

# Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa

REFLECTING ABOUT ASSUMPTIONS FOR CARE IN THE HEALTHCARE EDUCATION FOR HYPERTENSIVE PEOPLE

REFLEXIONANDO SOBRE LOS CONCEPTOS DEL CUIDAR/CUIDADO EN LA EDUCACIÓN EN SALUD DEL SUJETO HIPERTENSO

Cláudia Geovana da Silva Pires<sup>1</sup>, Fernanda Carneiro Mussi<sup>2</sup>

## RESUMO

A hipertensão arterial apresenta elevada prevalência e mortalidade, sendo um desafio prevenir e controlar a doença, o que implica em considerar o processo educativo como ferramenta necessária para o cuidado. O estudo teve como objetivo refletir sobre os pressupostos para o cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. Depreendeu-se que no processo de educação à saúde, os pressupostos para o cuidar assentam-se na consideração da pessoa em lugar do corpo doente e na compreensão do cuidar apto a investir na clínica do indivíduo, privilegiando espaços para a escuta sensível e o acolhimento, para a compreensão do sofrimento, do significado de adoecer e cuidar de si. Esperamos que esta reflexão contribua para implementar e aperfeiçoar novas formas de cuidar nos programas de hipertensão, compreendendo o ser humano como ser destinado à liberdade, felicidade e plena realização.

## DESCRITORES

Hipertensão.  
Educação em saúde.  
Cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

Hypertension has high prevalence and mortality. Preventing and controlling this disease poses a challenge, which implies in considering the educational process as a necessary tool for care. The study had the purpose to reflect on the assumptions for care in the healthcare education of hypertensive people. It was observed that the assumptions for caring, in the process of healthcare education, are based on considering the person instead of the sick body, and in comprehending caring while being capable of investing in the clinic of the individual, favoring spaces for sensitive listening and welcoming, comprehension of suffering, the meaning of falling ill and caring for the self. We expect this reflection to contribute for the implementation and enhancement of new forms of caring in the programs of hypertension, comprehending the human being as someone destined to have freedom, happiness and full satisfaction.

## KEY WORDS

Hypertension.  
Health education.  
Nursing care.

## RESUMEN

La hipertensión arterial presenta una elevada prevalencia y mortalidad, siendo un desafío prevenir y controlar la enfermedad, lo que implica en considerar el proceso educativo como una herramienta necesaria para el cuidado. El estudio tuvo como objetivo reflexionar sobre los conceptos relacionados con el cuidado, en la educación en salud, de la persona hipertensa. Se desprendió que en el proceso de educación en salud, los conceptos sobre el cuidar están basados en la consideración de la persona en lugar del cuerpo enfermo y en la comprensión del cuidar apto a invertir en la clínica del individuo, privilegiando espacios para la escucha sensible y el acogimiento, para la comprensión del sufrimiento, del significado de enfermarse y cuidar de sí. Esperamos que esta reflexión contribuya para implementar y perfeccionar nuevas formas de cuidar en los programas de hipertensión, comprendiendo al ser humano como ser destinado a la libertad, felicidad y plena realización.

## DESCRIPTORES

Hipertensión.  
Educación en salud.  
Atención de enfermería.

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Professora Visitante do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil. cgspires@uol.com.br  
<sup>2</sup> Doutora. Professora Adjunta II da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. femussi@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, de múltiplas expressões e se constitui em relevante problema de saúde pública dadas suas implicações econômicas e sociais, cabendo ressaltar: 1) apresenta um índice continuamente elevado de prevalência e de mortalidade, no contexto nacional e internacional<sup>(1)</sup>; 2) é uma doença desencadeada de forma isolada ou está associada ao agravamento de diversas doenças e é multifatorial (associada a fatores de risco modificáveis como tabagismo, uso excessivo de álcool, sedentarismo, obesidade, alimentos calóricos, estresse e, não modificáveis, como sexo, hereditariedade, idade e raça)<sup>(2)</sup>; 3) em virtude de seu caráter crônico e incapacitante gera aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na autoestima e autoconceito do indivíduo<sup>(2)</sup>; 4) aliado ao discurso disciplinador, a pessoa hipertensa apresenta uma condição de vida cerceada, necessitando de monitoramentos constantes, incluindo a medicalização da alimentação, da atividade física, além da mudança de hábitos de vida<sup>(1)</sup>; 5) o patamar de adesão ao tratamento é insatisfatório, contribuindo para a morbimortalidade da doença e vários são os fatores que interferem na adesão, os quais estão relacionados à terapêutica, ao sistema de saúde e à pessoa<sup>(2)</sup>. Esse panorama revela que é imprescindível a prevenção e o controle da HAS e que a multiplicidade de fatores de risco associados à doença implica na mudança de estilo de vida.

