



Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

ISSN: 1517-3852

rene@ufc.br

Universidade Federal do Ceará

Brasil

DOS SANTOS SILVA, GISELLE ANDRADE; GONDIM RIBEIRO, LUCÍOLA; SANTOS SILVA, THAIS
CRISTINA; LOPES, MARIA LÚCIA HOLANDA

PERFIL DE ENGAJAMENTO PARA O AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 9, núm. 4, outubro-diciembre, 2008, pp. 33-39

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027964004>

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

redalyc.org

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

PERFIL DE ENGAJAMENTO PARA O AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

SELF-CARE ENGAGEMENT PROFILE FOR PEOPLE WITH ARTERIAL HYPERTENSION

PERFIL DE COMPROMISO CON EL AUTOCUIDADO EN PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

GISELLE ANDRADE DOS SANTOS SILVA¹

LUCÍOLA GONDIM RIBEIRO²

THAIS CRISTINA SANTOS SILVA³

MARIA LÚCIA HOLANDA LOPES⁴

Estudo descritivo com o objetivo de identificar o perfil de engajamento no autocuidado em pessoas hipertensas acompanhadas na Unidade Básica de Saúde da Família. Utilizamos os instrumentos para estabelecer o perfil de engajamento no autocuidado tendo como pressuposto a teoria do autocuidado de Orem. Pesquisadas 31 pessoas, cadastradas no (HIPER/DIA) no ano de 2004. Identificados os requisitos de autocuidado com escore positivo em relação às eliminações; à adaptação às modificações do ciclo vital; à adaptação social; ao conhecimento da doença e tratamento; à aceitação em relação ao diagnóstico; à adaptação ao problema de saúde e às condutas orientadas. Fatores insatisfatórios a ingestão de alimentos e de líquidos; o desequilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de risco à vida e ao bem-estar; a promoção da saúde. Constatamos que dos 31 portadores de hipertensão acompanhados pelo PSF, 16 apresentaram escore bom para o engajamento autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Autocuidado; Enfermagem.

This descriptive study aims to verify the engagement profile in self-care in hypertensive people attended in a Family Health Basic Unit. We used the tools to establish the self-care engagement profile considering the Orem self-care theory. Thirty one people were registered and searched on the Hyper/Day in 2004. We so identified the self-care requirements with a positive score related to the elimination; the adaptations to the modifications of the vital cycle; social adaptation; illness knowledge and its treatment; acceptance to the diagnostic; adaptation to the health problem and to the oriented behavior; poor food and liquid intake; imbalance between loneliness and social interaction; life risk prevention and well-being as well as health promotion. We got to the conclusion that part of the people who have arterial hypertension followed up by FHP have a good self-care engagement considering the performed actions.

KEYWORDS: Hypertension; Self-care; Nursing.

Estudio descriptivo con el objetivo de identificar el perfil de compromiso con el auto cuidado en personas hipertensas acompañadas clínicamente en la Unidad Básica de Salud de la Familia. Utilizamos los instrumentos para establecer el perfil de compromiso en el autocuidado teniendo como conjetura la teoría del autocuidado de Orem. Pesquisadas 31 personas, registradas en (HIPER/DÍA) el año 2004. Identificados los requisitos de autocuidado con calificación positiva en relación a las eliminaciones, a la adaptación a los cambios del ciclo vital; ajuste social; al conocimiento de la enfermedad y del tratamiento; aceptación del diagnóstico; adaptación al problema con la salud y a las conductas orientadas. Y calificación no satisfactoria a la ingestión de alimentos y líquidos; desequilibrio entre soledad e interacción social; a la prevención de riesgo de vida y al bienestar; a la promoción de la salud. Constatamos que una fracción de portadores de hipertensión acompañados clínicamente por el PSF se compromete con el auto-cuidado frente a las acciones llevadas a cabo.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión; Autocuidado; Enfermería.

¹ Enfermeira do Hospital Universitário da UFMA. Especialista em Saúde da Família. End. R. 01, Q.17, C.11. Parque dos Sabiás, São Luís/MA. Cep: 65053-400. E-Mail: gisandradeslz@hotmail.com.

² Enfermeira da Rede Sara de Hospitais de Reabilitação Unidade São Luís. Especialista em Saúde da Família. End. R. Cecília Meireles, s/n. Condomínio portal das enseadas, Ed. Guarapari, Apt° 302, Ipase, São Luís/MA. Cep: 65061060. E. Mail: luciolagondimr@hotmail.com. luciola@sarah.br.

³ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Especialista em Saúde da Família. End. Unidade 101, R. 11, C.27. Cidade Operária. São Luís/MA. Cep: 65050.020. E-Mail: tessenenfermeira.@bol.com.br.

⁴ Enfermeira. Profª. Mestre do Departamento de Enfermagem/UFMA. End. R.2400, Q26, C.11, Parque Aurora. São Luís/MA CEP: 65053330. E. Mail: hollopes@hotmail.com; nefro@huufma.br.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial possui várias definições que convergem para as alterações dos níveis pressóricos sistólico e diastólico acima de 140 e 90 mmHg, respectivamente, sendo considerados limítrofes os valores 130-139 mmHg para pressão arterial sistólica e 85-89 mmHg para pressão arterial diastólica. São fatores de risco relacionados ao surgimento e complicação da hipertensão arterial: idade, sexo e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão excessiva de sal, alcoolismo, sedentarismo e obesidade¹.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a terceira causa de morte no mundo, ultrapassada apenas por sexo inseguro e desnutrição. No mundo são 600 milhões de pessoas com este agravo. Desses, 500 milhões precisam de intervenção médica imediata. A OMS prevê que até o ano de 2010 as doenças cardiovasculares serão as principais causas de morte nos países em desenvolvimento².

No Brasil, a prevalência de HAS na população urbana adulta varia de 22,3% a 43,9% em estudos isolados. Esta doença constitui um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais sendo responsável por aproximadamente 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% dos óbitos por doença arterial coronariana e, em associação com a diabetes, 50% dos casos de doença renal crônica³.

No Brasil, os programas de atendimento à pessoa com HAS levam em conta as diretrizes elaboradas, em consenso, por diferentes especialistas na área, representantes das Sociedades Brasileiras de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia. As recomendações servem de guia para a detecção, tratamento e acompanhamento dos usuários hipertensos.

É importante que os profissionais de saúde atentem para as implicações do impacto de uma doença sobre um indivíduo e, para analisar este impacto, devem considerar de que modo uma doença específica (por natureza, seu caráter agudo ou crônico e pelo grau de incapacitação gerado em cada paciente) pode abalar esse indivíduo e até mesmo os membros de sua família.

A adesão ao tratamento é fundamental para o controle das doenças crônicas não transmissíveis dentre elas a hipertensão arterial, sendo um desafio para os profissionais de saúde. O processo educativo hoje é visto como uma tecnologia básica que proporciona a adesão ao tratamento através de recursos disponíveis para orientação, educação e motivação para a mudança de comportamento em relação ao autocuidado⁴.

Atualmente no Brasil a porta de entrada do portador de hipertensão ao sistema de saúde se faz através da atenção básica, que tem como eixo estruturante a estratégia saúde da família (ESF). A referida estratégia é responsável pelas ações e serviços do sistema local de assistência à pessoa com HAS. As equipes de Saúde da Família trabalham em uma área delimitada, onde cada equipe, formada por enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, deverá estar capacitada para identificar os principais problemas de saúde e situações de risco, prestar assistência integral ao paciente e desenvolver ações educativas e intersetoriais⁵.

Ainda convivemos em nosso país com uma baixa cobertura das equipes da ESF, o que dificulta o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de HAS. Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde (MS) em sua Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS – 2001), editada pela Portaria do MS, em 26 de janeiro de 2001, amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definindo o processo de regionalização da atenção à saúde e inclui o controle da HAS como o III eixo de atenção a ser desenvolvido pelo município. O Ministério da Saúde fortalece esse compromisso ao editar a portaria 648 de 28 de março de 2006, que disciplina as responsabilidades da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família⁶. O programa de controle desta doença deve ser elaborado por cada município, tendo como parâmetro seus indicadores epidemiológicos, recursos humanos e materiais disponíveis.

O enfermeiro faz parte da equipe multiprofissional responsável pelo Programa de Controle da HAS e tem como atribuição específica a consulta de enfermagem através da qual o profissional estabelece um vínculo de confiança com o portador de HAS. Isto possibilita o repasse de informações fundamentais para que esse indivíduo seja o

principal ator na promoção e manutenção de sua saúde, através do controle efetivo de sua pressão arterial e dos fatores de risco.

