

Online Brazilian Journal of Nursing
E-ISSN: 1676-4285
objn@enf.uff.br
Universidade Federal Fluminense
Brasil

Oliveira Rolim, Maysa; Euridéa de Castro, Maria
Adesão às orientações fornecidas no Programa de Controle da Hipertensão: uma aproximação aos Resultados Padronizados de Enfermagem
Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 6, núm. 1, 2007, pp. 15-27
Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453974003

Como citar este artigo
Número completo
Mais artigos
Home da revista no Redalyc

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ISSN: 1676-4285

OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing
PORTUGUÊS
Universidade Federal Fluminense
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
uff
Artigos Originais

Adesão às orientações fornecidas no Programa de Controle da Hipertensão: uma aproximação aos Resultados Padronizados de Enfermagem

Maysa Oliveira Rolim,[1]
Maria Euridéa de Castro [2]

[1] *Secretaria de Saúde de São Gonçalo do Amarante*
[2] *Universidade Estadual do Ceará*

RESUMO

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública, cujo controle é um desafio para os profissionais, em especial para os enfermeiros, cuja participação se dá nos três níveis de prevenção desta enfermidade. Contudo, muitas vezes, observa-se uma assistência ainda voltada ao modelo biomédico. Diante deste contexto, este estudo teve como objetivo geral: analisar a adesão às orientações fornecidas pela enfermeira do Programa de Controle da Hipertensão de um Centro de Saúde em Fortaleza, relacionado-a a Classificação dos Resultados de Enfermagem. Sessenta e quatro indivíduos constituíram os sujeitos do estudo, sendo os dados coletados por meio de entrevista, entre março e dezembro de 2004. Depreendeu-se que a clientela está informada acerca das mudanças necessárias de hábito de vida para o controle da doença, embora, por razões sociais, financeiras, estruturais ou orgânicas muitas vezes deixem de adotá-las. É fundamental uma assistência em que o indivíduo se sinta seguro e confortável para comparecer às consultas de acompanhamento, contudo, aderir às orientações muito depende de fatores sociais, os quais necessitam ser minimizados por meio de uma ação conjunta de todos os segmentos da sociedade.

Descritores: Hipertensão, Cuidados de Enfermagem, Saúde Pública.

Rolim MO, Castro ME. Compliance To the Hypertension Control Program and the Standardized Nursing Results: an exploratory study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):15-27. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6385

INTRODUÇÃO

Atualmente, deparamos com a mudança no perfil epidemiológico em relação às doenças cardiovasculares, as quais corresponderam a 38,5% de todas as mortes nos Estados Unidos em 2001,[1] e no Brasil, lideram o ranking da mortalidade, com 225 mil mortes por ano (27% do total).[2] Entre essas doenças, a hipertensão constitui um dos maiores problemas de saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, cujo controle tem-se tornado um desafio para os profissionais, visto que seu tratamento exige a participação ativa do indivíduo, no sentido de modificar alguns hábitos de vida prejudiciais à saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição orgânica.[3]

Mesmo com o fácil diagnóstico e a existência de uma grande diversidade terapêutica eficaz para o controle da hipertensão, apenas 50,8% dos brasileiros, que se estima serem portadores da doença, sabem possuir essa enfermidade, sendo que 40,5% estão em tratamento.[4]

Dentro desse contexto, grande ênfase tem-se dado às medidas não farmacológicas, de mudança no estilo de vida, para prevenção e controle dos níveis pressóricos elevados, que devem ser adotadas por todos os portadores de hipertensão, inclusive os farmacodependentes,[5] e por pessoas com forte antecedência familiar de doença hipertensiva.[6]

Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um indivíduo com hipertensão arterial, estão a redução do peso corporal, a dieta hipossódica e balanceada, o aumento da ingesta de frutas e verduras, a redução de bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos, a cessação/atenuação do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados.

Contudo, o portador de doença crônica, na maioria das vezes usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta diversas dificuldades sociais, econômicas, financeiras, que se tornam empecilhos para uma adesão terapêutica adequada, inclusive para a aquisição de medicamentos específicos, os quais são imprescindíveis para a garantia de uma boa qualidade de vida ou até mesmo de sobrevida.

O modelo assistencial vigente não está mais centrado no profissional médico, por esse modelo não mais responder às exigências do usuário do sistema de saúde nem às expectativas dos profissionais de enfermagem, que buscam maturidade profissional que lhes permita acolher o cliente, mantendo sua autonomia e obtendo resolutividade para os problemas encontrados no indivíduo, na família e na comunidade.[7]

Atualmente, há uma tendência mundial em estabelecer como tripé da prática profissional o diagnóstico, as prescrições e os resultados dessas prescrições. Essa tendência caminha para a construção de taxonomias de enfermagem, as quais organizam os fenômenos com os quais lidam profissionalmente.

