃO .....	45
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48
7. ANEXOS.....	52

## 1 - INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial é considerada um grave problema de saúde Pública, por estar associada ao aparecimento de outras doenças crónico-degenerativas que trazem repercussões negativas à qualidade de vida. Entre outras complicações salientam-se as doenças cardiovasculares e cerebrais como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), uma das principais causas de morte originada da hipertensão arterial não controlada (Saraiva, et al. 2007).

Segundo Collière (2001), *ousar fazer educação para a saúde sem compreender a origem dos hábitos de vida, as suas representações simbólicas e as crenças que suscitaram, é incorrer nos maiores mal entendidos.*

Nesta óptica, ao abordar esta temática considerada como grave problema de saúde pública que afecta grande parte da população mundial, implica em procurar conhecer as dificuldades de caris psicossocial, económico, biológico e cultural que envolve os seus portadores. Assim sendo, entender estas dificuldades torna-se relevante, principalmente ao articulá-las as condições de produção de conhecimento sobre a doença no seio de uma comunidade, possibilitando deste modo o conhecimento e identificação de experiências vividas pelos portadores e familiares.

Neste contexto, Cabo Verde não foge a regra registando uma prevalência de hipertensão arterial na ordem dos 35%, na faixa etária dos 20 a 65 anos, a nível nacional segundo dados estatísticos do Ministério de Saúde (2013).

Apesar do défice de estudo que aborda esta temática, resolvemos assim debruçar sobre a hipertensão arterial no adulto, na pequena comunidade de Lagoa de Ribeira das Patas, por termos constatado uma elevada prevalência dessa patologia crónica na referida localidade, numa faixa etária compreendida entre os 45 aos 85 anos respectivamente – segundo dados colhidos dos cadernos de consulta médica, Delegacia de Saúde do Porto Novo. Tratando-se de uma povoação com sua especificidade peculiar, pretendemos no nosso estudo estabelecer uma relação entre os vários factores como hábitos, costumes, as condições económicas, socioculturais existentes na comunidade e estabelecer entre eles relações que expliquem a elevada taxa de hipertensão arterial.

Constata-se também que o atendimento de enfermagem é incipiente nesta comunidade, sendo exclusivamente realizado o atendimento médico numa periodicidade

trimestral, propomos realizar visitas domiciliárias mensais, promovendo o auto-cuidado junto aos utentes hipertensos, o estabelecimento da assistência de enfermagem de forma programada baseada na aplicação do processo de enfermagem.

Segundo Florence Nightingale no seu livro, *Notes on Nursing* (1969:133) *nada a não ser a observação e a experiência nos ensinarão como manter ou recuperar o estado*. É neste âmbito de enfermagem, servindo-se de alicerce para este estudo relevando a importância desta afirmação, que para além do tempo, continua sempre actual, fazendo com que os enfermeiros continuem o esforço para melhorarem a sua capacidade de observar, analisar e compreender os fenómenos que acontecem na sua comunidade e a melhor forma de satisfazer as necessidades dos utentes.

Consideramos que do ponto vista conceptual, evolui-se da ênfase dada à produção de prova documental da realização da acção, para a criação de informação de consumo para tomada de decisão, tendo em vista a continuidade de cuidados, o que na nossa perspectiva vem reflectir sobre a estrutura da informação e, conseqüentemente, sobre os aspectos da autonomia da enfermagem (Ângelo et al, 1995), contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados a nível da promoção e prevenção da saúde e a produção de conhecimento científico.

Outro desafio para nós é a aplicação da teoria do auto-cuidado de Dorothea E. Orem, mostrando a sua aplicação nos utentes hipertensos dessa comunidade e de que forma pode ser uma mais-valia para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro. Assim, nesta lógica, traçamos como **objectivo geral** do nosso trabalho: Promover a capacidade de auto-cuidado da população com patologia de hipertensão arterial, como estratégia para diminuição do valor da Tensão Arterial.

Como **objectivos específicos**, partindo dos nossos propósitos, nesta comunidade trabalhar junto dos utentes portadores de doença crónica – hipertensão arterial, traçamos os seguintes:

- a) Relacionar alguns factores como hábitos, costumes, condições económicas e socioculturais com a elevada taxa de hipertensão arterial na comunidade;
- b) Enumerar os alimentos e refeições saudáveis que os utentes podem cumprir;
- c) Identificar a incidência de comportamentos alcoólicos e tabágicos e se influenciam os valores de Tensão Arterial;

- d) Enumerar as áreas de ocupação e nível de escolaridade das pessoas com Hipertensão Arterial, relacionando o nível sócio-económico com a incidência da doença.

Como enfermeiros, e fazendo parte da equipa de saúde que cuida desta comunidade, pretendemos e estamos conscientes de que precisamos de ser mais interventivos, e por isso melhor informados sobre quem são os nossos utentes e como vivem. No fundo, quais são as suas necessidades e fragilidades, pois um enfermeiro que trabalha com e na comunidade, *desenvolve importante papel no acompanhamento do utente com hipertensão. Este profissional, além de actuar como educador em saúde no trabalho com grupos de pessoas hipertensas, seus familiares e com a comunidade, é responsável por desenvolver a consulta de enfermagem*, (Gilvan Ferreira Felipe et al., 2008), que para nós o principal objectivo é a promoção do auto-cuidado. Porque segundo Dorothea E. Orem (2004), a educação para o auto-cuidado é um processo dinâmico que depende da vontade do utente e da percepção dele sobre sua condição clínica e pode orientar as acções assistenciais do enfermeiro e responder às necessidades do portador de doença crónica.

### **1.1.Estrutura do trabalho**

No primeiro capítulo – parte introdutória encontra-se a justificação da temática, a pergunta de partida, e os objectivos do estudo.

No segundo capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos a serem aplicados para o desenvolvimento do estudo.

No terceiro capítulo, encontra-se: o enquadramento teórico; uma abordagem sobre hipertensão arterial baseada em pesquisa bibliográfica; abordagem da teoria de auto-cuidado de Orem; entre outros aspectos. Ainda apresentar-se-á estudos de algumas instituições credenciadas na matéria e autores de renome que contribuíram para o conhecimento e enriquecimento desta área específica de saúde.

No quarto capítulo é reservado a discussão e análise dos resultados.

Por último, no quinto capítulo, encontra-se a conclusão.

## 2 – METODOLOGIA

A metodologia delinea o percurso do pensamento e a acção exercida mediante abordagem da realidade e que o método é a essência da teoria, dando uma abordagem além da exterior (técnicas e instrumentos) com a qual a metodologia é constantemente considerada. Ela é no sentido generoso de pensar a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência (Minayo et al. 2004).

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Segundo Silva (2004) a pesquisa descritiva visa delinear as características de determinada população ou fenómeno e estabelece relações entre variáveis.

A pesquisa com abordagem quantitativa descreveu a predominância, a frequência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenómeno (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004). As variáveis quantitativas, por sua vez, envolvem distinções não substanciais, no sentido de diferenças ou desigualdades de grau, frequência, intensidade, volume. Referem-se às propriedades que mantêm a mesma natureza em toda a sua extensão ou dimensão, que se mostram ora com maior, ora com menor expressão, podendo ser manifestada em termos numéricos (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 1999).

A pesquisa com abordagem qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo entre o mundo objectivo e a subjectividade da pessoa que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenómenos e a atribuição de significados são fundamentais no processo de pesquisa qualitativa (Silva, 2004).

Segundo Marconi e Lakatos (2003:188) pesquisa de natureza exploratória, *são investigações que tem por finalidade aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenómeno, para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou para modificar e clarificar conceitos*. Nessa modalidade de pesquisa a interpretação dos resultados é baseada nas experiências da vida real dos indivíduos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os dados dos utentes foram colectados na referida localidade o que nos permitiu a realização da entrevista para a identificação da percepção acerca da hipertensão arterial e a sua influência na qualidade de vida e nos hábitos e costumes da população. Esta colecta foi realizada durante visitas domiciliárias. A entrevista semi-estruturada foi a técnica utilizada para a recolha dos dados. De acordo com Minayo (2007), neste tipo de entrevistas, os

participantes são convidados a falar livremente sobre um tema e as perguntas, quando realizadas, buscam aumentar a profundidade das reflexões. Segundo a mesma autora, o entrevistador liberta-se das formulações prefixadas, introduzindo perguntas ou fazendo intervenções que pretendem abrir o campo de explanação do entrevistado. As perguntas, neste tipo de entrevista, não se colocam totalmente abertas ou totalmente fechadas.

Sendo que o instrumento contemplou dados de identificação (idade, sexo, pressão arterial, escolaridade, renda familiar e outros) e auxiliou na caracterização do perfil da amostra, incluindo questões abertas referentes a percepção sobre a hipertensão arterial, a relação entre esta com a situação socioeconómica. Também, foram mensurados a pressão arterial dos entrevistados. Após a colecta, os dados referentes à entrevista foram organizados e diário de recolha e tratados posteriormente num programa do Excel. Utilizamos o termo utente para identificar os sujeitos do estudo.

## **2.1 – Breve descrição da Situação geográfica e socioeconómica da comunidade**

O estudo foi realizado numa zona rural do concelho do Porto Novo, denominada Lagoa de Ribeira das Patas, Ilha de Santo Antão, a uma distância de cerca de vinte e oito (28) quilómetros da cidade do Porto Novo, onde a actividade económica predominante é a agricultura de subsistência irrigada em pequena escala e de sequeiro, quando chove. A fonte de rendimento das famílias é muito baixa. Os fracos recursos de que dispõe são provenientes da criação de animais (em casa) e agricultura. A produção agrícola é insuficiente, baseada essencialmente em milho, feijão, verdura, e alguma fruta sazonal. Quando há escassez de chuva a situação socioeconómica torna-se crítica. A comunidade fica dependente da Câmara Municipal local, a espera que abram frentes de trabalho ou projecto da luta contra pobreza a fim de minimizar os efeitos de maus anos agrícolas (segundo o Presidente da Associação Comunitária). Os níveis de pobreza são bem evidentes no que concerne às condições habitacionais, saneamento básico, vias de acesso. As pessoas, a partir dos 60 anos dependem da pensão social atribuída pelo Estado e da ajuda de familiares emigradas (documentos e entrevista concedidos pelo Delegado Municipal de Ribeira das Patas).

Quanto a estruturas sociais, a referida localidade dispõem de uma Unidade Sanitária de Base (U.S.B) e uma Agente Sanitário residente, preparada para prestar primeiros

socorros e vigilância comunitária. Em anexo a U.S.B encontra-se um centro de juventude, equipado com três computadores e uma pequena biblioteca. Ainda a povoação dispõem de uma escola de ensino básico e um jardim infantil. Não existe nenhuma placa desportiva para os jovens praticarem actividades desportivas e recreativas. Há um Posto Sanitário situada a um distância de mais ou menos três quilómetros, onde reside o enfermeiro que dá cobertura à toda a zona de R<sup>a</sup> das Patas.

### **3 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Pretende-se com este trabalho caracterizar a patologia da Hipertensão arterial, analisar dados epidemiológicos referentes a hipertensão bem como o diagnóstico e a classificação da HTA

Assim, torna-se crucial antes de tudo, considerar uma definição do conceito da hipertensão arterial.

Representa um dos maiores problemas de saúde pública da actualidade, na qual existe uma incidência crescente a nível mundial nas últimas décadas, apresentando um aumento acentuado em relação a outras enfermidades.

A hipertensão arterial é descrita por vários autores como uma doença crónica, multi-factorial, de detecção quase sempre tardia, devido ao seu curso assintomático e prolongado, que apresenta elevada prevalência, sendo considerada como o principal factor de risco de morbo-mortalidade cardiovascular.

