

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A Biblioteca da  
UFC - CCS  
uma doação da  
Debra Maria de Sousa  
Araújo Santos  
Fot 08/09/98

**“ ESTILO DE VIDA DA MULHER  
HIPERTENSA E A RELAÇÃO COM  
O AUTOCUIDADO ”**

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Raimunda Magalhães da Silva

Fortaleza – Ceará  
1998

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte integrante dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa – Assistência Participativa em Enfermagem no Processo Saúde e Doença.**

**Área de Concentração – Enfermagem Clínico-Cirúrgica.**

S 237 e Santos, Zélia Maria de Sousa Araújo  
Estilo de vida da mulher hipertensa  
E a relação com o autocuidado / Zélia  
Maria de Sousa Araújo Santos. - Fortaleza,  
1988

86 p.

Orientadora: Profa. Dra. Raimunda  
Magalhães da Silva

Dissertação (Mestrado). - Universidade  
Federal do Ceará. Faculdade de Enfermagem

1. mulher hipertensa. 2. autocuidado -  
Enfermagem. T. Título

CDD 616.132082

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Título: “ **Estilo de Vida da Mulher Hipertensa e a Relação com o Autocuidado** ”

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva

ORIENTADORA

---

Prof. Dr. Paulo César de Almeida

1º EXAMINADOR

---

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo

2º EXAMINADORA



## AGRADECIMENTOS:

*A Deus, de modo especial, por ter me dado sabedoria, fortaleza e perseverança.*

*A Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva, pela orientação deste trabalho e sobretudo, pelos conhecimentos, respeito, compreensão amizade e apoio recebidos, e por tudo que ela representa para mim, meu respeito, amizade e admiração.*

*A Profa. Dra. Thelma Leite Araújo, pela presença marcante e amiga ao longo desta caminhada, interpretando comigo meu discurso.*

*Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, pelas contribuições durante o tratamento estatístico deste trabalho e pela atenção e apoio recebidos.*

*As mulheres que constituíram a população desta pesquisa, pela disponibilidade, respeito e lições de vida recebidos.*

*A Coordenação do Mestrado em Enfermagem, aos docentes, alunos e funcionários, pela convivência fraternal e pela troca de experiências de vida.*

*Ao Prof. Augusto Sá, pela disponibilidade na revisão do Trabalho.*

*Aos funcionários: Eunice Meneses Silveira, Maria Dilvanir de Alencar e José Roberto Gomes, pela colaboração, durante a coleta de dados.*

*A Bibliotecária Norma de Carvalho Linhares pela atenção e orientações nas referências bibliográficas deste trabalho.*

*A minha família, com quem divido a alegria de mais um projeto de vida acadêmica concluído.*

*A Universidade de Fortaleza - UNIFOR, pela colaboração e afastamento para realização do mestrado.*

*A Profa. Liduina Maria Araújo Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNIFOR, pelo apoio e Compreensão.*

*Um agradecimento especial a todos que aqui não foram relacionados, pelas contribuições direta e indireta, na realização deste trabalho.*

## DEDICATÓRIA:

*A minha mãe, pela força, fé, esperança e amor, que tem me dado nesta caminhada.*

*Aos meus filhos, pelo amor, carinho e dedicação, que tanto me fizeram crescer no desempenho dos meus papéis.*

*Ao meu filho João José, de modo especial, que lá do céu, com certeza não deixou de me amar e me admirar.*

*A Profa. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso - A estrela da Enfermagem Cearense, que desde a graduação, tem iluminado meu caminho profissional, com sua sabedoria, compreensão, respeito, amizade e incentivo.*

*A meu Marido, pelo esforço na tentativa de entender meu lado profissional.*

## SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS .....	01
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	02
RESUMO .....	03
ABSTRACT .....	04
1. INTRODUÇÃO .....	05
2. PROBLEMATIZAÇÃO .....	06
3. OBJETIVO .....	12
4. REVENDO A LITERATURA .....	12
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA ..	
- Bases Teóricas do Autocuidado .....	25
6. METODOLOGIA .....	29
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	33
8. CONCLUSÕES .....	61
9. SUGESTÕES .....	65
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67
ANEXO- Instrumento de Coleta	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 01– Distribuição do número de filhos, segundo o estado civil e a idade .....	33
Tabela 02 – Distribuição da frequência das mulheres, segundo a procedência e com quem residem .....	35
Tabela 03 – Distribuição da ocupação, segundo a escolaridade e a renda familiar (em salários mínimos) .....	37
Tabela 04 – Distribuição do IMC (Índice de Massa Corporal), segundo a idade e a cor .....	38
Tabela 05 – Distribuição do tempo de tratamento, segundo o uso de sal ..	42
Tabela 06 – Distribuição do tempo de tratamento, segundo o uso de álcool e tabagismo .....	44
Tabela 07 – Distribuição do número de xícaras de café/dia, consumidas pelas entrevistadas .....	46
Tabela 08 – Distribuição da satisfação, tipo e horas de sono .....	48
Tabela 09 – Distribuição de exercício físico segundo o tipo de temperamento .....	49
Tabela 10 – Antecedentes patológicos relacionados com a hipertensão arterial na família das entrevistadas .....	52
Tabela 11 – Distribuição do tempo de diagnóstico segundo a idade das entrevistadas .....	52