Na área de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem têm tornado possível uma postura mais madura dos profissionais, por meio da prática de uma profissão mais estruturada.[8]

Os diagnósticos de enfermagem são capazes de fornecer a base científica para as ações do enfermeiro e de toda a equipe de enfermagem. Contudo, ao serem utilizados, exigem reflexão crítica para subsidiar uma assistência de enfermagem dinâmica e sistematizada, que possibilita um atendimento com maior qualidade.[7]

Oferecer uma assistência de enfermagem com qualidade requer uma implementação da sistematização da assistência com todas as suas fases: de levantamento de dados, diagnóstico, prescrição e evolução.[9]

Assim, urge que o enfermeiro seja capaz de analisar a eficiência de suas intervenções e

Rolim MO, Castro ME. Compliance To the Hypertension Control Program and the Standardized Nursing Results: an exploratory study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):15-27. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6385

práticas para assegurar seu papel nos cuidados de saúde e influenciar políticas de cuidados de saúde.

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) oferece uma linguagem que os enfermeiros podem usar para identificar e avaliar os efeitos das suas intervenções. Os dados sobre os resultados permitem que os profissionais participem de uma relação de igual para igual, numa equipe interdisciplinar, e desenvolvam os conhecimentos necessários ao aperfeiçoamento da prática de enfermagem.[10]

A NOC é um complemento às taxonomias da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e à Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), sendo o propósito da equipe de pesquisas da NOC, formada em agosto de 1991 na Universidade de Iowa, o de conceituar, rotular, validar e classificar os resultados do paciente submetidos aos cuidados de enfermagem.[10]

É fundamental que os profissionais de enfermagem aproximem-se dos parâmetros do processo de sistematização das ações de enfermagem, promovendo, dessa forma, a pesquisa e o posterior desenvolvimento.

A prática da enfermagem ao transcender o uso dos diagnósticos é capaz de auxiliar a definir e aperfeiçoar a profissão, bem como conduzir ao atendimento cada vez melhor dos indivíduos.

Dessa maneira, este estudo teve como objetivo geral: analisar a adesão às orientações fornecidas pela enfermeira do Programa de Controle da Hipertensão de um Centro de Saúde em Fortaleza-Ce, relacionado-a a Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) e como objetivos específicos: descrever as características clínico-demográficas de pacientes atendidos no referido Centro de Saúde; investigar a compreensão dos pacientes acerca das orientações feitas pela enfermeira com vista à manutenção da normalidade da pressão arterial; averiguar o cumprimento das medidas terapêuticas orientadas frente à necessidade de modificação no estilo de vida; relacionar os resultados do estudo aos Resultados Padronizados de Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada em um Centro de Saúde, na cidade de Fortaleza - Ceará, no período de março a dezembro de 2004.

A população constituiu-se por pessoas com hipertensão arterial que são atendidas no Programa de Controle da Hipertensão desenvolvido na Instituição em evidência. A amostra totalizou 64 indivíduos que são atendidos há, no mínimo, um ano, e periodicamente, pela enfermeira, e que se dispuseram a participar da pesquisa.

Foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista semi-estruturado, gravado, o qual constou de duas partes: a primeira sobre caracterização clínico-demográfica e sobre os fatores intervenientes para hipertensão, entre eles: idade, sexo, raça, escolaridade, peso, tabagismo, etilismo, antecedentes pessoais e familiares, e a segunda composta por perguntas abertas, a saber: Quais as orientações fornecidas pela enfermeira para controlar a sua pressão?; Das orientações dadas, quais as que você consegue fazer no dia-a-dia? Quais as que você não consegue? Por quê?; Você gosta das consultas da enfermeira? Você consegue entender bem o que a enfermeira lhe orienta?

No entanto, após transcrição completa das entrevistas, seguiu-se o Método da Análise de Conteúdo de Bardin.[11] As falas foram categorizadas por similitude em unidades temáticas, as quais foram aproximadas à Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

Aproximou-se as falas dos entrevistados aos Resultados Padronizados na Enfermagem, pois para que a enfermagem se integre completamente à pesquisa de avaliação clínica, ao desenvolvimento de políticas e ao trabalho interdisciplinar, os resultados do paciente influenciados pelos cuidados de enfermagem precisam ser identificados e medidos.[10]

Para a identificação das entrevistas, utilizou-se um código alfanumérico, sendo as letras correspondentes às iniciais do nome do entrevistado e os números a sua idade.

Nesta pesquisa foram respeitados os preceitos éticos e legais a serem seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.[12]

Para tanto, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo tido parecer favorável à realização da pesquisa, e ainda, para apreciação dadiretora da Instituição, autorizando o desenvolvimento do estudo.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado após o pré-teste e o consentimento por escrito dos entrevistados. Estes foram informados, de maneira clara e precisa, acerca da justificativa e dos objetivos do estudo, do anonimato a elas garantido e do livre-arbítrio de poder retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização clínico-demográfica

Relativo ao primeiro objetivo do estudo, depreendeu-se que os entrevistados possuem a seguinte constituição: 47 (73%) são do sexo feminino, 57 (89%) pertencem à faixa etária de 50 anos ou mais, 28 (44%) têm estado civil casado, 55 (86%) têm como religião a católica, 39 (61%) possuem o ensino fundamental incompleto, 50 (78%) consideram-se pardos, 17 (27%) são aposentados e 16 (25%) são donas de casa.

