



Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde

Self-care practice of patients with arterial hypertension in primary health care

Cláudia Rayanna Silva Mendes¹, Maira Di Ciero Miranda¹, Francisca Elisângela Teixeira Lima¹, Eva Anny Wélly de Souza Brito¹, Igor de Freitas¹, Érica Oliveira Matias¹

Objetivo: avaliar a prática de autocuidado realizada por pacientes com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária de saúde. **Métodos:** estudo descritivo, transversal, realizado com 92 pessoas com hipertensão arterial, em uma unidade de atenção primária. A coleta de dados ocorreu por meio de roteiro e os dados analisados por estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão) e através da compreensão da adequação entre capacidade e demanda de autocuidado. **Resultados:** identificou-se como prática de autocuidado: ingestão hídrica adequada, consumo de sal e café restrito, período de sono satisfatório, abstinência ao tabagismo e etilismo, continuidade do tratamento farmacológico e comparecimento às consultas. Quanto às demandas teve-se: alimentação inadequada, sedentarismo, não possuíam atividades de lazer, estresse autorreferido e conhecimento limitado. **Conclusão:** apesar dos pacientes realizarem o tratamento há alguns anos, ainda evidenciou-se déficits de autocuidado, destacando a necessidade do enfermeiro em orientar e sensibilizar quanto à relevância da prática do autocuidado.

Descritores: Autocuidado; Hipertensão; Enfermagem; Atenção Primária de Saúde.

Objective: to evaluate the practice of self-care performed by patients with systemic arterial hypertension in primary health care. **Methods:** this is a descriptive and cross-sectional study, conducted with 92 individuals with arterial hypertension in a primary care unit. The data collection occurred through script and data analyzed using descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) and through the understanding of the adaption between capacity and self-care demand. **Results:** it was identified as a practice of self-care: adequate water intake, salt intake and restricted coffee, satisfactory sleep period, abstinence from smoking and alcoholism, continuing pharmacological treatment and attending medical appointments. As the demands: inadequate feeding, sedentary lifestyle, had no leisure activities, self-reported stress, and limited knowledge. **Conclusion:** although patients performed treatment a few years ago, still showed up self-care deficits, highlighting the need for nurses to advise and sensitize about the importance of self-care practice.

Descriptors: Self Care; Hypertension; Nursing; Primary Health Care.

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Cláudia Rayanna Silva Mendes
Rua Graciliano Ramos, 330, apt^o 701, Fátima, CEP: 60415-050. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: rayanna_sm@hotmail.com

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença que acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60,0% dos casos dessa doença em 2025⁽¹⁾. No Brasil, estima-se que 30% da população, a partir de 40 anos, tenha hipertensão arterial, quadro que vem se transformando em um dos mais graves problemas de Saúde Pública, principalmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle e pelo impacto à saúde da população⁽²⁾.

A hipertensão arterial, por ser uma doença crônico-degenerativa, pode provocar déficits nos aspectos físico, emocional e social. Assim, o principal objetivo do tratamento anti-hipertensivo, tanto o farmacológico como o não-farmacológico, é reduzir o risco de morbidade e mortalidade de pessoas com doenças cardiovasculares associadas à hipertensão arterial⁽³⁾.

O controle da hipertensão está intimamente relacionado às mudanças de hábitos de vida, como: alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e abandono do tabagismo. Com isso, destaca-se que, para o sucesso do controle da hipertensão arterial sistêmica, é necessária a prática do autocuidado pelo paciente. Este é definido como a realização de atividades que os indivíduos desempenham em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar⁽⁴⁾. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e funcional, contribuindo para o desenvolvimento humano⁽⁵⁾.

Entretanto, quando esse autocuidado não é realizado pelo paciente com hipertensão, surgem os déficits de autocuidado, sendo essencial, nessa situação, a inserção do profissional de saúde para atuar na sensibilização dos pacientes à adesão à prática do autocuidado, visando prevenir complicações e promover a saúde⁽⁶⁾.

