

**O PROCESSO DE VIVER DO FAMILIAR CUIDADOR NA ADEÇÃO DO
USUÁRIO HIPERTENSO AO TRATAMENTO**
**THE PROCESS OF LIVING OF THE CARE GIVING FAMILY IN THE ADHESION TO THE
TREATMENT OF A HYPERTENSIVE USER**
**EL PROCESO DE VIVIR DEL CUIDADOR FAMILIAR EN LA ADHESIÓN DEL USUARIO
HIPERTENSO AL TRATAMIENTO**

*Klivia Regina de Oliveira Saraiva¹, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos², Fátima Luna Pinheiro Landim³,
Helder de Pádua Lima⁴, Viviane Lima de Sena⁵*

¹ Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro do grupo de pesquisa Família, Ensino, Pesquisa e Extensão (FAMEPE) da UFC. Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de Pessoas com Alteração da Pressão Arterial (NUESPA).

² Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da UNIFOR. Coordenadora de Enfermagem da Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana (LHAHM). Líder do NUESPA.

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da UNIFOR.

⁴ Acadêmico de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa de Bolsa de Iniciação Científica (PROBIC) da Fundação Edson Queiroz (FEQ). Membro do NUESPA.

⁵ Acadêmica de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista e membro do NUESPA.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Hipertensão. Atenção.

RESUMO: Estudo exploratório-descritivo com os objetivos de descrever o perfil sócio-demográfico do familiar cuidador do portador de hipertensão arterial, avaliar o conhecimento acerca da doença e as condutas terapêuticas, e identificar os cuidados prestados. Foi desenvolvido na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana, em Fortaleza-CE, com 400 familiares de usuários hipertensos. Os dados foram coletados através de um roteiro estruturado. Os resultados foram apresentados em tabelas e quadros, e analisados sob a luz de literatura pertinente. Os familiares cuidadores tinham idade entre 20 e 79 anos, sendo 80,2% do grupo formado por mulheres, mais de 50% de filhos ou filhas e 15,3% situavam-se entre 60 e 79 anos de idade. Conclui-se que as políticas públicas de saúde devem ser pensadas tanto como forma de favorecer o acesso e a permanência do portador de hipertensão no tratamento, quanto fornecer suportes necessários para a família participar efetivamente do cuidar com o seu doente.

KEYWORDS: Family. Hypertension. Attention.

ABSTRACT: The objective of this exploratory-descriptive study is to describe the social and demographic profile of the care-giving family of people with arterial hypertension, in order to evaluate current knowledge about the illness and therapeutical procedures, as well as to identify the care given. It was developed in the League of Arterial Hypertension of the Messejana Hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil, with 400 relatives hypertensive patients. The data was collected through a structured guidebook. The results were presented in tables and charts, and analyzed based upon appropriate literature. The average care-giving family was between 20 and 79 years old, with 80.2% of the group composed of women. Over 50% were sons or daughters, and 15.3% situated between 60 and 79 years of age. We conclude that the public health care policies must be thought of as much to favor access and the permanence of the person with arterial hypertension in treatment, as to provide necessary support for the family who participates effectively in the care of its family member with arterial hypertension.

PALABRAS CLAVE: Familia. Hipertensión. Atención.

RESUMEN: El presente artículo es un estudio exploratorio descriptivo que tiene como objetivo, describir el perfil socio-demográfico del familiar cuidador de la persona con hipertensión arterial, evaluando el conocimiento sobre la enfermedad y los procedimientos terapéuticos, para identificar el cuidado dado. El estudio fue desarrollado en la Liga de Hipertensión Arterial del Hospital de Messejana, en Fortaleza-CE, con 400 familiares de usuarios hipertensos. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario estructurado. Los resultados fueron presentados en tablas y cuadros y analizados a la luz de la literatura pertinente. Los familiares cuidadores tenían entre 20 y 79 años de edad, siendo que el 80,2% del grupo formado por mujeres, más del 50% eran hijos o hijas y, de ese porcentaje, 15,3% tenían entre 60 y 79 años de edad. Se puede concluir que las políticas públicas de salud deben ser pensadas como forma de favorecer el acceso y la permanencia del portador de hipertensión al tratamiento, así como proporcionar los soportes necesarios para que la familia participe efectivamente del cuidado de su enfermo.