O cuidado com a saúde é um ato das relações humanas. O homem nasce incapaz de sobreviver sem os cuidados de outro e, em inúmeros momentos da vida, precisará de ajuda para se manter saudável ou para se cuidar. Pessoas diversas se relacionam numa forma de promover o crescimento e o bem-estar da outra. Dessa forma, a Enfermagem precisa atuar nos tratamentos da HAS, abordando a família no sentido de esclarecer, participar, ajudar e negociar, utilizando diversos componentes do cuidar⁶.

As intervenções do enfermeiro no tratamento da HAS visam ao engajamento do cliente no autocuidado a fim de manter sua pressão arterial controlada, atingindo o melhor nível de saúde⁷. Essa mudança de comportamento está diretamente ligada ao seguimento do tratamento por um processo educativo que objetive o autocuidado. Diante do exposto optamos por trabalhar o referencial teórico proposto por Orem. Orem desenvolveu a teoria geral de enfermagem composta de três teorias inter-relacionadas (teoria do autocuidado; déficits de autocuidado e sistemas de enfermagem). Teoria do autocuidado – é a prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade para manter-se com vida, saúde e bem-estar. Teoria dos déficits de autocuidado – define a necessidade da intervenção de outras pessoas, quando o ser humano não tem competência para realizar seu autocuidado. Teoria dos sistemas de Enfermagem – permite a definição das necessidades e a capacidade da pessoa para desempenhar as atividades de autocuidado^{8,9}.

Na teoria do autocuidado estão incorporados os requisitos que constituem as ações necessárias para o referido procedimento. Orem em sua teoria descreve os três requisitos como: autocuidado universal, autocuidado desenvolvimental e autocuidado nos desvios de saúde.

Autocuidado universal: básico para espécie humana, seja por sua condição biológica, seja por sua condição sociológica, não significando, porém, que para todos os seres humanos essa condição será igual em qualidade e em quantidade tais como: manutenção de suficiente aporte de ar, água e alimentos; provisão de cuidados associados

aos processos de eliminação; manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso e do balanço entre estar só e a interação social; prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e bem-estar como ser humano e a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e desejos de ser normal⁹.

Autocuidado desenvolvimental – diz respeito às demandas ou necessidades que ocorrem durante as adaptações relacionadas às situações ou crises durante o ciclo vital, tais como: infância, adolescência, adultícia e envelhecimento; gravidez e parto; situações de casamento, divórcio ou afastamento; situações de mudanças no curso da vida, etc. Autocuidado nos desvios de saúde – estes desvios são identificados quando as pessoas não reagem frente a um evento de perda de capacidades ou não controlam suas funções e potenciais de autocuidado; assim, os desvios de saúde, exigem ações específicas de acordo com a situação em que se encontram. A teoria do autocuidado de Orem oferece o suporte para a execução do processo de enfermagem, considerando-o como um termo usado pelos enfermeiros ao referirem-se às operações profissional-tecnológicas de práticas da enfermagem, ao planejamento e às operações avaliatórias⁹.

A partir desse referencial, compreendemos a importância de vivenciar a utilização de uma teoria que direcione as atividades do enfermeiro na busca de um acompanhamento holístico à pessoa com HAS que a leve à mudança de comportamento, proporcionando um controle de sua pressão arterial. Conhecendo uma experiência vivenciada por Santos e Silva com esta temática⁷, objetivamos em nosso estudo identificar o perfil de engajamento no autocuidado em pessoas hipertensas acompanhadas na Unidade Básica de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo que procurou observar, verificar e descrever aspectos de uma realidade. Realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em uma área urbana da periferia da cidade de São Luís-MA.

População constituída de 128 usuários com hipertensão. Participaram do estudo 31 hipertensos que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos; idade superior a 18 anos; orientados no tempo e espaço; capazes de se comunicar; sem doenças crônicas e/ou incapacitantes associadas; cadastradas no Programa de Assistência a Diabéticos e Hipertensos (HIPER/DIA); que compareceram a consulta de enfermagem em junho de 2004 e aceitaram participar da pesquisa.

Ressaltamos que, atendendo aos preceitos éticos determinados pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, o projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário (UFMA), protocolo nº 33104-1028/2004. O Termo de Consentimento Pós-informado foi assinado pelos participantes do estudo.

Os dados foram coletados durante a consulta de enfermagem no ambulatório, utilizando um instrumento elaborado e validado por Santos e Silva⁷, à luz do referencial de Orem, constando de dados de identificação e dados relacionados aos requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e por desvio de saúde.