Nesse contexto, a Enfermagem tem como principal preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, oferecimento e controle

dessas necessidades numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doenças e compatibilizar-se com seus efeitos. O modelo de enfermagem de Orem é composto por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria de déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A teoria do autocuidado, a qual foi utilizada neste estudo, engloba os conceitos de autocuidado, atividade de autocuidado e demanda terapêutica, além dos fatores condicionantes básicos e requisitos para o autocuidado⁽⁷⁾.

Diante do exposto, é relevante o desenvolvimento de estudos que avaliem a prática do autocuidado de pacientes com hipertensão, visto que isso pode favorecer o desenvolvimento de tecnologias de Enfermagem baseadas nas demandas de autocuidado do paciente, promovendo, assim, uma realização adequada de seu autocuidado. Nessa perspectiva, delinearam-se as perguntas de estudo: como é realizado o autocuidado do paciente com hipertensão arterial acompanhado na atenção primária de saúde? Que fatores são condicionantes nos comportamentos de autocuidado dos pacientes com hipertensão? Quais as demandas de autocuidado desses pacientes? Contempladas no objetivo de avaliar a prática de autocuidado realizada pelos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, acompanhados na atenção primária de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal, realizado em uma Unidade Básica de Saúde, localizada em Fortaleza-Ceará, na qual são realizados atendimentos e acompanhamentos de pacientes com hipertensão e/ou com diabetes mellitus.

A população do estudo foi constituída pelos pacientes com hipertensão arterial que estavam à espera da consulta de enfermagem e/ou médica, ou após o atendimento na referida unidade. A amostra é do tipo não probabilística consecutiva composta por

92 pacientes, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial, ter idade ≥ 18 anos; comparecer às consultas de enfermagem e/ou médica na referida unidade no período de coleta de dados. Foram excluídos os pacientes que não apresentavam condições físicas, psicológicas ou cognitivas para responder às questões formuladas.

A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2013, por meio de uma entrevista individualizada, a qual teve duração média de 25 minutos e realizada em áreas reservadas nos espaços de espera por atendimento médico e/ou enfermagem, com a utilização de um roteiro, baseado na Teoria do autocuidado de Orem e na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, dividido em duas partes: 1) Fatores condicionantes para prática do autocuidado, considerando as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes; 2) Autocuidado do paciente com hipertensão arterial.

Os fatores condicionantes básicos para o autocuidado são fatores internos ou externos ao indivíduo, que afetam sua capacidade de engajar-se no autocuidado, como idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, fatores socioculturais, familiares e ambientais, aspectos relativos ao sistema de assistência à saúde, ao padrão de vida e à disponibilidade e adequação de recursos⁽⁷⁾.

Assim, as características sociodemográficas pesquisadas foram: sexo, idade, estado civil, cor, escolaridade, ocupação e renda familiar. Quanto às características clínicas abordaram-se: história familiar de doenças cardiovasculares, dislipidemias, índice de massa corporal e presença de outras morbidades. E, em relação às características clínicas relacionadas à hipertensão, consideraram-se: tempo de diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, tipos de tratamento para hipertensão arterial e os valores da pressão arterial sistólica e diastólica.

O índice de massa corporal foi calculado pela fórmula $\text{Peso}/\text{Estatura}^2$, sendo o peso dado em quilogramas e a estatura em metros, ambos medidos

no serviço de saúde antes do paciente ser atendido na consulta de enfermagem e/ou médica. A pressão arterial foi aferida pelo método auscultatório após a entrevista.

Com relação à demanda terapêutica de autocuidado, a qual é caracterizada a partir do levantamento dos requisitos de autocuidado ou requerimentos para a ação, e é definida como tudo que é necessário para a regularização do funcionamento e desenvolvimento humano foram abordados os seguintes aspectos: 1) Requisitos universais: ingestão hídrica, hábitos alimentares, consumo de sal, consumo de temperos artificiais, atividade de trabalho, prática de atividade física, atividade de lazer, estresse, horas de sono por dia e tipo de sono; 2) Requisitos desenvolvimentais: menopausa, reposição hormonal, uso de contraceptivos orais, tabagismo e bebidas alcoólicas; 3) Requisitos por desvio de saúde: conhecimento sobre a doença e tratamento, uso de medicamentos hipertensores, abandono ou interrupção do tratamento, comparecimento às consultas de enfermagem e/ou médicas, participação nas atividades educativas e modificações após a doença⁽⁷⁾.