Klivia Regina de Oliveira Saraiva
Av. Dr. Joaquim Frota, 1278
60833-430 - Água Fria, Fortaleza, CE
kliviaregina@yahoo.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de agosto de 2006.
Aprovação final: 26 de dezembro de 2006.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das mais importantes causas de morbimortalidade do mundo, sendo considerada como um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de Doença Arterial Coronariana (DAC), Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença vascular periférica, insuficiência renal e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). As seqüelas atribuídas à falta de controle adequado dos níveis pressóricos incluem, além dos agravos cardiovasculares e renais, a ocorrência de morte prematura.¹

No Brasil a população acometida pela HAS está estimada em cerca de 10 a 20%, o que representa aproximadamente de 15 a 30 milhões de brasileiros. A estimativa entre os idosos está em torno de 65%, e entre crianças e adolescentes, 7%, enquanto que na raça negra o número chega a 25%, sendo a mulher negra mais acometida que a mulher branca.²

Entre os hipertensos que iniciam o tratamento, de 16 a 50% desistem da medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, mostrando ser a não-adesão um fator relevante para a saúde pública. O impacto desses dados explica a alta prioridade dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias que favoreçam o hipertenso continuar seguindo uma determinada terapêutica adotada, seja ela farmacológica ou não-farmacológica.²

Um dos grandes desafios para os profissionais de saúde tem sido a não adesão do hipertenso ao tratamento, sendo esse fato, possivelmente, responsável pelo aumento dos custos sociais com o absentismo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez.³

Nesse propósito, não se pode esquecer o fato de não se tratar a hipertensão como uma doença que normalmente requeira internamento do paciente. Ao contrário, por suas características de cronicidade, nela são geradas possibilidades deste paciente ser tratado em casa, ainda que demande um cuidado que vai durar por toda a sua vida. Também é fato que a doença traz consigo um fator emocional de regressão, acentuando sentimentos de fragilidade e de insegurança. O estado de doença acarreta sempre algum nível de dependência.⁴

Pelos motivos expostos há, na atualidade, uma concordância acerca de que se deva estimular no próprio núcleo familiar uma cultura de participação ativa no cuidado ao hipertenso. O domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas podem manter a estabilidade da doença, o que faz da experiência de cuidar de um doente em casa uma tendência cada vez mais crescente.⁵

Da convivência em família emerge a condição primeira para detectar sinais de anormalidade no estado de saúde dos seus membros, bem como alterações no curso de uma doença. Participando ativamente do cuidado, os cuidadores familiares desempenham papel significativo no controle dos fatores de risco da HAS, em especial os decorrentes da influência hereditária, além de poder suprir necessidades demandadas de acordo com as características desse problema mórbido e da terapêutica adotada para controlá-lo.

Comumente, a família já é a primeira fonte de suporte a qual seus membros recorrem para resolução de problemas. Ela pode estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina do uso de medicamentos e de consultas para avaliação do estado de saúde. Logo, concorda-se que a família deva estar envolvida intimamente no cuidado que favoreça a adesão do portador de HAS ao tratamento. Os cuidados implementados pela família têm a finalidade de preservar a vida de seus membros, com a vantagem de serem realizados de maneira adequada às suas próprias possibilidades, aos seus padrões culturais, às necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio onde vive.⁶

As famílias assumem, deste modo, parcela significativa de responsabilidade na prestação do cuidado à saúde de seus membros. Especialmente em relação ao doente crônico, a família vem arcando com o cuidado que se volta para o controle da doença e a prevenção das possíveis seqüelas.⁷

Entretanto, cuidar de adultos e de adultos dependentes, não é uma tarefa fácil. O cuidador necessita vencer possíveis resistências da pessoa doente, relacionadas aos valores e crenças que se vão estruturando em seu cotidiano. Dedicar-se ao cuidado não só demanda a execução de tarefas complexas, exige paciência e renúncia; uma necessidade, enfim, de mudança radical na vida de quem cuida.