Tabela 12 – Distribuição do tempo de tratamento e a aderência segundo o tempo de diagnóstico.....	53
Tabela 13 – Distribuição do tempo e tipo de tratamento e tempo de diagnóstico .....	56
Tabela 14 – Distribuição do tipo de tratamento e a aderência segundo o tempo de diagnóstico .....	57
Tabela 15 – Distribuição da aderência, segundo o conhecimento das causas e complicações da hipertensão arterial .....	59
Tabela 16 – Distribuição do número de entrevistadas, segundo os diagnósticos associados .....	60

## ÍNDICE DE GRÁFICOS:

GRÁFICO 1 – Distribuição da religião na população entrevistada .....	47
GRÁFICO 2 – Distribuição das formas de descoberta da hipertensão arterial entre as entrevistadas .....	51



## Resumo:

O estudo abordou as experiências da mulher hipertensa no contexto de vida. Investigou os fatores sócio-econômicos e culturais relacionados com a síndrome multifatorial da hipertensão arterial e sua repercussão no autocuidado da mulher hipertensa. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa e fundamentou-se na teoria do autocuidado de Orem. Foi desenvolvido em uma Instituição de Saúde de referência estadual em diabetes e hipertensão, situada no município de Fortaleza-Ce. A amostra foi constituída por 200 mulheres hipertensas com idade a partir de 20 anos. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, realizada durante as consultas de enfermagem, nos meses de agosto, setembro e outubro de 1997. Os dados foram analisados, conforme a técnica de análise categorial de Bardin. Os resultados foram distribuídos em três categorias: descrição sócio-demográfica das mulheres pesquisadas; estilo de vida e a relação sócio-cultural; e experiências vivenciadas com a hipertensão arterial e a relação com o autocuidado. Na população pesquisada 145 (73%) mulheres encontram-se na faixa etária de 40 a 69 anos, 159 (80%) residem com a família e 30 (15%) residem com parentes, e em lar para idosos e 11 (5%) moram sozinhas; 122 (61%) tem o 1º grau e 118 (59%) tem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. As ocupações destas mulheres estão relacionadas com o nível de escolaridade e a renda familiar. A obesidade e o excesso de peso estão presentes em 180 (90%) mulheres, com predomínio nas não-brancas. O tempo de diagnóstico e de tratamento não influenciaram a aderência. Cerca de 172 (86%) mulheres descobriram sua hipertensão, em uma consulta médica, mediante queixas e 150 (75%) mulheres têm história familiar de hipertensão arterial. Concluindo, foram evidenciados nas mulheres: presença da síndrome multifatorial da hipertensão; déficit de conhecimento desta síndrome; aderência parcial ao tratamento; a faixa etária predominante entre 40 a 69 anos; vários diagnósticos associados; mulheres angustiadas, sofridas e com auto-estima baixa; nível de escolaridade elementar e baixa renda familiar; e prática ineficaz do autocuidado. Concluiu-se ainda que o estilo de vida da mulher hipertensa, está relacionado com a síndrome multifatorial e multigênica da hipertensão arterial.

## ABSTRACT:

This study approached the experiences of the hypertensive woman within the context of her life. It searches the social-economical and cultural factors related to the arterial hypertension multifactorial syndrome and its effects in the hypertensive woman self-care. This work is a descriptive exploratory study, with a quantitative approach, and has been based in Orem's theory of self-care. This study was developed at a State Referral Health Agency, which deals with diabetes and hypertension, located in the township of Fortaleza, Ceará. The sample consisted of 200 hypertensive women within the age bracket starting at 20 years old. The data were collected through semi-structured interviews undertaken during nursing appointments in the months of August, September and October, 1997. The data was analyzed according to Bardin's categorial analysis technique. The results were distributed in three categories: social-demographical description of the women surveyed; life-style and the social-cultural relation; and life experiences the women had with arterial hypertension and its relation with self-care. In the population surveyed 145 (73%) women in the age group ranging from 40 to 69 years old; 159 (80%) live with their family; and 30 (15%) live with relatives or in homes for old people, and 11 (5%) live by themselves; 122 (61%) women have completed basic studies up to 8<sup>th</sup> grade, and 118 (59%) have a family income ranging from 1 to 2 minimum wages. The occupations these women hold are related to schooling level and family income. Obesity and over-weight are present in 180 (90%) women, with a predominance of the non-white women. The time for diagnosis and treatment it self did not influence their adherence to treatment. About 172 (86%) women found out they had high blood pressure in a medical appointment through their complaints and 150 (75%) women have a family history of arterial hypertension. As a conclusion, we verified in the women the presence of the hypertensive multifactorial syndrome; lack of knowledge of this syndrome; partial adherence to treatment; the predominant age group ranging from 40 to 69 years old; several correlated diagnosis; women in distress, suffering, with low self-esteem; elementary schooling; low family income; and inefficient practice of self-care.



# 1. INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo foi despertado pelas minhas experiências profissionais em Unidade de Terapia Intensiva, onde tenho assistido pessoas hipertensas com complicações agudas e/ou complicações crônicas agudizadas.

Vale ressaltar que a maioria destes pacientes encontrava-se sem tratamento adequado ou, até mesmo, sem tratamento e desconhecendo as ações cuidativas de prevenção e promoção da saúde, relacionadas à hipertensão arterial, de forma específica e inespecífica, bem como, com a saúde de modo geral.