Os dados foram armazenados em um banco de dados feito no Microsoft Excel Starter 2010, processados e analisados por meio das técnicas de estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão) e segundo o referencial da teoria do autocuidado, investigando-se a adequação ou não da relação entre capacidade e demanda de autocuidado, nos aspectos em que houve desequilíbrio nesta relação, com a capacidade menor que a demanda, considera-se que há déficit de autocuidado.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Como fatores condicionantes para o autocuida-

do constataram-se predomínio das seguintes características sociodemográficas: sexo feminino (71,7%); faixa etária variou de 26 a 89 anos de idade, com média de 62 anos ($\pm 10,3$), predominando assim ≥ 60 anos (64,1%); casados (56%); não brancos (72,8%); tempo de estudo ≤ 8 anos (54,3%); aposentado ou pensionista (56,5%); e com renda \leq um salário mínimo (55,0%), considerando-se como referência o valor do salário mínimo à época do estudo de R\$678,00, equivalente a 168,24 dólares americano.

Como características clínicas predominaram: presença de antecedentes familiares com doenças cardiovasculares (59,8%); dislipidemia (70,7%); excesso de peso (80,4%), dos quais havia sobrepeso (48,6%), obesidade grau I (35,1%), grau II (12,2%) e grau III (4,1%). Também foram citadas outras morbidades (92,4%), tais como: *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, problemas na tireoide, osteoporose, artrose, artrite reumatóide, gastrite, problemas visuais, labirintite, problemas renais, asma, dentre outras.

Quanto à história da hipertensão arterial, predominaram pacientes que obtiveram diagnóstico médico há menos de dez anos (55,5%) e que desde então realizavam tratamento (55,5%), principalmente medicamentoso (68,5%). No que se refere aos valores da pressão arterial sistólica evidenciou-se os seguintes dados: pressão arterial sistólica < 130 mmHg (31,5%), variou entre 130 e 139 mmHg (30,4%), entre 140 e 159 mmHg (25,0%), entre 160 e 179 mmHg (9,8%) e pressão arterial sistólica ≥ 180 mmHg (3,3%), com a média de 134,82 mmHg ($\pm 16,82$) indicando que a maioria dos pacientes não estava com a pressão arterial sistólica controlada, diferentemente do encontrado em relação a pressão arterial diastólica, em que 59,8% apresentaram pressão arterial diastólica < 85 mmHg, com média de 83,2 mmHg ($\pm 13,25$). Tais dados mostram a existência da hipertensão sistólica isolada na população idosa.

As práticas de autocuidado estão expostas conforme os requisitos de autocuidado universal (Tabela 1), desenvolvimental e desvio de saúde (Tabela 2).

Tabela 1 - Requisitos de autocuidado universal dos 92 pacientes com hipertensão

Requisitos	n (%)	IC95%
Alimentação adequada	42 (45,7)	35,2 - 56,4
Consumo de sal adequado	78 (84,8)	75,8 - 91,4
Evita consumo de temperos artificiais	46 (50,0)	39,4 - 60,6
Consumo de café restrito	86 (93,5)	86,3 - 97,6
Ingesta hídrica adequada	60 (65,2)	54,6 - 74,9
Hora de sono adequada	44 (47,8)	37,3 - 58,5
Sono ininterrupto	35 (38,0)	28,1 - 48,8
Prática de atividade física	30 (32,6)	23,2 - 43,2
Atividade laboral	23 (25,0)	16,6 - 35,1
Atividade de lazer	38 (41,3)	31,1 - 52,1
Controle do estresse	36 (39,1)	29,1 - 49,9

No que se refere ao autocuidado universal, avaliaram-se os aspectos relacionados à alimentação e hidratação; e sono, repouso e exercício. Na alimentação predominaram pacientes com consumo restrito de café (93,5%) e dieta hipossódica (84,8%), o que mostra a adesão por parte dos pacientes à restrição do sal como medida de controle da pressão arterial. Na hidratação seguiu-se a recomendação do consumo diário de dois litros de água. Tal conduta foi referida por 65,2% dos pacientes.