Geralmente, a função de cuidador é assumida por única pessoa, denominada cuidador principal, existindo uma tradição familiar para que esse cuidador seja mulher, encontrando-se esta, na maioria das vezes, já sobrecarregada por outras tarefas. Em muitos outros casos, o cuidador é também uma pessoa frágil, já em idade de envelhecimento ou em vias de ficar doente. A fragilidade pode estar presente também em função da ausência de conhecimento sobre a enfermidade.⁴⁻⁵

Tais implicações na prática do cuidado do hipertenso têm despertado a atenção para os problemas enfrentados pelos cuidadores familiares, demonstrando

a necessidade de investigações que respondam aos seguintes questionamentos: como o papel de cuidador é vivido por familiares no tratamento de pessoas hipertensas? Quais as repercussões desse cuidado na adesão ao tratamento?

Neste estudo objetivamos: descrever o perfil sócio-demográfico do familiar cuidador do portador de HAS; avaliar o conhecimento acerca da doença e as condutas terapêuticas; identificar os cuidados prestados.

O conhecimento produzido nesse campo permite planejar a assistência domiciliar de maneira que a função de prevenir perdas e agravos à saúde abranja, igualmente, a pessoa do cuidador familiar.

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo, desenvolvido na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital de Messejana (LHAHM). A liga é composta por uma equipe multiprofissional, que desenvolve um programa de hipertensão arterial, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovascular e cerebrovascular associadas à hipertensão, integrando e/ou reintegrando o usuário hipertenso à sociedade. A liga funciona no Hospital de Messejana, instituição pública do SUS, situada em Fortaleza-CE.

Na LHAHM eram cadastrados 1600 usuários, portanto, a amostra foi constituída de 400 familiares que se destacavam no cuidado desses usuários hipertensos, sendo indicados por esses e que concordaram em ser entrevistados.

Os dados foram coletados no período de três meses, através de entrevista, utilizando um roteiro estruturado contendo dados sócio-demográficos, co-

nhecimento do familiar sobre a HAS e o tratamento e cuidados experienciados por familiares relativos às pessoas hipertensas. Posteriormente, organizaram-se os dados com a ajuda do programa SPSS, representados por tabelas e quadros, que foram analisados com base nas informações dos entrevistados e na literatura selecionada.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução N^o 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética do Hospital de Messejana, sob o N^o 262/05.⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas com os familiares cuidadores permitiram levantar questões importantes, que resultaram em algumas conclusões acerca do perfil de quem se dedica ao cuidado, assim como as ações que desempenham junto ao portador de HAS.

Caracterização sócio-demográfica dos familiares cuidadores

De acordo com a Tabela 1, 275 (68,7%) familiares cuidadores tinham a idade entre 20 e 49 anos, com predomínio na faixa etária de 40 a 49 anos. Comprovou-se que 15,3% dos familiares eram idosos, isto é, com idade entre 60 e 79 anos. Entre os familiares, 80,2% eram mulheres; logo, há uma predominância da participação feminina na provisão do cuidado na família, o que está em acordo com literatura existente acerca do assunto.⁹

Tabela 1 – Distribuição dos familiares cuidadores segundo sexo e idade. Fortaleza-CE, 2005.

Idade (anos)	Feminino			Masculino			Total	
	Familiar cuidador*						f	%
	1	2	3	1	2	3		
20-29	63	03	15	13	01	03	98	23,5
30-39	49	09	10	07	01	01	77	19,5
40-49	50	16	21	03	09	01	100	25,7
50-59	18	18	13	01	13	01	64	16,0
60-69	02	15	09	-	15	02	43	10,8
70-79	-	02	08	-	06	02	18	4,5
TOTAL	182	63	76	24	45	10	400	100,0

* Familiar cuidador: 1 - filho; 2 - cônjuge; 3 - outros (sobrinhos, netos, noras, genros, avós, tios, primos).

