

ADESÃO DO IDOSO AO TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM*

ELDERLY ADHERENCE TO HYPERTENSION TREATMENT AND NURSING INTERVENTIONS

ADHESIÓN DEL ANCIANO AO TRATAMIENTO PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Jênifa Cavalcante dos Santos¹, Raquel Sampaio Florêncio², Célida Juliana de Oliveira³, Thereza Maria Magalhães Moreira⁴

A adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial se revela como um desafio aos profissionais de saúde. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo averiguar a adesão ao tratamento da hipertensão de idosos acompanhados em um grupo e descrever as intervenções de enfermagem possíveis junto a esta clientela. A pesquisa descritiva foi desenvolvida em duas fases entre dezembro/2008 e janeiro/2009. Utilizou-se instrumento de coleta para avaliar a adesão ao tratamento; de fevereiro a abril/2009, técnica de Grupo Focal para investigar as intervenções de enfermagem e Discurso do Sujeito Coletivo para organização das falas. Cerca de 27 idosos foram avaliados e 23 apresentaram algum grau de não-adesão. Selecionaram-se 34 intervenções de enfermagem a serem implementadas na clientela e dez discursos foram consolidados ao final. O estudo revelou as dificuldades de seguimento terapêutico, embora a clientela detenha o conhecimento sobre os meios viáveis de implementação das intervenções de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Hipertensão; Idoso; Cooperação do Paciente.

Adherence to the treatment of arterial hypertension is a challenge to health professionals. Thus, this study aimed at verifying adherence to treatment of hypertension of elderly patients followed in a group and describe the possible nursing interventions on the clientele. The descriptive research was developed in two phases: between December/2008 and January/2009, we used data collection instrument to assess compliance to treatment; from February to April/2009, we used the technique Focus Group to investigate the nursing interventions and the Collective Subject Discourse to the organization of speeches. 27 elderly people were evaluated and 23 had some degree of noncompliance. We selected 34 nursing interventions to be implemented in patients and ten discourses were consolidated at the end. The study revealed the difficulties of therapeutic regimen, although the clientele owns the knowledge of viable means for implementing nursing interventions.

Descriptors: Nursing; Hypertension; Elderly; Patient Compliance.

La adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial se revela como desafío para profesionales de salud. Así, el objetivo fue comprobar la adhesión al tratamiento de la hipertensión de ancianos de grupo y describir las intervenciones de enfermería posibles a clientela. Estudio descriptivo, desarrollado en dos fases entre diciembre de 2008 y enero de 2009. Se utilizó instrumento de recogida para evaluar la adhesión al tratamiento; entre febrero y abril de 2009, técnica de Grupo Focal para investigar las intervenciones de enfermería y el Discurso del Sujeto Colectivo para organización de los discursos. Veinte y siete ancianos fueron evaluados y 23 tenían algún grado de incumplimiento. Se seleccionaron 34 intervenciones de enfermería a aplicar en los clientes y diez discursos se consolidaron al final. El estudio reveló dificultades de la continuación terapéutica, aunque el cliente posee conocimiento de los medios viables para aplicación de intervenciones de enfermería.

Descritores: Enfermería; Hipertensión; Anciano; Cooperación del Paciente.

*A pesquisa foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq e pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico-FUNCAP, por meio de bolsas de iniciação científica.

¹Enfermeira. Mestranda Do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) da UECE. Bolsista CAPES. Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Membro do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: jenifacs@yahoo.com.br

² Enfermeira. Membro do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: raquelsampy@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA). Colaboradora do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: celidajuliana@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Docente da UECE; Pesquisadora do CNPq. Líder do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: tmmmoreira@yahoo.com

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não infecciosas (DCNI), sobretudo as cardiovasculares, têm se destacado como um dos maiores problemas da saúde pública mundial, requerendo ações de promoção à saúde para seu controle por meio das múltiplas habilidades dos enfermeiros e dos demais profissionais de saúde⁽¹⁾.

O Brasil tem passado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde a década de 60, resultando em alterações nos padrões de ocorrência de doenças, com aumento significativo das DCNI. Aproximadamente 29,9 % da população brasileira reportaram ter, pelo menos, uma doença crônica, sendo as cardiovasculares, responsáveis por 31% do total de óbitos por causas conhecidas no Brasil⁽²⁻³⁾.

As DCNI são comuns em idosos, pois estes apresentam características próprias na manifestação das doenças, constituindo um grupo de maior risco para o aparecimento das doenças degenerativas em geral e cardiovasculares em particular, além de apresentar maior número de co-morbidades. Desse modo, maior atenção deve ser voltada a essa clientela⁽⁴⁻⁵⁾, principalmente no que se refere às pessoas com hipertensão arterial (HA).

