

Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: um análise no âmbito da educação em saúde

Self-care practice lived by hypertensive woman: analysis on the health education focus

*La práctica del autocuidado vivenciada por la mujer hipertensa:
un análisis en el ámbito de la educación para la salud*

Zélia Maria de Souza Araújo Santos

*Doutora em Enfermagem.
Professora Titular do Curso de Enfermagem e
do Mestrado em Educação em Saúde da
Universidade de Fortaleza - UNIFOR.
Enfermeira da Liga de Hipertensão Arterial do
Hospital de Messejana- LHAHM.
zeliasantos@unifor.br*

Raimunda Magalhães da Silva

*Doutora em Enfermagem.
Professora do Curso de enfermagem e do
Mestrado em Educação em Saúde da UNIFOR.
rmsilva@unifor.br*

RESUMO

A investigação abordou a prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa. Estudo exploratório-descritivo, fundamentado na teoria do autocuidado de Orem e desenvolvido com 200 mulheres hipertensas em uma instituição pública de saúde de Fortaleza-CE. Os dados foram coletados durante as consultas de enfermagem, organizados em categorias e analisados conforme os fundamentos da teoria escolhida. Na amostra pesquisada, cerca de 172 (86%) mulheres descobriram sua hipertensão mediante sinais e sintomas relacionados ao climatério. Evidenciou-se ainda nas mulheres, déficit de conhecimento e aderência parcial ao tratamento, consequentemente prática ineficaz do autocuidado, em virtude desse déficit. Desta forma, conclui-se que a prática do autocuidado era influenciada pela idade, pelo estágio de desenvolvimento e por problemas sociais, financeiros e de saúde.

Descritores: Saúde da mulher; Hipertensão; Educação em saúde; Autocuidado.

ABSTRACT

This study approached the practice of self care lived by the women that suffer with high blood pressure. Descriptive-exploratory study which was inspired on the Orem's self-care theory and developed with 200 women who presented high blood pressure at a Public Health Agency, located in Fortaleza, Ceará, Brazil. The data were collected during nursing encounters, organized in categories, and analyzed according to the fundamentals of the referred Theory. In this surveyed sample, about 172 (86%) women found out that they had high blood pressure problems by means of signs and symptoms related to the "climateric". It was evidenced on the women interviewed, that they presented knowledge knowledge about this syndrome, partial adherence to the treatment, and consequently inefficient practice of self-care, related to this deficit. In this way, it is possible to conclude that the self-care practice was influenced by the age, by disease stage development, and by the social, economic and health problems.

Descriptors: Women's health; Hypertension; Health education; Self-care.

RESUMEN

La investigación abordó la práctica del autocuidado vivenciada por la mujer hipertensa. Estudio exploratorio-descriptivo, fundamentado en la teoría del autocuidado de Orem y desarrollado con 200 mujeres hipertensas en una institución pública de salud de Fortaleza-CE. Los datos fueron recogidos durante las consultas de enfermería, organizados en categorías y analizados de acuerdo a los fundamentos de la teoría escogida. En la muestra pesquisada, cerca de 172 (86%) mujeres descubrieron su hipertensión mediante señales e síntomas relacionados al climatério. Se evidenció además en las mujeres un déficit de conocimiento, adhesión parcial al tratamiento y una práctica ineficaz de autocuidado en virtud de ese déficit. De esa forma, concluyese que la práctica del autocuidado era influenciada por la edad, por el estadio de desarrollo y por problemas sociales, financieros y de salud.

Descritores: Salud de la mujer; Hipertensión; Educación para la Salud; Autocuidado.

Santos ZMSA, Silva RM. Prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: um análise no âmbito da educação em saúde. Rev Bras Enferm 2006 mar-abr; 59(2): 206-11.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por aumento das cifras de pressão arterial sistodiastólicas ou apenas sistólicas acima da considerada normal para a idade, com prevalência em torno de 10% a 20% da população adulta⁽¹⁾.