Constatou-se que 206 (51,5%) familiares cuidadores eram filhos, isto é, na maioria a provisão do cuidado estava relacionada com o vínculo consanguíneo. Isso caracteriza o que já foi dito anteriormente, que a relação familiar é influenciada pelo tipo de vínculo existente. Quanto maior o vínculo familiar, maior será a sobrecarga emocional envolvida em todo e qualquer processo de saúde e doença.¹⁰

Outra característica investigada revela que os familiares cuidadores possuíam outros tipos de profissão ou ocupação. A esse respeito, observa-se na Tabela 2 que 251 (62,7%) entrevistados referiram desempenhar algum tipo de trabalho remunerado, dentre os quais se destacam por ordem de maior número de citações: empregada doméstica, agricultor, vendedor, auxiliar de produção, motorista, professor, entre outras.

Tabela 2 – Distribuição dos familiares cuidadores segundo a ocupação, escolaridade e renda mensal. Fortaleza-CE, 2005.

	Aposentado					Prendas do lar					Outras*					Total	
	Escolaridade**															f	%
Renda mensal***	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
< 1	-	-	2	-	-	-	1	13	9	-	-	1	8	20	-	54	13,5
1 – 2	5	11	15	5	-	-	8	38	11	-	5	6	61	80	9	425	63,5
3 ou mais	2	1	1	5	1	-	1	10	10	-	-	1	15	32	13	92	23,0
TOTAL	7	12	18	10	1	-	10	61	30	-	5	8	84	132	22	400	100

* Outras: vendedor, empregada doméstica, agricultor, auxiliar de produção, motorista, professor, etc.

** Escolaridade: 1-analfabeto; 2-alfabetizado; 3-ensino fundamental; 4-ensino médio; 5-ensino superior.

*** Em salário mínimo.

Quanto à escolaridade, 172 (43%) familiares cuidadores cursaram até o ensino médio, enquanto somente 23 (5,7%) tinham ensino superior. Esse dado é bastante relevante, pois a partir dele pode-se criar estratégias para que o familiar cuidador tenha uma maior participação no tratamento, já que um nível de escolaridade maior favorece a compreensão sobre a doença e o cuidado. Conseqüentemente, o nível de escolaridade se torna um elemento importante na busca da adesão ao tratamento.

Nota-se, ainda, que 63,5% dos familiares cuidadores, tinham renda mensal entre um e dois salários mínimos, e 54 (13,5%) possuíam renda abaixo de um salário mínimo. Isso só vem ratificar que a amostra do estudo pertence à classe desfavorecida de recursos, a qual é usuária do SUS.

Observou-se que 218 (57,2%) familiares cuidadores eram oriundos de família nuclear e tinham idade acima de 40 anos para o homem e de 50 anos para a mulher, achados estes que constituíam riscos para o surgimento da HAS. Portanto, este fato deveria despertá-los para o engajamento nas condutas preventivas desse agravo.

Vale esclarecer que a prevalência da HAS aumenta com a idade, o que deveria servir de incentivo para que os familiares tivessem uma maior preocupação quanto à prevenção da doença, tendo em vista o caráter hereditário somado à idade, hábitos inadequados e sedentarismo, entre outros, por serem considerados importantes fatores de risco desse agravo.

Há dois tipos de família: nuclear e extensa ou ramificada. A primeira se caracteriza pelo vínculo direto, o de pai, mãe e filhos. Quanto à segunda, é definida por diferentes gerações vivendo num mesmo ambiente familiar, incluindo também aqueles membros que mantêm laços afetivos estreitos.¹¹

Deste modo, encontra-se nos achados do estudo a família nuclear onde há também o(s) irmão(s) com vínculo direto, bem como a família extensa, na qual existem diversos vínculos.