A HA, por ser uma entidade crônica, multifatorial, relacionada a processos intrínsecos de senescência, acomete comumente a população idosa e constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde, pois a adesão terapêutica representa grande entrave no controle da doença. O caráter silencioso, sem sintomas claros, permite que a hipertensão passe despercebida por anos em muitos idosos. Além disso, seu caráter crônico pode levar a uma drástica alteração no estilo de vida dos idosos, devido às restrições impostas pelo tratamento, exigindo forte cooperação do paciente^(1,6-7).

A enfermeira se destaca como propagadora de informações e esclarecimentos acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da pressão arterial e contribui na implementação de intervenções favoráveis à saúde. Ela integra grupos multiprofissionais com ações assistenciais e educativas conjuntas e

implanta programas e consultas, aprofundando seu corpo de conhecimento.

A enfermeira possui, portanto, importante papel na promoção da adesão do paciente ao tratamento, o que é fundamental ao controle da doença, pois, para que haja redução da morbidade e mortalidade associada aos riscos cardiovasculares das pessoas com hipertensão, torna-se indispensável a adesão ao tratamento anti-hipertensivo^(1,3).

Diante disso, a assistência ao idoso com hipertensão arterial deve contemplar ações sistematizadas, com fenômenos bem definidos e objetivos claros, o que é possível com a utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

A SAE representa um instrumento que possibilita identificar como uma clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção do profissional de enfermagem. Funciona como um todo integrado e inter-relacionado, por meio de fases que vão desde a coleta de informações, elaboração de diagnósticos, prescrição, implementação e avaliação de enfermagem⁽⁸⁾.

Dessa forma, o conhecimento específico de grupos acometidos por hipertensão, dos diagnósticos de enfermagem presentes e das dificuldades dos enfermeiros para sistematização da assistência a essa clientela poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida do paciente com hipertensão arterial e para maior autonomia dos enfermeiros, ao possibilitar que o desenvolvimento de sua prática se torne mais eficaz e autônoma.

A relevância deste estudo, portanto, reside na possibilidade de desenvolver subsídios para uma assistência de enfermagem pautada no saber advindo da própria população, por entender que existem certas dificuldades dos profissionais de saúde em encontrar soluções para o problema da falta de adesão à terapêutica anti-hipertensiva e na ausência de estudos mais apropriados a esse problema.

Foram objetivos do estudo verificar a adesão de idosos ao tratamento da HA e descrever as intervenções de enfermagem possíveis junto a esta clientela.

MÉTODO

Pesquisa descritiva realizada com um grupo de idosos que se reúne periodicamente no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) coordenado pela Secretaria Executiva Regional VI do município de Fortaleza-CE.

A população constituiu-se dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com hipertensão arterial e cadastrados no CRAS.

Foram selecionados os idosos que atenderam aos critérios de inclusão: estar consciente e orientado durante a entrevista; ter diagnóstico médico de hipertensão arterial há, pelo menos, um ano, já que, após esse período as taxas de adesão se consolidam: ou o paciente adere às recomendações prescritas e ao remédio, ou não; apresentar considerável frequência nas reuniões do grupo e estar em tratamento medicamentoso.

A pesquisa realizou-se de dezembro de 2008 a abril de 2009, em duas etapas: a primeira etapa, entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010, foi constituída por um estudo no qual os idosos responderam a um formulário para a avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão. Tal instrumento é oriundo de estudo anterior⁽¹⁾ e foi aplicado a 27 idosos, que se enquadraram nos critérios de inclusão.

Os dados foram agrupados e tabulados por meio da planilha eletrônica Microsoft Excel 2007 para Windows XP/Vista, o que possibilitou a construção de gráficos que retrataram sua frequência simples.

Na segunda etapa, desenvolvida entre fevereiro e abril de 2009, as intervenções de enfermagem propostas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) foram selecionadas a partir de um estudo que identificou os diagnósticos de enfermagem presentes na mesma clientela e selecionou 12 diagnósticos para análise acurada, com percentil 50. Como ferramenta

para seleção das intervenções pertinentes, foram utilizadas as características definidoras e fatores relacionados e/ou de risco dos diagnósticos de enfermagem do estudo anterior. Os resultados obtidos por meio do instrumento de verificação da adesão terapêutica também foram utilizados.

Após identificação das intervenções de enfermagem, foram formulados roteiros a serem aplicados na técnica de Grupo Focal (GF), caracterizada por se dar por meio de entrevistas grupais, que objetivam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos, coletando dados diretamente das falas de um grupo. Trata-se de um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de se obter informações em profundidade. É uma técnica rápida e de baixo custo para a avaliação e obtenção de dados e informações⁽⁹⁾.