A prevenção primária da HAS é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares. Tem como objetivo primordial a redução ou modificação dos fatores de risco da doença hipertensiva por meio da implementação de políticas apropriadas e programas educativos, que busquem evitar ou retardar o desenvolvimento da doença<sup>(3)</sup>.

Os diversos programas existentes no Brasil, para a assistência à pessoa com HAS, têm como finalidade promover a conscientização da necessidade de mudanças de hábitos considerados nocivos, bem como manter essas mudanças pelo maior tempo possível. Os objetivos relacionam-se a ajudar a pessoa a entender, conhecer e aceitar a doença, conhecer e reconhecer comportamentos de risco; negociar e cumprir propostas de tratamento e ajudar no enfrentamento de problemas que prejudiquem sua manutenção<sup>(4)</sup>.

Em 2001, o governo federal lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o propósito de vincular as pessoas com esses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, por meio da capacitação dos profissionais e da reorganização dos serviços<sup>(5)</sup>.

O objetivo geral desse plano foi estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção às pessoas com hi-

pertensão arterial e diabetes mellitus no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação das pessoas acometidas por estas enfermidades crônicas às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento. Com essas medidas pretendia-se promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os indivíduos com essas patologias na rede pública de atendimento<sup>(6)</sup>. O grande desafio desse plano é manter a capacidade de adesão dos indivíduos hipertensos ao regime terapêutico, fato que não é frequentemente observado na prática em virtude da alta prevalência da doença e da baixa taxa de adesão - cerca de 40% das pessoas hipertensas abandonam o tratamento<sup>(2)</sup>.

Temos vivenciado ao longo de nossa trajetória profissional a implementação de programas multidisciplinares de assistência a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Nas atividades dos programas relacionados a HAS, estavam inclusas consultas médicas, da enfermeira e da nutricionista, encaminhamento ao serviço de psicologia, palestras educativas mensais, caminhadas trimestrais em parques, para estimular a prática de exercícios físicos, busca de faltosos e comemoração de datas festivas associadas ao controle da HAS.

Cerca de 40%  
das pessoas  
hipertensas  
abandonam o  
tratamento.

Mesmo com todo esse investimento, observamos que as pessoas dificilmente tinham a pressão arterial controlada. Recebemos, muitas vezes, pessoas em situações críticas, devido a complicações da doença, contribuindo para isso a não adesão ao tratamento. Assim, é evidente que a atenção prestada pelos profissionais merece reflexão e que existem indicadores psicossociais e emocionais implicados no surgimento e controle da doença. Portanto é inegável que o controle da pressão arterial não se limita apenas a abordagem do corpo doente, sendo necessário considerar a experiência de vida e a subjetividade da pessoa como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e de cuidar de si.

Sabemos que a condição de ser hipertenso determina a necessidade da mudança de hábitos de vida e transformação no modo de ser e de viver, o que, por sua vez, requer a participação ativa da pessoa no processo de tratamento. Também é verdade que o alcance do êxito nessas mudanças pela pessoa hipertensa é responsabilidade dos profissionais de saúde, que precisam estar instrumentalizados sobre os pressupostos e técnicas de educação em saúde para melhor abordagem terapêutica<sup>(7)</sup>. Anunciar as mudanças de estilo de vida como um rol de itens a ser interiorizado, como medida reguladora da ação, é um princípio que parece atribuir ao paciente a responsabilidade por seu sucesso ou fracasso no controle da doença e que não influencia ou determina as mudanças necessárias para seu controle efetivo<sup>(7)</sup>. Nesse sentido, o processo educativo em saúde precisa contribuir para a valorização da mudança de estilo de vida pelo indivíduo hipertenso.