Identificação do conhecimento do familiares cuidadores sobre a HAS e o tratamento

Quadro 1 – Distribuição dos familiares cuidadores segundo o conhecimento de HAS, fatores de risco, complicações, gravidade e cronicidade. Fortaleza-CE, 2005.

Conhecimento	Sim	%	Não	%
Conceito de HAS	274	68,5	126	31,5
Fatores de risco	339	84,7	61	15,3
Complicações	343	85,7	57	14,3
Manifestações clínicas	380	95,0	20	5,0
Risco de morte/gravidade	388	97,0	12	3,0
Cronicidade	306	76,5	94	23,5

De acordo com o Quadro 1, para 274 (68,5%) familiares cuidadores, HAS significava pressão alta, pressão arterial descontrolada e doença na família e para 339 (84,7%), os fatores de risco deste agravo incluíam ingestão excessiva de sal, estresse, uso de gordura animal, sedentarismo, álcool, tabagismo e obesidade.

Continuando, 343 (85,7%) entrevistados associaram a HAS às complicações com AVC, infarto agudo do miocárdio (IAM) e miocardiopatia dilatada (MCPD). E a gravidade da HAS para 388 (97%) familiares cuidadores correspondia ao que é de fato, pois admitiam o risco de complicações graves que levavam à invalidez ou morte iminente.

Constatou-se que 306 (76,5%) entrevistados reconheceram a impossibilidade de cura da doença, o que denota um relativo conhecimento acerca da cronicidade da HAS. Dessa forma, acrescenta-se que por ser uma doença crônico-degenerativa, o tratamento dessa doença é contínuo e ininterrupto, sendo, talvez, esse o motivo pelo qual os familiares reconhecem sua impossibilidade de cura.

Vale ressaltar que a maioria (95%) dos entrevistados afirmou existirem manifestações clínicas da HAS, contrariando o que diz a literatura quanto à assintomatologia da doença. Entre as respostas, predominou a dor de cabeça, seguida da dor na nuca. Pelo fato de muitos hipertensos não demonstrarem sinal do que sentem, faz com que um observador não consiga detectar o que se passa com eles.¹²

Acredita-se que é difícil para os familiares cuidadores aceitarem que a HAS é uma doença assintomática, pois eles relacionam a dor de cabeça com o aumento dos níveis pressóricos. Entretanto, a literatura é clara quando explica que, no universo das doenças de história natural prolongada, com multiplicidade de fatores de riscos complexos, interações de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e/ou desconhecidos, longo período de latência e longo curso assintomático, curso clínico em geral prolongado e constante, manifestações clínicas com períodos de clemência e exacerbação, evolução para graus variados de incapacidades ou para morte, a HAS se destaca pela dimensão de suas múltiplas expressões.¹³

Quadro 2 – Distribuição dos familiares cuidadores segundo conhecimento sobre as condutas do tratamento básico. Fortaleza-CE, 2005.

Condutas do tratamento básico	Sim	%	Não	%
Uso adequado de sal	361	90,2	39	9,8
Exercício físico regular	144	36,0	256	64,0
Uso de gordura vegetal	248	62,0	152	38,0
Ingestão adequada de café	71	17,7	329	82,3
Gerenciamento do estresse	176	44,0	224	56,0
Abstenção do álcool	114	28,5	286	71,5
Abstenção do tabaco	128	32,0	272	68,0
Peso controlado	77	19,3	323	80,7
Predomínio de carnes brancas	147	36,8	253	63,2
Predomínio de vegetais	132	33,0	268	67,0
Uso de adoçantes dietéticos	54	13,5	346	86,5

Conforme o Quadro 2, a maioria dos familiares cuidadores conhecia condutas do tratamento básico: uso adequado de sal (90,2%) e uso de gordura vegetal (62%). Por outro lado, desconhecia o maior número de condutas, tais como o uso de adoçantes dietéticos (86,5%), a ingestão adequada de café (82,3%), o peso controlado (80,7%), a abstenção do álcool (71,5%), a

abstenção do tabaco (68%), o predomínio dos vegetais (67%), o predomínio de carnes brancas (63,2%) e o gerenciamento do estresse (56%).