No que se relaciona ao sexo, ao atingir 65 anos de idade, as mulheres têm maior prevalência de hipertensão do que os homens. Mulheres com idade acima de 45 anos são pessoas com hipertensão sem aumento do débito cardíaco e com resistência vascular periférica e pressão arterial sistólica elevadas.[13]

No que diz respeito à idade e à raça, outros aspectos de expressiva freqüência nos achados desta pesquisa, estudos epidemiológicos, realizados pelo Serviço Nacional de Saúde dos Estados Unidos, revelaram que, enquanto a incidência da HAS na população geral é de 16%, sendo 9% nos brancos e 22% nos negros, sua freqüência aumenta entre os idosos, atingindo cerca de 50% em indivíduos com idade superior a 60 anos, permanecendo, também nesta faixa etária, mais elevada nas pessoas de raça negra.[14]

Referente à escolaridade, observou-se o predomínio de indivíduos com baixo grau de instrução. Quanto a esse aspecto, a menor escolaridade encontra-se associada à hipertensão arterial. Há uma tendência de diminuição dos níveis tensionais e da proporção da hipertensão, conforme aumenta o nível de educação de um indivíduo. Os indivíduos que completam o terceiro grau têm um índice de prevalência de hipertensão 40% menor do que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade.[15]

À respeito dos fatores de risco cardiovasculares, pôde-se observar, entre os entrevistados, que 28 (44%) sabem-se portadores de hipertensão há mais de 10 anos, 44 (69%) são também portadores de Diabetes Melllitus, 9 (14%) fazem uso do cigarro, 8 (13%) ingerem bebidas alcoólicas e 40 (63%) têm antecedentes familiares para a hipertensão.

Para este estudo, considerou-se relevante

Rolim MO, Castro ME. Compliance To the Hypertension Control Program and the Standardized Nursing Results: an exploratory study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):15-27. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6385

o tempo de diagnóstico de 10 anos por ter sido o período mais relatado e por ser sabido que o risco cardiovascular é diretamente proporcional ao tempo de doença.

A respeito de outro fator de risco também importante, quando se trata de indivíduos portadores de hipertensão, ressalta-se a obesidade. No roteiro de entrevista aplicado, analisou-se o peso e a estatura dos participantes, e a partir dessas variáveis calculou-se o índice de massa corporal (IMC). Aqueles indivíduos, cujo IMC situou-se acima de 25kg/m^2 foram classificados como apresentando sobrepeso ou obesidade.

A obesidade é caracterizada por um acúmulo de gordura no tecido adiposo capaz de aumentar em 20% ou mais o valor do peso ideal, podendo ser calculada pelo índice de massa corpórea (IMC), que é o peso dividido pela altura ao quadrado, expressa em kg/m^2.

O diagnóstico da obesidade é baseado na relação entre o peso corpóreo real e o peso ideal para altura, sexo e idade. Este método permite classificar a gravidade da obesidade em função das cifras encontradas, as quais são classificadas em: baixo peso, menor de 20; normal, de 20 a 24,99; sobrepeso, de 25 a 29,99; obesidade, de 30 a 39,99; e obesidade mórbida, igual ou acima de 40 kg/m^2. A obesidade é incluída como fator de risco coronariano quando o IMC for igual ou superior a 30 kg/m^2.[16]

Obesidade e hipertensão arterial estão intimamente relacionados, sendo a prevalência de hipertensão cerca de 50% maior nos indivíduos obesos. Além disso, o ganho de peso pode causar elevação da pressão arterial e, ao contrário, a redução de peso pode diminuir a pressão arterial de pacientes hipertensos. No entanto, os mecanismos fisiopatológicos que favorecem o desenvolvimento de hipertensão na obesidade são complexos e multifatoriais.[17]

Assim, identificou-se que 32 (50%) entrevistados encontravam-se acima do seu peso ideal, sendo 20 (31%) entrevistados com sobrepeso, 5 (8%) com obesidade leve, 6 (9%) com obesidade moderada e 1 (2%) com obesidade grave. Vale lembrar que, 21 (33%) entrevistados não souberam informar seu peso ou sua altura, sendo, então, impossível de se estabelecer, neste estudo, uma relação de massa corporal para esses indivíduos.

Por fim, referente ao tempo de acompanhamento no Centro de Saúde em foco, 15 (23%) entrevistados recebem a assistência por mais de 10 anos e 29 (45%) comparecem às consultas com a enfermeira de 3/3 meses.

A partir destes dados, denota-se a fidelidade que a clientela tem em relação ao serviço deste Centro de Saúde, razão que será mais bem compreendida na análise nos depoimentos.

Analisando as falas

Conhecimento: regime de tratamento

Conforme a NOC, este resultado de enfermagem define-se como: extensão da compreensão transmitida sobre um determinado regime de tratamento, e tem entre seus indicadores: a descrição, pelo paciente, das razões para o regime terapêutico, das responsabilidades de autocuidado e dos efeitos esperados do tratamento, da dieta e dos exercícios prescritos.