O instrumento validado por Santos⁷ divide os requisitos de autocuidado universal em 08 itens, assim relacionados: oxigenação adequada; ingesta suficiente de líquidos; ingesta adequada de alimento; eliminações adequadas; equilíbrio entre atividade e descanso; equilíbrio entre solidão e interação social; prevenção de risco à vida e ao bem-estar e adequada promoção da saúde. Para cada item pesquisado foi pontuado um escore de 00 a 05, em um total de escore máximo para este requisito de 40. Para o autocuidado desenvolvimental dois itens foram pesquisados: adaptação adequada às modificações do ciclo vital e adaptação social, com escore 10 para cada item em um total de 20, para o referido requisito. Em relação ao autocuidado por desvio de saúde consideramos o conhecimento da doença e do tratamento; aceitação da doença; adaptação adequada ao problema de saúde e execução efetiva de condutas orientadas. Sendo considerado escore máximo de 10 para cada item, totalizando 40 pontos. Para verificação do escore foi elaborada uma tabela e um guia instrucional que pontua as ações de autocuidado desempenhada pelo cliente em cada item que o classifique em

escore determinando seu valor. Para finalizar descrevemos no quadro a seguir o somatório final:

PEAc	Escore	Classificação (PEAc) Escore
Autocuidado Universal	40	Excelente (80-100)
Autocuidado Desenvolvimental	20	Bom (60-79)
Autocuidado por desvio de saúde	40	Regular (40-59)
Total	100	Mau (< 39)

Após a coleta de dados utilizando o instrumento e o guia instrucional referenciado anteriormente foi verificado o Perfil de Engajamento no autocuidado de todos os participantes do estudo individualmente e, posteriormente organizados em frequência absoluta, por escore de cada requisito de autocuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica dos usuários hipertensos

Os indivíduos pesquisados representam 9,6% (03) na faixa etária dos 18-39 anos, seguidos de 45,2% (14) entre 40-59 anos; 45,2% (14) entre 60-70 anos. São do sexo feminino 61,2% (19) e 38,8% (12) do masculino. Quanto à escolaridade, 32,1% (10) são analfabetos, seguidos de 26,0% (08) com o ensino fundamental; 38,7% (12) com ensino médio incompleto e 3,2% (01), ensino superior. São solteiros 22,7% (07); 61,2% (19) são casados e 16,1% (05) viúvos. Quanto à renda, 3,2% (01) vivem com menos de um salário mínimo; 61,3% (19) com um a dois salários mínimos e 35,5% (11) têm renda maior que três salários mínimos. 67% (21) referiram ter a cor não branca e 32,3% (10) afirmaram ser de raça branca. Em relação à ocupação, 48,4% (15) são aposentados; 19,3% (06), do lar; 22,6% (07) são autônomos e 9,7% (03) exercem outras atividades.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS SEGUNDO REQUISITO DE AUTOCUIDADO E PEAC. SÃO LUÍS-MA. 2004.

Autocuidado universal			
N.º			
1	Oxigenação adequada	Adequada (05) Inadequada (00)	24 07
2	Ingesta suficiente de líquidos	Escore (05) Escore (04) Escore (03) Escore (02) Escore (01) Escore (00)	04 08 12 01 05 01
3	Ingesta adequada de alimento	Escore (05) Escore (04) Escore (03) Escore (02) Escore (01)	03 03 12 08 05
4	Eliminações adequadas	Escore (05) Escore (04) Escore (03) Escore (02) Escore (01)	20 07 01 02 01
5	Equilíbrio entre atividade e descanso	Escore (05) Escore (04) Escore (03) Escore (02) Escore (01)	20 02 02 05 02
6	Equilíbrio entre solidão e interação social	Escore (05) Escore (04) Escore (03) Escore (02) Escore (01)	01 09 07 13 01
7	Prevenção de risco à vida e ao bem-estar	Escore (05) Escore (04) Escore (03) Escore (02) Escore (01)	08 09 08 03 03
8	Adequada promoção da saúde	Escore (05) Escore (04) Escore (03) Escore (02) Escore (01) Escore (00)	07 08 09 02 01 04
Autocuidado desenvolvimental			
N.º			
9	Adaptação adequada às modificações do ciclo vital	Escore (07) – satisfatório Escore (03) – parcialmente satisfatório Escore (00) – insatisfatório	21 09 01
10	Adaptação social	Escore (07) – satisfatório Escore (03) – parcialmente satisfatório Escore (00) – insatisfatório	22 08 01
Autocuidado por desvio de saúde			
N.º			
11	Conhecimento da doença e do tratamento	Escore (07) – satisfatório Escore (03) – parcialmente satisfatório	22 09
12	Aceitação da doença	Escore (07) – satisfatório Escore (03) – parcialmente satisfatório	20 11