Constatar a existência, por parte dos familiares cuidadores, de conhecimento que auxilie no cuidado com o hipertenso guarda estreita relação com os anos de convivência com o portador de HAS.

Quadro 3 – Distribuição dos familiares cuidadores segundo o conhecimento acerca do tratamento medicamentoso. Fortaleza-CE, 2005.

Tratamento medicamentoso	Sim	%	Não	%
Tipo(s) de droga	264	66,0	136	34,0
Número de tomadas diárias	220	55,0	180	45,0
Quantidade diária	90	22,5	310	77,5
Efeitos colaterais	07	1,8	393	98,2
Uso regular da droga	364	91,0	36	9,0
Desconforto da droga	46	11,5	354	88,5

Observa-se no Quadro 3 que 264 (66%) entrevistados conheciam o tipo de droga indicada para o hipertenso; entretanto, somente 90 (22,5%) sabiam a quantidade diária da droga ingerida. Dentre os pesquisados, 220 (55%) sabiam o número de tomadas diárias, mas 393 (98,2%) desconheciam os efeitos colaterais da droga. Do total, 364 (91%) sabiam sobre a regularidade no uso do medicamento e 354 (88,5%) não sabiam informar se causava desconforto.

Dessa maneira, percebe-se que o conhecimento do cuidador sobre o tratamento medicamentoso indicado para o seu familiar era limitado e se restringia basicamente ao nome da droga, pois na associação de várias drogas (esquema complexo), uma ou duas eram conhecidas. Isso reflete na qualidade do cuidado prestado, uma vez que o familiar desconhece parcialmente o tratamento farmacológico indicado, fato que dificulta a adesão do hipertenso ao tratamento.

A história humana tem sempre contado com o cuidar, sendo este uma forma de viver e de se relacionar. Na saúde, ele busca a cura, tarefa concedida aos profissionais de saúde, em destaque o enfermeiro, mas que se permeia no seio familiar de maneira inata, variando, entretanto, de acordo com a cultura do meio onde é projetado.¹⁴

Um estudo constatou que o conhecimento sobre a doença e o tratamento da HAS influencia diretamente

na adesão ao tratamento; conseqüentemente, a escolaridade atua como fator relevante neste fato, no qual se sabe que as informações só são assimiladas a partir do momento em que haja capacidade cognitiva para isso. O contrário é recíproco, ou seja, se não há capacidade cognitiva, não haverá apreensão das informações, não ocorrendo também a compreensão sobre a importância de aderir ao tratamento.¹⁵

Contudo, o presente estudo mostra que o conhecimento foi regular, mesmo naqueles em que a escolaridade é elementar, isto é, entre os analfabetos ou alfabetizados, e que apresentaram um relativo conhecimento sobre as condutas terapêuticas.

Descrição dos cuidados prestados por familiares com a pessoa hipertensa

De acordo com o Quadro 4, a provisão de cuidados pelos familiares inerentes ao tratamento da HAS relacionava-se basicamente com: redução das dificuldades no seguimento do tratamento (90%), orientação sobre o tratamento e gerenciamento do estresse (85,3%), alimentação coletiva (78,2%), orientação sobre a HAS (72%), lembrete sobre a consulta (71,7%), acompanhamento nas consultas (59,5%), aquisição do medicamento (57,8%) e lembrete sobre a medicação (56,7%).

Quadro 4 – Distribuição dos familiares cuidadores segundo os cuidados prestados. Fortaleza-CE, 2005.