A prevalência da HAS aumenta com a idade. Com relação ao sexo, até os 55 anos a prevalência é mais elevada no homem, e após essa idade, ela é igual para os dois sexos, pois, na mulher, a prevalência aumenta com a instalação da menopausa. No estudo de Santos⁽²⁾ com 200 mulheres

hipertensas, essa síndrome foi diagnosticada em 43% das mulheres com idades entre 30 e 40 anos. Portanto, constata-se que, mesmo com a proteção estrogênica, a mulher está exposta ao risco desse agravo, consequentemente, aos danos cardiovasculares mediados por esse.

A HAS constitui um agravo à saúde, e o seu aparecimento está relacionado aos inadequados hábitos e estilos de vida. Contudo, não se pode desconsiderar os fatores constitucionais, tais como: sexo, idade, raça, e história familiar.

De acordo com o Departamento de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (DEPSESA-CE), ocorreram no Estado do Ceará, no ano 2003, 6.131 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Desses, 442 (8,1%) por hipertensão arterial sistêmica e 2.658 (49,1%) por doença isquêmica do coração. Entre esses, 1.142 (21,1%) aconteceram por infarto agudo do miocárdio, 479 (8,8%) por doença cardiovascular secundária à hipertensão arterial e 2.552 (47,1%) por doença cerebrovascular. Diante desses dados, observa-se que a hipertensão arterial poderia ter sido responsável pela maioria dos óbitos, por ainda se constituir um fator predominante às doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Com essa problemática relacionada à clientela hipertensa, que atualmente envolve pessoas com idades inferiores àquelas que têm maior prevalência, e com a estimativa do aumento significativo de pessoas idosas na população brasileira em 2020, é possível constituir motivos significantes para uma atuação eficaz do enfermeiro quanto à condução do cliente ao seguimento adequado do tratamento da hipertensão arterial. Salienta-se ainda, a atuação do enfermeiro, priorizando as atividades inerentes ao seu papel de educador, o qual tem relevante importância no engajamento da clientela nas atividades de autocuidado, principalmente, quando apresenta déficit de conhecimento e de habilidade para cuidar de si mesma.

Optou-se por abordar neste estudo as mulheres, pois notificou-se a falta de um programa de atendimento baseado nas particularidades relacionadas ao sexo e à faixa etária dessas pessoas. A multiplicidade de atividades que atualmente envolvem as mulheres no contexto socioeconômico e cultural, a incidência elevada na morbimortalidade de doenças cardiovasculares associadas à hipertensão, e a estimativa de predominio da população idosa no século XXI – a qual provavelmente será composta, na maioria, por mulheres – e, de modo geral, com alterações de pressão arterial – uma vez que a prevalência dessa síndrome ascende com a idade – são outros aspectos que levaram à escolha das integrantes do sexo feminino como sujeitos de estudo dessa pesquisa.

Assim, procurou-se respostas para algumas questões, como por exemplo: em que contexto social vivem as mulheres que recebem cuidados nessa Instituição de Saúde? Em que condições desenvolvem as práticas para o autocuidado? Que tipo de suporte essas mulheres recebem para enfrentarem as dificuldades relacionadas à saúde?. Com essas indagações, pretendeu-se investigar sobre a prática do autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, realizado em uma instituição pública de saúde, com referência para o norte e nordeste no atendimento aos clientes com doenças do coração e do pulmão, situada em Fortaleza-Ceará.

A amostra foi sistemática e constituída de 200 mulheres, maiores de 20 anos – independente do estado civil, escolaridade, procedência ou renda familiar – que apresentaram condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos, e que aceitaram participar da pesquisa.

Para a coleta dos dados, usou-se a entrevista com perguntas relacionadas às características sociodemográficas, ao conhecimento da doença e das condutas terapêuticas, e à prática das atividades de

autocuidado – a qual foi aplicada durante às consultas de enfermagem no ambulatório de atendimento às pessoas com hipertensão arterial. Os dados foram agrupados por convergência de significados, apresentados na forma de tabelas e complementados por depoimentos verbalizados pelas mulheres.

Nas falas selecionadas, procurou-se evidenciar a relevância atribuída pelas mulheres às experiências vivenciadas com a prática do autocuidado em relação à hipertensão em suas vidas. Foram organizadas duas categorias, contemplando dados de identificação social, condições econômicas e educacionais; e dados sobre as experiências vivenciadas com os transtornos da doença e relação dessas com o auto-cuidado.