13	Adaptação adequada ao problema de saúde	Escore (07) – satisfatório Escore (03) – parcialmente satisfatório	21 10
14	Execução efetiva de condutas orientadas	Escore (07) Escore (03)	21 10
	Perfil de engajamento no autocuidado (somatório)		
	Excelente	Escore 80 – 100	11
	Bom	Escore 60 – 79	16
	Regular	Escore 40 – 59	04
	Mau	Escore < 39	00
	Total		31

AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Observando os escores alcançados em relação aos requisitos de autocuidado universal, analisamos a ingesta de alimentos, em relação à qualidade e quantidade encontrada, em apenas 3 (9,7%) para o escore máximo (5), enquanto o escore igual e inferior a 3 corresponde a 25 (80,6%) dos usuários com hipertensão pesquisados. A ingesta de alimentos adequada para a pessoa com hipertensão é um dos fatores importantes para o controle dessa doença.

A conduta alimentar para esse grupo objetiva controlar e manter o peso corporal em níveis adequados; reduzir a quantidade de sal na preparação de alimentos; evitar as fontes industrializadas de sal; limitar ou abolir a ingestão de bebidas contendo álcool; substituir doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas; acrescentar, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras na alimentação diária; preferir alimento pobre em gordura (de preferência a mono ou a poliinsaturada); manter ingestão adequada de cálcio pela ingestão de produtos lácteos, de preferência desnatados. A orientação alimentar realizada pelo profissional de saúde deve obedecer a uma metodologia negociadora ao invés da disciplinadora³.

Hábitos alimentares inadequados foram identificados em 19% dos entrevistados como fator que dificulta o controle da PA, sendo a dieta hipossódica (43%) e a hipolipídica (26%) as mais difíceis de serem seguidas¹⁰.

Observando o quadro 01, outro requisito alterado que merece destaque é o equilíbrio entre solidão e interação social no qual a amostra demonstrou um desequilíbrio, já que 17 pacientes (67,8 %) apresentaram escore igual e inferior a 3. O escore máximo corresponde ao equilíbrio

satisfatório; o intermediário ao parcialmente satisfatório e insatisfatório. Esse indicador se refere à solidão e interação social, participação em atividades sociais e relacionamento familiar e com outras pessoas.

Quando avaliamos a prevenção de risco à vida e ao bem-estar desse grupo observamos que 17 (54,8 %) apresentaram escore igual ou superior a 04, e 14 (45,2%) demonstraram escore igual e inferior a 3. O indicador da prevenção de riscos à vida e ao bem-estar se refere aos fatores de riscos associados à hipertensão arterial como: tabagismo, alcoolismo, ingestão de café, sedentarismo, estresse, história familiar de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, dislipidemia, uso de medicamentos hipertensores, peso e pressão arterial controlada⁷.

A adesão dos usuários ao tratamento da HAS e, conseqüentemente, o controle da pressão arterial continua sendo um desafio para os profissionais da área de saúde¹¹.

Em um estudo realizado ficou evidenciada a possibilidade de mudanças no estilo de vida promovendo a saúde e o bem estar levando ao controle da HAS, tendo como tecnologia o processo educativo¹².

AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL

Avaliando o requisito de autocuidado desenvolvimental no que refere à adaptação adequada às modificações do ciclo vital, 67,8% dos entrevistados 21 responderam satisfatoriamente, seguidos de 09 (29 %) parcialmente satisfatórios e apenas 01 (3,2 %) com escore insatisfatório. Estes dados se contrapõem aos observados na avaliação da prevenção de risco à vida e ao bem-estar e à adequada promoção da saúde que não foram satisfatórios, conforme resposta da maioria das pessoas com hipertensão. Na adaptação social, encontramos 22 pessoas (70,9 % da amostra) que responderam terem uma adaptação social satisfatória. Prover cuidados para prevenir, aliviar ou superar efeitos indesejáveis de situações sociais que possam afetar o desenvolvimento humano leva a uma adaptação à mudança social⁹. Verificamos a importância das pessoas com hipertensão relatarem que possuem satisfatoriamente essa adaptação, tendo em vista que os estressores sociais são fatores dificultadores do controle da pressão arterial.