Outra experiência profissional relevante, foi a de trabalhar em uma Instituição de Saúde de referência estadual em diabetes e hipertensão, na qual a clientela é atendida por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Observei nesta clientela, um nível significativo de desconhecimento acerca deste problema de saúde, conduzindo, dentre outros fatores, a uma prática ineficaz do autocuidado. Isso ocorre, mesmo nesta clientela que com acompanhamento sistemático na Instituição.

A minha atuação, nesta Instituição, está voltada para a educação e assistência da clientela hipertensa, e se dá através das consultas de enfermagem, palestras, acompanhamento individual e cursos programados bimensalmente. Tais atividades objetivam à aderência do cliente ao tratamento, redução das suas intercorrências que exijam atendimentos em Emergências e/ou Unidade de Terapia Intensiva, e facilitar a integração e/ou reintegração à sociedade.

No decorrer das minhas atividades observei que no acompanhamento da clientela, devem-se levar em consideração as particularidades relativas ao sexo e faixas etárias. Sobretudo deve-se valorizar o aspecto cultural da clientela.

Vale salientar que o tratamento da hipertensão arterial está voltado para o controle e eliminação dos fatores de riscos que estão relacionados com o estilo de vida, uma vez que os fatores de risco constitucionais não são possíveis de modificar.

Esta modalidade de tratamento desenvolve-se através da prática eficaz do autocuidado, que é viabilizada pela educação conscientizadora e transformadora. Portanto, constitui o tratamento não-farmacológico (ou medidas higieno-dietéticas) da hipertensão arterial.

Neste estudo, optei pela mulher hipertensa, porque atualmente ela está sendo vítima das doenças cardiovasculares. Este fato provavelmente está relacionado com o indicativo da ampliação atual do papel social da mulher, que muito difere de alguns anos atrás. Pois ela tem multiplicado as suas funções, que vão além da administração do lar e educação dos filhos, às inerentes à profissão e manutenção financeira da família de forma parcial e em muitos casos ela assume totalmente esta função.

Portanto, este estudo investigou o estilo de vida da mulher hipertensa e sua repercussão no seu autocuidado.

A fim de nortear e subsidiar um programa de atendimento à esta clientela, levar-se-ão em consideração as suas particularidades, possibilitando um tratamento diferenciado e específico a esta clientela, baseando-se no seu papel sócio-demográfico e sanitário, permeado pelo ambiente sociocultural, no qual a mulher atual encontra-se inserida.

## **2. PROBLEMATIZAÇÃO**

A hipertensão arterial é um sério problema de Saúde Pública, pois estima-se que 15% da população brasileira com mais de 20 anos tenha níveis de pressão arterial elevados. O percentual aumenta com a idade, sendo mais elevado em negros do que em brancos. Assim, na população com mais de 50 anos, a proporção é de cerca de 35%, o que representa considerando-se a pirâmide etária brasileira, mais de 10 milhões de brasileiros. Calcula-se que dois terços dos óbitos correspondem à população exposta à hipertensão arterial

(PÓVOA, 1992). Esta prevalência multiplica o risco de danos cardiovasculares, contribuindo para aumentar a morbimortalidade e os custos sociais com invalidez e absenteísmo ao trabalho (BRASIL, 1995).

A hipertensão arterial é, inquestionavelmente, o principal fator das doenças cerebrovasculares. Pois 60 a 80% dos acidentes vasculares cerebrais são devidos à hipertensão arterial, que ocupa a 3<sup>a</sup> causa de óbito e a 1<sup>a</sup> em incapacidades (por vezes com seqüelas totalmente incapacitantes) entre todas patologias (GAGLIARDI, 1994). Porém, FALLUDI et al. (1996), afirmam que ela constitui, em ordem de importância, o terceiro fator de risco para as doenças cardiovasculares, afetando, nos países desenvolvidos, taxas alarmantes de até 40% da população.

Não há dúvidas de que a hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência, considerada como potente risco cardiovascular, expresso por comprometimento cardíaco, cerebral e renal, e que acomete indivíduos frequentemente em idade produtiva (BRANDÃO et al., 1996).

Diante, do problema apresentado, as preocupações dos profissionais de saúde, serão multiplicadas, pela estimativa de que no século XXI, a população idosa no Brasil terá um aumento progressivo (BATISTA et al., 1995). Consequentemente a prevalência e a morbimortalidade também aumentarão. Pois, vale salientar que a hipertensão arterial até o momento é mais frequente no idoso, devido as alterações constitucionais desta fase do ciclo vital. Porém, esta feição está se modificando, com o aumento do número de casos em faixas etárias inferiores, tornando o problema mais caótico ainda, devido a sua repercussão na população economicamente ativa.

De acordo com as informações do DEP/SESA-CE,<sup>1</sup> a mortalidade e a morbidade por doenças do aparelho circulatório, no município de Fortaleza e no Estado do Ceará, no período de 1993 a 1997 (até 3<sup>o</sup> trimestre), apresentaram a seguinte situação:

- **Ceará**

▪ 1993 – a mortalidade por doença cerebrovascular foi de 43% e por doença isquêmica do coração foi de 23%, em ambos os sexos.

▪ 1994/1995 – a mortalidade por doenças do aparelho circulatório constituiu a 3<sup>a</sup> causa entre outras sete causas (neoplasmas, doença infecciosa e

---

<sup>1</sup> DEP/SESA-CE – Departamento de Epidemiologia da Secretária Estadual de Saúde do Ceará.



parasitárias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e demais causas ).