Nele, cada grupo é organizado com um pequeno número de pessoas (6 a 12); cada sessão dura de uma a duas horas; a quantidade média de sessões varia entre duas ou três, desde que se obtenham as informações necessárias para alcance do objetivo da pesquisa; a conversação concentra-se em poucos tópicos e o moderador tem um roteiro no qual estão os principais tópicos a serem abordados; pode haver a presença de um observador externo para captar reações dos participantes; e os participantes não devem sentir que fazem parte de um estudo, mas, sim, que são informantes⁽⁹⁾.

Os participantes do GF foram selecionados a partir do critério de apresentar oito ou mais diagnósticos de enfermagem no estudo anterior sobre diagnósticos de enfermagem em idosos, simultaneamente. A partir da seleção, foram convidados a participar dos encontros 19 idosos, baseando-se no pressuposto de que acontecem imprevistos e nem todos aderem às propostas oferecidas. Após o contato com os selecionados, seis idosos aceitaram aderir ao GF. Ocorreram três encontros, entre março e maio de 2009 e contaram com a participação da mesma moderadora (pesquisadora) e

um observador. Foi garantido o sigilo dos registros e dos nomes dos participantes.

Os encontros realizaram-se no CRAS, com início às 14h. Foram esclarecidos aos participantes os objetivos da pesquisa, seus responsáveis, bem como foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido pelos que aceitaram participar do estudo.

O primeiro encontro contou com a participação de seis idosos e teve duração de 1h25min. No segundo encontro, compareceram sete idosos com duração de 1h10min. O terceiro encontro baseou-se na validação dos resultados encontrados nos encontros anteriores; contou com a participação de sete idosos e teve duração de 1h15min.

O *corpus* resultante dos GF foi submetido à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para a identificação dos discursos coletivos, os quais revelaram as representações sociais existentes entre participantes do grupo, ou seja, imagens que condensam um conjunto de significações; sua maneira de interpretar e de pensar a realidade cotidiana, especificamente ligada ao tema em estudo. Nesta técnica, as opiniões convergem em um conjunto de discursos coletivos, que é um processo realizado mediante uma série de operações sobre o material verbal coletado nas pesquisas. Após a transcrição literal dos depoimentos, partiu-se dos discursos em estado bruto para o trabalho analítico de decomposição, que consiste na seleção das figuras metodológicas (expressões chaves e ideias

centrais) presentes. O DSC possibilita a pesquisa do "pensamento coletivo" e a construção de algumas categorias⁽¹⁰⁾.

A referida técnica considera que os discursos são manifestações linguísticas de um pensamento a respeito de um dado tema, podendo ser individuais ou coletivos. Constitui o caminho metodológico que torna possível, mediante utilização de procedimentos sistemáticos, controlados, padronizados e rigorosos, partir do discurso individual para o coletivo⁽¹⁰⁾.

Foram obtidos dez discursos coletivos, classificados em dez Ideias Centrais (IC), que são o nome/expressão linguística que revela, descreve e nomeia, sintética e precisamente, o sentido presente em cada resposta analisada⁽¹⁰⁾. Os participantes do grupo focal que contribuíram para os discursos foram designados com letra P, seguida de um número cardinal.

Os preceitos legais das pesquisas envolvendo seres humanos foram obedecidos, tendo sido o projeto aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEPE) da Universidade Estadual do Ceará, sob o nº08185987-2.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira etapa do estudo avaliou a adesão terapêutica dos idosos. Com base nos critérios adotados, 27 idosos participaram dela. Desse modo, as informações, concernentes ao preenchimento do formulário, foram identificadas e encontram-se expostas a seguir:

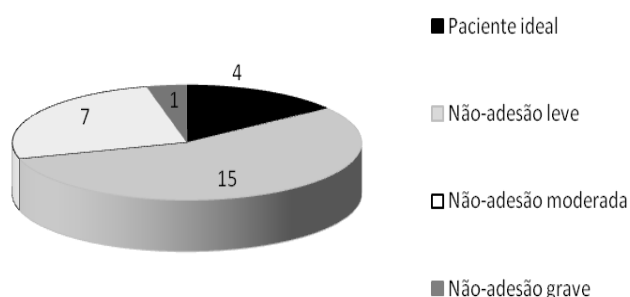


Figura 1 – Distribuição do número de idosos, estudo segundo adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Centro de Assistência Social – CRAS. Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza, CE, Brasil, 2009.