Dessa forma, esta unidade temática corresponde ao segundo objetivo do estudo, o qual aborda a compreensão dos entrevistados acerca das orientações feitas pela enfermeira, no momento das consultas, com vistas à manutenção da normalidade da pressão arterial.

Depreendeu-se que 62 (97%) entrevistados conseguem apreender, de forma moderada, as informações fornecidas, e têm conhecimento das mudanças de hábito para se manterem normotensos.

A percepção mais forte foi a de que as principais orientações captadas pela clientela estão

relacionadas à prática da caminhada, ao consumo de dieta hipossódica e hipolipídica e ao uso correto da medicação. Vejam os depoimentos.

> "Ela (Enfa.) passa para tomar o remédio, para fazer a caminhada, para comer insosso, não comer gordura..." (M.57; M.59; M.86; M.51)

> "As dietas, a caminhada, fazer o possível para melhorar (...) tem que fazer a dieta, a alimentação, as caminhadas, não beber, comer todo tipo de verdura..." (N.66)

> "O remédio, a caminhada, ela passa para fazer assim uma verdura, etc. O que eu puder fazer eu faço, pelo menos a metade (...) fala da alimentação, da caminhada, tomar os remédios direitinho, na hora certa." (M.63; F.52)

> "Ela (Enfa.) dá caminhada, ela passa todas essas coisas que é necessário né? Caminhada, para gente não comer as comidas pesadas, comer as comidas leves, então a gente tem que... eu é que às vezes transpasso né? (...) ela dá conselho a gente, faz as perguntas, é muito legal, muito boa mesmo ..". (M.70)

A prática educativa tem grande relevância no sentido de melhorar as condições de saúde dos indivíduos, permitindo que, a partir das informações captadas, tomem certas atitudes em relação a sua situação de saúde.

No entanto, pôde-se observar, por meio da falas, que o processo ensino-aprendizagem aplicado pela enfermeira em evidência tem surtindo efeito benéfico, a princípio, no critério cognitivo da clientela, tendo em vista esta demonstrar compreensão, mesmo que superficial, acerca dos hábitos de vida para se manter normotensa.

Todavia, atuar em promoção à saúde não se trata simplesmente de fazer educação em saúde no sentido de mudanças de comportamentos, mas trabalhar com as potencialidades de cada comunidade, bem como com valores verdadeiros que possibilitem uma transformação, conscientização e, portanto, um novo entendimento de cidadania.[18]

Ainda porque, a disponibilidade de assistência à saúde e acesso à informação são insuficientes para a garantia da adesão terapêutica e da mudança no estilo de vida dos indivíduos.[19]

Os resultados de uma pesquisa, desenvolvida nas Consultas de Enfermagem realizadas nos Programas de Hipertensão Arterial implantados em Fortaleza,[20] mostraram que as atividades das enfermeiras restringem-se à anamnese, ao exame físico sumário e às orientações sobre dieta, medicamentos, caminhadas e uso de chás. Nas consultas, predomina o atendimento individual, sem considerar a família e abordagens grupais.

Dessa forma, avaliar e interpretar as percepções dos indivíduos são ações que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, devem assumir para direcionar a sua intervenção.

Acredita-se que, alcançada maior compreensão sobre a problemática que permeia a condição de ser portador de doença crônica, pode-se definir estratégias mais apropriadas de assistência a pessoa com hipertensão arterial.[21]

Comportamento de aceitação

Este resultado de enfermagem corresponde às ações tomadas com base em aconselhamento profissional para promover o bem-estar, a recuperação e a reabilitação. Entre os indicadores para esse resultado, estão: o paciente solicita regime prescrito? Relata atendimento ao regi-

Rolim MO, Castro ME. Compliance To the Hypertension Control Program and the Standardized Nursing Results: an exploratory study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):15-27. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6385

me prescrito? Mantém compromisso com o profissional da saúde? Busca esforço externo para o desempenho de comportamentos de saúde?

Assim, relativo ao cumprimento das medidas terapêuticas orientadas que serviram para controle da pressão arterial, que se constitui no terceiro objetivo deste estudo, notou-se que esse resultado de enfermagem é raramente demonstrado, quando se leva em consideração o controle de peso, a realização de atividades física e a atenuação do consumo de tabaco e álcool.

Essas medidas não–farmacológicas são as menos praticadas pelos entrevistados, visto que 34 (53%) referiram não aderir corretamente a essas mudanças no estilo de vida.

O termo "adesão" ao tratamento deve ser visto como uma atividade conjunta, na qual o paciente obedece a orientação profissional, mas também entende, concorda e segue a prescrição estabelecida.[22]

Nesta unidade temática, foram considerados como "adesão incorreta", indivíduos que declararam não realizar ou realizar alterações de hábito de vida de forma inadequada, como: estar em uso incorreto de medicamentos específicos; fazer ingesta de dieta sem restrição de sal ou de gordura; encontrar-se acima do seu peso ideal; não praticar ou praticar irregularmente atividades físicas; e não atenuar o consumo de tabaco ou álcool. Observem falas a seguir.