Esperamos que esta reflexão possa contribuir para a identificação e compreensão de alguns indicadores que interferem na adesão ao tratamento, para a discussão, proposta e, idealmente, para a implementação e o aperfeiçoamento de novas formas de abordagem terapêutica nos programas de HAS, a fim de retardar as complicações provocadas pela doença, por meio de seu controle efetivo, e de alcançar a valorização da saúde como uma necessidade para preservar a vida.

## OBJETIVO

Com base no exposto, este estudo teve como objetivo: refletir sobre pressupostos para o cuidar/cuidado de enfermagem no processo de educação em saúde da pessoa hipertensa.

### CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMAGEM: PRESSUPOSTOS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA PESSOA HIPERTENSA

Desde que há vida existem cuidados. Cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem como finalidade assegurar a manutenção e a continuidade da existência<sup>(8)</sup>. O termo cuidar é originado do latim *cogitare*, cujo significado é cogitar, imaginar, pensar, ter atenção com, ter preocupação por<sup>(9)</sup>. O cuidar não é apenas um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com a pessoa que está sendo cuidada<sup>(10)</sup>.

No âmbito conceitual, cuidado é também definido como a primazia de uma prática fundamentada, sistematizada, com capacidade de autodirigir-se. Sua plenitude vem representada por ações presentes em todos os momentos do ciclo vital, nas distintas manifestações do processo de adoecimento, interagindo com o ser humano em suas diferentes dimensões, incluindo a esfera psicossocial e espiritual<sup>(11)</sup>.

O cuidar é também compreendido como uma arte, pois é um exercício que se constrói pela proximidade entre o desejo de cuidar e a técnica aprendida segundo o paradigma no qual se acredita, para que possa ser realizado com base na ética, sem mitos ou dogmas, identificando valores e princípios a serem reafirmados pelo profissional<sup>(12)</sup>.

Em ensaio reflexivo a respeito do assunto, o cuidado foi designado como:

[...] uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde<sup>(13)</sup>.

O cuidado pode ser entendido como um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial, porque faz parte do ser, que é dotado de racionalidade, cognição, intui-

ção e espiritualidade, portanto, de sensibilidade e sentimentos. Relacional, porque só ocorre em relação ao outro, pela convivência. E contextual, porque assume variações, intensidades, diferenças em suas maneiras e formas expressivas de cuidar, de acordo com o meio em que se realiza<sup>(14)</sup>.

Para um autor<sup>(15)</sup> uma das finalidades do cuidar na enfermagem é aliviar o sofrimento humano, mantendo sua dignidade. Aquele que cuida deve considerar quem é cuidado nas dimensões biológica, social, psicológica e espiritual, as quais, por sua vez, são dimensões interdependentes, derivadas do todo como faces complementares, não excludentes, não constituindo partes isoladas<sup>(16)</sup>.

A pessoa que presta cuidado assume uma responsabilidade, torna-se responsável por contribuir para a manutenção e perpetuação da espécie humana. Para tanto, é sempre necessário criar um ambiente acolhedor, em que as relações de cuidado sejam cultivadas<sup>(17)</sup>. As relações de cuidado podem ser assim consideradas:

[...] aquelas que se distinguem pela expressão de comportamentos de cuidar, que as pessoas compartilham, tais como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros. Em um ambiente de cuidado, as pessoas sentem-se bem, reconhecidas e aceitas como são; conseguem se expressar de forma autêntica e se preocupam umas com as outras no sentido de atualizar informações, fornecendo e trocando idéias, oferecendo apoio e ajuda e se responsabilizando e se comprometendo com a manutenção desse clima de cuidado<sup>(17)</sup>.

Ao ser prestado o cuidado, conforme vimos, devem ser levados em conta as crenças e os valores e significados das situações vivenciadas pela pessoa que adocece, ao interagir com as práticas de saúde. Isto significa dizer que cada pessoa é única e possui um modo subjetivo e peculiar de viver e de adoecer. É importante estabelecer o cuidado como uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial<sup>(13)</sup>.

Não é possível perder de vista que a doença *significa um dano à totalidade da existência*<sup>(10)</sup>. A esse respeito, um autor<sup>(10)</sup> posiciona-se: não é uma parte do corpo que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões - em relação a si mesmo (o indivíduo experimenta os limites da vida mortal), em relação à sociedade (a pessoa pode se isolar, deixar de trabalhar e ter que se tratar num centro de saúde), em relação ao sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida, levando ao questionamento da razão do adoecimento).

