
PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA PERSPECTIVA DO DOENTE¹

Mayckel da Silva Barreto², Sonia Silva Marcon³

¹ Extraído da dissertação - Não adesão à terapêutica medicamentosa em indivíduos com hipertensão arterial em Maringá, Paraná, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), em 2012.

² Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Fundação Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari. Paraná, Brasil. E-mail: mayckelbar@gmail.com

³ Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associado C do Departamento de Enfermagem da UEM. Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

RESUMO: Neste estudo teve-se por objetivo compreender de que modo as pessoas com hipertensão arterial percebem a influência da família na adesão/não adesão ao tratamento. Pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, realizada em Maringá-PR. Os dados foram coletados no domicílio de 18 indivíduos, em entrevista semiestruturada, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2012. Os depoimentos foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática. Com os achados apreendeu-se que, para algumas pessoas, a família foi o agente facilitador da adesão ao tratamento, ao incentivar as práticas de autocuidado. Quando tal situação não ocorria era porque os indivíduos se sentiam responsáveis pelo autocontrole da doença. Observou-se que a vivência de situações estressoras reduzia a prática do autocuidado e muitos não recebiam apoio familiar na proporção desejada. Conclui-se que alguns participantes deste estudo consideravam a família como facilitadora para a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, contudo, outros careciam de apoio familiar.

DESCRITORES: Hipertensão. Relações familiares. Terapêutica. Rede social. Enfermagem.

PATIENT PERSPECTIVES ON FAMILY PARTICIPATION IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION

ABSTRACT: This study aimed to understand how patients with hypertension perceive their family's influence on adherence and/or non-adherence to treatment. This descriptive, qualitative research was carried out in the city of Maringá, in the Brazilian state of Paraná. Data were collected at the homes of 18 respondents through semi-structured interviews, during January and February 2012. The respondents' statements were submitted to thematic content analysis. The findings showed that for some patients, the family was a facilitating agent of adherence to treatment by encouraging self-care practices. When families were not perceived as such, it was because the patients felt responsible for self-control of the disease. It was observed that stressful situations reduced self-care practices, and many patients did not receive family support to the degree that they wanted. The study concludes that some participants regarded the family to be a facilitator of adherence to the treatment of hypertension; however, others lacked family support.

DESCRIPTORS: Hypertension. Family relationships. Therapy. Social network. Nursing.

PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA PERSPECTIVA DEL ENFERMO

RESUMEN: Este estudio tuvo por objetivo comprender cómo las personas con hipertensión perciben la influencia de la familia en la adhesión/no adhesión al tratamiento. Estudio descriptivo, cualitativo realizado en Maringá-PR, Brasil. Los datos fueron recolectados en el domicilio de 18 individuos, por medio de entrevista abierta, durante los meses de enero y febrero de 2012. Los relatos fueron sometidos al análisis de contenido del tipo temático. Con los hallazgos se evidenció que la familia fue descrita como agente facilitador de la adhesión al tratamiento y estimuladora de la adopción de prácticas de autocuidado y cuando tal situación no ocurría era porque los individuos se sentían responsables por el control de la enfermedad. Se observó aun que muchos participantes no recibían apoyo familiar en la proporción deseada. Se concluye que los participantes en el estudio consideran a la familia como importante para la adherencia al tratamiento de la hipertensión, pero otros carecen de apoyo familiar.

DESCRIPTORES: Hipertensión. Relaciones familiares. Terapêutica. Red social. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Ultimamente o tema família vem sendo discutido em diversas áreas e contextos sociais. No setor saúde não tem sido diferente, e o trabalho com a família se tornou uma das estratégias de intervenção mais discutidas e significativamente estudadas no meio científico-acadêmico,¹ o que tem contribuído para maior compreensão das vivências familiares diante de situações de agravos e doenças e, por conseguinte, para uma atuação mais eficaz dos serviços de saúde.

Em decorrência das importantes transformações na incidência e prevalência das doenças, e nas principais causas de morte, atualmente as famílias brasileiras convivem cada vez mais com, no mínimo, um de seus membros em condição de cronicidade de uma doença e com os agravos/sequelas que a acompanham.² Deste modo, conhecer como ocorre a participação familiar no enfrentamento das Doenças Crônicas (DC) no caso deste estudo, o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e quais as implicações desta participação na adesão à terapêutica se mostram relevantes. Isto porque entre as DCs, a HAS é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, representando, portanto, altos custos médicos e socioeconômicos.³⁻⁴