Entretanto, metade dos pacientes afirmou utilizar temperos artificiais no preparo da alimentação e 45% uma alimentação adequada, predominando pacientes com déficit de autocuidado nessas práticas.

As práticas de autocuidado referentes ao sono, repouso e exercícios foram referidas pela minoria dos pacientes. Em relação às horas de sono, constatou-se que 47,8% dos entrevistados dormem pelo menos oito horas diárias, com a média de 7,2 horas ($\pm 1,8$). Entretanto, apesar de uma grande parte possuir a quantidade de horas de sono adequada, somente 38% referiram possuir sono ininterrupto. A maioria que afirmou ter um sono interrompido várias vezes durante a noite relacionou com a necessidade de ir ao banheiro, o que tem forte relação com o tratamento medicamentoso diurético utilizado por esses pacientes.

A atividade laboral era realizada por 25,0% dos

pacientes, visto que a maioria dos participantes era aposentada ou pensionista. Quanto à atividade física, 32,6% dos pacientes com hipertensão afirmaram praticar alguma atividade física.

Constatou-se que a maioria dos pacientes apresentava déficit de autocuidado quanto à atividade de lazer (58,7%), o que pode contribuir para um aumento do estresse, visto que a maioria (60,9%) apresentou estresse autorreferido, podendo causar uma elevação da pressão arterial, e conseqüentemente riscos de complicações cardiovasculares.

Tabela 2 - Requisitos de autocuidado desenvolvimental e por desvio de saúde dos 92 pacientes com hipertensão

Requisitos	n (%)	IC95%
Abstinência ao Tabagismo	86 (93,5)	86,3 - 97,6
Abstinência de bebidas alcoólicas	74 (80,4)	70,9 - 87,9
Pós-Menopausa	58 (87,9)	52,3 - 72,9
Reposição hormonal	2 (3,4)	0,3 - 7,6
Uso de contraceptivos orais	1 (1,5)	0,02 - 5,9
Conhecimento sobre a doença	26 (28,3)	19,4 - 38,6
Participação em atividades educativas	23 (25,0)	16,6 - 35,1
Continuidade do tratamento medicamentoso	63 (68,5)	57,9 - 77,8
Comparecimento às consultas	81 (88,0)	79,6 - 93,9

Em relação à abstinência ao tabagismo e de bebidas alcoólicas, observou-se que a maioria dos pacientes com hipertensão arterial da atenção primária pratica esse autocuidado, representado, respectivamente por 93,5% e 80,4%.

Sobre a menopausa, reposição hormonal e uso de contraceptivos orais, constatou-se que das 66 mulheres participantes do estudo, 87,9% encontravam-se na pós-menopausa, o que pode contribuir para o aumento da pressão arterial. Dessas que estavam na pós-menopausa, somente 3,4% faziam reposição hormonal. Em relação ao uso de contraceptivos orais, somente 1,5% faz uso, enquanto que 65,2% nunca usaram e 33,3% já fizeram uso em algum momento da vida, visto que a maioria das entrevistadas era idosa.

Em relação às práticas de autocuidado por des-

vio de saúde, a maioria dos pacientes contemplou: comparecimento às consultas agendadas (88,0%) e seguimento do tratamento medicamentoso (68,5%). Constatou-se déficit de autocuidado nas seguintes práticas: conhecimento em relação à definição, fatores que causam a hipertensão arterial sistêmica e os cuidados para controlá-la, o que pode estar relacionado a não participação nas atividades educativas, pois somente 25,0% dos entrevistados afirmaram participar das mesmas.