A Figura 1 mostra a adesão dos idosos à terapêutica instituída na tentativa de controle da hipertensão. Para este cálculo, foi utilizado o instrumento de avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial^(1,6), que apresenta a seguinte classificação: Adesão ideal: 9,1 a 10,0; Não-adesão leve: de 7,0 a 9,0; Não-adesão moderada: de 5,0 a 6,9; Não-adesão grave: de 3,0 a 4,9 e Não-adesão gravíssima: de 0,0 a 2,9.

Nota-se que 23 idosos (85%) apresentaram algum grau de não adesão, sendo este leve (quinze idosos), moderado (sete idosos) ou grave (um idoso).

Nenhum idoso foi classificado com não adesão gravíssima. Quatro foram considerados indivíduos com adesão ideal, sendo que, destes, apenas um idoso obteve nota 10,0 na aplicação do instrumento.

As VI DBH⁽¹¹⁾ apontam controle na PA de apenas 20% a 40% e acrescentam que a taxa de abandono, grau mais elevado da falta de adesão, cresce com o tempo de terapêutica.

Algumas variáveis analisadas nos permitiram observar fatores intervenientes em relação ao tratamento anti-hipertensivo, sobretudo a abstinência ao tabagismo e etilismo, e o comparecimento às consultas como aqueles de interveniência positiva na adesão.

Tabela 1 - Fatores intervenientes no grau de adesão do grupo em estudo. Centro de Assistência Social – CRAS. Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza, CE, Brasil, 2009

	f	%
Abstinência do fumo	27	100,0
Ausência de ingesta alcoólica	22	81,5
Comparecimento às consultas/ período em que são marcadas na Unidade	21	77,8
Controle inadequado do sal	19	70,4
Controle inadequado do peso	19	70,4
Prática irregular de exercício físico	17	63,0
Consumo inadequado de gordura	15	55,6
Controle da pressão arterial	15	55,6
Uso adequado do medicamento	14	51,9
Enfrentamento ineficaz do estresse	10	37,0

Os resultados da Tabela 1 foram ratificados por estudo realizado no mesmo município, que aponta que os indivíduos com complicações decorrentes da HA indicam como fatores dificultadores da adesão à terapêutica a dificuldade de seguir a dieta recomendada, realização de exercício físico, controlar peso corpóreo, redução ou abandono do consumo de álcool e controle do estresse⁽⁷⁾.

O enfrentamento ineficaz do estresse, o uso inadequado do sal e de gordura, além dos altos índices de sobrepeso/obesidade e a prática irregular de exercício físico apareceram como fatores intervenientes negativos na adesão. A abstinência do fumo, de bebidas

alcoólicas, o uso adequado dos medicamentos, o comparecimento regular às consultas e o controle da pressão arterial podem ser considerados elementos positivos para a adesão e se apresentaram como medidas menos difíceis de seguir pelos idosos^(4,11).

A literatura é unânime ao afirmar que o sucesso do tratamento da hipertensão arterial e suas complicações é impossível sem que, primariamente, consiga-se o sucesso na mudança do estilo de vida, o que tradicionalmente é chamado de tratamento não medicamentoso⁽¹²⁾.

Outra variável interessante do estudo são os níveis pressóricos, expostos a seguir:

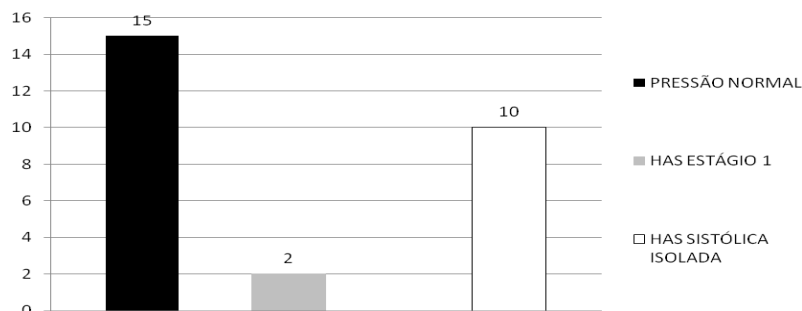


Figura 2 - Distribuição do número de idosos, estudo segundo níveis pressóricos. Centro de Assistência Social – CRAS. Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza, CE, Brasil, 2009.

Ao se analisar os valores dos níveis pressóricos, conforme classificação da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (VI DBH)⁽¹¹⁾, verificou-se que 15 pacientes apresentaram cifras pressóricas normais, dois se encontravam na classificação de hipertensão leve e 10 apresentavam hipertensão sistólica isolada. Não foi encontrado nenhum hipertenso no estágio 2, 3 ou limítrofe. Embora o número de participantes com cifras normais seja maior, ainda é grande a frequência de idosos hipertensos com níveis pressóricos descontrolados.