Pretende-se descrever a hipertensão arterial em Cabo-Verde bem como também a percepção dos utentes em relação a esta patologia.

#### **3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA PATOLOGIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

##### **3.1.1. Dados epidemiológicos**

A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular de grande interesse para a saúde pública. É raramente conhecida como factor de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares. Apresenta alta prevalência na população adulta mundial, principalmente acima dos 40 anos (GUS, 2002).

No grupo das doenças crónicas, a hipertensão arterial destaca-se por ter uma história natural prolongada, múltiplos factores de risco, interacção de causas etiológicas e biológicas conhecidas e desconhecidas, marcada por longos períodos de latência. Apresenta curso clínico em geral assintomático, constante, para toda a vida, com períodos de manifestações clínicas estáveis e outros de exacerbação, evoluindo para graus variados de incapacidades ou a morte (Lessa, 1998; Brum, 2006).



De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hipertensão arterial, nas próximas duas décadas, ocupará a liderança das causas de incapacidades, associadas à maior longevidade da população e as modificações ocorridas no estilo de vida.

A hipertensão arterial, além de ser o principal factor que influencia no risco de doença cardiovascular, também tem uma alta prevalência e impacto na morbo-mortalidade dos indivíduos. No mundo, mais de um quarto da população adulta é hipertensa, com uma grande tendência em aumentar para 29% até 2025, podendo alcançar 1,56 bilhões de adultos (KEARNEY *et al.*, 2005). O mesmo autor, acrescenta ainda que a prevalência de pacientes hipertensos no ano de 2000 era de 333 milhões em países desenvolvidos e de 639 milhões em países em desenvolvimento. Essas taxas variam dependendo da faixa etária da população, sendo que tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, cerca de 25 a 35% da população adulta é hipertensa, e em indivíduos com mais de 70 anos essas taxas aumentam para 60 - 70% da população (STAESSEN *et al.*, 2003).

Durante a pesquisa bibliográfica efectuada para a elaboração deste item, destacam-se duas instituições de peso a nível mundial: americana e brasileira.

Conforme a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2002) a hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. É também reconhecida como um dos mais importantes factores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral (A V C) e enfarto agudo do miocárdio (I A M). Acrescenta ainda que é necessário conhecer os motivos que desencadeiam a hipertensão arterial, e, principalmente, os recursos para amenizar a doença, para que se obtenha uma melhor qualidade de vida.

No Brasil, a hipertensão ainda é responsável por 40% dos casos de aposentadoria precoce e ausência no trabalho, gerando um forte impacto social e económico, com um custo de 475 milhões de reais por ano (DATASUS, 2007).

Segundo a AmericanHeartAssociation (AHA, 2007), em 2004, a hipertensão matou 54.186 americanos e que de um em cada três americanos sofrem de hipertensão, em relação aos americanos negros, cerca de 40% são hipertensos.

Além de uma doença altamente prevalente e de gerar riscos à saúde associados à elevada taxa da pressão arterial, como o acidente vascular cerebral e o enfarto agudo do miocárdio, sabe-se que menos de um terço dos indivíduos com pressão acima de 140/90mmHg estão adequadamente tratados (Kaplan; Opie, 2006).

### 3.1.2 Diagnóstico e classificação

A pressão arterial é a pressão que o sangue exerce nas paredes dos vasos. Esta é regulada a partir de alças de feedback negativo por meio de dois reflexos, os barorreceptores como o do seio carotídeo e o aórtico e os reflexos quimiorreceptores. Outro meio que regula a mesma são os hormônios e os sistemas hormonais como o sistema renina-angiotensina-aldosterona, epinefrina, norepinefrina, hormônio antidiurético e peptídico natriuréticoatrial. Já a regulação local da pressão sanguínea se dá a partir dos vasodilatadores que vão actuar nas arteríolas promovendo a vasodilatação local, aumentando assim o fluxo de sangue restabelecendo o nível de O<sub>2</sub> ao normal. Em oposição os vasoconstritores irão actuar sobre o fluxo de sangue compensando as demandas metabólicas por O<sub>2</sub> e por nutrientes através da vasoconstrição (TORTORA; GRABOWSKI, 2002).

Segundo Cabral (2000), a hipertensão arterial, popularmente chamada de “pressão alta”, está relacionada com a força que o coração exerce para impulsionar o sangue do coração para todo o corpo. Sendo assim, para ser considerado hipertenso, é necessário que a pressão arterial além de mais alta que o normal, continue elevada.

Dessa forma, Castro (2000) afirma que é importante observar que não basta ter pressão alta para ser considerado hipertenso. Dependendo da actividade exercida: actividade física, sono, alimentação, estado emocional ou estresse, (como por exemplo) a pressão pode subir a níveis bem altos, não significando que o indivíduo seja hipertenso. Essa elevação da pressão, porém, não permanece e, no fim do dia, os seus valores podem ou não voltar ao normal.

Na pessoa hipertensa, a pressão alta acomete os vasos, que encontram internamente revestidos por uma camada espessa e delicada, quando o sangue está circulando com pressão muito alta acaba por danificá-los. Com isso, os vasos tornam-se estreitos e endurecidos, podendo com o passar dos anos obstruir ou romper-se. Quando tal facto ocorre no coração, a obstrução de um vaso leva à angina este podendo ocasionar enfarto. A obstrução ou rompimento de um vaso no cérebro leva ao “derrame cerebral” – acidente vascular cerebral (AVC). Nos rins também pode ocorrer obstrução, ocasionando a perda da função dos mesmos. Essas situações são graves podendo ser evitadas com o controle da pressão alta (SOCIEDADEBRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2005).

WOODS; FROELICHER; MOTZER (2005) explicam que a etiologia da hipertensão arterial primária está sendo investigada e que ainda se sabe muito pouco, podendo ser justificada pela predisposição genética, obesidade, factores ambientais, estresse, excesso de sódio, disfunção do sistema nervoso simpático. Já a hipertensão arterial secundária se associa a uma condição fisiológica específica como a doença renal crónica, o aldosteronismo primário, os distúrbios renovasculares, o estreitamento do lúmen da aorta além do uso de contraceptivos orais.

Em 10% dos casos, a patologia decorre de problemas físicos que podem ser corrigidos com cirurgia ou tratamento, já nos outros 90% não é possível definir o motivo da elevação da pressão. A medicina tem capacidade de indicar os factores de risco que favorecem o aparecimento da doença mesmo não sabendo os factores que a provoquem. Alguns deles não podem intervir, como a existência de casos na família, pessoas de raça negra, homens de mais de 35 anos, mulheres depois da menopausa, outros, como seleccionar o tipo de alimentação, hábitos de vida saudável são factores de risco que estão sobre nosso controle. De modo geral, a hipertensão tende a aumentar com a idade (BRANDÃO, 1993).

WOODS; FROELICHER; MOTZER, (2005) acrescentam que a etiologia da hipertensão arterial primária, está sendo investigada e que ainda se sabe muito pouco, podendo ser justificada pela predisposição genética, obesidade, factores ambientais, estresse, excesso de sódio, disfunção do sistema nervoso simpático. Já a hipertensão arterial secundária se associa a uma condição fisiológica específica como a doença renal crónica, o aldosteronismo primário, os distúrbios renovasculares, o estreitamento do lúmen da aorta além do uso de contraceptivos orais.

Também, a NatinalHeart (USA) e a Sociedade Brasileira de Hipertensão, diz-nos que pressão arterial sistólica menor que 120mmHg e com pressão arterial diastólica menor que 80mmHg o indivíduo tem menos probabilidade de vir a ser hipertenso. Os mesmos estudiosos associam como factores de risco: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, uso de álcool, uso de tabaco, uso de anticoncepcionais e, que estes, podem interferir no desencadeamento e agravamento da doença.

Definição da OMS, de 1999, baseada nos valores de tensão arterial obtidos em consultório é a que se mostra o quadro a seguir.

Classificação de TA no adulto segundo a OMS (1999)			
Categoria	Sistólica (mmhg)		Diastólica (mmhg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	<130	e	<85
Normal elevada	130-139	ou	85-89
<b>Hipertensão</b>			
Grau 1	140-159	ou	90-99
Grau 2	160-179	ou	100-109
Grau 3	> ou = 180	e	> ou = 110

**Fonte:**Quadro extraído do Guia Prático da Hipertensão arterial.

A hipertensão arterial é uma doença crónico-degenerativa do sistema cardiovascular. O seu controle tem constituído um desafio para os profissionais de saúde, pois seu tratamento envolve a participação activa dos hipertensos no sentido de modificar alguns comportamentos prejudiciais à sua própria saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição clínica. Que os pacientes envolvam-se em acções tais como uso da medicação anti-hipertensiva de forma regular, controle do peso, ingestão de dieta hipossódica com baixo teor de gordura saturada e colesterol e realização de actividade física, pois estas colaboram para a redução da pressão arterial em alguns pacientes e minimizam as complicações em órgãos-alvo.

Nesse contexto, Brasil (1993) afirma que a hipertensão arterial é uma doença crónica, podendo ser controlada, mas não curada; necessitando de tratamento por toda a vida. Sendo assim, um facto preocupante é que muitas pessoas só descobrem que são portadoras da doença quando apresentam graves complicações, levando em consideração que esta pode evoluir por um longo período sem ocasionar sintomas.

Nesta lógica, a hipertensão arterial constitui um factor de risco de doenças cardiovasculares, assim a sua determinação [precoce] permite diminuir a morbilidade e a mortalidade cardiovasculares. Esta evidência foi demonstrada por diversos estudos (Xavier Girerd, SoppieDigeos, Jeab-yesLeHeuzey).

Estágios de Hipertensão	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limífero	130-139	85-89
Hipertensão Estagio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estagio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estagio 3	>180	>110
Hipertensão Sistólica isolada	>140	<90

**Tabela 2:** Classificação da pressão arterial para indivíduos maiores de 18 anos apresentados por estágios da hipertensão.

**Fonte:** Adaptado das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)

A hipertensão arterial é descrita por vários autores como uma doença crónica, multifactorial, de detecção quase sempre tardia, devido ao seu curso assintomático e prolongado, que apresenta elevada prevalência, sendo considerada como o principal factor de risco de morbo-mortalidade cardiovascular (Ribeiro, 1996).

Em Cabo Verde, está-se a dar os primeiros passos para a implementação do programa Saúde da família. Já noutros países como Brasil com uma larga experiência nesta área, diz-nos que o enfermeiro enquanto parte integrante da equipa desempenha um papel importante: no acompanhamento do paciente com hipertensão, no que concerne a actuação como educador em saúde; no trabalho com grupos de pessoas hipertensas, seus familiares e com a comunidade, como responsável para implementar a consulta de enfermagem. (Brasil, 2001)

### 3.1.3 Tratamento

Não se quer aqui aprofundar o tratamento da hipertensão arterial, visto não ser o objectivo do trabalho. Contudo, não deixamos de realçar a importância do tratamento farmacológico e principalmente o tratamento não farmacológico, pois ambos são de extrema importância para a manutenção e qualidade de vida do hipertenso.

O objectivo do tratamento da hipertensão arterial é a redução da mortalidade e da morbidade cardiovasculares do utente hipertenso, que são elevadas em decorrência dos altos níveis tensionais. Assim sendo, utilizam medidas não medicamentosas, associadas também a medicamentos anti-hipertensivos que têm como meta, não só a redução dos níveis tensionais, mas, também, a redução da taxa de situações cardiovasculares mórbidas ou fatais (III congresso brasileiro de hipertensão – 1998).