> "Costumo fazer a alimentação que ela manda, mas caminhada eu não posso porque eu tenho "esporão de galo" embaixo do pé, então não dá pra caminhar..." (G.40)

> "...ela manda eu fazer caminhada, mas eu não faço não, não é por preguiça nem por outra coisa não é por medo, porque no canto onde eu moro é muito perigoso (...) tem aquelas pessoas, criaturas que vivem bêbadas, drogado e às vezes a gente se encontra com esse tipo de gente, sabe?..." (M.71)

> "Minha filha, eu vou lhe dizer uma coisa, é muito difícil fazer uma dieta normal, é muito difícil né? Eu faço o que eu posso fazer (...) Caminhada eu sei que eu tenho que fazer, mas eu não faço, porque eu não tenho com quem andar e outra, eu ando muito, tudo que eu faço é a pé, e ainda eu cuido de uma criança de 5 anos, tenho 3 filhos, então o tempo não dá mesmo!" (A. 59)

> "Aqui as coisas são explicadas bem direitinho, a gente entende tudo, a gente não faz porque não tem condições né? A preocupação com a família, com o trabalho né? Aí a questão financeira faz com que a gente não faça as orientações que ela manda (...) eu sempre tomo um "celular" (cachaça), mas eu passo a semana toda sem tomar, só pra relaxar (...) a caminhada eu faço 3x ao dia (...) mas às vezes eu tô ocupado e não dá para fazer o que é bom para a saúde (...) eu tento deixar de fumar mas não tem condição não, só para relaxar um pouquinho, às vezes tô de cabeça quente aí eu eu fumo e melhora mais." (F.57)

> " ...a bebida só no fim de semana, mas ela não sabe não, Ave Maria, ela não sabe não, senão eu levo uns carão dela... (A. 52) Eu fumo, mas nem falo do fumo lá, eu nem falo, ela pensa que eu não fumo" (T.52)

> "...quando eu tomo esse remédio tem dias que eu fico assim tão atacada, mas não sinto bem não (...) desse daí eu não tomo mais não, porque quando eu tomo meu coração acelera, mas só vou dizer quando ela vier agora depois das férias..." (M.57)

> "...ela fala da caminhada, mas eu sou relaxada, eu começo e não termino, tu acredita que eu tava fazendo caminhada, emagreci 8 kg, só com a caminhada nem o regime eu não fazia, aí depois fiquei sem vergonha e engordei tudinho de novo..." (F.F 57)

Notou-se que a clientela, apesar de informada quanto aos hábitos a serem adotados, relata diferentes motivos para o não atendimento das orientações. Algumas vezes, demonstram pouca força de vontade ou um certo comodismo para superar os obstáculos que comumente surgem no processo de mudança de estilo de vida.

Porém, em muitas ocasiões, realmente existem os empecilhos para a adesão aos ensinamentos, e entre estes foram mencionados: a existência de doenças associadas à hipertensão, as quais limitam a atividade física diária; a falta de segurança nas ruas e/ou a falta de "tempo" para a realização da caminhada; o desgaste físico e mental causado pela rotina diária e pela condição de trabalho; as dificuldades sócio-econômicas; a dependência química; e o efeito adverso das drogas específicas.

A caminhada, apesar de ser um dos hábitos mais difíceis de serem obedecidos pela clientela, é indicada para o prolongamento e melhoria da qualidade de vida, contribui para o tratamento da obesidade e melhora do perfil lipídico e para o fortalecimento cardiovascular. Entretanto, muitas pessoas, ao procurarem formas de compensar o sedentarismo, se aventuram às práticas de exercícios físicos que, quando mal reguladas, são tão ou mais prejudiciais que o próprio sedentarismo.[23]

Quanto ao uso incorreto dos fármacos, pode-se testar, como estratégia de aceitação à terapêutica, a capacidade de adesão e de suporte do paciente a um determinado esquema posológico antes de se iniciar o uso efetivo dos medicamentos selecionados.

Esta estratégia permite ao indivíduo encontrar um regime que seja mais adequado ao seu estilo de vida, sem prejudicar o efeito de seu tratamento. Recomenda, também, que os retornos para avaliação à saúde devem ser mais freqüentes nas primeiras semanas após o início da terapêutica.[22]

Relacionado às condições socioeconômicas, dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial se destaca por atingir, principalmente, os países periféricos, visto que está diretamente relacionada às condições socioculturais e ao estilo de vida da população.[24]

Dessa forma, os aspectos sócio-culturais e econômicos devem ser considerados ao se elaborar programas em nível de saúde pública, que visem o controle e a redução da prevalência de hipertensão.[25]

Em estudo, evidenciou-se que circunstâncias de vida, pessoais e sociais, como situação conjugal, escolaridade e idade, bem como as percepções do indivíduo sobre seu próprio bem estar, fazem parte de uma rede complexa de fatores que condicionam atitudes relacionadas à saúde. Além disso, o valor social atribuído a determinados hábitos é também de grande importância, principalmente entre os jovens.[19]

Normalmente, os pacientes cooperam mais com o plano terapêutico quando mantêm boa relação com seus cuidadores. Então, ao participarem do planejamento de seu tratamento, as pessoas assumem a responsabilidade por ele,

Rolim MO, Castro ME. Compliance To the Hypertension Control Program and the Standardized Nursing Results: an exploratory study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):15-27. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6385

aumentando a probabilidade de sua manutenção. E ainda, quando discutem as dúvidas e preocupações com os profissionais envolvidos, geralmente, obtêm melhores resultados com o plano terapêutico.[26]

Diante desse quadro, é fundamental que as orientações e as ações educativas permaneçam acontecendo, com prioridade a sensibilização da população para a adesão ao tratamento. Porém, urgem intervenções mais profundas, como a minimização dos problemas sociais por parte dos gestores, para que os indivíduos tenham melhores condições de trabalho e de vida e para que, assim, possam adotar hábitos saudáveis.