- 1996 – considerando a população de 6.871.693 habitantes, ocorreram 37.067 casos de morbidade, e 2.337 casos de mortalidade por doenças do aparelho circulatório.

- 1997 (de janeiro a setembro) – considerando uma população de 6.940.741 habitantes, ocorreram 31.434 casos de morbidade e de 2.059 casos de mortalidade por doenças do aparelho circulatório.

- **Fortaleza**

- Ano de 1993 – a taxa de mortalidade por doença cerebrovascular no sexo masculino ascendeu, significativamente, a partir de 45 anos de idade, atingindo maior pico acima de 79 anos; ou seja, da taxa de 151,8 e 3.095,23 (p/100.000 hab.) respectivamente. E no sexo feminino a ascendência foi a partir de 55 anos de idade, atingindo o maior pico a partir dos 80 anos; ou seja, da taxa de 116,54 e 2.210,41 (p/100.000 hab.) respectivamente.

- Anos de 1994/1995 – a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi a 1ª causa entre sete causas apresentadas (neoplasmas, doença infecciosa e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e demais causas).

- Ano de 1996 – considerando uma população de 1.984.546 habitantes, ocorreram 12.516 casos de morbidade e 1.310 casos de mortalidade por doenças do aparelho circulatório.

- Ano de 1997 (janeiro a setembro) – considerando a população de 2.014.600 habitantes, ocorreram 10.333 casos de morbidade e 1.221 casos de mortalidade por doenças do aparelho circulatório.

Conforme os dados do DEP/SESA-CE<sup>1</sup>, tanto a morbidade como a mortalidade por doenças cerebrovasculares estão elevadas, embora tenha havido um certo decréscimo, neste ano; tanto na Capital como no Interior do Estado.

É provável que este decréscimo esteja relacionado com o subregistro ou notificações insuficientes. Vale ressaltar que estes dados foram coletados apenas em hospitais do SUS (Sistema Único de Saúde).

A hipertensão arterial constitui um agravo a saúde, e o seu aparecimento está relacionado aos hábitos e estilos de vida, sem contudo, desconsiderar os fatores constitucionais tais como: sexo, idade, raça, obesidade e

<sup>1</sup> DEP/SESA-CE – Departamento de Epidemiologia da Secretária Estadual de Saúde do Ceará

história familiar. Pois o estilo de vida da população tem contribuído, substancialmente, para a elevação da incidência da hipertensão arterial, sendo o fator estresse uma constante no cotidiano.

Segundo um pesquisa realizada pela FUNCOR<sup>2</sup>, no ano de 1990, com cinquenta executivos brasileiros, concluiu-se que estes são candidatos, em potencial, a uma doença cardiovascular, em decorrência da convivência dos seguintes fatores ligados ao estilo de vida (em ordem decrescente): estresse, vida sedentária, fumo, obesidade, hipertensão e deslipidemia. O estudo mostrou que eles se descuidam da saúde, sobretudo na fase produtiva da carreira, entre os 30 e os 50 anos de idade. A pesquisa comparou o poder aquisitivo (em piso salarial) com as taxas de colesterol e com o hábito de fumar. Os resultados desta pesquisa mostraram que o hábito de fumar independe do poder aquisitivo. Porém, 20% fumam mais de 10 cigarros por dia. Todavia, quanto maior o poder aquisitivo maior a taxa de colesterol, que é influenciada pelo sedentarismo e apetite imoderado.

Dentre os casos de morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório informados pelo DEP/SESA-CE<sup>1</sup>, a maioria está relacionada com hipertensão arterial. Como ressaltam BATISTA et al. (1995) e OTERO et al. (1996), há uma estreita relação da hipertensão arterial com as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Segundo uma pesquisa realizada pela AHA<sup>3</sup> no ano de 1996, os casos de morbimortalidade por doença cardiovascular, na mulher, predominantemente na faixa etária de 35 a 50 anos, aumentaram assustadoramente nesta década. No Brasil, segundo informou o MS<sup>4</sup> no ano de 1996, que o infarto mata mais que o câncer de útero aos 45 anos e o câncer de mama aos 55 anos de idade (MARINI e RAMALHO, 1996).

No INCOR<sup>5</sup>, no período de sete anos, o índice de cirurgias para revascularização do miocárdio, feitas em mulheres, aumentou de 19% para 23%. Entre os 35 e 50 anos, a proporção de mortes por infarto é de uma mulher para cada sete homens. Nesta fase associam-se também as deficiências hormonais

<sup>2</sup> FUNCOR – Fundo de Amparo à Pesquisa ligado à Sociedade Brasileira de Cardiologia.

<sup>1</sup> DEP/SESA-CE – Departamento de Epidemiologia da Secretária Estadual de Saúde do Ceará

<sup>3</sup> AHA – American Health Association

<sup>4</sup> MS – Ministério da Saúde

<sup>5</sup> INCOR – Instituto do Coração

(estrogênio e progesterona) o que marca o climatério e menopausa. A partir dos 50 (cinquenta) anos, na menopausa, essa proporção chega a ser de uma para três, e após os 60 (sessenta) anos, quando a privação do estrogênio é quase total, a proporção é igual, ou seja, uma mulher para cada homem (MARINI e RAMALHO, 1996).