Com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), cada vez mais os indivíduos com HAS têm sido alvo de atividades de promoção da saúde. Contudo, um dos principais problemas que os profissionais de saúde da atenção básica vivenciam no trabalho com tais sujeitos é a não adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Entre os fatores que influenciam a adesão/não adesão ao tratamento, a família parece apresentar papel de destaque, pois apoia seus membros em situação de doença, compreende as modificações relacionadas à condição crônica, torna-se permeável aos ajustamentos necessários e constitui suporte para o seu familiar doente.⁵⁻⁶

O contexto familiar estruturado, portanto, é apontado como significativamente associado ao comportamento de autocuidado na DC, por exercer importante papel em todo o processo de relação do indivíduo com a sua doença, seu tratamento e a adaptação a um novo estilo de vida.⁶⁻⁷ Por isso, o domicílio é visto, hoje, como um espaço onde pessoas com DC podem ter boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença, por meio da compreensão e do auxílio dos familiares

na manutenção de um estilo de vida saudável,⁸ constituído pela prática regular de exercício físico, controle do peso, alimentação saudável, consumo moderado de álcool, abandono do tabagismo e gerenciamento do estresse.⁴

Nessa perspectiva, os enfermeiros da ESF precisam estar sensibilizados e instrumentalizados para atuar com as famílias que possuam um de seus membros com DC, pois a prática profissional avançada baseia-se no modo de pensar do profissional, na linguagem que utiliza, nas questões que formula e nos relacionamentos que valoriza. O enfermeiro deve, ainda, compartilhar a assistência, envolvendo os familiares no processo saúde-doença do paciente crônico, ensinando-lhe os cuidados básicos imprescindíveis para se conviver no domicílio com a doença.⁹

O levantamento de informações sobre o papel da família na adesão/não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da pessoa com HAS possibilita à equipe de enfermagem desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes de inserção dos familiares no processo de assistência domiciliar. Assim, visando contribuir para ampliar o conhecimento, o presente estudo teve por objetivo compreender de que modo os indivíduos com HAS percebem a influência da família na adesão/não adesão ao tratamento.

METODOLOGIA

Este estudo descritivo, de natureza qualitativa, foi realizado junto a 18 pessoas com HAS, em tratamento farmacológico há pelo menos um ano, cadastrados no Hiperdia (Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), no município de Maringá, Paraná, Brasil. Também faz parte de uma pesquisa quantitativa matricial, em que o contato com os entrevistados foi realizado a partir de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo o nome dos indivíduos com HAS cadastrados no Hiperdia. Durante a aplicação do instrumento estruturado sobre fatores possivelmente associados à não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, os sujeitos que mencionaram a família, seja como facilitadora ou dificultadora no processo de adesão ao tratamento, foram convidados a responder a seguinte questão norteadora: qual o papel da família no seu tratamento? A busca por informações aconteceu até o momento em que os dados começaram a se tornar repetitivos e os objetivos da pesquisa haviam sido atingidos.

A coleta de dados ocorreu no domicílio dos pacientes, nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, em entrevista semiestruturada, a qual foi gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática,¹⁰ seguindo-se as etapas preestabelecidas que incluíram a pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. Na pré-análise procedeu-se a organização, transcrição e separação do material empírico, seguida de leitura flutuante do conjunto de dados com identificação de aspectos relevantes a partir do objetivo do estudo. Na exploração do material foi feita a classificação e agregação dos dados, a partir de um processo minucioso de leitura, com identificação dos aspectos comuns e dos específicos, dando origem às categorias prévias. Por fim, no tratamento dos dados ocorreu o aprofundamento das categorias, mediante a articulação dos dados empíricos com o material teórico, considerando-se os objetivos da pesquisa e os temas surgidos.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde (CNS), após autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer n. 631/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e foram identificados com a letra M, indicativo de sexo masculino, e F, de feminino, seguido de dois números arábicos; um referente à ordem de realização da entrevista e outro à idade do participante. Ex: (M01, 72 anos).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Os 18 indivíduos em estudo tinham idade entre 34 e 86 anos, com média de 60,1 anos. Eles se distribuíram equitativamente entre os sexos, sendo 11 brancos, seis negros ou pardos e um da raça amarela. A maioria não chegou a completar o ensino médio (13) e possuía ocupação assalariada (14). A renda média familiar foi de dois salários mínimos.

No concernente ao histórico de saúde pode-se observar que 15 entrevistados possuíam comorbidades, com destaque para o Diabetes Mellitus (DM) (seis casos), problemas inflamatório-reumáticos (seis casos) e problemas cardiovascu-

lares (três casos). O tempo de diagnóstico da HAS variou de um a 30 anos, com média de 11,9 anos. Em relação ao núcleo familiar de convivência, oito entrevistados residiam apenas com o cônjuge, sete moravam com o cônjuge e filhos e três residiam com a família extensa (filhos, noras e netos).