A interpretação dos dados se fundamentou na Teoria do autocuidado de Orem, que é composta por três constructos: autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem. Essa teoria nos lembra que a pessoa deve se empenhar para desenvolver atitudes coerentes com a saúde e bem-estar, individual e familiar, mediante a intervenção do enfermeiro.

A aceitação da participação da cliente foi registrada em termo de consentimento informado, de acordo com a Resolução 196/96⁽³⁾, garantindo-lhe o anonimato e o livre acesso para se desligar da pesquisa sem que houvesse prejuízo para a continuidade do tratamento. Os dados foram coletados após parecer favorável do Comitê de Ética.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição socio-demográfica das amostra estudada

As mulheres tinham idade a partir de 20 anos, com predominância na faixa etária de 40 a 69 anos. É nessa, que corresponde ao período das alterações gradativas da produção do hormônio estrogênio, em que aumentam a prevalência da hipertensão arterial e os riscos das doenças cardiovasculares e cerebro-vasculares.

Evidenciou-se que a maioria das mulheres era casada, tinha quatro filhos ou mais, e residia com a família, composta por marido ou companheiro e filhos. As demais mulheres moravam com parentes, ou em lares para idosos. Quanto à procedência, 180 (90%) moravam na capital e 20 (10%) em outros municípios do Estado do Ceará. Essas últimas, mesmo com dificuldade de transporte, compareciam mensalmente para o acompanhamento e controle da pressão arterial.

O somatório de mulheres com educação básica (ensino fundamental) totalizou 122 (61%), e 118 (59%) tinham renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. As ocupações predominantes tinham estreita relação com a escolaridade e com a renda familiar. Essas ocupações eram “prendas do lar”, costureiras, domésticas e faxineiras.

O sobrepeso e a obesidade estavam presentes em 180 (90%) mulheres. A obesidade predominou entre as idades de 40 a 59 anos e nas mulheres não brancas. Quanto a cor⁽⁴⁾ a prevalência é maior nas pessoas de pele escura, fato observado nesse estudo. Entretanto, 20 (10%) entrevistadas apresentavam peso saudável (com IMC < 24 kg/cm²).

Estudos realizados nos Estados Unidos mostraram que a hipertensão arterial é mais freqüente em negros e as diferenças raciais são maiores para as formas mais graves e para as complicações relacionadas à doença, particularmente, insuficiência renal crônica, acidente vascular cerebral e hipertrofia ventricular esquerda. Similarmente ao observado nos Estados Unidos, no Brasil, a prevalência de hipertensão arterial é maior nos negros e as diferenças raciais maiores para as formas graves de doença⁽⁵⁾.

A pressão arterial é maior em negros, independentemente dos níveis de peso, e que a associação entre sobrepeso ou obesidade, na hipertensão arterial, é mais freqüente nessa raça. O excesso de tecido adiposo visceral está associado às complicações metabólicas e

hemodinâmicas envolvidas em mecanismos que levam à doença cardiovascular arteriogênica e hipertensão arterial⁽⁶⁾.

A obesidade visceral é um sério problema de Saúde Pública, fazendo parte da síndrome cardiovascular dismetabólica, e geralmente, está acompanhada da hipertensão arterial. A obesidade associada à dislipidemia e hipertensão, constitui uma das causas mais importantes de morbimortalidade⁽⁴⁾.

A obesidade é um problema de alta prevalência no Brasil, pois 25% da população apresenta algum grau de excesso de peso. E a prevalência da hipertensão arterial é aproximadamente três vezes maior em obesos, que em indivíduos com peso situado na faixa de normalidade. A adiposidade aumenta com o envelhecimento⁽⁷⁾.

Entre as mulheres investigadas, observou-se a associação entre obesidade, dislipidemia e hipertensão. Essas morbidades estão associadas ao estilo de vida, inclusive ao hábito alimentar. Recentemente, estudos observacionais têm evidenciado uma estreita relação entre características qualitativas da dieta e a ocorrência de enfermidades crônico-degenerativas: como as doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus* não-insulinodependente, câncer e obesidade⁽⁸⁾. O fato é preocupante, pois, a saúde dessa clientela está exposta a um grave risco de morbidade e mortalidade por doença cardiovascular.