Discussão

Evidenciou-se o predomínio do sexo feminino, semelhante ao que também foi constatado em outra pesquisa com maior percentual de indivíduos (74,1%) do sexo feminino. A razão para predominância da população feminina nos serviços de saúde possa ser em virtude do reflexo cultural de maior cuidado e preocupação com a saúde e motivada pela organização dos serviços que permite maior disponibilidade dessa população para comparecer às consultas⁽⁸⁾. Como também as mulheres são mais prevalentes para hipertensão arterial na faixa etária superior a 60 anos e a prevalência global de hipertensão arterial entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década⁽⁹⁾.

Quanto à faixa etária, constatou-se que a maioria da população estudada encontrava-se na faixa de risco, visto que existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência da hipertensão arterial superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos de idade, o que pode ser explicado pelas alterações próprias do envelhecimento que tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Em relação à escolaridade, verificou-se que a maioria tinha baixa escolaridade, sabe-se que o aumento da escolaridade é inversamente proporcional à porcentagem de pacientes com hipertensão que não realizam o controle adequado, constatando que quan-

to maior o grau de instrução, maior o controle da pressão arterial devido à possibilidade de maior cuidado de saúde, pois o nível de escolaridade pode interferir diretamente na compreensão das orientações necessárias ao tratamento⁽¹¹⁾.

Ao avaliar os aspectos referentes ao tratamento, apesar de a maioria ter vários anos de diagnóstico e tratamento da hipertensão, a maior parte realizava somente o tratamento medicamentoso, indicando a falta de conhecimento desses ou de sensibilização para a importância da realização do tratamento não medicamentoso para o controle da pressão arterial. Sabe-se que o tratamento não farmacológico da hipertensão arterial consiste em mudar o estilo de vida e que pode levar ao maior controle da pressão arterial sistólica e diastólica e, conseqüentemente, à redução da morbidade e mortalidade cardiovascular⁽¹²⁾.

A hipertensão arterial sistólica isolada e a pressão de pulso são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares em paciente de meia-idade e idosos⁽¹³⁾. Assim, constata-se a importância de investigar a causa dessa alteração no estudo, se é por uma falha no tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, visto o risco que essa apresenta e, principalmente, pela população do estudo ser predominantemente idosa, ou seja, a mais predisposta a esses riscos.

Dentre as práticas de autocuidado, tem-se que a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, nas suas diretrizes, passou a recomendar a adoção da dieta *Dietary Approaches to Stop Hypertension* como parte do tratamento da hipertensão arterial. Essa dieta enfatiza o aumento do consumo de frutas, vegetais e produtos lácteos desnatados; inclusão de grãos integrais, aves, peixes e castanhas; e consumo reduzido em gorduras, carne vermelha, doces e refrigerantes⁽⁹⁾.

Entretanto, no presente estudo, constatou-se que apesar de a maioria fazer restrição quanto ao uso do sal, grande parte fazia uso de temperos artificiais, ou seja, utilizavam esses preparos que geralmente possuem uma quantidade considerável de sódio, o que nos permite inferir a falta de orientação dos mesmos quanto ao uso de temperos artificiais e a necessidade de orientação nutricional.

Em relação à prática de atividade física regular, identificou-se que uma pequena parcela tinha esse hábito, apesar da sua importância no controle da pressão arterial por meio de mecanismos diretos, tais como a redução da atividade simpática, o aumento da sensibilidade barorreflexa e a melhora da função endotelial, como indiretos com a redução de medidas antropométricas e melhora do perfil metabólico⁽¹⁴⁾.

Outro fator importante avaliado no paciente hipertenso foi o estresse autorreferido, em que a maioria se consideravam frequentemente estressados e não possuíam atividades de lazer, sabe-se que o estresse frequente leva a uma estimulação excessiva do sistema nervoso simpático, que pode induzir o aumento dos níveis pressóricos e, conseqüentemente, as complicações resultantes do controle inadequado da pressão arterial⁽¹¹⁾.