Da análise dos dados de natureza qualitativa surgiram as seguintes categorias: a) O apoio familiar como facilitador do tratamento: 'minha família me ajuda muito!'; b) Autorresponsabilidade pelo tratamento da doença: 'não preciso de ajuda' e; c) A falta do apoio familiar, composta por duas subcategorias: 'às vezes a família atrapalha' e 'sinto falta de ajuda', as quais serão descritas a seguir.

O apoio familiar como facilitador do tratamento: 'minha família me ajuda muito!'

Nessa categoria foi evidenciada que a família representa uma importante aliada no tratamento da HAS, sendo percebida por muitos dos entrevistados como agente facilitador no processo de adesão ao tratamento e incentivadora na adoção de práticas de autocuidado, por exemplo, na realização de exercícios físicos e no uso de uma alimentação apropriada, além de acompanhá-los em seu itinerário terapêutico.

Nas falas a seguir pode se observar diversas formas de cuidado familiar dispensado à pessoa com HAS:

[...] *nossa, me faltam palavras, minha família me ajuda muito no meu tratamento! Eles me lembram dos remédios, fazem de tudo para às vezes não faltar a alimentação boa para mim [...] em tudo que eles podem, eles me ajudam [...]. A família é importante no tratamento, principalmente pelo apoio que eles dão para a gente. Esse apoio vem em primeiro lugar!* (F11, 71 anos).

meu marido me ajuda muito a lembrar das coisas, por exemplo, de tomar o remédio na hora certa e de ir à reunião do grupo de hipertensos que tem no posto (F10, 62 anos).

Alguns participantes revelaram que a família pode representar um facilitador da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, ao participar continuamente das atividades que o envolve:

a minha esposa me ajuda muito, ela me acompanha para medir a pressão, em consulta médica e internamento (M07, 71 anos).

[...] *minha filha e minha esposa me ajudam, dão conselho, elas vão e marcam consulta, medem minha pressão, e com isso eu tenho mais cuidado comigo mesmo* (M01, 72 anos).

A maioria das pessoas em situação de cronicidade de doença percebe a família como a principal fonte de apoio e segurança, permitindo troca de amor, afeto, respeito e valor, sendo que a organização familiar e suas interações influenciam diretamente no sucesso do tratamento das DC, em especial da HAS.¹¹

De modo mais específico, a forma de apoio relatada com maior frequência pelos entrevistados foi a que se relacionava à continuidade do tratamento não farmacológico, por exemplo, o incentivo à realização de exercícios físicos:

até fazer caminhada ele [esposo] me lembra e diz: 'você não vai fazer a caminhadinha hoje, não?' Porque ele vai trabalhar e eu já aproveito para acompanhar. Nessa parte eu acho muito importante o apoio que ele me dá, às vezes eu não quero ir, porque estou cansada e ele insiste para eu levantar e ir à ginástica (F10, 62 anos).

Os indivíduos em estudo demonstraram que o apoio familiar na realização dos exercícios físicos mostrava-se imprescindível, pois se sentiam estimulados a manter um dos pilares do tratamento anti-hipertensivo, que é a modificação no estilo de vida. Por outro lado, a falta de incentivo e apoio foi preponderante para que um entrevistado deixasse de realizar os exercícios físicos após o falecimento de sua esposa, mesmo conhecendo os benefícios dessa prática para sua saúde.

Minha esposa me ajudava, fazia a comida mais insossa, e o doutor falava para nós que caminhar era um remédio bom e barato e sempre eu caminhava com ela de manhã cedo, mas agora parei [...] (M08, 86 anos).

A morte de familiares pode gerar, no doente crônico, sentimentos de perda e sofrimento, contribuindo sobremaneira para o descuido com sua saúde.¹¹ É mister que a rede social de apoio, inclusive a equipe da ESF, dispense cuidados ao sujeito com HAS no período de luto, o qual normalmente é marcado por desequilíbrio e uma série de dificuldades sentida por todos os familiares, sendo necessário haver maior compreensão e ajuda, buscando-se combater os medos e o isolamento social por parte do doente.¹²

Outra alteração na rotina familiar percebida como valiosa pelos indivíduos com HAS é a modificação no padrão alimentar de outros membros familiares:

pelo fato de eu ter pressão alta e ela [esposa] não, ela acaba cozinhando com menos sal. Mesmo não precisando, ela participa da minha alimentação (M07, 71 anos).

é a minha esposa que cozinha aqui em casa, e ela tem a pressão até meio baixa, mas ela faz a comida bem insossa, mesmo ela e minha filha não precisando, e com isso eu me sinto valorizado, porque vejo que minha família inteira me ajuda (M01, 72 anos).