O controle inadequado da pressão arterial também é frequentemente observado nas pesquisas com pessoas hipertensas^(1,4). A relação entre a pressão arterial e o risco de eventos cardiovasculares é contínua, graduada, consistente e independente de outros fatores de risco. Quanto maior o valor da pressão arterial, maior é a chance de infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e doença renal^(11,13).

A hipertensão sistólica isolada (HSI) é prevalente entre idosos^(4,14). No estudo, foram encontrados dez idosos com HSI. Sua ocorrência pode ser explicada pelas alterações anatômicas e fisiológicas das grandes artérias, próprias do envelhecimento⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A VI DBH recomendam redução gradual da pressão em idosos para valores abaixo de 140x90 mmHg, respeitando suas características individuais e qualidade de vida^(11,16).

A avaliação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva, o conhecimento dos fatores que dificultam o seu seguimento pelos idosos em estudo e suas cifras pressóricas subsidiaram a fase 2 deste estudo, o que também contribuiu para a formulação das possíveis intervenções de enfermagem, complementando as informações pertinentes aos idosos.

Desse modo, a segunda fase da pesquisa contemplou o objetivo de descrever as intervenções de enfermagem possíveis junto a esta clientela. Esta se baseou, principalmente, em um estudo anterior que identificou 12 diagnósticos de enfermagem presentes na clientela, uma vez adotado o percentil 50. Destes, onze eram passíveis de intervenções de enfermagem, a saber: dentição prejudicada, comunicação verbal prejudicada, mobilidade física prejudicada, risco de quedas, insônia, capacidade de transferência prejudicada, controle ineficaz do regime terapêutico, dor crônica e memória prejudicada. A partir da análise dos fatores relacionados, características definidoras e/ou fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem, foram propostas as intervenções de enfermagem mais pertinentes.

O Quadro 1 mostra as principais intervenções selecionadas por diagnóstico de enfermagem.

Quadro 1 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem identificados no grupo em estudo. Centro de Assistência Social-CRAS. Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza, CE, Brasil, 2009.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Dentição prejudicada	Controle de medicamentos Encaminhamento Manutenção da saúde oral Restauração da saúde oral
Comunicação verbal prejudicada	Melhora da comunicação: déficit auditivo, da fala ou visual Escutar ativamente Redução da ansiedade Toque
Mobilidade física prejudicada	Controle do ambiente Ensino: atividade/exercício prescritos Promoção do exercício Terapia com exercícios: deambulação
Risco de quedas	Assistência no autocuidado: transferência Controle do ambiente: segurança Prevenção de quedas Restrição de área
Insônia	Aumento da segurança Controle de medicamentos Melhora do sono Toque
Capacidade de transferência prejudicada	Promoção do exercício Terapia com exercícios: controle muscular Terapia com exercícios: equilíbrio
Controle ineficaz do regime terapêutico	Aconselhamento Contato com o paciente Ensino: processo de doença Estabelecimento de metas mútuas Modificação do comportamento
Dor crônica	Administração de medicamentos Aplicação de calor/frio Controle da dor
Memória prejudicada	Orientação para a realidade Redução da ansiedade Treinamento da memória

No quadro, observa-se que para os diagnósticos Dentição prejudicada, Comunicação verbal prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Risco de queda e Insônia, foram selecionadas quatro intervenções de enfermagem; para os diagnósticos Capacidade de transferência prejudicada, dor crônica e Memória prejudicada, foram selecionadas três intervenções de enfermagem e apenas para o diagnóstico Controle ineficaz do regime terapêutico foram cinco intervenções. É importante ressaltar que as intervenções foram selecionadas baseando-se pelas características definidoras, fatores relacionados e/ou fatores de risco

dos diagnósticos de enfermagem em idosos de estudo anterior.

Os dez discursos coletivos⁽¹⁰⁾, classificados como Ideias Centrais (IC), obtidos no grupo focal foram:

IC 1: Modos populares de solucionar problemas dentários.

DSC 1: **Colocar solução de bateria, creolina ou arrancar o dente quando ele tiver doendo.** *Eu tenho problema com os dentes P1. Onde tinha buraco no dente eu colocava a solução de bateria e aí o dente quebra e cai pelo tronco P2. Eu uso é criolina quando dói o dente P3. O papai ensinou que a gente arrancasse o dente com linha, quando ele tivesse doendo P4.*

IC 2: Manutenção da saúde oral e ida ao dentista.