O adoecer está sempre perpassado pela subjetividade e constitui-se em um fenômeno sócio-cultural por excelência, em função da permanente interdependência com o contexto em que a pessoa vive. Assim, a subjetividade da pessoa influenciará no surgimento da doença, na evolução e na aceitação do tratamento, como também no processo de recuperação da saúde<sup>(18)</sup>. Adocece não um corpo físico apenas, mas o ser humano dotado de corpo, de uma vida social e laboriosa, fluindo e sendo influenciado pela soci-

idade da qual faz parte, como sujeito impregnado de crenças e valores<sup>(19)</sup>.

Diante das considerações e concepções sobre o cuidar/cuidado de enfermagem expressas até este momento, faz-se necessário refletir sobre sua expressão na relação estabelecida entre os cuidadores e a pessoa com hipertensão arterial.

Na atenção à pessoa hipertensa, a enfermeira, como membro da equipe multiprofissional, tem atribuições de extrema importância, sendo de sua competência: realizar a consulta de enfermagem, durante a qual investiga fatores de risco e hábitos de vida, afere a pressão arterial, faz a estratificação de risco individual, orienta sobre a doença e o uso de medicamentos e seus efeitos adversos, avalia os sintomas relatados e fornece orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares. Acrescentem-se, além disso: o acompanhamento do tratamento das pessoas com pressão arterial controlada; o encaminhamento ao médico quando necessário; a administração do serviço, o qual inclui a busca de faltosos, o controle de retornos e de consultas agendadas, e também a delegação e supervisão de atividades ao técnico ou auxiliar de enfermagem<sup>(20)</sup>.

Nos programas de controle da hipertensão arterial, a consulta de enfermagem está regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7497/76, artigo 11, alínea I e Decreto 94406/77 artigo 7º, alínea e do Código de Ética de Enfermagem, e lhe tem possibilitado participar de equipes multidisciplinares com ações assistenciais e educativas<sup>(21)</sup>.

O cuidar como função inerente à enfermeira e, nesse caso, o cuidado ao indivíduo hipertenso, é um fator de extrema relevância, que visa contribuir para a prevenção, o controle efetivo e o retardo das complicações da doença.

Diante das atribuições específicas da enfermeira, regulamentadas pelas diretrizes mencionadas anteriormente, consideramos imprescindível uma reflexão acerca dos pressupostos de cuidar, visando à valorização da mudança de hábitos de vida considerados fatores de risco à doença, pelas pessoas sadias e hipertensas. Nesse sentido, é relevante destacar que, frente à relevância das múltiplas expressões da hipertensão arterial, os profissionais da área da saúde vêm discutindo e investindo esforços na prevenção da doença e no controle de seus agravos.

Parte significativa das práticas de saúde pauta-se no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações e lesões corporais, em detrimento das pessoas acometidas e suas necessidades. Com base nesse modelo biomédico, existe pouco espaço para a escuta, para o acolhimento, para a compreensão do sofrimento e para a educação e o cuidado integral à saúde<sup>(22)</sup>.

Todavia, a despeito de a literatura médica, de modo geral, conceber as doenças como multifatoriais e, assim, compreender a influência de fatores psicossociais em sua manifestação, parece ainda prevalecer a unidimensionalidade da intervenção médico-hospitalar, ou seja, a prevalência da te-

rapêutica voltada para o controle da avaria do corpo<sup>(7)</sup>. Tal abordagem, quando associada à hipertensão arterial, pode comprometer a prevenção e o controle dos agravos, pois:

[...] o ato médico, tendo como referencial a abordagem sintomática, leva a diagnósticos embasados exclusivamente em aspectos da concretude orgânica, isolando o fenômeno orgânico de seu contexto, focando a parte do corpo doente, privilegiando a perspectiva causal, tendendo a um reducionismo fisiológico<sup>(1)</sup>.

O modelo biomédico, tendo como referência apenas a abordagem sintomática e a avaliação de exames diagnósticos, tenta tratar a hipertensão arterial com base no corpo doente. Diante desse modelo, emergem inúmeras produções científicas com o intuito de identificar fatores de risco e classificar e tratar a hipertensão arterial.