Esses relatos mostraram a importância de os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, trabalharem com as famílias. Quando os familiares mais próximos compreendem que o tratamento das DCs envolve necessariamente a intervenção sobre os fatores de risco modificáveis, como por exemplo, o combate à alimentação inadequada e à inatividade física, eles conseguem contribuir melhor e assim, favorecer mais a adesão ao tratamento de seus entes.

Desse modo, os achados desta pesquisa reforçam o que tem sido encontrado em outros estudos, ao identificar que as alterações mais comumente incorporadas pelos familiares, após o diagnóstico da HAS, incluem a adaptação e participação na realização de atividades como cuidar do tratamento medicamentoso do familiar, adaptação na rotina alimentar e na prática de exercícios físicos, e acompanhar o doente nas consultas médicas e nas atividades de grupo, o que lhe facilita seguir o regime terapêutico.¹

Diante desse apoio, o suporte familiar vem sendo apontado como significativamente associado ao comportamento de autocuidado nas DC e no controle dos fatores de risco hereditários da doença, contribuindo concretamente para o tratamento do indivíduo com HAS.^{6,13} A mudança de hábito requer engajamento por parte de todos os envolvidos: das pessoas com condição crônica de doença, de seus familiares e das pessoas de seu convívio mais próximo, e dos profissionais de saúde responsáveis, por exemplo, pelo processo de ensino-aprendizagem na promoção e manutenção da saúde.

No entanto, por vezes, a resistência da família em modificar hábitos inadequados que prejudicam a saúde não apenas do indivíduo com HAS, mas de todos os membros familiares, pode ser evidenciada nos discursos:

aqui em casa só eu que tenho a pressão alta e faço a comida mais insossa, mesmo eles não precisando. Na reunião que tem ali no postinho aprendi que o sal em muita quantidade não faz bem, então eu cozinhando com menos sal e todo mundo comendo, a gente vai ter uma saúde melhor [...]. No começo eles reclamavam muito, mas agora já acostumaram e não reclamam mais (F06, 59 anos).

Todas as famílias sofrem com as modificações impostas pelo diagnóstico de uma DC, porém, dependendo do papel que o membro com HAS tem na família, essas mudanças ocorrem em maior ou menor intensidade, refletindo-se na rotina dos demais membros.¹ Dessa forma, os profissionais de saúde devem buscar o envolvimento familiar no tratamento, pois, assim, a pessoa com HAS apreende como positiva a atenção dispensada pelos familiares e se sente cuidada e valorizada. Nesse contexto, considera-se um auxílio no tratamento da doença o fato de outras pessoas modificarem sua alimentação.

É interessante observar que os cuidadores familiares, mesmo mostrando-se resistentes no início, também entendem que ao modificar hábitos e rotinas estão, de certa forma, cuidando do familiar com HAS. Estudo realizado em um município do Sul do Brasil junto a 14 familiares de indivíduos com HAS, em diferentes estágios de evolução, revelou que eles percebiam a participação da família como importante fator para o sucesso do tratamento e, por conseguinte, para o controle da doença.¹

Para cuidar e participar do tratamento da pessoa com HAS é preciso desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato por parte dos familiares que, ao participarem ativamente do cuidado, suprimem as demandas do tratamento e desempenham tarefas que controlam os fatores de risco desencadeadores dos agravos da doença.¹⁴

Nesse aspecto, os familiares e as pessoas de convívio mais próximo dos participantes deste estudo mostraram-se prestadores diretos de cuidado, porque se mobilizavam para facilitar

a adesão de seu familiar ao tratamento, o que os incentivava a realizar atividades de autocuidado: *a minha família por enquanto tem me ajudado. Sempre tem um dos filhos cutucando: 'mãe, a senhora tem que ir ao médico, fazer exames, vamos ver como que está'. Aí começa a juntar, porque eu tenho sete filhos, um belisca de um lado, outro cutuca do outro e acabam me carregando para fazer esses exames, então de quatro a seis meses esses meninos não se esquecem de me levar para fazer exames da cabeça aos pés!* (F13, 72 anos).

O cuidado familiar dispensado aos indivíduos com HAS, como o que foi apresentado na fala acima, e nas que vêm a seguir, demonstra que eles se sentiam valorizados perante a família e as pessoas de seu convívio próximo, o que, de certa forma, tende a acarretar bons resultados diante do tratamento.

A minha filha ficou dez dias aqui em casa, veio de São Paulo, deixou a vida dela, a família dela, só para me acompanhar (M08, 86 anos).

Mas, eu tenho filho, amigos, que também participam comigo, família excelente, que ajudam no que precisar, qualquer hora do dia ou da noite, estão sempre prontos para me atender. Então são pessoas que não são do meu sangue, mas é família de amor, porque a pessoa que tem amor se compadece do outro, do sofrimento do próximo, do pobre e do enfermo, então quem tem amor não deixa o outro sofrer sozinho, ele sofre junto (M07, 71 anos).