DSC 2: Escovar os dentes, a gengiva, ir ao dentista que eles sabem resolver. *Eu já fui pro dentista fazer o exame da boca P5. Mas eu não tenho dente, eu escovo só a gengiva. Mas num escovo a língua não, que dá vontade de vomitar! P6. Mas eu sei que a gente tem que ir no dentista, para melhorar os problemas P2. Quando dá dor de dente é melhor arrancar logo com o dentista, que sabe P4. No interior, tudo no mundo a gente botava em cima de dente doendo. Mas hoje a gente tem os postos de saúde e tem os dentistas lá que fica ensinando a gente como cuidar do dente P2.*

IC 3: Busca de atendimento profissional para melhora da comunicação

DSC 3: A gente deve ir pro médico. *Quando a gente tem esses problemas assim, né, a gente deve ir pro médico, ir pro oculista... Eu faço meu tratamento. Eu vou no oculista, de 3, 4 ou 5 meses eu vou e aí já fica marcado pra outra. Porque eu tenho glaucoma também aí tem que acompanhar né? P6.*

IC 4: Problemas de mobilidade/transferência

DSC 4: Eu tenho problemas para andar, subir escadas, levantar; dor. *Ai meu Deus, eu tenho um problema grande pra subir escadas.. Ai mas eu sofro viu.. subir, descer... P5. Tá com uns cinco anos que sempre que ando por aí eu fico levando topada.. eu acho que é porque eu num levanto a perna direito, deve ser... P3. Eu tenho problema no joelho, né... aí dói sabe... e também tenho um problema de coluna terrível... é hérnia..., aí tudo atrapalha a gente andar P4. Eu sinto tontura quando eu vou levantar da cama, aí eu espero um pouquinho até eu ficar bem P4. Quando eu vou levantar, aí dá câimbra... aí eu espero, estiro a perna e depois eu ando P2. Eu sei que fazer caminhada melhora a dor nas pernas, aí eu faço P3.*

IC 5: Prática de atividade física

DSC 5: Ginástica é muito bom. *Aí depois que eu entrei para vila olímpica para fazer exercícios... aí eu melhorei ó... Hoje eu subo a escada é correndo P3. A ginástica é muito bom, nunca mais eu fui... Quando eu ia, eu ficava muito melhor P1. Caminhada é ótimo, eu fazia muita caminhada... É bom para o coração, pra circulação do sangue P6. Ave Maria, ginástica é muito bom! P1.*

IC 6: Modos de melhorar o sono

DSC 6: Quando tá sem sono, pensa em outra coisa, se distrai; toma remédio. *Quando eu to sem sono eu só faço me balançar na rede e pronto... Num tomo nada não P3.*

Não tomo remédio pra falta de sono, não, porque se a gente se acostumar aí é pior P2. Acho que a gente deve tomar remédio para melhorar a insônia P5. É bom a gente se distrair, né? Quando tá com problema e perde o sono, é só pensar em outra coisa P7. Pensa numa coisa boa que dá certo P2. Bota o rádio pra tocar, fica confiante que vai dar tudo certo e aí dá né P4. Ó, a gente ficando perto de gente que a gente gosta, aí melhora, né? P6.

IC7: Manutenção do regime terapêutico

DSC 7: É bom obedecer direitinho ao tratamento. *Ah! O problema é quem num obedece ao que o médico manda, né? Aquelas coisas de o que a gente deve comer, o que num deve, os remédios... P5. Eu não como comida com sal e nem com gordura... Eu obedeco direitinho P1. Eu não como pimenta, se eu comer pimenta, ai meu Deus, me dá uma dor no pé da barriga P5. Eu tomo Captopril® às 7 da manhã, tomo outro 11:30h, outro às 5 da tarde, e tomo um à noite P4. Eu obedeco o tratamento direito. E sabe por que eu faço isso? Eu tenho um irmão em São Paulo que ta com 8 anos paráltico, não bole nem com um dedo. Sabe por quê? Porque ele num obedeceu o que o médico mandava ele fazer P6.*

IC 8: Ensino do regime terapêutico

DSC 8: É bom quando ensinam a gente. *O pessoal do posto diz para gente obedecer direitinho sobre a comida P7. Eu acho bom quando vem esse pessoal que estuda aqui pro salão do idoso para dar essas palestras sobre a doença da gente, porque no posto ninguém fala nada, só manda a gente tomar o remédio P3.*

IC 9: Maneiras para controlar a dor

DSC 9: É bom tomar chá, remédio ou fazer fisioterapia com compressas. *Tem um chá que é muito bom! O chá de uma plantinha amarela, a chanana. Você bota a folha na água fervendo e abafa. Depois é só tomar que passa a dor P5. Ah! Quando eu tô com dor é só tomar Anador® P3. Tem também a Dipirona®. Passa tudo quanto é dor P2. Eu faço que nem nas fisioterapias. Coloco compressa de água quente e depois água gelada para a dor nas minhas costas e melhora. Mas quando eu deixo de fazer já piora logo P4.*