Entretanto, esse risco poderá ser eliminado ou controlado através da abordagem da educação em saúde, que deve estar voltada à conscientização dessas mulheres para a tomada de condutas que visem controlar o peso, a pressão arterial e a redução da dislipidemia. Tudo isso, com adoção de estilo de vida saudável intercedido pelo exercício eficaz das atividades de autocuidado.⁽⁹⁾ Essas atividades cobram a necessidade de saberes fundantes: como o conhecimento dos problemas de saúde, formas de tratamento, medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças⁽¹⁰⁾. E as orientações de enfermagem, através de uma intervenção sistematizada possibilita às pessoas o engajamento no autocuidado.

Experiências vivenciadas pelas mulheres com a prática do autocuidado

Cerca de 172 (86%) entrevistadas souberam que eram hipertensas mediante intercorrências clínicas, que, na maioria das vezes, estavam relacionadas às complicações agudas da hipertensão arterial (acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, hemorragia nasal, crise hipertensiva e eclâmpsia), 2(1%) foram diagnosticadas durante uma campanha de prevenção e detecção precoce da hipertensão arterial, e as demais em virtude de medidas casuais da pressão arterial em Postos de Saúde.

Portanto, constatou-se que o diagnóstico da HAS se deu sem que as mulheres tivessem um conhecimento prévio da alteração. Nesse caso, percebeu-se que as entrevistadas não desempenhavam uma prática eficaz de autocuidado para manter um melhor nível possível de saúde, ou seja, não se evidenciou comportamento de manutenção da saúde, porque, as mesmas procuravam os serviços de saúde somente quando tinham queixas, e dificilmente como medida preventiva.

Quanto aos antecedentes familiares, 150 (75%) mulheres tinham história de hipertensão arterial, 98 (49%) de infarto agudo do miocárdio

e 97 (48%) de acidente vascular cerebral.

A existência de HAS nos pais demonstrou ter importantes implicações no surgimento dessa condição nos filhos. Além da hipertensão, diversos outros fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares se agregam em famílias⁽¹¹⁾.

Ressalta-se que, a maioria das entrevistadas informou mais de um caso de antecedentes patológicos na família, e esses indicadores deveriam ter despertado a atenção delas para o cuidado preventivo com a saúde. Diante desse fato, pode-se fazer várias interrogações: será que essas mulheres tinham fácil acesso ao serviço de saúde? por que só procuravam o serviço quando estavam doentes? será que as informações ou orientações sobre prevenção e promoção de saúde estavam sendo captadas pelas mulheres, principalmente, por parte daquelas que cuidavam do lar?

Relacionando o tempo e a idade em que a HAS foi diagnosticada, constata-se que essa está surgindo nas mulheres a partir dos 20 anos, como mostram os dados a seguir. Ou seja, se elas estavam com mais ou menos três anos de diagnóstico, então, a hipertensão foi detectada na adolescência.

De acordo com a tabela 1, a hipertensão arterial foi diagnosticada na maioria das mulheres em idades inferiores a menopausa, ou seja, 04 (2%) se tornaram hipertensas até aos 20 anos, 15 (7%) entre 20 e 30 anos, 43 (21%) dos 30 aos 40 anos, e entre as 58, (30%), a maioria estava entre 40 e 47 anos. Portanto, constata-se que, mesmo com a proteção estrogênica, a mulher está exposta aos problemas circulatórios.

Nas mulheres com idade a partir de 60 anos, a doença hipertensiva foi identificada na maioria, aos 50 anos. Provavelmente, essas ainda estavam sobre a proteção do estrogênio, exceto aquelas que tiveram menopausa antes dos 45 anos, pois em cinco anos a produção desse hormônio declina gradativamente. A privação desse último, predispõe a mulher ao risco de hipertensão arterial ou de eventos cardiovasculares, igualando-se aos homens⁽¹²⁾.