Conforme boletim do DEP/SESA-CE<sup>1</sup>, entre os anos – 1991 e 1995, o coeficiente de mortalidade materna aumentou de 22,6 para 88,8 (p/ 100.000 habitantes) no Ceará. Em 1996, o percentual de óbitos maternos obstétricos foi de 47,7% de toxemia gravídica em relação às causas: hemorragia (32%), infecção (8,7%), aborto (7,1%), e outras causas (4,6%) em nosso Estado.

Diante de toda esta problemática de saúde envolvendo a mulher, deve-se reportar ao evento de emancipação feminina, quando a mulher incorporou outras funções, assumindo cargos e responsabilidades, competindo no mercado de trabalho, mantendo ainda as responsabilidades pela administração do lar e educação dos filhos.

De acordo com os dados do IBGE<sup>6</sup> no ano de 1995, de cada cinco famílias brasileiras uma é chefiada por mulher, ou seja, este percentual aumentou de 13% em 1970, para 20% em 1995. Avaliando este percentual por região, no ano 1991, tem-se a seguinte distribuição: Nordeste (19,4%), Sudeste (18,6%), Centro Oeste (16,9%), Sul (16%) e Norte (15,5%). Neste ano, a nível de Brasil, o percentual era de 18,1%. Entre estas mulheres, encontram-se as executivas, que estão mais expostas aos fatores de risco da hipertensão, constituindo uma “bomba-relógio” em potencial (MARINI e RAMALHO, 1996).

Paralelamente ao seu novo papel social, a mulher tem alterado seus hábitos e estilo de vida, tornando-se mais exposta aos fatores de risco da hipertensão arterial (estresse, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, hábitos alimentares inadequados, uso de anticoncepcional), bem como de outros problemas de saúde.

Conforme estatísticas nacionais e locais, observamos elevada incidência na morbimortalidade de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, associadas à hipertensão arterial, em ambos os sexos, porém atualmente com incidência significativa na mulher.

---

<sup>6</sup> IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística



É importante acrescentar que, até recentemente a preocupação da Saúde Pública estava voltada para a prevenção da doença cardiovascular na mulher entre os 45 e 55 anos, época do climatério, quando ocorre uma diminuição, significativa da produção de hormônios (estrogênio e progesterona), predispondo esta clientela à doença cardiovascular (BRASIL, 1996). Atualmente, esta performance mudou, conforme comprovado pela pesquisa da AHA<sup>3</sup>, realizada em 1996, pois até mesmo com a proteção hormonal, as mulheres devem se preocupar com a prevenção da doença cardiovascular (MARINI e RAMALHO, 1996).

Optou-se por abordar neste estudo a mulher por notificar: a falta de um programa de atendimento baseado nas particularidades relacionadas ao sexo e às faixas etárias; a multiplicidade de atividades que atualmente envolve a mulher no contexto sócio-econômico e cultural; a incidência elevada na morbimortalidade de doenças cardiovasculares associadas à hipertensão, divulgada recentemente pelo MS<sup>4</sup> e AHA<sup>3</sup> e a estimativa no predomínio da população idosa no século XXI, que é também composta na maior parte por mulheres.

Como se comprova pela literatura, a prevalência da hipertensão arterial e a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares associadas à hipertensão arterial aumentam com a idade; e na mulher, principalmente após o climatério, quando ocorre a privação estrogênica.

Pretendo utilizar os resultados deste estudo no redimensionamento, tanto quantitativo como qualitativo, das minhas atividades no atendimento desta clientela, objetivando a promoção de uma melhor qualidade de vida, minimizando o perfil epidemiológico apresentado no contexto e contribuindo para integrá-la e/ou reintegrá-la à sociedade.

O gerenciamento das atividades de enfermagem sobre determinados problemas de saúde crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, pode reduzir despesas com internações, reinternações, absenteísmo; pode prevenir ou postergar complicações e promover aspectos de saúde do cliente e de sua família (CRUZ, 1995).

---

<sup>3</sup> AHA – American Health Association

<sup>4</sup> MS – Ministério da Saúde

### 3. OBJETIVO

Investigar os fatores sócio-econômicos e culturais, relacionados com a síndrome multifatorial da hipertensão arterial e sua repercussão no autocuidado da mulher hipertensa.

### 4. REVENDO A LITERATURA

#### Considerações Iniciais:

A hipertensão arterial é um grave problema de Saúde Pública no Brasil e a segunda maior causa circulatória de hospitalização (BRASIL,1993; FEITOSA, 1996).

Segundo POZZAN et al. (1996), a hipertensão arterial é uma doença de elevada prevalência nas sociedades ocidentais.

#### Conceitos:

A hipertensão arterial é uma doença de caráter multigênico e multifatorial que pode ser catalogada dentre as doenças crônicas degenerativas, desde que, quando não tratada adequadamente acarreta danos ao organismo, principalmente a nível do coração, rins e sistema nervoso (AMODEO, 1995). Portanto, é considerada uma situação clínica multifatorial de alta prevalência com repercussões importantes da morbimortalidade cardiovascular caracterizada por elevação crônica das pressões sistólica e diastólica (LUNA, 1989; MANCINI, 1992; NOBRE et al., 1994; OLIVEIRA, 1994; LEITE, 1995; RIBEIRO, 1996).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o hipertenso é todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica



igual ou maior que 160 mmHg ou com pressão arterial diastólica igual ou maior que 95 mmHg em pelo menos duas medidas realizadas em ocasiões diferentes. São normotensos aqueles com pressão arterial sistólica inferior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica inferior a 90 mmHg. Os valores intermediários são considerados limítrofes. Esta definição foi adotada pelo PNECHA (Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial) da Divisão Nacional de Doenças Crônicas Degenerativas do Ministério da Saúde, a fim de normatizar as ações de saúde voltadas para a redução da morbimortalidade associada a níveis elevados de pressão arterial (BRASIL, 1993; BRASIL, 1996).