Segundo Woodset al. (2005), deve-se levar em conta alguns factores que intervêm na escolha de uma terapia medicamentosa do utente, incluindo o custo, a conveniência, a duração da acção, a frequência de efeitos adversos, a preferência do utente, a qualidade de vida e outros medicamentos que ele esteja a tomar, prescritos por outros especialistas. Acrescenta ainda que o tratamento para o hipertenso deve ser instituído com medidas não farmacológicas isoladas ou em associação com anti-hipertensivos. Assim sendo, é de importância crucial que o utente reduza: o peso, o consumo do álcool, a ingestão de sódio; que aumente o consumo de alimentos ricos em potássio e que faça exercício físico regular.

O tratamento farmacológico deve ser baseado na escolha de uma droga adequada, tendo os seguintes critérios – redução gradual da pressão arterial, com excepção dos casos de urgência; início com agentes que reduzam suavemente a pressão arterial com menor incidência de efeitos colaterais – Conforme NationalHeart, Lung, andBloodInstitute, NationalInstitutesofHealth (USA) a mesma instituição acrescenta que para estimular a adesão ao tratamento é importante certificar-se de que o utente compreenda que a hipertensão arterial pode ser controlada, mas não curada e que não deva interromper o tratamento sem consultar os profissionais que o assistam, minimizando assim, os custos do tratamento e estimular os utentes a falar de seus problemas e preocupações.

Sendo as medidas não farmacológicas de grande importância para a pessoa hipertensa, vamos desenvolver um pouco mais este aspecto, segundo os autores (Girerd, Hasnier, e Heuzey) começam por afirmar que certas modificações do estilo de

vida permitem baixar os valores da hipertensão e melhorar o perfil do risco cardiovascular, apontando as **principais medidas não farmacológicas**:

#### Diminuição/eliminação dos hábitos tabágicos

O tabaco provoca um aumento de TA de 5 a 10 mmHg nos 15 a 30 minutos que se seguem ao consumo de um cigarro. Agrava o prognóstico cardiovascular, sendo necessário insistir no doente hipertenso para que deixe de fumar, sendo muitas vezes necessária ajuda de um especialista.

#### Redução ponderal

A obesidade aumenta os valores da TA, principalmente na obesidade de tipo andróide, que se manifesta por aumento da relação do diâmetro da cintura/diâmetro da anca superior a 0,85 na mulher e a 0,95 no homem.

Entre os 20 e 40 anos, os riscos de desenvolver hipertensão é de 5 a 6 vezes maior no obeso relativamente a um indivíduo com peso normal. Assim conclui-se que a redução ponderal permite reduzir os valores da TA e que o regime alimentar constitui, pois, uma fase fundamental nos cuidados a ter com o hipertenso obeso. Ainda os mesmos autores afirmam que perante uma hipertensão arterial ligeira num doente obeso, é necessário começar por uma tentativa de redução ponderal durante 3 a 6 meses, o que pode ser suficiente para normalizar a TA antes de considerar uma terapêutica farmacológica.

No hipertenso tratado que apresenta excesso de peso, o regime alimentar pode permitir reduzir a medicação anti-hipertensiva e até mesmo interrompê-la.

#### Actividade física

O doente sedentário tem um risco de desenvolver hipertensão arterial de 20% a 30% mais elevado, relativamente ao doente que pratica uma actividade física regular. Essa prática regular, participa na redução dos valores da TA e aconselham-se exercícios dinâmicos como: ciclismo, natação, caminhada. Para reduzir pressão arterial sistólica (TAS) cerca de 5 a 10 mmHg é suficiente o exercício de intensidade moderada.

### Redução do consumo de álcool

O consumo crónico elevado de álcool sobe o nível da TA, sendo por isso necessário aconselhar o hipertenso a limitar o consumo de álcool a menos de 30 ml de etanol por dia, correspondente a 2,5 dl de vinho ou 7,5 dl de cerveja, tendo em conta que o álcool pode interferir com a terapêutica farmacológica e induzir resistência aos anti-hipertensivos.

### A luta contra estresse

Os mesmos autores, diz-nos que apesar do *stress* fazer subir os valores da TA de forma aguda, nenhum estudo demonstrou, até hoje, melhoria dos valores através da prática de técnicas de relaxamento, portanto, não deverão ser proposto sistematicamente como meio para combater a hipertensão arterial.

### Modificação dos hábitos alimentares

Uma redução moderada da quantidade diária de cloreto de sódio em cerca de 100 mmol /dia faz baixar os valores da TA em cerca de 5 mmHg. Acrescentam que existe susceptibilidade individual ao cloreto de sódio afirmam que os indivíduos idosos ou de raça negra são mais sensíveis ao excesso de sal relativamente aos outros.

Os utentes hipertensos deverão seguir um regime com uma quantidade moderada de sal, com ingestão de cerca de 100 mmol de sal por dia. Não é necessário prescrever um regime restrito sem sal numa hipertensão arterial não complicada.

### Optimização da ingestão de potássio e cálcio

Um regime alimentar suplementado com potássio permite reduzir os valores da TA. Uma alimentação rica em potássio é, por isso, adequada ao doente hipertenso entre esses alimentos que contem potássio temos: a carne, o peixe, os ovos, o leite, os feijões (lentilhas e ervilhas secas), as batatas, as castanhas, as tâmaras, os frutos secos, os espinafres, as amêndoas, as nozes, os rebentos de trigo e o leite desnatado em pó.

Os sais de potássio deverão ser utilizados com prudência, principalmente nos idosos ou nos doentes tratados com diuréticos poupadores de potássio ou os IECAs, a fim de evitar qualquer risco de hiperpotassemia. Recomenda-se que a ingestão de potássio seja feita através da alimentação.



O cálcio desce os valores da pressão arterial em alguns hipertensos, podendo contrabalançar os efeitos colaterais de um regime rico em sal, mas, este efeito do cálcio sobre a regulação da pressão arterial parece pequeno, porém nunca formalmente demonstrado. É suficiente um regime alimentar equilibrado, oferecendo 800 a 1200mg de cálcio por dia. Não é necessário suplementar com sais de cálcio a todos os hipertensos. Os alimentos que contem cálcio são o leite, os queijos, as oleaginosas, as leguminosas, as ovas de peixe e os figos secos.

A cafeína tem um efeito vasoconstritor responsável por um aumento dos valores da TA, mas este efeito é transitório. Não há razão para suprimir o café nos hipertensos.

Os lípidos desempenham um papel pouco importante na regulação da TA. Um regime rico em gorduras insaturadas (óleos de peixe) poderá ter um efeito anti-hipertensor, mas, este regime tem efeitos colaterais que não se aplica ao hipertenso. A hipercolesterolemia deverá ser tratada, pois aumenta o risco cardiovascular global.

## 3.2 – A PESSOA HIPERTENSA, CUIDADOS E AUTO-CUIDADO

### 3.2.1 A pessoa hipertensa do ponto de vista psicológica

A hipertensão, como qualquer outra doença, tem de ser compreendida dentro da vida de cada pessoa, como um acontecimento a mais daqueles que são consonantes com estar vivo. Nesta leitura que compreende e valoriza os acontecimentos físicos e psico-emocionais, os sintomas adquirem significado.

Entre várias conclusões deste estudo, destacamos que os hipertensos: *Aparentemente a pessoa é calma, mas porque não demonstra os seus verdadeiros sentimentos. O que a leva ao agravamento de sintomas de hipertensão por um processo de somatização, porque a acumulação desses sentimentos hostis, produz uma tensão prolongada e a pessoa pode ter uma crise de hipertensão a qualquer momento, caso ela passe ou não por uma situação stressante.*

O Sistema Nervoso Vegetativo possui os elos que expressam o inconsciente no corpo, como a expressão física do emocional. As emoções são veiculadas no corpo através das hormonas e estas vão ser responsáveis, entre outras coisas, pela alteração dos valores da pressão arterial, ao regular de forma directa a quantidade de líquido que circula no organismo. Na maioria dos casos em que encontramos altas taxas de tensão arterial, trata-se de problemas funcionais, nos quais estão envolvidos hábitos alimentares, prática de exercícios, mas, sobretudo e de forma determinante, padrões emocionais e de comportamento (Garde, 2008).

Os modelos de funcionamento e os padrões de referência que determinam respostas biológica, com frequência são aprendidos por imitação dos pais, ou por um determinado tipo de educação, estes estipulam hábitos que se incorporam na pessoa – de maneira que, para ela esta forma de viver é a única que conhece e passa a ser entendida como normal. Este fato faz com que o tratamento da hipertensão apresente uma dupla dificuldade.

Para Garde (2008) a hipertensão é entendida como *um mal funcionamento “tolerado”, que não desencadeia alarmes. Não dói, nem o paciente nota nada de estranho, motivo pelo qual dificilmente vai mobilizar a grande força curativa que denominamos “Vontade de curar-se” ou adesão terapêutica. Sem esta força, em parte consciente e em parte inconsciente, nenhum tratamento funciona.*

Ainda para este autor há outra dificuldade, no cuidar /tratar destes doentes, dado que o acesso às causas inconscientes e emocionais do processo de somatização que tem repercussões no aparecimento e agravamento desta patologia, já que estas se encontram *soterradas nas profundidades*, e das quais chegam à superfície somente sinais débeis dado como referem Fadden e Ribeiro (1998) *são pessoas que aparentam ser calmas*.

Isto faz do tratamento da hipertensão uma tarefa que requer muita paciência, na qual a mudança de hábitos alimentares – dieta com pouco sal e gordura animal, sem café e outros excitantes – e a prática regular de exercícios suaves e constantes, como o caminhar, por exemplo, assim como o promover o desenvolvimento de estratégias para que “a aparente calma” permita que a tensão acumulada encontre uma saída saudável e não pelo favorecimento de estados hipertensivo, ocupam no princípio do processo curativo um lugar de destaque.

### **3.2.2 Qualidade de vida do idoso hipertenso**

Como podemos constatar nesta ligeira descrição, a qualidade de vida dos habitantes desse povoado é baixa, com reflexos directos no estado de saúde dos mesmos e dos hipertensos em particular.

Também é possível que haja uma prevalência maior de hipertensos entre a população com menor poder aquisitivo, essa população ainda apresenta maior incidência de doenças cardiovasculares. Segundo Duncan (2002), existe também um maior índice de hipertensão entre os que moram na zona rural em relação aos que moram em áreas urbanas

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida corresponde à *percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações* (TheWhoqolGroup, 1995).

Segundo Prieto; Sacristan, (2003), para estudar a qualidade de vida, deve-se antes ser entendida a evolução do conceito de saúde. Antigamente a saúde de uma população era medida usando apenas indicadores epidemiológicos, como a ausência ou presença de doenças ou a morte. Este modelo, conhecido como biomédico, focava o agente etiológico, o processo patológico e biológico, fisiológico e/ou resultados clínicos. Com a mudança no conceito de saúde decorrente dos avanços científicos e técnicos na medicina e a melhoria nas condições de vida em termos de moradia, higiene e alimentação, no entanto, a forma de

medir também teve que ser alterada. Este novo conceito de saúde não considera somente a ausência de doença, mas a relação do indivíduo com o meio em que vive e consigo mesmo.

Torna-se cada vez mais importante, nos dias de hoje, a preservação da qualidade de vida dos pacientes [e da população em geral] por meio da prevenção ou tratamento das enfermidades. A qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui uma diversidade de factores, dentre os quais estilo de vida, moradia, satisfação com o trabalho, situação económica, acesso a serviços públicos, comunicações, urbanização, criminalidade, dentre outros que compõem o contexto social e que influenciam o desenvolvimento humano de uma comunidade (Velarde-Jurado; Ávila-Figueroa, 2002).