A rede social que envolve o indivíduo com HAS pode ser considerada uma estratégia para a melhora de sua qualidade de vida, tanto no domínio físico quanto psicológico. Tem por função contribuir para seu bem-estar e incentivar atitudes pessoais de autocuidado, as quais colaboram para o monitoramento da saúde e diminuição de agravos.¹⁵ Sendo assim, os participantes deste estudo parecem vivenciar essa situação que é muito favorável por que a presença da família junto ao doente lhe transmite tranquilidade, força e coragem e o faz sentir-se seguro e amparado no convívio com a doença.

Pesquisa realizada em um hospital universitário do Sul do país, junto a sete pessoas com HAS, revelou que elas entendiam o cuidado como a presença do outro, e a disponibilidade dos familiares em estarem presentes no ambiente hospitalar.¹⁶ Cabe salientar que o cuidado familiar (com o apoio do sistema de saúde), associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas da HAS e a ocorrência dessa doença em outros membros da família.¹

Por isso, principalmente na atenção primária à saúde, o enfermeiro deve elaborar estratégias de intervenção que envolvam a família no cuidado, transmitindo-lhe a corresponsabilidade e a coparticipação nas tomadas de decisão perante o tratamento, para que assim ela seja parte integrante da assistência de seu membro com HAS.

O apoio familiar também se mostrou importante durante o início da doença por facilitar a adesão da pessoa com HAS ao tratamento medicamentoso, como demonstra o relato a seguir:

no começo eu tive muita dificuldade para me acostumar com os remédios e era minha mulher que me ajudava a lembrar, às vezes até trazia para mim a água e o remédio, mas agora já tomo tudo certinho, virou um vício, virou rotina (M03, 59 anos).

O controle da PA reduz significativamente o risco de complicações cardiovasculares. No entanto, um dos maiores desafios no combate à HAS se refere à adesão ao tratamento.^{5,11} Os relatos apresentados nessa categoria mostram que a família pode

ser uma grande aliada dos doentes e dos serviços de saúde, à medida que facilita a adesão à terapêutica anti-hipertensiva e é percebida pelos doentes como fonte de segurança, apoio e compreensão. Assim, faz-se necessário que o enfermeiro da atenção primária à saúde (re)conheça as potencialidades e fragilidades das famílias dos indivíduos com HAS de sua área adscrita, de modo a planejar estratégias para incluí-las no processo terapêutico de cuidado.

Autorresponsabilidade pelo tratamento da doença: 'não preciso de ajuda'

Nessa categoria observou-se que para alguns entrevistados a família e sua atuação não se constituem em um facilitador da adesão ao tratamento.

A família não tem um papel importante nessa parte de tratamento, porque, para mim, enquanto eu estiver me movimentando, andando, pegando, trabalhando e lúcido não vai ter problema. Não preciso de ajuda, eu resolvo tudo sozinho! (M15, 62 anos).

O meu marido sai cedo para trabalhar e volta bem tarde, então sou eu quem tenho que me lembrar de tomar os remédios (F17, 57 anos).

Eu viajo muito e sou apenas eu para lembrar dos remédios. Às vezes passo duas ou três semanas fora de casa. Se eu não lembrar, quem vai lembrar por mim? (M04, 36 anos).

Para esses entrevistados a família não representou um elo de apoio na terapêutica, ou seja, um facilitador da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois compreendiam que o controle da doença dependia de suas próprias atitudes e comportamentos. Talvez, em parte, isto decorra da necessidade de o doente sentir-se saudável, autônomo, responsável e condutor de seu tratamento, e caso a família participe ativamente da terapêutica o indivíduo perca essa sensação de autonomia, o que acaba por distanciar os familiares da elaboração e do manejo diário do tratamento e das atividades que o envolvem.

Vale salientar que a HAS é uma doença silenciosa, de caráter crônico insidioso, sendo que a ausência de sintomas contribui para que o indivíduo não se sinta doente, dificultando a adesão ao tratamento e distanciando a família do processo de cuidado. Desse modo, muitas vezes a terapêutica é negligenciada e isto não só dificulta o controle pressórico, mas também favorece o surgimento de complicações renais e doenças cardíacas e cerebrovasculares.⁴

No entanto, a incorporação da família no cuidado aos indivíduos com HAS tem sido descrita como muito importante e capaz de aumentar as

possibilidades de controle da PA e da prevenção de complicações. Isto porque a família, além de ser uma unidade integrante da sociedade, é capaz de promover a saúde de seus membros. Sendo assim, em situação de doença é a responsável pela continuidade do cuidado até a completa recuperação e quando isto não é possível, pela convivência com as sequelas da condição crônica.¹⁷