LUNA (1989) afirma que a hipertensão arterial é uma doença vascular sistêmica que deixa marca em “órgãos - alvo” — coração, cérebro e rins — através do aumento progressivo da resistência vascular ao fluxo sanguíneo.

### **Classificação da Hipertensão Arterial:**

A hipertensão arterial classifica-se:

a) De acordo com a etiologia em (LUNA,1989; FERREIRA, 1992; BRASIL, 1995; AMODEO, 1995; FROLICH, 1996; RIBEIRO, 1996):

- Primária – compreendendo 95% das hipertensões e sem causa conhecida. Não apresenta causa tratável aparente e está mais relacionada a fatores genéticos, tais como, história familiar de hipertensão arterial, isto é, neste caso o indivíduo já nasce com predisposição à mesma. É o resultado da interação entre o fator genético e o(s) fator(es) ambiental(ais).

- Secundária – correspondendo ao restante das hipertensões, ou seja, 5% tem causa conhecida: doenças renais – glomeronefrites, pielonefrite crônica, tumores renais, rim policístico, nefropatia de refluxo; doenças endócrinas - hipotireoidismo, doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, diabetes mellitus, hiperparatireoidismo; doenças metabólicas - nefropatia por gota; doenças neurológicas - Tumores intracranianos; doenças infecciosas - tuberculose renal; doenças vasculares - coarctação da aorta, estenose de artéria renal por arteriosclerose e displasia fibro muscular; toxemia da gravidez; iatrogênicas - hormônio estrogênico, agentes anti-inflamatórios hormonais e não hormonais.

A hipertensão arterial secundária deve ser aventada, quando os clientes são jovens e especialmente quando os níveis de pressão arterial respondem mal ao tratamento medicamentoso.

Observa-se que as doenças renais representam a causa de cerca de 90% das hipertensões secundárias.

b) De acordo com a severidade (LUNA, 1989; KOHLMANN et al., 1992; BRASIL, 1994):

- Hipertensão leve – presente em 70 a 75% da população hipertensa, os níveis de pressão arterial são de 95 a 104 mmHg para a diastólica e de 160 a 179 mmHg para a sistólica.

- Hipertensão moderada - de 105 a 114 mmHg para a diastólica e de 180 a 199 mmHg para a sistólica. Corresponde de 20 a 25% da população hipertensa.

- Hipertensão grave - Igual ou acima de 115 mmHg para a diastólica e igual ou acima de 200 mmHg para a sistólica. Corresponde de 0 a 5% da população hipertensa.

c) De acordo com a gravidade da lesão nos órgãos – alvo (RIBEIRO, 1996):

- Estágio I – Sem manifestação de lesões orgânicas.

- Estágio II – Com pelo menos uma das manifestações de lesões de órgãos-alvo, tais como: hipertrofia cardíaca; estreitamento focal ou generalizado das artérias retinianas; microalbuminúria; proteinúria; evidência de placas ateroscleróticas (artérias: carótidas, aorta, ilíaca ou femoral).

- Estágio III – Sintomas e sinais já desenvolvidos como resultados da lesão dos órgãos- alvo.

### **Fatores de Risco da Hipertensão Arterial:**

A) Fatores Constitucionais:

- IDADE:

A prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade, atingindo seu pico entre 60 e 70 anos com maior contingente, sendo um problema de

saúde no idoso, afetando 65% das pessoas (considerando-se como hipertensão arterial, valores acima de 140 X 90 mmHg) sendo a mortalidade cardiovascular maior nesta faixa etária comparando com idosos normotensos (LUNA,1989; PÓVOA, 1992; ZANELLA et al., 1992; ALMEIDA , 1993; BRASIL, 1993; OIGMAN, 1994; BRASIL, 1995; FROLICH, 1996; CARVALHO et al., 1996).

- SEXO:

Até os 55 (cinquenta e cinco) anos a hipertensão arterial é mais freqüente no homem, e após esta idade, a prevalência na mulher aumenta. Entre jovens do sexo masculino, a prevalência da hipertensão limítrofe é de 10%. Esta prevalência é menor nos jovens do sexo feminino. Este tem um melhor prognóstico que o sexo masculino, porque neste a ocorrência da hipertensão é mais precoce, conseqüentemente, o risco de lesão nos órgãos-alvo é mais cedo (LUNA,1989; JOHANNSEN, 1993; BRASIL, 1995; RIBEIRO, 1996).

A hipertensão arterial na mulher é mais freqüente após a instalação do climatério, que a predispõe ao risco da morbimortalidade por doença cardiovascular. Como sabemos, a hipertensão é um importante fator predisponente para este grupo de doenças (ALDRIGHI, 1995; CORREIA et al., 1995; FURTADO,1995; ALDRIGHI et al., 1996).