Apesar do aumento de doenças cardiovasculares em mulheres jovens devido, principalmente, à maior participação no mercado de trabalho, à agregação de hábitos nocivos à saúde como tabagismo e alcoolismo, e ao uso de pílulas anticoncepcionais; a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e outras doenças cardiovasculares antes da menopausa entre elas é inferior à quota registrada em homens na mesma faixa etária. Após a menopausa, a prevalência de HAS entre mulheres e homens tende a se igualar, ou ser maior nas mulheres, porém essas toleram melhor os níveis pressóricos elevados⁽¹³⁾.

Constata-se que, além do fator constitucional (cor, idade e história familiar), o estilo de vida contribuiu para a instalação da hipertensão arterial. A maioria das mulheres referiu ter uma vida sedentária, sem incentivo social nem financeiro para usufruir de medidas preventivas, assim como, uma falta de motivação para buscar outros meios para manter a vida saudável. Associam-se a esses fatores, outras práticas ineficazes de autocuidado, como: alimentação inadequada, preocupações, precária higiene física e mental, bem como, o relacionamento familiar e profissional conflitante.

Essas mulheres, cuja maioria tinha idade acima de 50 anos e já

Tabela 1. Distribuição das mulheres, segundo a idade e o tempo de diagnóstico da hipertensão arterial. Fortaleza-CE, 2004.

Idade (em anos)	Tempo de Diagnóstico (em anos)			Total	
	≤ 3	4 - 9	10 ou mais	n	%
20-29	3	1	-	4	2
30-39	6	5	4	15	7
40-49	13	18	12	43	21
50-59	11	23	24	58	30
60-69	8	14	23	45	23
70 ou mais	5	8	22	35	17
TOTAL	46	69	85	200	100

eram doentes há mais de dez anos, precisavam urgentemente de uma maior atenção dos profissionais de saúde, especificamente do enfermeiro, a fim de que pudessem sustentar suas vidas sem agravos e livres de riscos graves. As ações terapêuticas e educativas de enfermagem poderão ser implementadas, acompanhadas e avaliadas constantemente, mediante plano ou programa específico para essa clientela.

De acordo com a tabela 2, a maioria das entrevistadas procurou tratamento especializado logo que souberam do diagnóstico da HAS, pois frequentemente, as clientes, embora conhecedoras do problema de saúde que as acometeu, demoraram um certo tempo para procurar tratamento adequado, e quando procuraram, geralmente não era seguido adequadamente.

Esse fato se relaciona à ausência freqüente de manifestações clínicas que caracterizam a HAS. Outro aspecto, é o comportamento inadequado para a manutenção da saúde, visto que é uma prática cultural do nosso povo, estimulada pela falta de informações e pela indisponibilidade de recursos financeiros e de serviços de saúde.

Em decorrência da ausência de manifestações clínicas da hipertensão arterial, a precocidade desse diagnóstico decorre da prática rotineira e eficaz do autocuidado da cliente que a leva a ter um comportamento adequado de manutenção da saúde. Conseqüentemente, o diagnóstico desse problema de saúde seria precoce e isento de lesões em órgãos-alvo, permitindo à portadora um prognóstico satisfatório.

Na prática, observa-se que a cliente resolve procurar e seguir o tratamento indicado, quando apresenta intercorrências e quando surgem as primeiras manifestações clínicas do climatério. Esse fato foi constatado quando as mulheres revelaram:

Sou hipertensa há 15 anos, porém, há 7 anos sigo rigorosamente o tratamento. A idade está avançando e as mazelas aparecendo (E 41)

Soube que era hipertensa há 10 anos. Não liguei. Porém, iniciei o tratamento há 4 anos, quando tive edema agudo de pulmão (E 101)

Constata-se que a aderência das entrevistadas não era influenciada pelo tempo de diagnóstico e de tratamento. Então, não existe associação entre o tempo de diagnóstico e o de tratamento, como mostra o "teste de qui-quadrado".

Afirma-se que a cliente adere ao tratamento, quando essa desempenha eficientemente o autocuidado em relação às condutas para o controle da hipertensão e prevenção de complicações. As condutas são

orientadas e supervisionadas pela equipe de saúde, cuja participação significativa é do enfermeiro, devido ao atendimento regular e sistemático à cliente, pela existência de conhecimento de educação em saúde, oriundo de sua formação acadêmica e da experiência na prática de cuidar, visando a promoção e manutenção da saúde.