Na presença ou não de agravos para se ter saúde é necessário cuidados. Doentes ou não, os seres humanos precisam de: alimentação, lazer e recreação, acesso ao ensino, condições dignas de habitação, transporte, acesso a serviços de saúde, dentre outros; tudo isto com uma responsabilidade mediada que não é mais só do profissional de saúde, mas também e principalmente dos indivíduos, famílias e comunidades.[27]

Para isso, necessita-se da ação harmônica e decidida de órgãos governamentais, universidades, sociedades científicas, mídia e organizações comunitárias, sendo fundamental lembrar que, a credibilidade de tal processo depende do compromisso dos profissionais de saúde com as mudanças propostas no estilo de vida.

Relação cuidador/paciente

Nesta unidade temática, buscou-se identificar a opinião dos pacientes acerca do atendimento realizado pela enfermeira do Programa de Controle da Hipertensão, visto que ainda é evidente uma assistência verticalizada em Programas de Saúde Pública.

Esse resultado de enfermagem é definido pela NOC como: interações e conexões positivas entre o cuidador e o receptor dos cuidados. Entre os indicadores que são delimitados para esse resultado, estão: paciência, harmonia, calma, afetividade e afirmação, aceitação mútua, respeito mútuo e comunicação eficaz.

Pôde-se depreender, pelos depoimentos, que esses indicadores não estão comprometidos. Percebeu-se que foi unanimidade a satisfação com as consultas, aprovação à forma de atendimento da enfermeira e valorização do estabelecimento de uma relação saudável com a profissional, fatores estes que favorecem o êxito de um processo ensino-aprendizagem.

Como virtudes da enfermeira em evidência, as quais tornam-se estímulos para o retorno às consultas, minimizando, em parte, a quantidade de evasão do Programa de Hipertensão, foram enfatizadas: a atenção constante, o zelo e o respeito demonstrados aos pacientes; o interesse da enfermeira por vários aspectos da vida do indivíduo; bem como sua empatia e compreensão. Observem os depoimentos:

> " Eu adoro ela (Enfa.), eu particular não fui ainda atendida por outra pessoa, pode até existir alguém melhor, mas ela é atenciosa, cuidadosa, adora os pacientes dela, ela é excelente, expecional! Ela conversa bastante né? Conversa com interesse, quando a gente melhora dá os parabéns né? É como se ela tivesse ali, ela fica muito triste quando não se faz o que realmente é para fazer (...) a forma que ela orienta eu acho ótima, não sei se poderia ter uma outra forma melhor, não sei, né? Até agora eu só me trato com ela (...) você entra lá na sala, ela não tem vexame de liberar, quer saber a pressão e tal, se você ta levando em dia, se você engordou um pouquinho ela já começa a pegar no pé e tudo (...) eu tenho um médico que eu poderia me tratar em outro can-

> to e eu venho é para cá né? Eu acho ela ótima!" (G.43)

> "Eu adoro ela (Enfa.) (...) pode até ter outro tipo de orientação, mas eu vejo muito que o principal é a gente mesmo, porque não adianta eu colocar nada na tua cabeça se tu não aceita né? Eu acho que depende muito da gente aceitar!" (M.59; M.A. 59)

> "...aqui é o melhor lugar que existe, ela (Enfa.) passa meia-hora conversando com a gente, é muito educada, e outra coisa, ela quer que a pessoa fique bom, não faça extravagância (...) quando eu chego lá com a pressão alta ela diz: "rapaz, tenha cuidado, se cuide", aí eu falo que é a preocupação, a gente ta preocupado com muitas coisas aí a pressão sobe..". (F.57)

> "Gosto, eu dou o maior valor a ela (Enfa.), eu moro lá no Conjunto T. e eu tenho uma menina casada com o rapaz aqui no Mucuripe, aí meu endereço é tudo da casa dela para eu ficar aqui, aí eles não queriam nem aceitar eu ficar aqui, aí ela mandou um papelzinho para eu ser paciente dela (...) ela é uma pessoa tão boa que se eu chegar aqui fora do tempo, e não tiver a ficha ela me atende." (R.56)

Em relação a esse vínculo e a confiança entre os usuários e os profissionais, sabe-se que são forças propulsoras na efetivação das ações de educação em saúde. Estes fatores favorecem o profissional a tomar decisões coerentes com a transformação social.[28]

O cuidado educativo deve resultar da interação enfermeiro-paciente. As informações devem ser fornecidas de forma individualizada, respeitando as necessidades e atendendo as expectativas do paciente.[29]

Para isso, o enfermeiro deve despertar nos indivíduos receptores do cuidado um sentimento de competência e responsabilidade, para que o cuidado educativo não se torne uma imposição.