Para Guyatt; Feeny; Patric, (1993) a qualidade de vida representa a soma de sensações subjetivas e pessoais do “sentir-se bem”. Duas pessoas no mesmo estado de saúde podem ter percepções diferentes sobre sua qualidade de vida, o que não permite extrapolação de um paciente para outro.

Além disso, várias podem ser as interpretações de pacientes, família e equipe de saúde, gerando discrepâncias de avaliação, o que reforça a importância do próprio paciente avaliar sua condição (VELARDE-JURADO; ÁVILAFIGUEROA,2002).

Uma melhora na qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial pode ser observada quando esse tem um melhor nível educacional e estão trabalhando, além disso, estabilidade social (indivíduos casados) está associada a um significativo aumento na qualidade de vida (YOUSSEF; MOUBARAK; KAMEL, 2005).

Estudos comprovam que o melhor controlo da pressão arterial tem um impacto positivo na qualidade de vida e é um factor independente para a melhora na qualidade de vida dos pacientes, este fato deve-se porque o não controlo da pressão arterial traz uma maior reacção de ansiedade e de pressão e uma pobre qualidade de vida impede o controlo da pressão arterial e o tratamento farmacológico (YOUSSEF; MOUBARAK; KAMEL, 2005). No entanto, pouco é conhecido sobre a relação entre níveis de pressão arterial e dimensões da qualidade de vida, além da função cognitiva, pois os estudos que tratam das dimensões psicossociais apenas comparam normotensos com hipertensos (ROBBINS *et al.*, 1994).

### 3.2.3 Cuidado ao idoso hipertenso

Achamos pertinente abordar esse item, tendo em conta que 36 dos 45 hipertensos que constituem o nosso universo de estudo, estão na faixa etária a partir dos 60 anos, correspondente a 80% dos utentes hipertensos.

De acordo com Camacho, (2002) são consideradas pessoas idosas aquelas que ultrapassam os 60 anos de idade. No entanto, é difícil caracterizá-las utilizando a idade como único critério. Além disso, na população idosa, estão incluídas pessoas diferenciadas entre si, tanto do ponto de vista socioeconómico como demográfico e epidemiológico. Na análise relativa aos indicadores sociais desse grupo populacional, os diferenciais por sexo, educação e renda são bastante expressivos.

Para Pereira, Barreto e Passos (2008) o avançar da idade aumenta o risco de doenças crónicas, com destaque para as cardiovasculares. A incidência de doenças cardiovasculares em adultos dobra aproximadamente a cada década de vida. Apesar de aumentar com a idade, grande parte dessas doenças poderia ser evitada. Também regista-se alterações psicológicas que ocorrem no idoso. Diversos são os factores que contribuem para o seu surgimento e dentre eles, o isolamento social, o abandono, aposentadoria e a própria hospitalização (CALDAS e SALDANHA, 2004).

O fenómeno do envelhecimento demográfico revela-se uma preocupação crescente devido ao aumento da população idosa. Para compreendermos esta problemática existem múltiplos aspectos ligados ao envelhecimento, à família e à sociedade, bem como ao contexto onde se desenvolvem os cuidados de enfermagem à pessoa idosa, que assumem particular importância.

A família e a comunidade devem ser orientadas quanto ao processo de envelhecimento, sobre factores de risco que os idosos estão expostos e informados sobre intervenções que possam minimizar ou eliminar estes riscos, desenvolvendo acções educativas no nível primário, secundário e terciário, estimulando a participação activa do idoso e seus familiares no processo de auto-cuidado. O enfermeiro deverá estar sempre atento ao bem-estar do idoso, sua capacidade funcional, sua inserção familiar e social, para mantê-lo o mais independente possível, contribuindo para a manutenção da sua dignidade e autonomia máximas e deverá realizar actividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais (PAPALÉO NETTO, 2002; SMELTER; BARE, 2002).

A teoria de assistência humanizada de Peterson e Zderad é baseada na relação enfermeiro-paciente, que são seres únicos, com potenciais para fazer escolhas; todo encontro entre seres humanos é aberto e profundo, com envolvimento do ser que é cuidado no seu próprio cuidado e decisões que o envolve; todo ato de enfermagem influencia na qualidade de vida e morte do ser que é cuidado. O enfermeiro, e aqui, o idoso são independentes e interdependentes. A meta da enfermagem é um maior bem-estar para o enfermeiro e a pessoa idosa. Para alcançar essa relação inter-humana é necessário o conhecimento de si mesmo e não somente do outro, para que haja abertura ao encontro autêntico do cuidado. Para que haja o cuidado humanizado, o enfermeiro tem que ir além de habilidades técnicas, que são também indispensáveis para o cuidado, mas deve colocar o ser que é cuidado como centro do processo do cuidado. O enfermeiro deve estar consciente, ter responsabilidade, ser capaz, ter abertura para conhecer o outro, respeitar e ajudar o outro como ser humano que tem potencialidades (PAULA,2004; PAINI, 2000).

Temos consciência que a enfermagem não está preparada para o atendimento dos utentes nessa faixa etária, reconhecendo um deficit de conhecimento que, segundo Martins *et al* (2007), tal capacitação implica despertar no profissional da saúde o reconhecimento do idoso cidadão, um profissional conhecedor da realidade social e da saúde desse extrato populacional, das tecnologias existentes, dos recursos disponíveis e dos dispositivos legais como instrumentos factíveis para o desenvolvimento de acções de saúde. O profissional deve estar preparado para reconhecer no idoso potencialidade para o auto-cuidado, a necessidade de interdependência para o cuidado e a importância para preservar a autonomia.

Visto que a enfermagem trabalha na prevenção e na educação do auto-cuidado, é fundamental conhecer os hábitos e as principais dificuldades que os indivíduos têm em relação a sua saúde; em especial o indivíduo idoso, que pode apresentar dificuldade de compreensão, necessitando, muitas vezes, de estímulo para desenvolver actividades rotineiras de auto-cuidado e de prevenção ou controle de patologias.

### **3.2.4 O auto-cuidado como estratégia de cuidar**

A evolução da doença, o seu aparecimento e o desenrolar do processo de cronicidade, segundo o que se pode inferir do trabalhado anteriormente, pode ser influenciado pelo défice do auto-cuidado assim como do conhecimento e informação que

cada pessoa ou família tem, por isso achamos pertinente explorar e estudar a teoria da Orem, no sentido poder sistematizar as intervenções com utentes e família hipertensa.

Orem, definiu o auto-cuidado como sendo a prática de actividades que o indivíduo inicia e realiza em prol de si próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar; Demanda terapêutica de auto-cuidado como factores que devem ser trabalhados, controlados e modificados no indivíduo por afetarem o funcionamento do organismo e seu desenvolvimento humano.

O postulado principal da Teoria do Deficit de Autocuidado (TDAC) segundo Orem, é a incapacidade da pessoa em cuidar de si própria para atingir saúde e/ou bem-estar, esse *deficit* ocorre quando há um desequilíbrio entre a capacidade para o auto-cuidado e a demanda terapêutica (Hartweg, D. L.,1991).A demanda terapêutica de auto-cuidado é caracterizada a partir do levantamento dos “*requisitos de auto-cuidado*” ou “*requerimentos para a acção*”, e é definido como tudo aquilo que é necessário para a regularização do funcionamento e desenvolvimento humano(Orem,1995). Estes requisitos são agrupados em três categorias: universal, de desenvolvimento, desvio de saúde – e geralmente guardam relação entre si. Ainda procurou-se levantar, a partir dos factores condicionantes, os facilitadores e dificultadores para a realização do auto-cuidado.

O objectivo da enfermagem é o cuidar. Assim, este é o instrumento principal para o fazer do enfermeiro e é o que diferencia e qualifica o seu trabalho, desde que este profissional tenha condições de cuidar-se e cuidar do outro (COSTENARO;LACERDA, 2001). Assim, o cuidado na área de enfermagem necessita ser desenvolvido de modo diferenciado de outras formas de cuidar e, para tanto, é necessário que o profissional de enfermagem atente e contemple nas suas acções a individualidade e a integralidade do ser humano.

Leonardo Boff (2002, p.33) considera que “ *cuidar é mais de que um ato, é acima de tudo uma atitude, portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e desvelo. O cuidar representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e de envolvimento afectivo com o outro* ”.

Assim sendo, Costa (2002), define os cuidados de enfermagem como um conjunto organizado de acções que se dirigem a um indivíduo, família, comunidade, qualquer que seja a sua situação no contínuo concepção/a morte, e é centrada numa relação interpessoal entre enfermeiros, indivíduo, família, e comunidade, que visa o desenvolvimento de

potencialidades de forma a aumentar a capacidade de satisfação das necessidades e os mecanismos de adaptação às mutações de vida.

O enfermeiro, através da Consulta de Enfermagem, desenvolve trabalho que visa melhorar a qualidade de vida e preparar o utente para o auto-cuidado. Quando essa demanda é maior do que a capacidade que a pessoa tem, surge o deficit de auto-cuidado, sendo que é nessa situação que o profissional de enfermagem se insere para actuar conforme os diferentes sistemas: *sistema totalmente compensatório* - a capacidade para o auto-cuidado está limitada ou ausente, nesse caso, o enfermeiro deve tomar decisões e desenvolver acções que satisfaçam os requisitos de auto-cuidado; *sistema parcialmente compensatório* - as acções são realizados tanto pelo enfermeiro como pelo indivíduo que necessita delas, havendo alternância na realização do auto-cuidado, dependendo das limitações, habilidades e conhecimentos do paciente; *sistema apoio-educação*: o indivíduo tem aptidões para realizar o auto-cuidado terapêutico, pode aprender a colocá-lo em prática, mas necessita de apoio profissional. Neste caso, o enfermeiro será responsável pelo seu preparo para ser o agente do próprio auto-cuidado (Orem, 1995).

*O processo de enfermagem*, proposto por Orem, é um método que busca determinar as deficiências de auto-cuidado, bem como o papel que o enfermeiro (ou pessoa) irá desempenhar para suprir as exigências necessárias para a satisfação do auto-cuidado.

*Requisitos universais* são os requisitos que buscam a manutenção da vida e o funcionamento do ser humano. Nessa parte do instrumento, considerou-se os dados de exame físico, hábitos de vida: alimentação, tabaco, álcool, actividade física, factor de estresse e repouso.

*Requisitos de desenvolvimento* são aqueles que oferecem as condições necessárias para as mudanças que ocorrem ao longo da vida, permitindo adaptações para o desenvolvimento do indivíduo.

De acordo com Orem, o modelo biomédico, que tem norteado as acções de enfermagem actualmente, valoriza mais a “*doença observada*” detectada através das alterações na estrutura anatómico-química do organismo, propondo uma terapêutica impositiva. Ocorre, no entanto, nos casos de doença crónica, as possibilidades de sucesso do tratamento estarem em sintonia com a “*doença percebida*”, pois as acções de saúde serão realizadas pelos pacientes de acordo com a percepção, vontade, possibilidade de modificações que a doença e as formas de tratamento impõem às suas vidas. A mesma autora realça a importância da educação para o auto-cuidado, considerando a mesma um



processo dinâmico que depende da vontade e da percepção do utente sobre sua condição de doente crónico.