Vale ressaltar que o tratamento da hipertensão é basicamente uma mudança do estilo de vida, e exige da cliente uma participação responsável para o êxito, pois só assim, ela vai usufruir de uma vida mais saudável. Logo, cabe ao enfermeiro ajudá-la, orientá-la e acompanhá-la na prática de autocuidado, de forma sistemática, usando tecnologias que favoreçam a absorção do conhecimento e o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva do modo de viver da mesma como cidadã partícipe da sociedade.

Quando a cliente desempenha eficientemente o autocuidado, torna-se mais fácil a aderência ao tratamento farmacológico, como também, ao básico, ou seja, às medidas higieno-dietéticas; e obter maior satisfação com a vida, melhoria da auto-imagem, da auto-estima e do convívio familiar.

Autocuidado é o cuidado que indivíduos requerem a cada dia para regularizar seus próprios funcionamento e desenvolvimento.⁽¹⁴⁾A prática desse cuidado pelo cliente é possibilitada pelo enfermeiro por intermédio da educação em saúde, que o conduz a aderência às condutas preventivas e terapêuticas, tornando-o agente de autocuidado.

Dentre as mulheres entrevistadas, para 196 (98%) foi indicada a associação dos dois tipos de tratamento (básico e farmacológico) e somente em 4 (2%) foi recomendado exclusivamente o básico, ou medidas higieno-dietéticas.

O tratamento básico é indicado para todo cliente hipertenso, e o sucesso dessa modalidade de tratamento depende muito do envolvimento dos profissionais com a cliente, pois é um momento para aplicar a educação conscientizadora e transformadora,

que tem como meta essencial levar a cliente à prática eficaz do autocuidado. Essa prática é imperante e permeia esse tipo de tratamento. A cliente, mesmo sendo acompanhada, ainda apresenta grande resistência quanto à aderência a essa modalidade de tratamento, como mostram esses depoimentos:

O tratamento da pressão tira o prazer de viver (E 98).

É difícil seguir o tratamento, pois a comida sem gordura e sem sal é terrível (E 54).

Tabela 2. Distribuição das mulheres segundo tempo de tratamento, aderência e de diagnóstico. Fortaleza-CE, 2004.

Tempo de Diagnóstico (em anos)	Tempo de Tratamento (em anos)						Total	
	≤ 3		4 - 9		10 ou mais		Sim	Não
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
≤ 3	28	23	-	-	-	-	28	23
4 - 9	1	4	39	22	-	-	40	26
10 ou mais	-	1	2	2	55	23	57	26
TOTAL	29	28	41	24	55	23	125	75

LEGENDA: S=Sim; N=Não; Aderência X tempo de diagnóstico: $\chi^2=2,7$ e $r = 0,258$ (NS); Aderência X tempo de tratamento: $\chi^2=4,8$ e $r = 0,086$ (NS). Tempo de diagnóstico X tempo de tratamento: $\chi^2=342,3$ e $r = 0,000$ (SIG).

Tabela 3. Distribuição das mulheres segundo tipo e tempo de tratamento e aderência. Fortaleza-CE, 2004.

Tipo de Tratamento	Tipo de Tratamento				Total	
	Básico		Básico e Farmacológico		Sim	Não
	Sim	Não	Sim	Não		
≤ 3	1	-	28	28	29	28
4 - 9	-	2	41	22	41	24
10 ou mais	1	-	54	23	55	23
TOTAL	2	2	123	73	125	75

LEGENDA: Aderência X Tipo de tratamento: $\chi^2 = 0,009$; $r = 1,0$ (NS).

A aderência ao tratamento tem sido um grande desafio para os clientes, em decorrência da necessidade de mudança de hábitos e rotina de práticas culturais, significando para muitos, perder o prazer da vida, principalmente, quando se interfere no hábito alimentar, como está evidenciado nesses depoimentos.

De acordo com a tabela 3, 125 (63%) entrevistadas se diziam aderentes ao tratamento, e o número de aderentes é diretamente proporcional aos anos de tratamento. Dentre as 196 (98%) mulheres que tinham indicação dos dois tipos de tratamento, 123 (62%) informaram ser aderentes. Portanto, verifica-se que a aderência às modalidades de tratamento variou de 50% a 62% para ambas. Entretanto, não existe associação entre a aderência e o tipo de tratamento ($\chi^2 = 0,009$; $r = 1,0$).