Para um dos entrevistados, o afastamento da família após o diagnóstico da HAS e DM ocorreu por seu comportamento de isolamento, agressividade e negação da doença, o que acarretou em pouca ajuda recebida dos familiares, dificultando-lhe a adesão ao tratamento:

eu não gosto que divulguem minha doença, porque aí querem ficar colocando o dedo na ferida e não adianta [...]. Então eu falo para a minha família que não precisa ficar falando para ninguém que estou diabético, que eu estou hipertenso. O médico e eu temos que saber, mais ninguém [...]. Eu levo uma vida supernormal, se eu estiver com vontade de comer azeitona e beber cerveja, eu como e bebo, sem o menor problema (M15, 62 anos).

A partir do relato de M15 pode-se inferir que, apesar do diagnóstico de HAS e DM, ele não se apercebe como doente crônico. O fato de utilizar o tempo verbal estou (passageiro) ao invés do tempo verbal sou (definitivo) demonstra a negação das DCs como parte integrante de sua vida, levando-o a seguir um estilo de vida inadequado, o que pode favorecer o surgimento, no médio e longo prazo, das complicações da HAS e do DM.

A dificuldade na adesão e o desinteresse pelo tratamento aumentam quando não há o envolvimento da família no cuidado diário com o doente. Porém, o indivíduo que se encontra em situação de cronicidade de uma doença deve requerer, ou no mínimo aceitar, a participação familiar no seu regime terapêutico, caso contrário o relacionamento interpessoal entre os membros familiares se torna conflituoso, ocorrendo tendência maior da pessoa com HAS negligenciar seu tratamento,¹¹ conforme observado no relato de M15.

Por outro lado, pode-se verificar que alguns entrevistados disseram não necessitar do apoio familiar, tinham medo das consequências de não realizarem o tratamento anti-hipertensivo e de se tornarem dependentes de cuidados. Nestas situações eles acreditavam que a ajuda da família seria indispensável:

com a medicação eu não tenho problemas, eu sou lúcida e ativa, então posso me virar sozinha. Não sei daqui uns anos se vou precisar de ajuda, porque a pressão alta pode trazer problemas (F02, 59 anos).

a família não tem um papel importante nessa parte de tratamento [...], a não ser que eu tenha um derrame e fique com sequelas, aí vai ter um papel importantíssimo, de dar banho [...], até trazer água (M04, 36 anos).

Diante dessas falas apreende-se uma visão limitada dos entrevistados em relação ao apoio familiar no tratamento das DC, pois acreditavam que a família somente seria importante diante de um quadro de dependência. Nessa perspectiva, um estudo qualitativo, realizado em Várzea Grande-MT, com sete indivíduos com HAS, demonstrou que o receio de sofrer com as complicações decorrentes da doença acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio foi enfatizado pelos entrevistados, estimulando-os a fazerem uso das medicações com intuito de preveni-las.¹⁸

Pesquisa realizada em Fortaleza-CE, com 13 enfermeiros da ESF, que avaliou a forma como a consulta de enfermagem era realizada com pacientes com HAS, demonstrou que eles consideravam imprescindível a presença familiar no acompanhamento à pessoa com HAS, por acreditarem que esta atitude poderia encorajar a aderência ao tratamento. Relataram, ainda, que as modificações no estilo de vida do paciente necessitam de intensa participação da família, pois requerem alterações que repercutirão no sistema familiar como um todo.¹⁹

É preciso, portanto, que os profissionais de saúde atuem junto aos indivíduos que se percebem autossuficientes diante do tratamento, de modo a lhes mostrar o quanto a participação familiar pode auxiliá-los em situações adversas diante da doença e do tratamento. É imprescindível, também, que os profissionais estimulem a coparticipação familiar na elaboração e seguimento da terapêutica dos indivíduos com HAS, pois estes integram uma família e um contexto social, com compromissos e projetos de vida, e se veem acometidos por uma DC. Nesse sentido, é necessário conhecer o significado da doença para o indivíduo e encontrar alternativas que favoreçam sua adaptação e a de sua família à nova realidade.

A falta do apoio familiar

Nessa categoria, composta por duas subcategorias, foi verificado que alguns entrevistados não recebiam apoio familiar na proporção almejada, no entanto, essa ausência não decorria de suas atitudes de negação da doença ou de seu afastamento da família, mas, sim, pelo comportamento

de agressividade ou pela falta de conhecimento sobre a doença por parte do familiar.