IC 10: Diminuição da memória

DSC 10: Eu me esqueço das coisas, coisas recentes. Já fiquei sem saber onde estava. *Vixe, eu esqueço demais das coisas, to ficando velha P6. Quando eu tento me lembrar das coisas, eu lembro muito das coisas de muito tempo atrás. Mas das coisas recentes eu tenho problema P3. Vixe, teve uma vez que eu tava na rua e de repente, eu fiquei ariadinha e não sabia onde eu tava. Aí eu fiquei muito agoniada! P5. Mas quando a gente fica assim, o melhor é ficar parado ou se sentar num canto, esperar passar o medo e tentar lembrar calmamente, né? P2.*

Partindo para a discussão das ideias centrais, tem-se sobre o DCS 1 (Colocar solução de bateria, creolina ou arrancar o dente quando ele tiver doendo), que este revela o conhecimento popular que a maioria das pessoas costuma assimilar. Esse conhecimento é ainda mais comum na população de idade mais avançada, devido aos ensinamentos oriundos dos pais e avós cuja maioria viveu no interior com a falta de atendimento de saúde adequado.

Os DSCs 2 (Escovar os dentes, a gengiva, ir ao dentista que eles sabem resolver) e 3 (A gente deve ir pro médico) demonstram que a população em estudo está ciente da necessidade de buscar atendimento profissional, no que concerne aos problemas de saúde, no caso, problemas dentários ou visuais.

Em levantamento epidemiológico brasileiro em saúde bucal, foi constatado que com o aumento da faixa etária aumenta o número de dentes ausentes⁽¹⁷⁾. Na terceira idade, as principais causas da ausência de dentes e do uso de próteses totais são decorrentes de cáries não tratadas e da periodontite, embora estes agravos possam ser preveníveis⁽¹⁸⁾. A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) propõe como intervenções para o diagnóstico de dentição prejudicada o encaminhamento ao dentista, bem como manutenção e restauração da saúde oral.

Tendo em vista que os problemas dentários podem prejudicar a comunicação verbal, a NIC propõe como intervenções a melhora da comunicação e a escuta ativa do profissional. Esses tópicos foram, de modo indireto, citados pelos participantes⁽⁸⁾.

Em estudo anterior, foram identificados os diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada e risco de quedas. A NIC propõe algumas intervenções de enfermagem que promovem a solução/melhoria de ambos os diagnósticos de enfermagem, a saber: controle do ambiente, prevenção de quedas, entre outros⁽⁸⁾. No DSC 4 (Eu tenho problemas para andar, subir escadas, levantar; dor) pôde-se depreender que os principais motivos para

problemas com a mobilidade são dores nas articulações ou tontura frente à mudança de posição.

A mobilidade prejudicada pode ter como consequência as quedas, que na população idosa são frequentes e determinam complicações que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência, conforme proposto pela NIC⁽¹⁹⁾.

Em resposta aos problemas citados pelos participantes no DSC anterior, temos o DSC 5 (Ginástica é muito bom). É enfatizada a necessidade da prática de exercícios físicos como melhoria da saúde em seu aspecto geral. De fato, não cabem dúvidas sobre os benefícios da atividade física contínua. No entanto, esta não deve ser vista somente como sinônimo de movimento. O corpo com o qual se irá necessariamente interagir nas práticas corporais/atividade física é repleto de símbolos e signos, que o torna único ao mesmo tempo em que lhe inclui na identidade de um determinado grupo ou coletivo social⁽²⁰⁾.

É interessante observar a ideia predominante no DSC 6 (Quando tá sem sono, pensa em outra coisa, se distrai; toma remédio). Depreende-se que os participantes, em sua maioria, não optam por tratamento medicamentoso, e sim, por modificações do comportamento ou do pensamento, de forma a concordar com as intervenções de enfermagem cabíveis: aumento da segurança, melhora do sono.

Os DSC 7 (É bom obedecer direitinho ao tratamento) e DSC 8 (É bom quando ensinam a gente) são complementares, pois tratam de um mesmo assunto: regime terapêutico. Um é consequência do outro. Exposta as informações presentes no DSC 8, que enfatizam a importância do ensino desenvolvido pelo profissional de saúde junto ao paciente, tem-se como consequência o comportamento explicitado no DSC 7. A resolutividade das intervenções se relaciona com orientações adequadas ao idoso, família e, cuidadores com o intuito de prevenir complicações. Ações

educativas sejam individuais, grupais, comunitárias ou de massa são esperadas para o alcance dos resultados⁽²¹⁾.