Quanto aos aspectos avaliados em relação ao autocuidado desenvolvimental no que se refere à menopausa, evidenciou-se que a maioria estava na pós-menopausa, período em que as mulheres têm diminuição do hormônio estrogênio e conseqüente redução do peptídeo natriurético atrial, o qual exerce importante papel na prevenção da elevação da pressão arterial⁽¹⁵⁾. Assim, as mulheres pós-menopausa estão mais propensas à elevação da pressão arterial como também a ocorrência de eventos cardiovasculares, necessitando de maior atenção por parte dos profissionais de saúde.

Ao considerar o tabagismo, foi verificado que a maioria não tinha ou parou com esse hábito, a abstinência desse constitui uma medida fundamental e prioritária na prevenção de doenças cardiovasculares, entretanto em relação ao controle da PA não há evidências de seus benefícios, embora a literatura afirme que o hábito de fumar seja uma característica de indivíduos que estão mais propensos a desenvolver a hipertensão⁽⁹⁾.

A prevalência de tabagismo entre idosos é mais baixa do que a observada entre os indivíduos mais jovens, podendo ser resultado da interrupção desse hábito com o avançar da idade e, conseqüentemente, o surgimento de morbidades relacionadas ao cigarro,

pois esses idosos estão mais propensos devido à exposição mais longa e intensa ao tabaco. Concordando com isso, observou-se que uma parcela considerável da amostra parou de fumar após o diagnóstico de hipertensão arterial⁽¹¹⁾.

A ingestão de álcool por períodos longos pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral. Observou-se que em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência da hipertensão arterial sistêmica de forma independente das características demográficas⁽⁹⁾. Entretanto, nesse estudo, a maioria não tinha esse hábito, o que pode estar relacionado ao fato de que a maioria era constituída pelo sexo feminino e a literatura afirma que os homens tendem a consumir bebidas alcoólicas com maior frequência do que as mulheres⁽¹⁶⁾.

Em relação ao conhecimento dos pacientes evidenciou-se que a maioria possuía conhecimento limitado, destaca-se que o conhecimento sobre a doença e tratamento é um fator que pode influenciar diretamente no controle da hipertensão arterial, pois está intimamente relacionado à adesão ao tratamento. E, de modo geral, os hipertensos possuem a informação sobre seu problema de saúde, porém os níveis da pressão arterial não estão devidamente controlados, apontando assim a diferença entre conhecimento e adesão⁽¹⁷⁾.

Em um estudo no qual foram comparados dois grupos, um que recebeu o ensino clínico e outro que não, constatou-se que os indivíduos do grupo que receberam a intervenção definiram hipertensão de maneira mais completa e se mostraram mais dispostos a aderir a mudanças comportamentais e de estilo de vida⁽¹⁸⁾.

Assim, destaca-se a eficiência da educação em saúde como ferramenta terapêutica, ressaltando a importância do enfermeiro como propagador de informações acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da pressão arterial e na implementação de intervenções favoráveis às mudanças no estilo de vida⁽¹⁹⁾.

E, devido o tratamento da hipertensão arterial

ser de longa duração e influenciado pelas condições financeiras e sociais, a mudança do estilo de vida torna-se uma das barreiras a ser enfrentada pelos hipertensos, pois essas mudanças requerem persistência e determinação, constituindo-se, assim, em uma das maiores dificuldades de adesão ao tratamento não farmacológico, uma vez que o tratamento farmacológico é mais prático de ser realizado pelo paciente com hipertensão⁽²⁰⁾.

Apesar dos resultados terem sido limitados pelo desenho transversal, visto que a coleta ocorreu em um único momento, não sendo possível o acompanhamento dos pacientes, foi possível levantar informações importantes acerca do autocuidado que possibilitam o planejamento e implementação de intervenções de Enfermagem para a melhoria dessa prática.