'Às vezes a família atrapalha'

A vivência de situações estressoras e a preocupação com familiares se caracterizam como agravantes para o descontrole pressórico, pois são fontes constantes de ansiedade e estresse para os indivíduos com HAS:

às vezes, a família, eu acho que atrapalha, porque quem tem muita família acaba passando nervoso, se chateando. Meu marido é bravo, é ruim, [...] eu poderia muito bem controlar melhor a minha pressão se ele não me chateasse tanto, mas por causa de desentendimentos com os filhos, ele descarrega tudo em cima de mim (F16, 61 anos).

a minha família não tem muita importância no meu tratamento, [...] a única coisa que eles podem fazer é tentar me deixar mais tranquilo, mas nem isso eles estão fazendo ultimamente (M18, 53 anos).

Conforme se verifica nas falas e é reiterado pela literatura, a vivência de situações estressoras no seio familiar, por repetidas vezes, pode levar as pessoas com HAS a uma redução no autocuidado, descontrole da doença e ao agravamento do seu estado de saúde,¹¹ e a equipe multiprofissional deve estar atenta à sua recorrência, com vistas à atuação o mais precoce possível.

Estudo realizado em um município na Região Sul do Brasil, junto a 20 sujeitos com HAS, revelou que o apoio familiar afetivo, informativo e socializador e as interações entre os membros da família influenciavam diretamente o sucesso do tratamento da doença,¹⁵ fato que também pode ser observado no presente estudo, pois as relações familiares conflituosas foram descritas como dificultadoras do controle pressórico.

'Sinto falta de ajuda'

O não seguimento de uma alimentação adequada por toda a família foi relatado por alguns entrevistados, como uma situação dificultadora na adesão ao tratamento não farmacológico da HAS:

quando eu faço a comida com pouco sal, meu marido reclama que a comida está insossa, aí eu falo se quiser mais sal, coloca mais sal, só que essa situação me aborrece, porque ele sabe que não cozinho sem sal porque eu quero (F17, 57 anos).

A fala de F17 deixa explícito que a falta do apoio familiar na adaptação da alimentação leva-a a sentir-se deprimida, o que pode favorecer a não adesão ao tratamento. Sendo assim, a HAS desta-

ca-se no contexto familiar como uma experiência de difícil adaptação, pois seu controle requer mudanças de comportamento que vão desde os hábitos alimentares até o estilo de vida não somente da pessoa hipertensa, mas de toda a família.⁶ Diante dessas alterações se não houver compreensão e envolvimento de todos os familiares, o convívio com a doença e o seguimento do regime terapêutico tornam-se mais difíceis.

Para uma das entrevistadas a família possui importância no tratamento das pessoas com HAS, no entanto, por falta de conhecimento sobre a doença de seus familiares, ela não recebia apoio em seu itinerário terapêutico:

minha família não me ajuda, porque eles acham que é frescura. Meu esposo não entende que é uma doença. Eu falo que não posso passar nervoso, porque se não a pressão sobe e ele não dá muita ênfase. Ele não me ajuda a comprar o remédio, não me ajuda a lembrar de tomar a medicação, nem me acompanha nas consultas (F05, 34 anos).

Em decorrência da falta de conhecimentos do familiar acerca da doença, seus sintomas e a forma de tratamento, F05 apresentava dificuldades em seguir seu regime terapêutico:

na minha casa eu e ele [esposo] cozinhamos. Eu faço a comida bem sem sal, mas quando ele cozinha, ele salga demais, [...] eu já expliquei para ele porque hipertenso não pode comer sal, mas está difícil dele compreender e me ajudar [...]. Várias vezes eu já pedi para ele me ajudar a lembrar de tomar os remédios todos os dias, nas horas certas, mas ele não lembra. Eu acho que se meu esposo compreendesse mais sobre a doença, os sintomas, o que ela pode trazer de negativo, o apoio dele seria essencial no meu tratamento, a família em si sempre pode ajudar (F05, 34 anos).

Pode-se perceber que o conhecimento do familiar sobre a doença e o tratamento era insipiente. Isso reflete uma falha importante dos profissionais atuantes na equipe da ESF, principalmente do enfermeiro, que tem se mostrado o elo mais forte entre os usuários e os serviços de saúde, pois deveriam buscar incorporar os familiares mais próximos no tratamento dos indivíduos com HAS, favorecendo sobremaneira a adesão do indivíduo à sua terapêutica. Portanto, é imprescindível que a participação dos familiares no tratamento seja compreendida pelos profissionais de saúde como potencializadora da adesão.