A mortalidade cardiovascular aumenta oito vezes na mulher hipertensa (PA > 160 x 95 mmHg) e duas vezes no homem com idade entre 65 e 74 anos, comparados com idosos normotensos (BATISTA et al., 1995).

Menor incidência de doença arterial coronariana é observada em mulheres até a faixa de 50 anos, atribuindo-se essa proteção cardiovascular à presença de estrogênio. Após essa idade, a freqüência de eventos cardiovasculares é praticamente equivalente a dos homens. Após a menopausa, ocorre uma modificação no perfil lipídico das mulheres, caracterizada por aumento de colesterol total LDL e VLDL colesterol e redução de HDL-colesterol (MARTINEZ et al., 1996).

A hipertensão arterial associada a hiperlipidemia, obesidade, tabagismo e diabetes mellitus, representa um fator de risco para as doenças cardiovasculares e doenças cerebrovasculares. De todos estes determinantes, a hipertensão arterial tem sido considerada o maior fator de risco para as doenças cardiovasculares e mortalidade para o idoso. A mortalidade cardiovascular



aumenta 8 vezes na mulher hipertensa (PA > 160 X 95 mmHg) (BATISTA et al, 1995; OTERO et al, 1996).

- OBESIDADE:

O peso corporal tem relação direta com o nível de pressão arterial. Indivíduos obesos apresentam maior prevalência de hipertensão que os não obesos e a redução do peso corporal reduz os níveis de pressão arterial (BRASIL, 1995). Wing apud BARROS et al. (1996), estudou e correlacionou a presença de hipertensão arterial com o ganho ponderal. Outro autor correlacionou a hipertensão com obesidade e hiperinsulinemia. Ambos os estudos foram realizados com mulheres no período da pré para a pós-menopausa.

A obesidade do tipo abdominal, principalmente quando associada ao acúmulo de gordura visceral, é acompanhada freqüentemente de hipertensão arterial e de alterações no metabolismo da glicose e das lipoproteínas, expressas por intolerância à glicose, hiperinsulinemia e aumento da concentração de triglicerídeos. O ganho excessivo de peso, elevando o IMC (Índice de Massa Corporal) além de 30 Kg/m<sup>2</sup>, está também relacionado ao aumento da pressão arterial (ALMEIDA,1993; BRASIL, 1993; OIGMAN, 1994; SANTOS, 1994; BUGLIOSI et al., 1995; FALLUDI et al., 1996; NOVAZZI, 1996; VALE et al., 1996).

- DIABETES:

A hipertensão arterial é muito frequente (cerca de 2 a 3 vezes) em portadores de diabetes mellitus do que na população em geral. É possível que a hipertensão arterial primária seja um estado de insulinoresistência como a obesidade (BRASIL, 1993; LOTTENBERG, 1994; BATISTA et al.,1995; CHACRA et al., 1996; SAADJIAN, 1996).

- RAÇA/COR:

Nos índios Yanomani, a pressão arterial não se eleva com a idade, talvez devido a baixa ingestão de sódio e baixos índices de massa corporal (IMC) (BLOCH et al, 1993).

A hipertensão arterial é um problema de saúde comum na população geriátrica, afetando cerca de 65% das pessoas entre 65 e 74 anos. A raça negra apresenta maior prevalência de hipertensão arterial e maior ocorrência de

complicações devidas à elevação da pressão arterial, em relação a branca. A mulher negra particularmente representa um componente maior sobre os outros grupos. Para a mulher negra a prevalência é cerca de 83%, no homem negro, cerca de 67%; na mulher branca 66%, e no homem branco 59%. Os estudos raciais sobre hipertensão arterial indicam maior suscetibilidade da raça negra para o desenvolvimento e instalação desta doença. Além disso, a evolução da hipertensão é mais grave em negros. No que concerne às diferenças raciais de comportamento da pressão arterial com a idade, negros e outras raças têm os mesmos níveis de pressão arterial até a segunda ou terceira década, quando os primeiros começam a apresentar níveis tensionais mais elevados, tendência que permanece a partir de então (BRASIL, 1993; BATISTA et al., 1995; LOPES, 1996; RIBEIRO, 1996; JARDIM, 1996).

#### - HISTÓRIA FAMILIAR:

A maior prevalência de hipertensão arterial em gêmeos idênticos quando um é hipertenso é bastante conhecida, bem como uma maior probabilidade do desenvolvimento de hipertensão arterial e também de suas complicações hipertensivas (BATISTA et al., 1995).

#### B) Fatores Ambientais ou de Estilo de Vida

##### - INGESTÃO EXCESSIVA DE SAL

Na população de hipertensos primários é possível que existam indivíduos “sensíveis” ao excesso de sal e desenvolvam hipertensão arterial quando expostos e, por outro lado, indivíduos “não-sensíveis”, cuja pressão arterial parece não estar tão dependente. Há evidência, tanto epidemiológica quanto experimental, de que a ingestão de sal está ligada à hipertensão arterial: o excesso favorece a mesma, enquanto que a redução pode reduzir os níveis pressóricos dos hipertensos ou mesmo prevenir o aparecimento da hipertensão arterial. O uso abusivo de sal pode ser o responsável pela hipertensão arterial em 30% da população hipertensa em geral (LUNA, 1989; BRASIL, 1993; OIGMAN, 1994; BATISTA et al., 1995; BRASIL, 1996).