Esse percentual de aderência das entrevistadas era influenciado pela preferência ao tratamento farmacológico. Fato também observado em um estudo⁽¹⁵⁾ sobre as preferências do cliente em relação ao tipo de tratamento. Provavelmente, o fato deve-se à cultura do nosso povo, que reconhece o tratamento somente quando está fazendo uso de medicamento, o que influencia nessa aderência. Os depoimentos demonstram esse fato:

Não deixo de tomar o remédio da pressão, mas raramente sigo aquelas orientações (E 88).

Tomo sempre o remédio. Porém, as vezes abuso do sal, para ter um pouco de prazer na vida (E 86).

Nos finais de semana, como e bebo o que quero, mas o meu remédio é sagrado. Não deixo de tomar (E 106)

É importante enfatizar que há dificuldade na prática do autocuidado em relação ao tratamento farmacológico, porém é ínfima em relação ao básico. O fato é decorrente da ausência de manifestações clínicas da hipertensão arterial, que dificulta a precocidade do diagnóstico, o seguimento e a regularidade do tratamento indicado. Geralmente, fazem uso regular do medicamento quando se tornam sintomáticas, ou seja, quando existe lesão em órgãos-alvo. Essas questões são evidenciadas nos depoimentos:

Tomo o remédio quando sinto que a pressão está alta (E 189).

Não sei porque tenho que tomar este remédio, não sinto nada (E 34)

Comecei a tomar o remédio quando apareceram essa dor no peito e essa falta de ar (E29).

Vale ressaltar que entre as entrevistadas que vivenciaram o climatério, essas associavam à hipertensão, as manifestações desse. Essa associação as levava a procurar o serviço de saúde e a seguir sistematicamente o tratamento.

De acordo com a tabela 4, 58 (29%) entrevistadas conheciam as complicações da hipertensão arterial. Dessas, 40 (20%) relataram que eram aderentes. Entretanto, 142 (71%) as desconheciam, e dessas, 85

(43%) se diziam aderentes. Cerca de 52 (26%) não conheciam as causas, e dessas, 36 (18%) se revelavam aderentes. Portanto, a aderência não era influenciada pelo conhecimento das causas e complicações. Então, não existe associação entre conhecimento das causas e complicações e a aderência, conforme valor do "qui-quadrado" ($\chi^2 = 0,99$).

A prática do autocuidado constitui uma habilidade, que é condicionada pela idade, estágio de desenvolvimento, estado de saúde, condições ambientais e efeitos terapêuticos⁽¹⁴⁾. Essa habilidade é desenvolvida através da educação em saúde, que⁽¹⁶⁾ é um componente essencial do cuidado de enfermagem, e é direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e prevenção de doença.

A educação do cliente tem como objetivo maior o engajamento desse para o autocuidado, aderindo ao esquema terapêutico e preventivo, a fim de que ele atinja o melhor nível de saúde e, conseqüentemente, a melhor qualidade de vida possível⁽¹⁷⁾.

4. CONCLUSÕES

As mulheres hipertensas vivenciavam seu problema de saúde com uma prática ineficaz de autocuidado, desencadeada por um déficit de conhecimento sobre a doença e condutas terapêuticas, baixa escolaridade, problema socioeconômico e familiares, e ainda por conta de condutas inadequadas de promoção de saúde.

Além da HAS, a maioria apresentava sobrepeso ou obesidade, e referiam antecedentes familiares de doenças cardiovascular e cerebrovascular. Esses fatos comprometem substancialmente o estado de saúde e bem-estar dessas mulheres, inclusive, podendo conduzi-las à terceira idade com sérios problemas de saúde, prejudicando a qualidade de vida de cada uma.

Diante do exposto, destacamos as seguintes sugestões a fim de favorecer o engajamento desta clientela no autocuidado, que corrobora para a conquista de melhor nível de saúde e bem-estar.