O maior entrave no controle da HAS continua sendo a nãoadesão à terapêutica, o que justifica o fato de sua existência ser encarada como um pro-

blema de saúde pública. Os fatores conhecimento e adaptação, tanto da pessoa com HAS quanto de sua família ainda são responsáveis pela enorme resistência que os profissionais encontram para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Estudos e investimento ministerial, nesse sentido, vêm se tornando relevantes, contudo a solução para a problemática enfrenta o desafio de se conseguir envolver conjuntamente, no tratamento, a pessoa hipertensa e sua família.¹⁴

Estudo realizado em Fortaleza-CE, com 400 familiares de pacientes inscritos em uma Liga de HAS, mostrou que o saber da família, apesar de insipiente, era fundamental para viabilizar o tratamento anti-hipertensivo, ressaltando, ainda, a importância de os enfermeiros capacitarem os familiares, ofertando apoio e conhecimento técnico-científico para saberem lidar com a doença e poderem vivenciar de modo saudável os seus momentos mais complexos, o que, consequentemente, influencia, positivamente, a continuidade do regime terapêutico.⁶

Diante dos achados pode-se apreender que a família é compreendida como importante rede de apoio que pode tanto facilitar quanto dificultar o seguimento do tratamento da HAS, devendo, por isso, ser alvo das ações de educação para a saúde, que não devem ser restritas apenas ao indivíduo acometido pela doença.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que a família, para a maioria dos entrevistados, recebendo ou não seu apoio, possui papel importante na terapêutica anti-hipertensiva por incentivar a adoção de práticas de autocuidado, como a realização de exercícios físicos e uso de alimentação apropriada, e por acompanhar seu itinerário terapêutico. Dessa maneira, foi descrita como agente facilitador da adesão ao tratamento.

Por outro lado, alguns participantes relataram que a família não representa um elo de apoio no tratamento, seja pelo fato de compreenderem que o controle da doença dependia exclusivamente de suas próprias atitudes e comportamentos, ou pelo apoio familiar recebido não ser na proporção almejada. Entretanto, acredita-se que o envolvimento da família no cuidado domiciliar a indivíduos com HAS pode representar um fator de estímulo ao controle pressórico e à prevenção de complicações.

Sendo assim, é notório que os achados deste estudo podem auxiliar o enfermeiro da ESF a re-

formular as ações educativas desenvolvidas junto às pessoas com HAS. Eles poderão, por exemplo, elaborar estratégias de intervenção no acompanhamento a esses indivíduos, incluindo a família como unidade de cuidado e, ainda, corresponsabilizando-a por atividades que envolvem a escolha e o seguimento da terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Lopes MCL, Marcon SS. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Abr-Jun; 43(2):343-50.
2. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2):254-62.
3. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe da saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4):672-9.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(Supl. 1):1-51.
5. Santos JC, Florêncio RS, Oliveira CJ, Moreira TMM. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. *Rev Rene*. 2012 Abr-Jun; 13(2):343-53.
6. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Abr-Jun; 16(2):263-70.
7. Brito DCS. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicol Estud*. 2009 Jul-Set; 14(3):603-7.
8. Silveira CL, Budó MLD, Silva FM, Beuter M, Schimith MD. Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. *Cienc Cuid Saúde*. 2009 Out-Dez; 8(4):667-74.
9. Elsen I, Souza AIJ, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Cienc Cuid Saúde*. 2009; 8(Supl):11-22.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (PT): Edições 70; 2008.
11. Costa RS, Nogueira LT. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2008 Set-Out; 16(5):871-6.
12. Barreto MS, Silva RLDT, Waidman MAP, Marcon SS. Percepção da família sobre a assistência a pessoas com hipertensão arterial que foram a óbito. *Rev. Eletr. Enf.* [online]. 2013 Jan-Mar [acesso 2013 maio 28]; 15(1):162-71. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a19.pdf
13. Lopes MCL, Carreira L, Marcon SS, Souza AC, Waidman MAP. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2008 Jan-Mar [acesso 2012 Out 01]; 10(1):198-211. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>
14. Saraiva K, Santos ZMSA, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jan-Mar; 16(1):63-70.
15. Faquinello P, Marcon SS, Waidmann MAP. A rede social como estratégia de apoio a saúde do hipertenso. *Rev Bras Enferm*. 2011 Set-Out; 64(5):849-56.
16. Costa VT, Alves PC, Lunardi VL. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. *Rev Enferm UERJ*. 2006 Jan-Mar; 14(1):27-31.
17. Lopes MCL; Marcon SS. Concepts of health and sickness in families living with arterial hypertension: a qualitative study. *Online Braz J Nurs* [online]. 2009 [acesso 2012 Out 10]; 8(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2009.2484/544>
18. Zagui IC, Borges SR, Pereira JG, Pegoraro VA, Duarte SJH. Percepção das dificuldades relacionadas ao tratamento entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Eletr Gestao & Saude*. 2011 Jan-Abr [acesso 2013 Mai 30]; 2(1):341-53. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/113/pdf>
19. Felipe GF, Abreu RNDC, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 Out-Dez; 42(4):620-7.