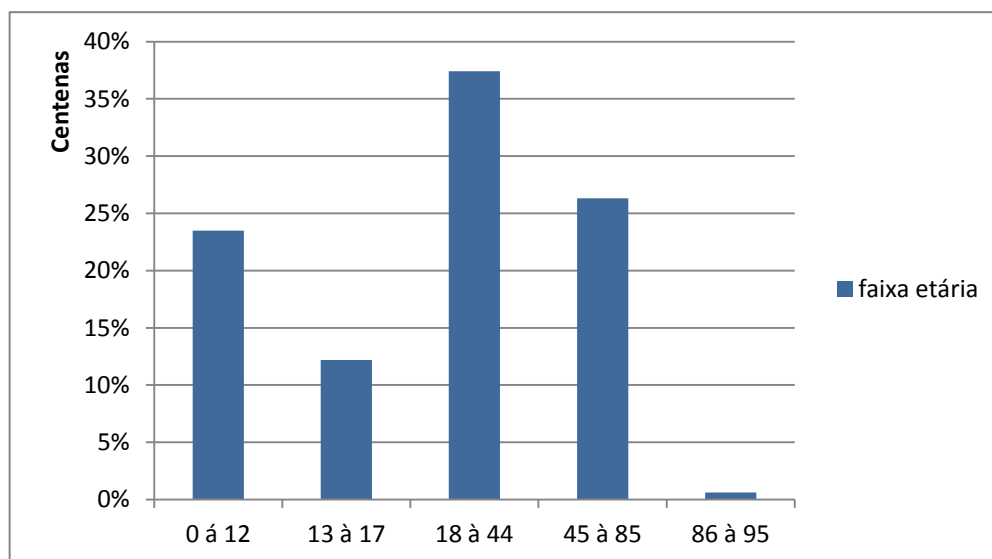
Orem, aponta-nos alguns factores que estão na origem da incapacidade para a prática do auto-cuidado: externos como doença ou morte de um membro de família, e factores internos como idade, que afectam tanto em habilidade, engajamento, assim como no tipo e qualidade do autocuidados requeridos. Esses determinantes externos e internos ao indivíduo foram denominados “*factores condicionantes*” e achamos pertinente incluí-los na colecta de dados. São eles: idade, estado de desenvolvimento, orientação sociocultural, estado de saúde, sistema familiar, padrão de vida, recursos usados.

É nesta óptica que o enfermeiro, como membro da equipa de saúde é co-responsável na qualidade de atendimento que é dispensado às populações, mas ao mesmo tempo, a enfermagem como grupo profissional autónomo, deve avaliar, com critérios profissionais objectivos e qualidade dos seus cuidados, a eficácia e eficiência dos mesmos, bem como, os seus possíveis efeitos sobre a população, obrigando-a desta forma, a assumirem a sua própria responsabilidade (Oliveira, 1998).

A assistência humanizada de enfermagem baseia-se na prática, que resulta do encontro da enfermagem com a assistência à saúde e através desse encontro entre enfermeiro e paciente que o ato de cuidar se torna humanizado. Paterson e Zderadao desenvolver a teoria da enfermagem humanística, tinham como questões central a interação de enfermeiros e pacientes e como pode ser desenvolvido um conceito para o cuidar em enfermagem (FENILI, 2001; LEOPARDI, 1999).

## 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Durante o estudo visitamos 98 casas de famílias o correspondente a 447 pessoas que constituem o número de habitantes da povoação. A maioria dos agregados familiares é constituída por família alargada e monoparental, tendo como chefe uma mulher. Desse universo, 45 são portadores de hipertensão arterial, registados nos cadernos de consulta da Delegacia de Saúde do Porto Novo, numa faixa etária dos 45 a 85 anos de ambos os sexos, correspondendo o nosso objecto de estudo. O estudo teve a autorização do Delegado de Saúde do Concelho do Porto Novo, com o consentimento voluntário dos participantes, garantia de anonimato e sigilo, preservando assim, as questões éticas e legais exigidas. O estudo decorreu no período de Dezembro a Janeiro de 2012/13.

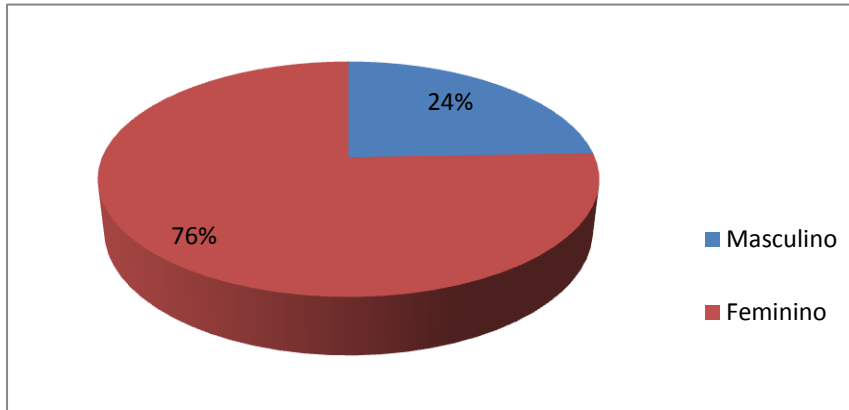


**Gráfico 1** - População geral da povoação da Lagoa por faixa etária;

**Fonte:** Dados da pesquisa realizada pelos autores.

O gráfico acima demonstra a distribuição populacional por faixa etária da zona de Lagoa. Como podemos verificar é uma população maioritariamente jovem, correspondente a mais de 72,1% da população do povoado. Outro dado é a elevada taxa de natalidade (40 crianças de 0 à 5 anos) e de 6 à 17 anos o número 75 ao todo correspondente a 35,7% dos habitantes, por conseguinte em idade escolar. A população alvo em estudo (45 à 85 anos) é de 129 pessoas o que dá uma percentagem de 26,3% do universo. Os indivíduos de mais de 85 anos são de 0,6%.

## SEXO



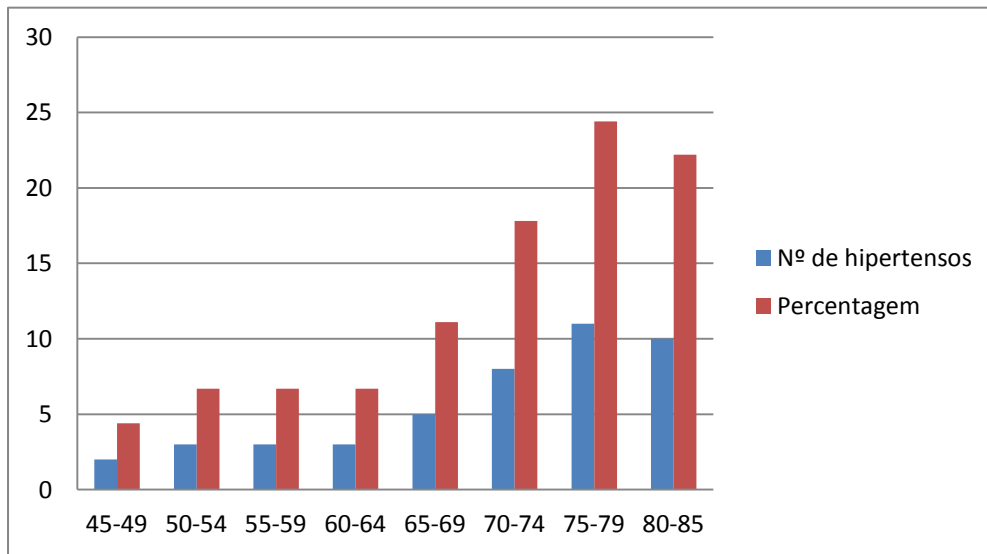
**Gráfico 2** - Hipertensos segundo o sexo (45 a 85 anos);

**Fonte:** Dados da pesquisa realizada pelos autores

Pode-se observar no gráfico acima, que a maioria dos hipertensos é do sexo feminino (75%) e o restante 25% do sexo masculino. Salientamos que a maioria das utentes hipertensas é domésticas.

Os dados obtidos nesta comunidade contradiz a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2007) que afirma que quanto ao género, masculino ou feminino, em vários estudos realizados relataram não ser um importante factor relacionado com o risco de hipertensão arterial, porque a prevalência de hipertensos entre os géneros não foi significativa.

## PREVALÊNCIA DOS HIPERTENSOS POR FAIXA ETÁRIA

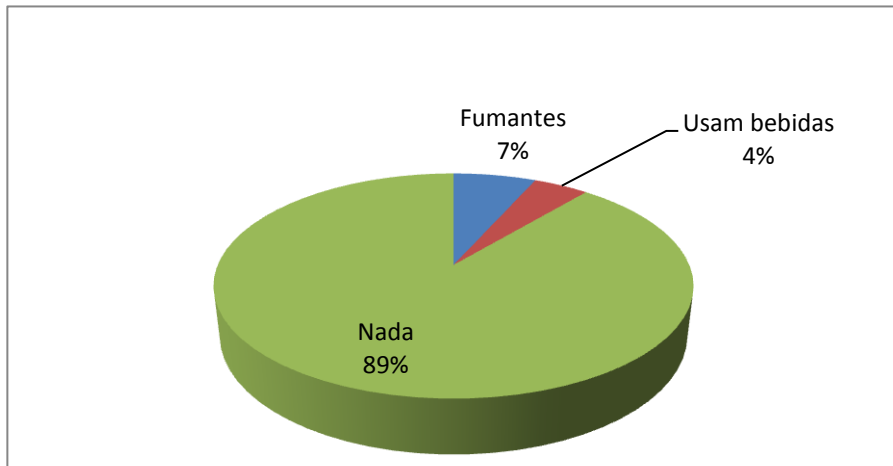


**Gráfico 3** -Prevalência dos hipertensos por faixa etária.

**Fonte:** Dados da pesquisa realizada pelos autores.

No gráfico acima, esta representada os subgrupos de hipertensos dentro da faixa de idade pré-estabelecida (45 a 85 anos). Podemos verificar que nos subgrupos dos 45 a 64 anos, encontramos uma média de hipertensos que ronda os 6% por faixas etárias, correspondente a 11 utentes. Conclui-se que nesses subgrupos acima referidos se notam uma baixa prevalência de hipertensos. No subgrupo compreendido entre 65 a 69 anos encontramos 5 utentes. Os dados apresentados no gráfico 2, demonstram a existência de uma paridade de hipertensos em porcentagem nos subgrupos etários dos 70 a 85 anos, onde encontramos o maior número de hipertensos, totalizando 64.4%, correspondo em número de 29 utentes distribuídos de seguinte forma: dos 70 a 74 anos o número de 8 utentes, uma taxa de 17.8%, de 75 a 79 anos, uma porcentagem de 24.4%, perfazendo o número de 11 utentes e por ultimo o subgrupo dos 80 a 85 anos, no número de 10 utentes, correspondente a 22.2% dos utentes em análise. Assim, reforça a ideia de Yamamoto e Diogo (2002), que é alta a prevalência de hipertensão arterial em idosos, mas não referencia em seus estudos qual subgrupo possa ser mais hipertenso que o outro.

## HÁBITOS TABÁGICOS E ALCOÓLICOS



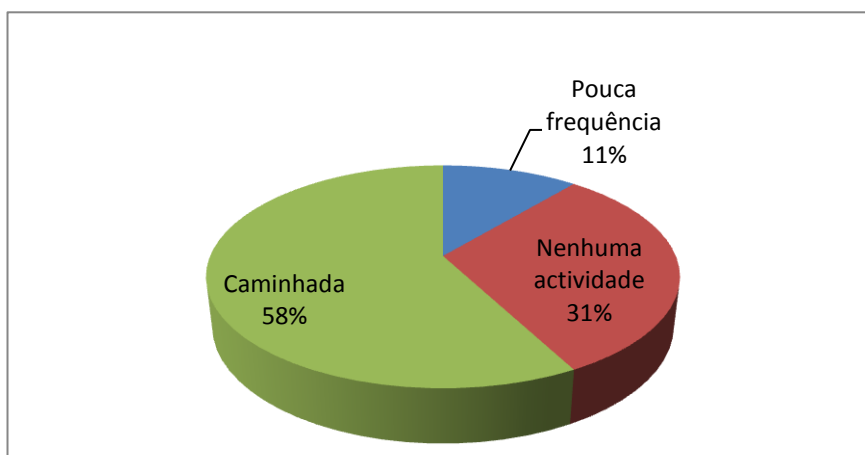
**Gráfico 4** – Hábitos tabágicos e alcoólicos.