Não podemos perder de vista que o controle da hipertensão arterial implica em mudanças comportamentais importantes, o que requer que a equipe de saúde empreenda esforços na abordagem psicossocial na atenção à pessoa hipertensa. Portanto, a superação do modelo vigente demanda diferentes investimentos na formação e intervenção profissional, visando a atenção da pessoa ao invés do corpo doente. Pressupõe compreender diferentes modos de ser e de viver e qual a experiência e a expectativa de uma pessoa diante do convívio com a doença crônica, optando por tratar-se ou não<sup>(7)</sup>.

Os profissionais de saúde têm como principal desafio a abertura para abordagens aptas a investir na clínica da pessoa, incluindo o cuidado com seu adoecimento, utilizando estratégias de acolhimento capazes de promover o vínculo, o espaço para a escuta sensível, potencializando investimentos pessoais na ressignificação do adoecer<sup>(1)</sup>. Vínculo é tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; relação<sup>(23)</sup>. O vínculo constitui-se no estabelecimento de referências que as pessoas fazem em relação a uma determinada equipe de trabalhadores. Em decorrência do vínculo estabelecido pelo cuidado implementado, pode existir o fortalecimento do sujeito, isto é, a concretização da autonomia do indivíduo<sup>(19)</sup>.

O acolhimento deve possibilitar a universalidade do acesso aos serviços de saúde, de forma que todas as pessoas que os procurarem tenham suas necessidades escutadas. Esta escuta deverá ser específica, profissional, qualificada, cujo compromisso seja oferecer a resposta mais adequada, ou seja, a resolução do problema apresentado, quer por meio de encaminhamentos, agendamentos futuros, ou mesmo a solução imediata<sup>(24)</sup>.

A consideração da pessoa como sujeito de ações dos profissionais de saúde implica na compreensão da relação que ela estabelece entre sua história de vida, seu modo de ser e viver e os fatores de risco para a hipertensão arterial<sup>(7)</sup>.

Como a pessoa pensa, sente, conhece suas crenças, valores e atitudes e o contexto social em que o comportamento se processa, estes são fatores essenciais a serem considerados no processo terapêutico, objetivando a pro-

posição de uma estratégia pedagógica efetiva<sup>(7)</sup> que influenciará no relacionamento com a doença e o cuidar da saúde<sup>(4)</sup>. Além disso, a despeito de qualquer ação eficaz para a mudança de atitudes de uma pessoa, esta só poderá ocorrer se houver motivação e se a pessoa contar com suportes imprescindíveis oferecidos pela estrutura econômica e social<sup>(7)</sup>.

Portanto o reconhecimento de que muitos fatores influenciam favorável ou prejudicialmente à saúde da pessoa, bem como suas ações de cuidado para consigo implicam no controle da hipertensão arterial e em ações responsáveis, requer dos profissionais da área de saúde que trabalhem com a subjetividade, assim compreendida:

[...] o mundo das idéias, significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir de suas relações sociais, vivências e de sua constituição biológica; e, também fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais. É a maneira de sentir, pensar, fantasiar, sonhar, amar e fazer de cada um<sup>(25)</sup>.

O cuidado à saúde é um processo que vai além de ensinar, instruir e treinar as pessoas, em especial aquelas com hipertensão arterial, para mudanças de hábitos de vida. Pressupõe assumir uma postura política e ética, fundada em valores de solidariedade e justiça, compreendendo o ser humano em essência como ser destinado à liberdade, felicidade e plena realização<sup>(26)</sup>.

A abordagem de educação em saúde com vistas à valorização de mudanças de comportamento de uma pessoa hipertensa também pressupõe a habilidade dos elementos da equipe de saúde para abordar questões preventivas da doença, utilizando uma linguagem única, respeitosa e de fácil compreensão pelos usuários<sup>(27)</sup>.

Faz-se necessário estabelecer uma adequada comunicação e interação entre as pessoas com hipertensão arterial e os profissionais de saúde, levando em conta o diálogo, a interação e a reflexão. Para esse fim, é importante saber escutar e buscar compreender a pessoa hipertensa e também utilizar uma fala que seja acessível e de fácil entendimento<sup>(28)</sup>.