O DSC 9 (É bom tomar chá, remédio ou fazer fisioterapia com compressas) revela as práticas diversas adotadas pelos participantes do estudo no que se refere a controle da dor. As intervenções de enfermagem pertinentes ao diagnóstico dor crônica incluem administração de medicamentos, aplicação de calor/frio e controle da dor, sejam por meios medicamentosos ou alternativos⁽⁸⁾. Portanto, o DSC 9 concorda com as intervenções sugeridas.

Por fim, o DSC 10 (Eu me esqueço das coisas, coisas recentes. Já fiquei sem saber onde estava) chama a atenção para um problema comum na população idosa: a memória prejudicada (diagnóstico de enfermagem). Considerável parte da população idosa queixa-se da dificuldade de armazenar informações e de resgatá-las, além de referirem seu prejuízo ocupacional e social diante dessas alterações decorrentes da velhice, levando muitos ao auto-abandono, perda da auto-estima e seu isolamento da sociedade e até mesmo do ambiente familiar. No entanto, alguns idosos conseguem recorrer a várias estratégias para lidar com esses eventos de vida estressantes e com as demandas do dia-a-dia⁽²²⁾.

As propostas da NIC para este diagnóstico de enfermagem memória prejudicada incluem orientação para a realidade, redução da ansiedade e treinamento da memória⁽⁸⁾. Os participantes do estudo demonstraram a presença deste diagnóstico e a necessidade de medidas de intervenção que atenuassem as implicações que a memória prejudicada acarreta em suas vidas, pois ficou evidente o não conhecimento do que fazer ante a situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elevada frequência de idosos hipertensos com algum grau de não adesão ao tratamento, constatada neste estudo, sugere as dificuldades de seguimento terapêutico, principalmente no que concerne às

mudanças no estilo de vida dos idosos, sendo o controle do sal, do peso e do estresse os fatores intervenientes negativos da adesão, constituindo-se nas variáveis mais difíceis de seguir. Esses elementos nos permitem propor que os profissionais de Enfermagem, que atuam de forma direta e contínua no cuidado a estes pacientes, juntamente com a equipe multiprofissional, devem prosseguir na investigação da adesão, pois seu alcance se reveste em condição essencial à diminuição dos níveis pressóricos e complicações relacionadas.

A clientela detém o conhecimento sobre os meios mais viáveis de implementação das intervenções de enfermagem e, muitas destas, são realizadas mesmo sem a participação ativa do enfermeiro.

Portanto, é imprescindível enfatizar que a enfermagem necessita aprofundar-se cada vez mais no conhecimento. Deve ser capaz de utilizar amplamente a sistematização da assistência de enfermagem para atender ao paciente em suas necessidades, implementando as intervenções necessárias em um cuidado com qualidade. A elaboração de estratégias para abordagem educativa ao paciente com esclarecimento de dúvidas e atenuação da ansiedade também é relevante, proporcionando maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas.

REFERÊNCIAS

1. Moreira TMM. Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará [tese]. Fortaleza (CE): Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará, Ceará; 2003.
2. Malta DC, Cezario A, Moura L, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):47-65.
3. Jardim PCBV, Sousa ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1996; 29(2/3):232-8.

4. Oliveira CJ, Moreira TMM. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev Rene*. 2010; 11(1):76-85.
5. Lino AIA, Lopes CLR, Marques ES, Santos MAM, Morais NHF. O trabalho da enfermagem no rastreamento da hipertensão arterial em crianças e adolescentes de uma escola da rede pública de Goiânia-Goiás. *Rev Eletr Enf*. 2004; 6(2):298-302.
6. Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(12):2979-84.
7. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(2):207-14.
8. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC). 4ª ed. São Paulo: Artmed; 2008.
9. Gomes SR. Grupo focal: uma alternativa em construção na pesquisa educacional. *Cad Pós-Graduação*. 2005; 4:39-45.
10. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do Sul: Educsc; 2005.
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
12. Gravina CF, Grespan SM, Borges JL. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. *Rev Bras Hipertens*. 2007; 14(1):33-6.
13. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2003; 81(4):343-8.
14. Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. *Rev Rene*. 2010;11(2):72-8.
15. Liberman A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. *Rev Bras Hipertens*. 2007; 14(1):17-20.
16. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm*. 1998; 6(1):33-9.
17. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface Comun Saúde Educ*. 2006; 10(19):203-16.
18. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr*. 2000; 13(3):157-65.
19. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1265-73.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
21. Guedes HM, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. *Rev Eletr Enferm*. 2009;11(2):249-56.
22. Goldstein LL. Stress e coping na vida adulta e na velhice. In: Neri AL, editora. *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. São Paulo: Papyrus; 1995. p.145-58.

Recebido: 19/10/2010

Aceito: 20/07/2011