AUTOCUIDADO POR DESVIO DE SAÚDE

Quanto ao requisito de autocuidado em relação ao conhecimento da doença e tratamento, da aceitação do diagnóstico e sobre a adaptação ao problema de saúde que se refere a um estilo de vida adequado ao problema de saúde e na avaliação do requisito execução de condutas orientadas pelos usuários com hipertensão arterial, obtivemos escores satisfatórios. Para Damascena e Rocha¹³, as orientações dadas pelos profissionais mais difíceis de serem seguidas pelos usuários com HAS são: redução na ingestão de sal (34,6%); restrição de óleo no preparo dos alimentos (20,5%) exclusão de carboidratos da dieta (12,2%); consumo de verduras (9,6%); exclusão do café (8%) e realização de atividade física (74,4%).

Amorim¹⁴, quando trabalhou a adesão ao tratamento em relação ao cumprimento das condutas orientadas em relação à prática regular de exercício físico, verificou que 51 % dos pacientes não realizam tal atividade. Além disso, 70% não adotam dieta hipossódica e hipolipídica; 80% apresentam com alteração de peso; 63% não fazem tratamento medicamentoso regular e 87,6% não comparecem às consultas regularmente.

O Perfil de Engajamento do Autocuidado (PEAc) dos pesquisados foi regular em 04 pessoas (12,90%), bom em 16 (51,62%) e excelente em 11 (35,48%), Estes últimos caracterizaram-se na amostra estudada como agentes potenciais do autocuidado pleno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nos permitiu verificar que uma parcela significativa de usuários pesquisados atingiram o PEAc bom, demonstrando que precisamos investir no aperfeiçoamento de ações e orientações educativas que possibilite ao usuário com HAS atingirem o PEAc excelente.

Traçar o perfil de engajamento do autocuidado se constitui em uma ferramenta básica que possibilita o levantamento dos requisitos de autocuidado e estes servirão de base para o planejamento da assistência individualizada, na busca de mudanças de comportamentos, que leve ao controle da HAS e à prevenção de complicações cardiovasculares.

Portanto, sugerimos aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que incorporem como tecnologia básica o PEAC como ponto de partida para a sistematização da assistência aos usuários com HAS para que possam atingir um maior número de usuários acompanhados de forma holística.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.
2. Rubinger F. Dados: hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. [acesso 2004 ago 29]. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br>>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Atualização para atenção básica: diabetes mellitus e hipertensão arterial. Brasília; 2002.
4. Basso E, Veiga EV. Consulta de enfermagem: evolução histórica, definição e uma proposta de modelo para sua realização em programa de hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol Est São Paulo 1998; 8(2 supl. A):7-14.
5. Victor JF, Vieira NFC. A educação em saúde no contexto da prática de enfermagem no programa de saúde da família. In: Barroso MGT; Vieira NFC; Varela, ZM, organizadores. Saúde da família: abordagem multireferencial em pesquisa. Sobral: UVA; 2002.
6. Ministério da Saúde(BR). Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa saúde da Família. Brasília; 2001.
7. Lima FET, Lopes MVO, Araújo TL. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. Família saúde e desenvolvimento. Família, Saúde e Desenvolvimento 2001 jan/jul; 3(1):63-9.
8. Santos ZMS, Araújo MS, Silva RM. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: UNIFOR; 2002.
9. Leopardi MT, Wosny AM, Martins ML. Algumas teorias de enfermagem: Dorothea Orem – teoria do autocuidado. Dorothea Orem – teoria do autocuidado. In: Leopardi MT. Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livros; 1999. p.74-80.
10. Foster PC, Bennett AM, Dorothea E. Orem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: ARTMED; 2000. p. 83-107.
11. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev. Saúde Pública, 2003; 37 (5): 635-642.
12. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Júnior D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p. 275-89.
13. Santos ZMSA, Lima HP. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. Rev. Rene, 2008; 9 (1): 60-68.
14. Damascena SCC, Rocha TP. Hipertensão arterial: dificuldades e facilidades na adesão ao regime terapêutico [Monografia]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2004.
15. Amorim AMM. Dificuldades dos hipertensos em aderir ao tratamento. [Monografia]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2004.

RECEBIDO: 14/04/2008

ACEITO: 12/08/2008