Os profissionais de saúde, embora reconheçam que a mudança de comportamento seja importante para detectar, melhorar e minimizar possíveis problemas de saúde, muitas vezes não sabem como fazê-lo. É comum serem utilizados métodos baseados na coerção ou ainda na tentativa de transferência de conhecimentos, como de um recipiente para outro, aguardando que, a partir daí, o outro reaja com mudanças automáticas e imediatas. No lugar da informação, a ameaça; no lugar da educação, a proibição. Sob tais métodos não conseguem conquistar aliados, apenas transferem responsabilidades<sup>(29)</sup>.

Sabemos que a mudança de comportamento não é tarefa de fácil execução e requer o uso de estratégias efica-

zes e eficientes por parte dos profissionais de saúde. Apenas informar o sentido e os benefícios do controle dos fatores de risco para uma doença pode não ser suficiente para ajudar as pessoas a mudarem seu modo de ser e de viver, ao contrário, pode ser visto como uma restrição ao modo de vida, trabalho e relacionamento com os amigos e familiares, dificultando a adesão ao tratamento<sup>(7)</sup>.

Na prática, o que se observa é uma abordagem unilateral e a utilização de programas que visam tratar as pessoas hipertensas de uma mesma forma, sem perceber as diferenças individuais, desconsiderando o fato de que cada ser humano tem sua opinião e sua crença a respeito da doença e de seu tratamento.

A abordagem dos profissionais, incluindo a enfermeira, perante a pessoa hipertensa muitas vezes restringe-se a perguntar como se manteve a pressão nos últimos dias, se fez uso ou não das medicações nos horários determinados, se tem praticado atividade física regularmente e se a dieta está sendo seguida. Isso denota falta de cuidado diante de toda uma proposta de confiança, de respeito, de intencionalidade para com o outro, conforme os pressupostos aqui defendidos sobre o cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica.

Nas práticas de saúde cotidianas, nota-se, em geral, que o médico prescreve as medicações anti-hipertensivas, cabendo aos demais profissionais da equipe multidisciplinar a tarefa de atuar nas práticas não medicamentosas, ouvindo a história de vida da pessoa que adocece, os limites e as possibilidades de mudanças de hábitos de vida, realizando orientações à saúde, o que demanda tempo, competência e escuta, para aplicação de uma estratégia efetiva, que contribua para o controle

e a prevenção de agravos da doença e, portanto, para a adesão ao tratamento.

Ao refletir sobre a adesão ao tratamento, os profissionais de saúde precisam avaliar se a pessoa hipertensa tem interesse em mudar hábitos de vida, se as informações que fornecem são assimiladas e valorizadas, se os valores, as crenças e os conhecimentos que possui em relação às medidas de prevenção e controle diferem dos seus e por quê. Não podem subestimar as dificuldades encontradas na adoção de medidas que alteram substantivamente os hábitos de vida das pessoas hipertensas. É importante uma boa relação entre a equipe de saúde para uma orientação personalizada, adequando-a aos hábitos de vida, às preferências pessoais, ao poder aquisitivo da pessoa com HAS<sup>(30)</sup> entre outros aspectos, e que inclua os fatores de risco associados à doença, à cronicidade da doença, à ausência de sintomatologia e de suas complicações, como o comprometimento de órgãos vitais, quando os níveis tensionais não estão controlados, os tipos de tratamentos e a importância da continuidade, para que seja efetivo. Não se pode

Nas práticas de saúde cotidianas nota-se, em geral, que o médico prescreve as medicações anti-hipertensivas, cabendo aos demais profissionais da equipe multidisciplinar a tarefa de atuar nas práticas não medicamentosas.

perder de vista que a adesão ao tratamento consiste em um processo comportamental complexo que pode ser fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica<sup>(31)</sup>, pela percepção e estratégias de enfrentamento das adversidades, pelas problemáticas de vida e redes de apoio<sup>(32)</sup>.

Estudos observacionais têm demonstrado que a maior parte das pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial apresenta má adesão ao tratamento e muitas sequer retornam às consultas médicas regulares. O montante de hipertensos controlados varia de 4 a 12%, dependendo dos critérios utilizados<sup>(33)</sup>. Entre as pessoas em tratamento farmacológico, no entanto, o percentual de controlados atinge 20 a 50%<sup>(34)</sup>. Vale destacar que além das dificuldades usuais para o seguimento do tratamento médico como as dificuldades econômicas e de acesso aos serviços de saúde, os efeitos adversos dos medicamentos e a inadequação da relação médico-paciente, há fatores adicionais que são característicos da hipertensão, entre eles, a comum inexistência de sintomas nos primeiros 15 a 20 anos e a cronicidade da doença<sup>(33)</sup>.