Cuidados prestados	Sim		Não		Às vezes	
	f	%	f	%	f	%
Orientação sobre a HAS	288	72,0	79	19,7	33	8,3
Lembrete sobre a medicação	227	56,7	129	32,3	44	11,0
Alimentação coletiva	313	78,2	87	21,8	-	-
Aquisição de medicamento	231	57,8	130	32,5	39	9,7
Acompanhamento nas consultas	238	59,5	78	19,5	84	21,0
Acompanhamento no exercício físico	26	6,5	353	88,2	21	5,3
Uso de terapias alternativas	193	48,3	207	51,7	-	-
Gerenciamento do estresse	341	85,3	23	5,7	36	9,0
Administração do medicamento	95	23,7	260	65,0	45	11,3
Lembrete sobre a consulta	287	71,7	92	23,0	21	5,3
Redução das dificuldades	360	90,0	13	3,3	27	6,7
Orientação sobre o tratamento	341	85,2	32	8,0	27	6,8
Preparação da alimentação adequada	140	35,0	216	54,0	44	11,0

A participação da família é altamente relevante na aquisição de hábitos e mudanças no estilo de vida, assim como no seguimento do tratamento farmacológico, demonstrando que é de extrema importância estar em contato com a família na busca pela adesão da pessoa ao tratamento.¹⁵

Portanto, se o indivíduo tem ao seu lado um familiar cuidador comprometido com a sua saúde, acredita-se que este compromisso quanto mais presente se fizer, mais consolidada será sua adesão ao tratamento. Todavia, a maioria dos familiares cuidadores não se envolvia nas condutas inerentes ao tratamento, tais como: acompanhamento no exercício físico (88,2%), administração do medicamento (65%) e preparação da alimentação adequada (54%).

O desenvolvimento das potencialidades do familiar cuidador é possibilitado através da educação em saúde com vista à promoção da saúde dos seus membros. Sendo assim, ao discutir a promoção da saúde, há um compromisso de modificar as condições determinantes da saúde e qualidade de vida e de instituir políticas públicas saudáveis para atingir esta meta, o que implica utilizar uma abordagem mais complexa, com a reformulação do conceito de saúde e de Estado, bem como do papel deste na sociedade.

Havia ainda, uma pequena parcela de familiar cuidador, que esporadicamente se envolvia nos cuida-

dos com os hipertensos, numa variação percentual de 5,3 a 21%, excetuando-se na alimentação coletiva e no uso de terapias alternativas (chá, rezas, etc.).

CONCLUSÃO

Dentre aqueles familiares cuidadores dedicados exclusivamente ao cuidado da pessoa hipertensa, constatou-se predomínio do sexo feminino, cuja idade estava acima de 50 ou até 60 anos. Nessas condições, a capacidade funcional dessas mulheres pode estar constantemente em risco, devido às condições físicas relacionadas com a idade avançada.

Ficou constatada a baixa renda mensal do familiar cuidador, destaque-se que 54 (13,5%) deles possuíam renda abaixo de um salário mínimo, podendo esse fato interferir negativamente no cuidado prestado. Ainda que não seja o fator determinante, o poder aquisitivo baixo tem influência na adesão do hipertenso ao tratamento, haja vista que, em muitas situações, o familiar cuidador é também o único responsável pela aquisição dos medicamentos, e a ausência de renda compatível com essa demanda, pode se expressar como elemento impeditivo do cuidado.

Associado com a renda, a escolaridade é também fator crítico, pois predominaram pessoas (51,25%) com ensino fundamental ou inferior a este. O dado

é relevante, devendo ser considerado para fins de elaboração de estratégias que possibilitem maior participação do familiar na adesão.

A maioria dos entrevistados reconheceu a impossibilidade de cura da doença, entretanto incorreu no equívoco de afirmar a existência de manifestações clínicas da HAS, o que contraria o conhecimento científico vigente acerca do tema.