**Fontes:** Dados da pesquisa realizada pelos autores.

Verifica-se pelo gráfico, a mudança de comportamento dos hipertensos quanto ao uso do álcool e tabaco. Do universo de 45 utentes hipertensos, 3 têm hábito tabágicos (6,6%) e apenas 2 têm hábitos alcoólicos perfazendo no total de 4,4% dos hipertensos. Não deixaremos de realçar a elevada taxa de alcoolismo e tabagismo a nível geral: dos dados colectados durante o estudo, 66 indivíduo dos 15 aos 75 anos normotensos têm hábitos alcoólicos e que 54 são fumantes. São dados alarmantes tendo em conta que esse comportamento constitui factores de alto risco para a saúde e que no futuro próximo essas pessoas são potenciais candidatos a doenças crónicas, entre elas, a hipertensão arterial.

A necessidade de adopção de hábitos saudáveis, como o de redução do uso de álcool e de fumo, também foi um dos temas abordados e as consequências na saúde. A inclusão do tema abstenção de álcool e fumo, como parte do tratamento da hipertensão arterial, destaca não só o facto de o álcool elevar os níveis de pressão arterial, mas também por reduzir os efeitos dos medicamentos anti-hipertensivos. Entre os homens, cujo consumo de álcool é mais elevado, são também notados índices mais altos de hipertensão.

## ACTIVIDADE FÍSICA

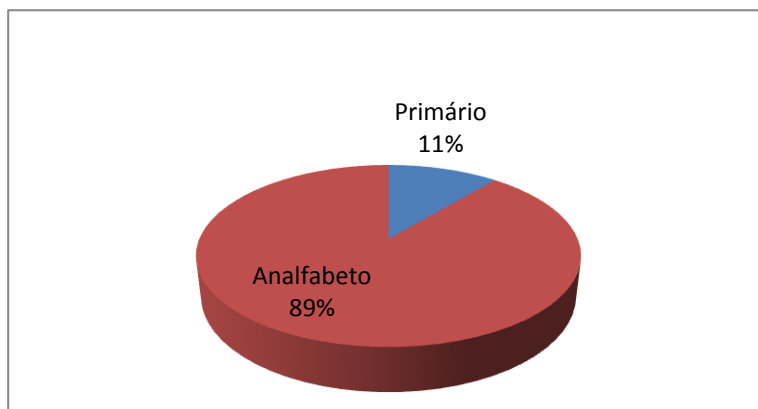


**Gráfico 5** – Prática de actividade física.

**Fonte:** Dados da pesquisa realizada pelos autores.

Em relação a actividade física pudemos constatar que dos 45 utentes hipertensos, 26 utentes, correspondente a 57.7% realizam actividades físicas não programadas; 14 utentes, perfazendo 31.1% não fazem nenhuma actividade física, alegando dificuldade motora e idade avançada e 5 utentes, correspondente a 12.1% fazem actividade pouco frequente devido a falta de tempo. O desconhecimento dos benefícios da actividade física é um factor que inibe e que juntando a outros factores como por exemplo: problemas físicos, a orografia local (rocha e encostas escarpadas). Como vimos anteriormente 75% dos hipertensos são mulheres na maioria chefes de famílias empenhadas na educação dos filhos, manutenção da casa e outros, prejudicando-as na realização de actividade física programada e regular.

## NÍVEL DE ESCOLARIDADE



**Gráfico 6** – Nível de escolaridade.

**Fonte:** Dados da pesquisa realizada pelos autores.

Na maioria dos utentes é perceptível a necessidade de maior desenvolvimento humano tendo em conta a elevada taxa de analfabetismo prevalecente nessa faixa etária em análise (45 a 85anos) é de 89% perfazendo 40 hipertensos. Deste universo apenas 5 utentes sabem ler, correspondendo a 11% dos utentes. Por conseguinte essa grande maioria de utentes que não sabem ler tem menos oportunidade de adquirirem conhecimentos e mais dificuldade em gerir as informações no que diz respeito a sua condição de doentes crónicos, assim sendo, uma fraca aderência ao processo de auto-cuidado.

A maioria dos utentes encontram-se limitados em participar em actividades que contribuam como forma para o seu desenvolvimento pessoal, alegando problemas do quotidiano como por exemplo falta de emprego, estresse, falta de recursos económicos, gerando assim, instabilidade da pressão arterial e desviam a atenção dos sujeitos no que diz respeito à realização de comportamentos voltados para a saúde.

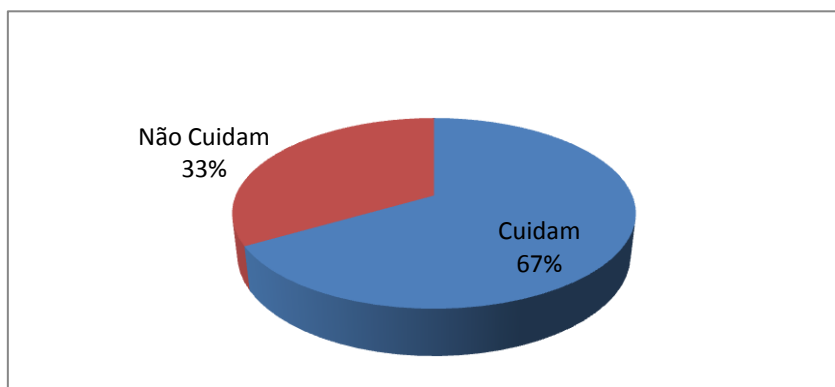
São aspectos que devem ser considerados pelo enfermeiro com o objectivo de oferecer condições ao paciente para rearranjar sua condição de vida para melhor fazer frente aos estímulos internos e externos. Também foi constatado que os utentes têm uma rede de suporte social limitada, o que diminui as formas de apoio à pessoa.

Quanto a compreensão do processo de saúde há necessidade de uma linguagem simples e de fácil entendimento na abordagem a estes utentes, devido ao baixo grau de escolaridade.

É neste sentido que WOODS; FROELICHER; MOTZER, (2005) afirmam que o enfermeiro tem responsabilidade de orientar seu utente podendo compartilhar tal tarefa com outros profissionais. Mais podem surgir situações especiais, em que o enfermeiro tem

a responsabilidade de esclarecer o paciente sobre a hipertensão arterial, fazendo com que o mesmo compreenda sua patologia e suas características. Os mesmos complementam, dizendo que existem situações que impedem que a acção do enfermeiro tenha êxito como a baixa escolaridade dos pacientes impedindo-os de ler e escrever, falta de entendimento sobre a importância do tratamento principalmente porque a patologia, na maioria das vezes, não apresenta sintomas aparentes. Por conseguinte, consideram a baixa capacidade de ler e escrever uma das principais barreiras para a orientação bem-sucedida do paciente, reflectindo na falta de compreensão da importância de tratar uma condição sem sintomas aparentes, além de ter que enfrentar os mitos, percepções e crenças que os pacientes possuem em relação a sua saúde.

### CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO



**Gráfico 7** – Cuidados com a alimentação

**Fonte:** Dados da pesquisa realizada pelos autores.

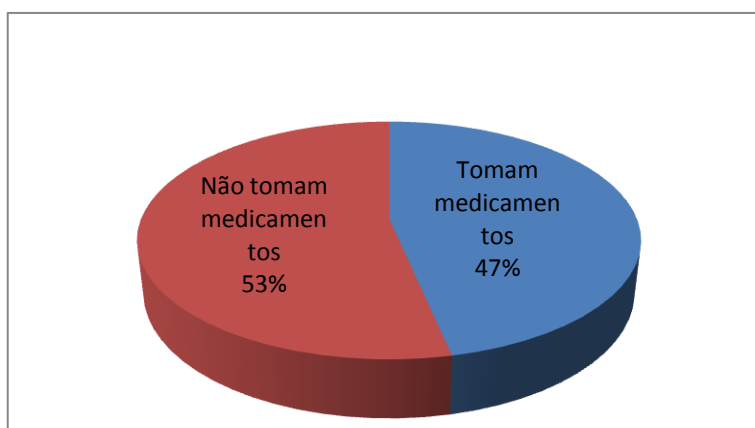
O Gráfico 7 refere-se à toda amostra dos hipertensos no que diz respeito ao cuidado com a alimentação. Percebe-se que a maioria dos utentes afirmaram que cuidam da alimentação no geral principalmente quanto ao uso de sódio e gordura. Importante frisar, que nos últimos tempos, as consultas médicas são acompanhadas por uma nutricionista que ao nosso ver é uma mais-valia para a orientação nutricional desses hipertensos. Durante as visitas constatamos que a maioria dos hipertensos não possuem condições financeiras para fazerem uma dieta balanceada mas, estão consciente dos cuidados que devem ter com a alimentação no que respeita o uso do sal, gorduras e bebidas alcoólicas. No gráfico acima,



vê-se que 66.6%, somando um total de 30 hipertensos, responderam que cuidam da alimentação. Já 33.4% ou seja 15 hipertensos responderam que não.

Segundo Molina et al. (2003), as condições nutricionais são factores preponderantes para a manutenção de uma população saudável, no que diz respeito as doenças cardiovasculares que geralmente são resultados finais de estágios de hipertensão arterial não controlados.

### ADESÃO TERAPÊUTICA



**Gráfico 8** – Adesão Terapêutica

**Fonte:** Dados da pesquisa realizada pelos autores.

Pode-se verificar no gráfico acima que 21 utentes responderam que tomam medicamentos regularmente, uma adesão de 46.6% e 24 reponderam que não tomam medicamentos com regularidade no total de 53.4%.

A atenção disponibilizada pela equipa de saúde ao utente hipertenso e a forma como a assistência à saúde se organiza interferem para uma boa adesão ao tratamento. Durante os contatos com os utentes, tivemos a oportunidade de constatar que um dos principais problemas que interferem na adesão ao tratamento está no acesso dos pacientes ao próprio medicamento. A maioria não consegue custear os seus medicamentos e nem a Delegacia de Saúde esta em condição de responder a demanda referente a anti-hipertensivos à todos os utentes do concelho.

#### **4.1 Deficits de auto-cuidado constatado no seio dos utentes durante as visitas domiciliárias**

Consideramos a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem de utilização adequada para este estudo, principalmente o deficit de auto-cuidado em que a enfermagem passa a ser uma exigência quando um adulto acha-se incapacitado ou limitado para promover o auto-cuidado contínuo e eficaz. Neste caso Orem (2004) propõe ajuda durante a consulta de enfermagem em que o enfermeiro orienta (ensina) o utente para o seu auto-cuidado. A Teoria enfatiza a competência para desenvolver a capacidade mental para se autodirecionar no seu ambiente, permitindo o portador de hipertensão realizar acções voltadas ao seu auto-cuidado.

Os deficits de auto-cuidado identificados nos portadores de hipertensão estão relacionados com a alimentação, à actividade física, à ocupação profissional, à medicação, entre outros.

##### **4.1.1 - Alimentação**

Salienta-se que essa comunidade não dispõe de meios económicos suficientes para ter uma dieta equilibrada a fim de proporcionar nutrientes necessários a manutenção de um organismo saudável.