Outras variáveis como as características pessoais e sócio-demográficas dos hipertensos, seus conhecimentos sobre a doença e o tratamento, valores e crenças, experiências vividas, expectativas e suporte familiar também estão implicadas na adesão ao tratamento e precisam ser consideradas no processo de educação à saúde, ao se propor ações junto às pessoas hipertensas<sup>(35)</sup>.

Em análise multivariada, realizada com 782 (82,7%) indivíduos hipertensos, incluindo todas as variáveis em estudo, três se associaram de maneira independente com maior probabilidade de abandono do tratamento: tabagismo, escolaridade e diagnóstico de hipertensão menor que 5 anos. O aumento da idade (maior que 60 anos) representou uma redução do risco de abandono do acompanhamento médico. A pessoa que fuma parece demonstrar menor preocupação com a promoção da saúde. Da mesma forma, pessoas com diagnóstico recente de hipertensão, provavelmente por serem em sua maioria previamente hígidos e assintomáticos, não seguem adequadamente o acompanhamento médico. A baixa escolaridade é indicativa de perfil sócio econômico mais deficitário<sup>(33)</sup>.

Um estudo<sup>(36)</sup> com pessoas da cor/raça negra mostrou também uma tendência à percepção de menor crença sobre benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial em estratos socioeconômicos menos favorecidos, para adultos jovens e pessoas sem companheiro. Considera-se que o suporte familiar oferecido por membros da família pode facilitar a inserção do indivíduo no contexto da doença e do tratamento<sup>(35)</sup>. Em outro estudo<sup>(37)</sup>, foram mais propensos ao abandono do tratamento homens com menos de 40 anos de idade e analfabetos. Outra investigação revelou que homens não brancos, jovens e viúvos desconheciam aspectos importantes da doença e que maiores níveis tensionais se associaram a variáveis biológicas e sociais desfavoráveis<sup>(35)</sup>.

Portanto entendemos que cuidar passa por investigar, determinar e intervir sobre fatores associados ao abandono do acompanhamento da equipe de saúde. Para os grupos de risco devem ser dirigidas medidas prioritárias e específicas para favorecer a adesão. Há que ser valorizada a participação da pessoa no processo de cuidar de si e do mundo, bem como a compreensão de que essa participação implica em interação, relação, transformação mútua, co-dependência e co-evolução, enquanto diversidade de enfoques limitados por nossa própria existência, principalmente no que se refere ao cuidado prestado às pessoas com doenças crônicas, como a hipertensão arterial<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, para prevenir e controlar a hipertensão arterial, destacamos como primordial a análise de crenças relacionadas à susceptibilidade e à severidade da doença, aos benefícios e barreiras para adesão ao tratamento, bem como à adoção de uma proposta de atenção que extrapole a ação sobre o corpo doente. A eficácia do tratamento consiste não apenas no uso de medicamentos e na instituição de medidas reguladoras da ação, mas na consideração da pessoa em sua totalidade. Frente a estas colocações, concordamos que é fundamental o desenvolvimento de um planejamento abrangente que objetive a prevenção de complicações e promova o descobrimento da melhor forma de viver e viver bem, com qualidade. Conseguir a participação do indivíduo nesse planejamento pode significar a diferença entre o sucesso e o fracasso no tratamento<sup>(38)</sup>.

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial vai muito além da simples redução de seus níveis de pressão arterial, pois também demanda investimentos para reduzir os riscos da doença cardiovascular; o envolvimento da pessoa no controle da obesidade, do sedentarismo, das dislipidemias, da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, assim como o abandono do tabagismo e o gerenciamento do estresse cotidiano<sup>(39)</sup>. É, sobretudo, evitar esforços no processo de educação à saúde, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

A comunicação eficiente entre os profissionais de saúde e o indivíduo, o preparo para ouvir, falar e interpretar e, de igual modo, o interesse para além das questões técnico-científicas na relação estabelecida, poderão oferecer melhores condições para o reconhecimento da importância da mudança de hábitos de vida e, dessa maneira, caminhar mais adequadamente para a obtenção de melhores resultados na adesão ao tratamento.