Neste estudo, percebeu-se que há uma relação enfermeiro e paciente favorável e condizente ao que preceitua a literatura científica sobre hipertensão arterial.

Todavia, atualmente, depara-se freqüentemente é com uma grande incoerência, tanto por parte dos profissionais, quanto da própria mídia, principalmente, em esclarecer fatos referentes às questões de saúde, utilizando-se de termos técnicos que não condizem com o nível de instrução da população.

Dentro desse contexto, deve-se atentar para o fato de que diversos equívocos recorrentes de falhas na comunicação profissional-paciente podem ser esclarecidos por meio de uma conversa simples e clara.

A boa comunicação tanto aumenta a garantia de sucesso do aprendizado como também favorece que todos os demais profissionais envolvidos no tratamento compreendam o plano terapêutico prescrito ao paciente.

O paciente que recebe explicações claras e compreende a base lógica do tratamento também tem mais vontade de cooperar. É mais provável que as pessoas cooperem se acreditarem que os profissionais da saúde envolvidos no tratamento preocupam-se com sua adesão ao plano terapêutico.

Quanto à relação enfermeiro-paciente, o que acontece é que nos sistemas de saúde vigentes, há uma grande influência do paradigma cartesiano, refletindo uma prática simplifi-

Rolim MO, Castro ME. Compliance To the Hypertension Control Program and the Standardized Nursing Results: an exploratory study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):15-27. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6385

cadora do cuidado profissional da enfermagem, que muitas vezes desconsidera o contexto social e existencial da pessoa, detendo-se nos aspectos técnicos e no desenvolvimento de habilidades manuais.[30]

Em estudo que analisou os diálogos entre enfermeiro e paciente, observou-se que existe uma relação assimétrica determinada pelo enfermeiro. O profissional é considerado dominador do diálogo e o paciente aquele a quem regras não usuais de interação são impostas.[31]

Dessa forma, o enfermeiro deve se atentar para os discursos dos indivíduos submetidos aos seus cuidados, reportando-se ao seu contexto, pois assim, amplia-se a maneira de obter informações em relação à "visão de mundo" dos pacientes no seu entorno cultural, o que pode vir a encorajar o redimensionamento da sua prática profissional.

CONCLUSÃO

Neste estudo, percebeu-se que os pacientes atendidos no Centro de Saúde em evidência são, em sua maioria, mulheres, com idade superior a 50 anos, católicos, com baixo grau de instrução e pardos.

A maior parte sabe possuir hipertensão há bastante tempo, tem antecedente familiar para a doença, possui o Diabetes Mellitus como enfermidade associada à hipertensão e, ainda, encontra-se com sobrepeso ou a obesidade.

Referente às falas, depreendeu-se que há coerência entre o que é ensinado pela enfermeira do Programa de Controle da Hipertensão e o que é aprendido pelos entrevistados, ao se observar que estes se mostram informados acerca das mudanças de hábito que necessitam ser adotadas para prevenção e tratamento da hipertensão arterial.

Embora, por diversas razões, sejam sociais, financeiras, estruturais ou orgânicas, muitas vezes, os entrevistados deixem de aderir às orientações fornecidas, entendem que as recomendações são importantes para a aquisição de um nível de saúde ótimo.

Isto posto, alterar hábitos é tarefa difícil e exige de cada indivíduo persistência para que cada mudança seja incorporada a sua prática diária. Para isso, as ações educativas e a identificação das circunstâncias de agravo à saúde são fundamentais para que a modificação do estilo de vida seja favorecida em prol do controle dos níveis tensionais.

É neste contexto que o enfermeiro, como membro de uma equipe multiprofissional, tem um papel especial. Além da incontestável necessidade de ter que priorizar, em suas consultas, a compreensão do quê o indivíduo pensa, integrando–o ao seu contexto social e cultural, proporcionando que este reflita e desencadeie uma atitude crítica acerca da sua real situação de saúde e de vida, é preciso que o enfermeiro passe a direcionar suas intervenções também para o plano social e politico.

Percebeu-se que os pacientes demonstram satisfação com o Programa de Controle da Hipertensão e com a assistência prestada pela enfermeira em evidência, porém isso não se torna o bastante para uma adequada adesão dos indivíduos às orientações, na medida em que existem fatores intervenientes, como a precária condição socioeconômica, de saúde e de vida da população, o que nos faz refletir sobre a eficiência e eficácia da assistência à saúde.

Por esta razão, esta pesquisa mostra que é fundamental uma assistência, com a qual os pacientes se sintam seguros, receptivos e confortáveis para realmente comparecerem às consultas de acompanhamento.