Quanto às condutas do tratamento básico, a maioria dos familiares cuidadores conhecia o uso adequado de sal (90,2%) e uso de gordura vegetal (62%). De outro lado, desconheciam as demais condutas, tais como o uso de adoçantes dietéticos, a ingestão adequada de café, o peso controlado, a abstenção do álcool, a abstenção do tabaco, o predomínio dos vegetais, o predomínio de carnes brancas e o gerenciamento do estresse.

Constatou-se como sendo limitado o conhecimento do cuidador sobre o tratamento medicamentoso indicado para o seu familiar, uma vez que este se restringia, basicamente, à identificação do nome da droga, desconhecendo a quantidade diária a ser ingerida, os efeitos colaterais, bem como os desconfortos causados.

A provisão de cuidados pelos familiares, inerentes ao tratamento da HAS, relacionava-se basicamente com a redução das dificuldades no seguimento do tratamento, orientação sobre o tratamento e gerenciamento do estresse, preparo de uma alimentação coletiva, orientação sobre a HAS, lembrete sobre a consulta e uso do medicamento, acompanhamento nas consultas e aquisição do medicamento.

Infere-se, com base no que foi encontrado, que o processo de cuidar da pessoa hipertensa requer um perfil que os entrevistados não apresentavam satisfatoriamente, o que poderá acarretar uma sobrecarga de atividades no seu cotidiano; conseqüentemente, se expondo à ameaça de adoecer, ou agravar problemas de saúde pré-existentes. Também encontramos familiar cuidador que, além de estar envolvido com as ações junto ao hipertenso no domicílio, não deixou de ter outra ocupação fora de casa, necessitando, portanto, administrar essas duas realidades.

Muito embora se concorde que a provisão de cuidados pela família seja imprescindível no processo de adesão da pessoa hipertensa ao tratamento, o familiar cuidador se encontra pressionado a adotar mudanças compatíveis com o objetivo de aderir a um novo formato de vida, o qual costuma demandar uma grande carga de energia, tolerância e boa vontade. Essas mudanças ocorrem de forma muito penosa. Por assim ser, as políticas públicas de saúde devem ser pensadas como forma de favorecer

ao acesso e à permanência do portador de HAS em tratamento, tanto quanto fornecer apoio para que a família possa participar efetivamente do cuidar com este.

REFERÊNCIAS

- 1 Andrade JP. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq. Bras. Cardiol.* 2002 Jul; 79 (4): 375-84.
- 2 Riera ARP. Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
- 3 Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm.* 2005 Jul-Set; 14 (3): 332-40.
- 4 Diogo MJDE, Duarte YAO. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p.102-10.
- 5 Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev. Eletr. Enferm.* 2004 Mai-Ago; 6 (2): 254-71 [acesso em 2006 Jul 3]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>
- 6 Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.* Maringá (PR): EDUEM; 2002.
- 7 Marcon SS, Radovanovic AT, Waidman AP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivências e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14 (Esp): 116-24.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (BR): O Conselho; 1996.
- 9 Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública* 2003 Jun; 19 (3): 861-6.
- 10 Bielemann VLM. A família cuidando do ser humano com câncer e sentido a experiência. *Rev. Bras. Enferm.* 2003 Abr; 56 (2):133-7.
- 11 Elsen I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: Elsen I, Penna CMM, Altholff CR, Bub LIR, Patricio ZM, organizadores. *Marcos para a prática de enfermagem com famílias.* Florianópolis: Ed. UFSC; 1994.
- 12 Rosa DP. Aspectos emocionais do paciente hipertenso: uma revisão. *Rev. SOCESP.* 2002 Nov-Dez; 12 (6 Supl. A): 1-7.
- 13 Wetzel Júnior W, Silveira MPT. Hipertensão arterial: um problema de todos. *Rev. Nursing* 2005 Ago; 81 (8): 70-5.
- 14 Waldow VR. *Cuidado humano: o resgate necessário.* Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 2001.
- 15 Pierin AMG, Gusmão JL, Carvalho LVB. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. *Rev Socied Bras Hipertensão.* 2004 Ago-Set; 7 (3): 100-3.