Assim, deve-se considerar a proposta de que:

[...] a educação deveria mostrar e ilustrar o Destino multifacetado do humano: o destino da espécie humana, o destino individual, o destino social, o destino histórico, todos entrelaçados e inseparáveis. Assim, uma das vocações essenciais da educação do futuro será o exame e o estudo da complexidade humana. Conduziria à tomada de conhecimento, por conseguinte, de consciência, da condição comum a todos os humanos e da muita rica e necessária diversidade das pessoas, dos povos, das culturas, sobre nosso enraizamento como cidadãos da Terra<sup>(40)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Prevenir e controlar a hipertensão arterial implica em considerar o processo educativo como ferramenta necessária para o cuidar/cuidado. No processo de educação à saúde, os pressupostos para o cuidar assentam-se na consideração da pessoa em lugar do corpo doente e na compreensão do cuidar apto a investir na clínica do indivíduo, privilegiando espaços para a escuta sensível e o acolhimen-

## REFERÊNCIAS

1. Ide CAC. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em resignificação. In: Pierin AMG, coordenadora. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004. p. 1-9.
2. Pierin AMG. Adesão ao tratamento: conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Junior D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001. p. 21-33.
3. Lemogoum D, Seedat YK, Mabadeje AF, Mendis S, Bovet P, Onwubere B, et al. Recommendations for prevention, diagnosis and management of hypertension and cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa. *J Hypertens*. 2003;21(11):1993-2000.
4. Rodrigues MTM. Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: um estudo com usuários do PACHA do Hospital Universitário Onofre Lopes [dissertação]. Natal: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Protocolo: cadernos de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília; 2001.
6. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):775-95.
7. Mussi FC. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. *Acta Paul Enferm*. 2003;16(3):77-97.
8. Collière MF. Promover a vida: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1979.
9. Rossi MJS. O curar e o cuidar: a história de uma relação. *Rev Bras Enferm*. 1991;44(1):16-21.
10. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
11. Ide CAC, Domenico EBL. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu; 2001.
12. Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Soldasoft; 2006.
13. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29.
14. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora de enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006.
15. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzzato; 1998.
16. Huf DD. A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian; 2002.
17. Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.
18. Nunes E. A doença como processo social. In: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde para o ensino médio. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 217-29.
19. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
20. Silva GV, Ortega KC, Colombo FC, Rosa EC, Toscano PRP, Jardim PCV, et al. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Rev Soc Bras Hipertens*. 2006;6(5):1-47.
21. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN-BA). Código de ética dos profissionais de enfermagem. Salvador; 2002.
22. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2006. p. 91-102.
23. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1976.
24. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
25. Bock AMB, Furtado O, Teixeira MLT. Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva; 2001.
26. Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.

27. Santos SRA. Grau de satisfação e adesão dos pacientes e resolutividade do ambulatório de hipertensão arterial do Hospital Universitário de Brasília [dissertação]. Brasília: Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília; 2002.
28. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):635-42.
29. Lescura Y, Mamede MV. Educação em saúde: abordagem para o enfermeiro. São Paulo: Sarvier; 1990.
30. Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Jr D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;37(1):90-7.
31. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Junior. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG, coordenadora. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. São Paulo: Manole; 2004. p. 275-89.
32. Faé AB, Oliveira ERA, Silva LT, Cadê NV, Mezadri VA. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(1):32-6.
33. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol*. 2001;76(5):349-51.
34. Freitas JB, Tavares A, Kohlmann O, Zanella MT, Ribeiro AB. Cross-sectional study on blood pressure control in the Department of Nephrology of the Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(2):123-8.
35. Pierin AMG, Mion Jr D, Fukushima J, Pinto AR, Kaminaga M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(1):11-8.
36. Pires CGS. Crenças de pessoas negras hipertensas: barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença [dissertação]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2007.
37. Giorgi DM, Mion Jr D, Car MR, Pierin AMG. Aderência do tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais e de estratégias que visem sua melhora. *RBM Cardiol*. 1985;4(4):167-76.
38. Sousa ALL. Educando a pessoa hipertensa. In: Pierin AMG, coordenadora. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole; 2004. p. 165-74.
39. Bastos DS, Borenstein MS. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(1):92-9.
40. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 9ª ed. São Paulo: Cortez; 2004.