Contudo, colocar em prática as orientações apreendidas depende, muitas vezes, de fatores sociais que necessitam ser minimizados por meio de uma ação conjunta de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics. [internet] 2004 Apr. [cited Apr 12 2004]; Available from: http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1079736729696HDSStats2004UpdateREV3-19-04.pdf.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo/ Ministério da Saúde. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Área técnica de Diabetes e Hipertensão; 2001.
3. Cade NV. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. Rev. Latino-am. Enfermagem 2001; 9(3): 43-50.
4. Brandão A, Machado CA, Amodeo C, Mion Junior D, Nobre F et al. V Diretrizes Brasileira de Hipertensão [on line] 2006 [cited Jan 05 2007]; Available from: http://www.sbh.org.br/novo/template2.asp?id=profissional_documentos.
5. Silveira Júnior PCS, Martins RCA, Dantas FHM. Os efeitos da atividade física na prevenção da hipertensão. Rev. Bras. Med. Esporte 1999; 5(2): 56-72.
6. Harbron F. Medical and complementary. Nursing Times 2002, 98(2): 32-4.
7. Ercole FF, Costa RS, Chianca TCM, Moreira LF, Pimentel M. Os Diagnósticos de Enfermagem e as perspectivas da prática de enfermagem para um novo milênio. Bibliomed, Inc. [internet] 2001 [cited Jun 28 2004]. Available from: http://www.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=13588&ReturnCatID=200230&CFID=7282283&CFTOKEN=55144601.
8. Carpenito LJ. Desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem. In: Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 29-43.
9. Cunha ICKO, Carmagnani MIS, Cornetta VK. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com Hipertensão Arterial em acompanhamento ambulatorial. Rev Paul Enf 2002, 21(3): 269-71.
10. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Persona; 1977.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União Poder Executivo 11 out 1996; Seção 1.
13. Mozart RF. Hipertensão arterial na mulher. Um caso especial? Arq. Bras. Cardiol 1995, 64(2): 141.
14. Carvalho Filho ET, Pasini U, Papapléo Netto M. Hipertensão Arterial. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamento,clinica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000. p.155-169.
15. Santos ZMSA, Silva RM. Aspectos relacionados com a hipertensão. In: Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: Unifor; 2002. p.15-25.
16. Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias: detecção, avaliação e tratamento. Arq. Bras. Cardiol 1994, 63(1): 1-13.
17. Matavelli LC, Mion Junior D. Hipertensão e Obesidade. Revista Abeso [online] 2002 Jun 3(8) [cited Oct 24 2006]; Available from: http://www.abeso.org.br/revista/revista8/hiperxobesidade.htm.
18. Ferraz ST. A saúde fora do setor saúde ou lições da Agenda 21. Promoção de Saúde 2000; 2(3): 12-4.
19. Chor D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. Arq. Bras. Cardiol 1998, 71(5): 653-60.
20. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2003, 11(2): 207-14.
21. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. Rev. Latino-am. Enfermagem 2001, 9(3): 51-7.
22. Ávila Vitória MA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. [internet]. [s.d.] [cited Nov 21 2004]. Available from: http://www.aids.gov.br/assistencia/Adesaoarv.html.
23. Sant'ana MA. Considerações sobre hipertensão arterial e atividade física. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, 2002, 6(2): 177-9.
24. Sala A, Nemes Filho A, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. Rev. Saúde Pública 1996, 30(2): 161-7.

25. Cavalcante JWS, Daza, CMG, Cavalcante LP, Pacheco WS, Marcus GF, Melo R, et al. Prevalência e aspectos socioculturais e econômicos da hipertensão arterial em Centro de Saúde da Zona Norte de Manaus. Arq Bras Cardiol 1995, 65: 493-6.
26. 26. Altman LK, Blumenthal SJ, Bondy PK, Dilts, PV, Drossman DA, Faling LJ et al. Adesão ao tratamento farmacológico. The Merck Manual of Medical Information. 2.ed. [internet] 2004 [cited Nov 21 2004]. Available from: http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec2_11.htm.
27. 27. Santos AS. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde. Online Braz J of Nurs [internet]. 2006 Aug [cited Oct 8 2006]; 5(2). Available from:http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=591_
28. 28. Queiróz MVO, Bessa Jorge MS. Concepções de promoção à saúde e atuação dos profissionais que cuidam de criança. Acta Paul. Enf. 2004, 17 (1): 31-7.
29. 29. Martins M, Zagonel IPS. A transição de saúde-doença vivenciada por gestantes hipertensas mediada pelo cuidado educativo de enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem 2003, 12 (3): 298-306.
30. 30. Barreto JAE, Moreira RVO, Damasceno, AKCD, Linard AG, Rodrigues, DP, Almeida, DT et al. A formação do enfermeiro para o cuidado: da fragmentação à complexidade. In: Barreto, JAE, Moreira, RVO. Para além das colunas de Hércules: filosofia e ações de enfermagem. Sobral: Edições UVA; 2004. p.111-44.
31. 31. Tfnouni, LV, Carvalho, EC, Scochi, CGS. Discurso, instituição, poder: análise de interação enfermeiro-paciente. Rev. Gaúcha de Enfer. 1991; 12(1): 20-5.

Recebido: 25/11/2006¶
Revisado: 13/12/2006¶
Aprovado: 24/01/2007