Foi constatado alguma falta de conhecimento quanto a mudança de hábitos alimentares associados a escassez de recursos. Essa dificuldade pode ser percebida pelos discursos dos utentes:

*– Com essa dificuldade que passamos porque como vês já não consigo trabalhar, não temos por onde escolher. Comemos o que aparecer e quando aparecer [...] já não tenho nada estou a espera do dinheiro da pensão que vem do Porto Novo (Dona Monte – 65 anos).*

– Não tenho dinheiro para comprar galinha congelada ou outras coisas de estrangeiros, dizem que as coisas de terra não precisam tirar pele e essa gordura não faz mal a saúde porque é natural [...] (Sr. Rocha – 70anos).

– Eu procuro cuidar, só que as vezes não consigo cumprir com tudo o que o doutor me recomenda, mas, uso pouco sal, tento evitar gorduras, não como coisas de porco, como sempre que poder verduras e hortaliças [...] (Dona Flôr – 47anos).

– Não tenho muito escolha, a alimentação é milho e arroz. As vezes escasseiam quando não encontro algum dia de trabalho de larva ou outra coisa para fazer [...] (Dona Encosta – 45anos)

Fizemos várias entrevistas a esse respeito. As respostas dadas pelos outros são similares aos que estão acima.

Alguns autores enfatizam a importância para o hipertenso da prática de uma dieta equilibrada, com reduzido teor de sódio, baixos níveis de gorduras (saturadas) e restrição ao açúcar refinado. Ao falar na reeducação alimentar é preciso levar em conta que para muitas pessoas: comer é uma das coisas mais importantes da vida, um dos maiores prazeres, uma grande compensação ou até uma forma de sublimação de seus problemas. O simples facto de alguém chegar e impor mudanças na sua alimentação rotineira, pode levar o indivíduo ao abandono do tratamento. Por isso, ao procurar propor um novo tipo de alimentação ao hipertenso, é importante conhecer primeiro, seus hábitos alimentares, para posteriormente, adequá-los; criando propostas alternativas e adaptações necessárias, que facilitam mudanças, que não sejam radicais, a ponto de privá-los dos seus prazeres alimentares.

O enfermeiro desempenha um papel importante como educador nas questões alimentares, mesmo se houver profissional específico (nutricionista) porque reforça a compreensão no que se refere a alimentação adequada ao utente hipertenso, simplificando e socializando a troca de conhecimentos, não apenas com o utente, mas também com a família do mesmo, fazendo da educação em saúde um factor que contribui para a adesão ao tratamento para a sua qualidade de vida.

Desta forma o utente estará motivado para realizar o seu auto-cuidado, em especial, ingerindo uma dieta equilibrada e, conseqüentemente, mantendo controlada a sua pressão arterial.

#### **4.1.2 - Actividade física**

Durante as visitas domiciliárias efectuadas, questionamos os utentes hipertensos sobre a prática de actividade física, as respostas foram as seguintes:

– [...] *por aqui quem não mexe é manco ou está doente. Eu saio de casa de manhã volto à tarde, cuido da minha horta e dos meus bichos .... Não tenho tempo para mais nada. (Dona Horta – 58anos;)*

– *O médico me falou na consulta para eu dar algumas voltas no redor da casa, mas, tenho medo de cair porque essas pernas já estão para voltas [...] tomo os meus remédios e esperar pela graça de Deus. (Dona Quinta – 75 anos);*

– *Sei que actividade física é boa e faço todos os dias – vou a sentina buscar água, catar lenha e feijão na merada, ainda resta cuidar de casa e dos filhos [...] (Dona Roseira –48 anos).*

Constatamos que maioria dos hipertensos realizam actividade física regular (57,7%), de forma não programada. Mas, no labutar diário, a maior parte tem consciência que realiza alguma actividade que possa fazer parte do seu tratamento.

Segundo Batista SMM, (1999 p.55), *o exercício físico é fundamental para a preservação e para a conquista da saúde e pelo contrário, o sedentarismo é considerado um dos mais importantes factores de risco, para o conjunto de doenças crónico degenerativas.*

Nessa mesma lógica, Monteiro e Sobral Filho, (2004) alerta-nos que a tendência de utilizar precocemente agentes medicamentosos, está sendo substituída cada vez mais pela implementação da prática gradual e regular das actividades físicas, que visa não só uma redução estatística em números de hipertensos, mas, também, uma melhora natural da condição de vida da população. Acrescenta ainda que, actualmente, o sedentarismo aparece como preponderante factor de risco para os hipertensos. Indivíduos que não praticam exercício físico são mais propensos a desenvolverem hipertensão arterial e sendo assim, aumentarem a taxa de eventos patológicos cardiovasculares, bem como o número de mortes e sequelas decorrente da doença.

Nas visitas domiciliárias, abordamos a prática da actividade física regular com os hipertensos, principalmente os identificados com esse deficit de auto-cuidado, tentando incuti-los este procedimento com mais rigor.

### **4.1.3 - Ocupação profissional**

Outro aspecto detectado é a falta de uma actividade efectiva principalmente os que estão em idade laboral. Todos são unânimes que não há emprego público nem privado, o que torna as suas vidas muito difícil. Se tomar em conta que a ocupação profissional constitui um factor importante na vida das pessoas, pois para além de propiciar meio de subsistência necessária a vida, a actividade profissional proporciona bem-estar, decorrente da realização de algo produtivo. A falta de um emprego, trabalho ou ocupação traz sérias consequências na vida das pessoas, especialmente os que vivem em meios pequenos e sem recursos. Entre os hipertensos, na sua maioria mulheres, revelaram como tem reagido perante essa situação no seu dia-a-dia:

– [...] *há tempos que não tirei nenhum dia de trabalho, esqueceram-se de nós, nem a Câmara, nem a Associação, nem o Governo olha para nós [...]* (Dona Alface – 45 anos);

– *Tenho (...). filhos, eu e o meu marido não trabalhamos, com meninos na escola. O que fazer? Este ano choveu muito pouco é Deus que nos acuda! [...]* (Dona Manga – 53 anos);

– [...] *Desenrasco com alguma coisa da horta e das minhas cabrinhas, agora a zona está desanimada [...]* (Sr. Ribeiro – 68anos).

As dificuldades enfrentadas pelos utentes, no que concerne a ocupação profissional foram evidentes durante a conversa com os mesmos: retrata carências de vária ordem, provocado por falta de emprego no seio familiar, consequentemente apresentam deficit no que diz respeito a ocupação. Nesta sentido cabe a nós, enfermeiros, escutar essas preocupações e, juntos de instituições competentes, tentar solucionar o problema com o intuito de encontrarem uma actividade profissional compatível, contribuindo assim para uma maior satisfação e melhoria da auto-estima.

### **4.1.4 - Tratamento medicamentoso**

Nos encontros domiciliários efectuados no decorrer do estudo, foi possível comprovar as dificuldades que os utentes hipertensos apresentam no seu quotidiano, no que tange a obtenção e o uso regular da medicação. Detectamos que a maior parte dos hipertensos, logo no início em que foi diagnosticada a hipertensão, tinham dificuldades em compreendê-la e como lidar com ela. Isto devido as mudanças provocadas em suas vidas: que têm necessidade de fazer uso regular de medicação, de forma sistemática, para o resto

das suas vidas. Também devido a dificuldade económica, os utentes enfrentam dificuldade em obtenção de medicamentos, visto que são relativamente caros e se não foram fornecidos pela farmácia do estado não tomam medicação de forma regular. Para além das dificuldades, a maioria dos hipertensos tem consciência da importância do uso da medicação, refiram-se:

– [...] *no início esquecia sempre de tomar os remédios, mas com o tempo acabei-me por acostumar, não cabia muito bem na minha cabeça passar toda a vida a tomar comprimidos [...] os médicos ralhavam comigo nas consultas diziam se não tomasse medicação poderia ser pior e que poderia ficar invalido por resto da vida ou então morrer [...]* (Dona Ervilha)

– *Quando o médico vem dar consulta recebo remédios mas não chega para os três meses, daí acabamfco vários dias sem medicamentos porque não há dinheiro para comprar [...] mando a ficha de controlo para fazer receita por um condutor ou por outra pessoa, dizem que não tiveram tempo ou então não encontraram na farmácia, assim fico a espera para a próxima consulta.*

– [...] *Esses remédios me atrapalham porque são muitos para além de tensão alta, tenho diabete, colesterol, e dor nos ossos e quem não sabe ler já sabes são uns [...]* (Dona Serra, 78anos).

Constatamos durante os contactos com os utentes e que estão também evidenciados nas entrevista acima descritas, alguns factores que dificultam a adesão ao tratamento entre os quais: baixo nível socioeconómico; alta taxa de analfabetismos; falta de conhecimento do paciente sobre a doença; aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar e baixo auto-estima; tempo relativamente longo entre as consultas; dificuldade na marcação de consultas intercalares; custo elevado dos medicamentos, além de efeitos colaterais indesejáveis, o que interfere na qualidade de vida após o início do tratamento.

Segundo Busneloet al, (2001);Lessa etal, (1997) o controle da hipertensão pode ser feito através de fármacos, os quais podem reduzir significativamente os valores da pressão arterial. Entretanto, controlar a hipertensão através de medicamentos frequentemente gera complicações devido à displicência do paciente, que muitas vezes não respeita a orientação médica para utilização do medicamento.

## 5. CONCLUSÃO

A realização do presente estudo possibilitou-nos uma maior aproximação com a problemática da hipertensão arterial, como sendo a doença crónica com maior incidência a nível mundial. Foi um privilégio lidar directamente com pessoas que convivem com essa doença crónica, tendo oportunidade de conhecer os principais problemas e constrangimentos com que deparam essa comunidade, abrangendo dimensões físicas e emocionais dos indivíduos, com interferência no estilo de vida e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos mesmos.

A população possui uma grande debilidade de recursos o que a leva a ter hábitos alimentares, costumes e estilos de vida singulares. Tem maior probabilidade de desenvolver patologias crónicas, isto porque a variedade de nutrientes é escassa, estando os mesmos dependentes dos recursos que cada família produz através da agricultura e criação de animais. Os alimentos saudáveis que pudemos identificar nessa zona foram: frutas, milho, feijão, verduras.

Quanto ao rendimento, a população idosa depende apenas da pensão social e de ajuda de familiares que vivem no estrangeiro. Esses poucos recursos económicos que dispõem, não lhe permita, na maior parte das vezes, a aquisição de uma gama de alimentos variados em qualidade e quantidades suficientes. Assim, devido a este factor, aliada à falta de chuva, a população é obrigada a alimentar-se com aquilo que dispõe e que não se considera uma alimentação equilibrada e saudável. Estando numa localidade rural, um pouco isolada, tem menos contacto com informações de todo o tipo, sendo que a falta de informações sobre a prevenção de doenças e promoção da saúde se realça como um dos factores de riscos.

Na zona de Lagoa não existem moradias que tenham casas de banho o que dificulta o tratamento dos dejectos e o saneamento da casa, dos arredores e da localidade o que influencia no estado de saúde da população.

Sendo a hipertensão arterial, o aumento da pressão arterial acima dos valores considerados normais, é de realçar a importância do utente adquirir estilos de vida saudáveis: uma alimentação que não inclua muita gordura saturada; excesso de sal ou

fritos; a prática regular e programada de exercícios físicos... Relativamente ao exercício físico constata-se que uma boa parte dos habitantes faz muita caminhada, devido ao facto de trabalhar longe da sua residência.

A população tem uma taxa de incidência baixa a nível do uso do álcool e do tabaco o que nos indica que esses vícios não são factores que influenciam sobremaneira a taxa de pessoas com H T A, nesta localidade.

Conclui-se que o nível de escolaridade é baixo, o que implica um fraco conhecimento a nível da saúde e estilos de vida saudáveis.