Conclusão

Ao avaliar a prática de autocuidado realizada pelos pacientes com hipertensão arterial sistêmica acompanhados na atenção primária de saúde, constatou-se que a maioria realizava as seguintes práticas: ingestão hídrica adequada; consumo de sal e de café; período de sono noturno satisfatório; abstinência ao tabagismo e ao etilismo; continuidade do tratamento farmacológico; e comparecimento às consultas de enfermagem e/ou médicas sempre que agendadas.

Quanto às demandas de autocuidado, evidenciou-se que, apesar dos pacientes já terem o diagnóstico e realizarem o tratamento há alguns anos, essas ainda foram presentes, sendo elas: alimentação inadequada; consumo de temperos artificiais; não praticavam atividades físicas; não possuíam atividades de lazer; estresse autorreferido; sono interrompido; conhecimento limitado sobre a doença e seu controle; e não participavam de atividades educativas.

Acredita-se que a identificação das práticas e das demandas de autocuidado, como também os fatores condicionantes para a realização do autocuidado, possibilita a delimitação de intervenções e estratégias, como também o desenvolvimento de ações de educa-

ção em saúde e de acompanhamento, com a finalidade de tornar os pacientes com hipertensão arterial sistêmica mais autônomos no processo de tratamento e capaz de realizar o autocuidado para prevenção de complicações e promoção da saúde.

Colaborações

Mendes CRS, Miranda MDC e Lima FET participou da construção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão da versão final para ser publicada. Brito EAWS, Freitas I e Matias EO contribuíram para a construção do artigo.

Referências

1. Ferreira CCC, Peixoto MFG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(5):621-8.
2. Borim FSA, Guariento ME, Almeida EA. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. *Rev Bras Clin Med.* 2011; 9(2):107-11.
3. Bündchen DC, Santos RZ, Antunes MH, Souza CA, Herdy AH, Benetti M, et al. Qualidade de Vida de Hipertensos em Tratamento Ambulatorial e em Programas de Exercício Físico. *Rev Bras Cardiol.* 2010; 23(6):344-50.
4. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR, Meier MJ. Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(4):37-44.
5. Warren-Findlow J, Seymour RB, Huber LRB. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J Community Health.* 2012; 37(1):12-24.
6. Manzini FC, Simonetti JP. Nursing consultation applied to hypertensive clients: application of orem's self-care theory. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(1):113-9.
7. Orem DE. *Nursing concepts of practice.* St. Louis: Mosby-Year Book; 1995.
8. Silva CS, Paes NA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Silva ATMC, Araújo JSS. Blood pressure control and adherence/attachment in hypertensive users of Primary Healthcare. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(3):584-90.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(supl. 1):1-51.
10. Zago AS. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010; 13(1):153-8.
11. Santos ZMSA, Marques ACT, Carvalho YP. Fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2013; 26(2):298-306.
12. Sosa-Rosado JM. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *An Fac Med.* 2010; 7(14):241-4.
13. Gus, M. Ensaio clínico em hipertensão sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens.* 2009; 16(1):26-8.
14. Reis SM, Ferreira VRF, Prado FL, Lopes AMC. Análise da resposta pressórica mediante exercício físico regular em indivíduos normotensos, hipertensos e hipertensos-diabéticos. *Rev Bras Cardiol.* 2012; 25(4):290-8.
15. Meirelles RMR. Menopausa e síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2014; 58(2):91-6.
16. Silveira J, Scherer F, Deitos A, Dal Bosco SM. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. *Cad Saúde Coletiva.* 2013; 21(2):129-34.
17. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizada na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(1):1389-400.
18. Girão ALA, Oliveira GYM, Gomes EB, Arruda LP, Freitas CHA. A interação no ensino clínico de enfermagem: reflexos no cuidado à pessoa com hipertensão arterial. *Rev Salud Pública.* 2015; 17(1):47-60.
19. Santos JC, Florêncio RS, Oliveira CJ, Moreira TMM. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. *Rev Rene.* 2012; 13(2):343-53.
20. Guedes MVC, Araujo TL, Lopes MVO, Freitas MC, Alemida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(6):1038-42.