A consulta de enfermagem deve ser um espaço favorável à exposição de queixas da cliente. O profissional a recebe numa abordagem holística e assim, pode identificar as necessidades de autocuidado nos aspectos bio-psíquicos e socio-espirituais e as capacidades da cliente para execução de atividades, para cuidar de si mesma e de sua família.

Programação de oficinas e palestras, destinadas à clientela e familiares, abordando assuntos relevantes sobre a hipertensão arterial, e sobre a associação com as manifestações do climatério.

Programação de um atendimento multiprofissional voltado especificamente para a mulher no climatério, enfatizando os aspectos biopsíquicos e socioespirituais, por meio das atividades integradas desses profissionais, objetivando o atendimento globalizado da clientela e promovendo uma prática eficaz de autocuidado.

Promover a saúde mediante estratégias educativas em saúde, principalmente numa base dialógica, a enfermagem respeita os preceitos éticos e legais internacionais, constitucionais e de sua profissão, bem como, a pessoa humana em sua dignidade, liberdade e autonomia, concorrendo, assim, para a observância e garantia dos direitos de cidadania, adquiridos através de lutas sociais históricas, e para

Tabela 4. Distribuição das mulheres segundo conhecimento das causas das complicações da hipertensão arterial e aderência. Fortaleza-CE, 2004.

Aderência	Conhecimento de Causas (CC)				Total	
	Sim		Não			
	Conhecimento de Conseqüências (CCq)				n	%
	Sim	Não	Sim	Não		
Sim	23	17	66	19	89	36
Não	12	6	47	10	59	16
TOTAL	35	23	113	29	148	52

LEGENDA: CC 1 X aderência: $\chi^2 = 0,99$; $r = 0,31$ (NS)

REFERÊNCIAS

1. Riera ARP. Hipertensão arterial - conceitos práticos e terapêutica. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
 2. Santos ZMSA. O estilo de vida da mulher hipertensa e a relação com o auto-cuidado [dissertação]. Fortaleza (CE): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 1998.
 3. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília (DF): MS; 1996.
 4. Barroso SG, Abreu VG, Francischetti EA. A participação do tecido adiposo visceral na gênese da hipertensão e doença cardiovascular aterogênica. *Arq Bras Cardiol* 2002 ago; 79(2): 117-28.
 5. Noblat ACB, Lopes MB, Lopes AA. Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um Ambulatório Universitário de Referência na Cidade de Salvador. *Arq Bras Cardiol* 2004 fev; 82(2): 111-20.
 6. Ribeiro AB. Atualização em hipertensão arterial. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.
 7. Santos JE. Obesidade e hipertensão. *Hiper Ativo* 1998 jan-mar; 5(1): 48-53.
 8. Bonomo E, Caraffa WT, César CC, Lopes ACS, Costa MFL. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pùb* 2003 set-out; 19(5): 1461-71.
 9. Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial - modelo de educação em saúde para o auto-cuidado. Fortaleza (CE): UNIFOR, 2002.
 10. Santos ZMSA, Silva RM. Consulta de enfermagem à mulher hipertensa: uma tecnologia para educação em saúde. *Rev Bras Enferm* 2003 nov-dez; 56(6): 605-9.
 11. Magalhães MEC, Brandão AA, Pozzan R, Brandão AP. Hipertensão arterial em crianças e adolescentes. *Rev Bras Hipertensão* 2002 jul-set; 9(3): 244-55.
 12. Aldrighi JM, Martinez TLR, Silva Filho CP. Doença cardiovascular e terapia de reposição hormonal. *Arq Bras Cardiol* 1995 mar; 64(3): 249-54.
 13. Pinheiro LAF, Couto AA, Silva EM. Sobrevida e morbidade na hipertensão arterial tratada: um estudo crítico. *Programa de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Hipertensão Arterial* 2003, 4(3):16-26.
 14. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. Georgia (USA): Mosby; 1995.
 15. Pierin AMG, Mion Jr D. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não-farmacológico. *J Bras Nefrol* 1995, 8(4): 12-6.
 16. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Sudarth - Enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2002.
 17. Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial – abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza (CE): Brasil Tropical; 2003.
 18. Shiratori K, Costa TL, Formozo GA, Silva AS. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. *Rev Bras Enferm* 2004 set-out; 57(5): 617-9.
-