Os resultados do estudo demonstram, inicialmente, a presença de diversos factores de risco, entre eles: difícil situação socioeconómica, identificação de hábitos nocivos à saúde como tabagismo e alcoolismo na camada jovem bem como o desconhecimento da doença em si e as suas consequências. Também deparamos com a fraca adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que esta relacionado principalmente com a dificuldade em aquisição dos medicamentos, quando estes não são cedidos pela farmácia do estado.

É certo que, o utente hipertenso irá conviver com a doença por toda a vida, sendo necessário ser acompanhado por uma equipa multidisciplinar em que o enfermeiro tem um papel fundamental em fomentar a educação no tocante a saúde, promovendo o auto-cuidado e acima de tudo melhorar a qualidade de vida dos hipertensos. Neste contexto, é necessário que os utentes sejam esclarecidos e orientados quanto à sua doença, fazendo parte da nossa actuação durante as visitas domiciliárias, aproveitando não apenas o utente hipertenso como também toda a família para o ensino e prática do auto-cuidado. É importante que o enfermeiro dê atenção as acções básicas como: tentar modificar o estilo de vida do paciente (tendo sempre em conta a situação socioeconómico); a avaliação da pressão arterial regularmente, orientar quanto à medicação, prevenindo assim possíveis consequências mórbidas e muitas vezes fatais.

Durante o desenvolvimento do nosso trabalho tivemos a percepção que a identificação do défice nos utentes hipertenso não é suficiente para solucionar problemas, mas sim através de uma abordagem holística em que o indivíduo hipertenso no seu contexto familiar consiga entender o quanto esses deficits representam para a sua saúde bem como para a realização do auto-cuidado.

É nosso dever, enquanto profissionais de saúde e cidadãos, congregar esforços para a construção e implementação de mais e novas pontes estratégicas de proximidade, que



permitam prestar cuidados de qualidade aos hipertensos, independentemente da margem em que estes se encontrem.

Nesta óptica, estamos empenhados juntos das instituições competentes, em primeiro lugar a Delegacia de Saúde de Porto Novo, no sentido de disponibilizar medicamentos suficientes para esses hipertensos, que na sua maioria são carenciados e não conseguem adquiri-los por meios próprios. Estando ciente do esforço feito pela instituição no intuito de sanar esse défice, é de salientar a elevada demanda dos anti-hipertensivos ao nível do Concelho e que a quantidade disponível na farmácia estatal é insuficiente. Também encetamos contactos com a Câmara Municipal e outras instituições apelando uma intervenção a nível social no que diz respeito ao desemprego generalizado, condições de habitabilidade e saneamento básico que afecta de forma directa essa comunidade, reflectindo na sua saúde e no seu bem-estar.

Comprometidos com o objectivo desse estudo que é a promoção do auto-cuidado, vamos manter contactos periódicos com os hipertensos e as respectivas famílias, servindo-se de intermediários entre eles e as instituições acima mencionadas, no sentido de ajudá-los na resolução dos seus problemas e por conseguinte contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Procuraremos avaliar os resultados e o impacto do ensino e promoção do auto-cuidado junto dessa comunidade e a sua influência directa ou indirecta na melhoria da hipertensão e suas consequências e que essa seja uma experiência piloto aplicável futuramente noutras comunidades do concelho ou quiçá em toda a Ilha, abordando novas problemáticas a nível de saúde.

Esperando que esse trabalho possa servir de algum modo para futuros pesquisadores na área da saúde em geral, afirmamos que, ainda há muito a fazer em relação a situação dos utentes hipertensos desta comunidade. Por outro lado, concluir algum estudo definitivo sobre esse tema seria surreal, ou no mínimo um sofismo. Devemos estar imbuídos de perseverança, de trabalho e de empenho para mudarmos essa realidade ainda tão aquém de nossas expectativas, quer seja pela óptica científica, quer seja pelo prisma social.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGELO, M. et al 1995 – “Do empirismo a ciência: evolução do conhecimento da enfermagem. Revista da Escola USP. Vol.29, Nº 3
- American Heart Association. Disponível em:  
<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4708>
- BATISTA S. M., Carvalho T. **Tratamento não medicamentoso: a alimentação e mudança para um estilo saudável de vida** . In: boresnstein MS, organizadora, PortoAlegre, 1999. P.55-77.
- BRANDÃO, A. P. et. al. **Curso de Reciclagem em Cardiologia**. Fascículo II. SãoPaulo: Pfeser, 1993.
- BRUM, P. C. 2006 – “Hipertensão Arterial e exercício físico aeróbico”. In: **Cardiologia do Exercício: do atleta ao cardiopata**. 2ª Edição, São Paulo: Manole
- CALDAS, C. P.; SALDANHA, A. L. **Saúde do Idoso. A arte de cuidar**, 2ª Edição Rio de Janeiro: Interciência, 2004
- CAMACHO A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev Latino-americanaEnfermagem**, v10, n. 2, p.229-33, março-abril, 2002
- CHOMPRÉ RR. Autocuidado: necessidade ou responsabilidade? **Rev Baiana Enfermagem** - 1994;
- COLLIERE M. F., **Cuidar... A primeira arte da vida**, 2ª edição Lusociencia (2003) p.61
- COSTA, M. A, - **Notas de campo da disciplina de avaliação do mestrado em supervisão** – 2002

- FELIPE, GF. 2008 – “Investigação de dificuldades na sistematização da assistência de enfermagem a pacientes com não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo realizado nas unidades básicas de saúde da secretaria executiva regional IV de Fortaleza” – Ceará. In: Anais da 11ª Semana Universitária da UECE;
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p.44
- GIRERD, X.; DIEGOS S.; HENZEY, J.V. 2004 – “Guia pratico da Hipertensão Arterial”, 1ª Edição, Lisboa
- GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. 1993 – “Measuring health-related quality of life. Annals of Internal Medicin”, v. 118, n. 8, p.622-629
- GUS, I. 2002 – “Prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Rio Grande do Sule factores de risco associados.” Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo
- KAPLAN, N. M.; OPIE, L. H. 2006 – “Fármacos Anti-hipertensivos.” In: OPIE, L. H. (Ed.). Fármacos em Cardiologia. 4. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- KEARNEY, P. M. et al. 2005 – “Global burden of hypertension: analysis of worldwide data”. Lancet, P.217-223.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. 2003 – “Sociologia geral.” 7ª Edição, São Paulo: Atlas, P: 188
- LESSA, I. 1998 – “ Epidemiologia da Hipertensão Arterial: O Adulto brasileiro e as Doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- MINAYO, M.S. 2004 – “**Pesquisa social:** teoria, método e criatividade”, 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes
- OREM, DE. **Nursing - concepts of practice**. 5ª ed. St Louis: Mosby - 1995.
- OREM, D. E. Nursing: ConceptofPratice, 3ª Edição, traduzido por Fernando Volker Nova York, 2004

- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. 2004 – “Fundamentos de Pesquisa em enfermagem, Métodos, Avaliação e Utilização, 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed
- PRIETO, L.; SACRISTÁN, J. A. Problems and solutions in calculating quality adjusted life years (QALYs). **Health and quality of life outcomes**, v. 1, p.80, 2003.
- ROBBINS, M. A. et al. 1994 – “Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosomatic Medicine*, v. 56, p.251-256
- ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. 1999 – “Epidemiologia & Saúde”. 5ª Edição. Rio de Janeiro: MEDSI
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (2002). Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, 04(05), 131-135
- SILVA, J. M.; SILVEIRA, E. 2004 – “Apresentação de Trabalhos Acadêmicos: Normas e técnicas”. Petrópolis, RJ: Vozes.
- SARAIVA, K.I.R.O, SANTOS, Z.M.S.A, LANDIM, F.L.P, LIMA, H.P, SENA, V.L.O **processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento**, Florianopolis, 2007; (16) 1:63-73.
- STAESSEN, J. A. et al. 2003 - “Essential hypertension.” *Lancet*, v.361, n. 9369, P.1629-1641.
- VELARDE-JURADO, E.; ÁVILA-FIGUEROA, C. 2002 – “Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, v. 44, n. 4, p.349-361.
- THE WHOQOL GROUP - The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, 1995
- TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

- YOUSSEF, R. M.; MOUBARAK, I. I.; KAMEL, M. I. 2005 – “Factors affecting the quality of life of hypertensive patients”. Eastern Mediterranean Health Journal, v.11, P.109-118
- WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em Cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005. Cap. 32, p. 909- 945.

## 7. ANEXOS

### Faixa Etária da população da comunidade de Lagoa

	Frequência	Percentagem
Valido 0 à 12 anos	113	23.2
13 à 17 anos	59	12.1
18 à 44 anos	183	37.6
45 à 85 anos	129	26.5
86 à 95 anos	3	6
Total	487	100

### Sexo

	Frequência	Percentagem
Valido Masculino	11	25
Feminino	34	75
Total	45	100

### Prevalência dos hipertensos por faixa etária

	Frequência	Percentagem
Válido 45 à 49	2	4.4
50 à 54	3	6.7
55 à 59	3	6.7

60 à 64	3	6.7
65 à 69	5	11.1
70 à 74	8	17.8
75 à 79	11	24.4
80 à 85	10	22.2
Total	45	100

### Nível de escolaridade

	Frequência	Porcentagem
Valido Analfabeto	40	89
Primário	5	11
Total	45	100

### Hábitos tabálgicos e alcoólicos

	Frequência	Porcentagem
Valido Fumantes	3	7
Usam bebidas	2	4
Nada	40	89
Total	45	100

### Cuidados com alimentação

	Frequência	Percentagem
Valido Cuidam	30	66.6
Não cuidam	15	33.4
Total	45	100

### Adesão terapêutica

	Frequência	Percentagem
Valido Tomam medicamentos	21	46.6
Não tomam medicamento	24	53.4
Total	45	100

### Actividade física

	Frequência	Percentagem
Valido Pouca frequência	5	11
Nenhuma actividade	14	31
Caminhada	26	58
Total	45	100



## Questionário da Pesquisa

Somos alunos finalistas no presente ano do curso de conclusão de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo. No âmbito da elaboração do nosso trabalho de fim de curso, sobre o tema “Hipertensão Arterial” agradecia respeitosamente a sua colaboração respondendo a este questionário, de carácter confidencial, e cujos dados se destinam unicamente, a tratamento estatístico. Não existe respostas certas ou erradas. Garanto o anonimato e a confidencialidade das respostas.

**1. Faixa Etária:** 0 à 12 \_\_\_\_ 13 à 17 \_\_\_\_ 18 à 44 \_\_\_\_ 45 à 85 \_\_\_\_ 86 à 95 \_\_\_\_

**2. Sexo** – Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_

**3. Prevalência por Faixa Etária:** 45 à 49 \_\_\_\_ 50 à 54 \_\_\_\_ 55 à 59 \_\_\_\_ 60 à 64 \_\_\_\_

65 à 69 \_\_\_\_ 70 à 74 \_\_\_\_ 75 à 79 \_\_\_\_ 80 à 85 \_\_\_\_

**4. Nível de Escolaridade:** Analfabeto \_\_\_\_ Primário \_\_\_\_

**5. Hábitos Tabálgicos e Bebidas:** Fumantes \_\_\_\_ Usam bebidas \_\_\_\_ Nada \_\_\_\_

**6. Cuidados com Alimentação:** Cuidam \_\_\_\_ Não Cuidam \_\_\_\_

**7. Adesão Terapêutica:** Tomam Medicamentos \_\_\_\_ Não Tomam Medicamentos

**8. Actividade Física:** Pouca Frequência \_\_\_\_ Nenhuma \_\_\_\_ Caminhada \_\_\_\_