##### - ALCOOLISMO:

A prevalência de hipertensão entre os que bebem de seis ou mais doses/dia é significativamente maior que entre os não bebedores. Portanto, a

ingestão exagerada de bebida alcoólica pode elevar a pressão arterial (BRASIL, 1993; OIGMAN, 1994; BATISTA et al., 1995; BATISTELLA et al., 1996; BRASIL, 1996).

- INGESTÃO DE GORDURAS E DESLIPIDEMIA:

A gordura animal (saturada) parece elevar a pressão arterial. O aumento do consumo de gordura mono-insaturadas parece relacionar-se inversamente com a pressão arterial, embora uma relação causal ainda precise ser demonstrada, porém é comprovada a sua relação com a deslipidemia. Pois, a hipertensão arterial e a deslipidemia são comprovadamente, os maiores fatores de risco para a doença arterial coronariana. Nos últimos anos tem sido reconhecido que o colesterol possui um papel causal na aterosclerose (MANCINI, 1992; BRASIL, 1993; SERRANO et al., 1995; CENDOROGLO et al., 1996; DIAMENT et al., 1996).

- INGESTÃO EXCESSIVA DE CAFÉ E DE OUTRAS BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA:

O consumo excessivo de café tem efeito hipertensor, possivelmente, por ativação de aminas simpaticomiméticas; ou seja, é capaz de aumentar agudamente a pressão arterial. Porém, não há evidências de que o uso crônico tenha efeito hipertensor (BRASIL, 1993; BATISTA et al., 1995). SANJULIANI (1994) afirma que não há certeza de uma relação direta entre o risco coronariano e ingestão de cafeína.

- TABAGISMO:

É possível que o fumo tenha uma relação direta, embora branda com a pressão arterial, mas o efeito mais evidente do fumo é o dramático aumento de risco cardiovascular do cliente hipertenso fumante. Os hipertensos fumantes têm um risco coronário três vezes maior que os hipertensos não fumantes. Existem também evidências de que o fumo pode precipitar a malignização da hipertensão arterial em mulheres jovens que usam pílulas anticoncepcionais. O hábito de fumar tende a aumentar agudamente a pressão arterial, porém o uso prolongado de nicotina parece não induzir alterações hemodinâmicas significativas. Os pobres e aqueles com menor nível de educação fumam mais que os de classes sócio-econômicas e de nível educacional mais altos (BRASIL, 1993; BATISTA et al., 1995; LEITE, 1995; BRANDÃO et al., 1996).



### - ESTRESSE (OU TENSÃO EMOCIONAL)

A tensão emocional é outro fator muito debatido na gênese da hipertensão arterial primária. Tem sido detectada, em certos estudos, uma maior prevalência da hipertensão em certas profissões onde existe uma maior tensão emocional. Há dados epidemiológicos que mostram a prevalência da hipertensão mais alta na zona urbana do que na zona rural. Esta diferença tem sido atribuída à tensão da cidade grande (LUNA, 1989; BATISTA et al., 1995).

### - DROGAS:

Entre os medicamentos que aumentam a pressão arterial, encontram-se: anticoncepcionais, corticóides em geral, carbenoxolona, alcaçuz, hormônios tireoidianos, inibidores da monoamino-oxidase, derivados de ergotamina, descongestionantes nasais, anti-asmáticos com base em simpático-miméticos, anfetaminas e midriáticos baseados em fenilefrina.

O uso de anticoncepcionais contendo estrogênio pode ser a causa mais comum de hipertensão arterial, pois em torno de 5% das usuárias deste medicamento desenvolverão hipertensão arterial em cinco anos (BRASIL, 1993; BATISTA et al., 1995; RIBEIRO et al., 1995; RIBEIRO, 1996).

### - FATORES AMBIENTAIS LIGADOS AO TRABALHO:

Os estudos sobre a relação de fatores ligados ao trabalho e elevação crônica da pressão arterial não são suficientemente conclusivos. Porém, os fatores que têm sido associados com o desenvolvimento de hipertensão arterial são: fatores psicológicos (estresse); agentes físicos (ruído, vibração, calor excessivo); agentes químicos (nitratos, explosivos, benzina) e metais pesados (chumbo, cádmio).

Em algumas ocupações há maior prevalência de hipertensão arterial que em outras. É possível que esta diferença seja devida a características físicas do trabalho, como exposição contínua ao barulho, a vibração, a temperaturas extremas, a substâncias químicas e toxinas. Outras variáveis relacionadas ao trabalho parecem estar associadas com a hipertensão arterial : trabalho sob pressão de tempo, falta de liberdade, trabalho sob supervisão severa e próxima, natureza repetitiva do trabalho, falta de controle sobre o ambiente de trabalho

(linhas de montagem) e instabilidade de emprego (BRASIL, 1993; RIBEIRO, 1996).

#### - CLASSE SOCIAL:

Os estudos que buscam relacionar classe social com hipertensão arterial utilizam variáveis para definir classe social de maneira indireta, isto é, através de renda individual ou familiar, ocupação e nível de escolaridade. Estudos relacionando hipertensão arterial com organização social ou a maneira como o indivíduo se insere na sociedade são escassos (BRASIL, 1993).

BRASIL (1993) e RIBEIRO, (1996), afirmaram que:

- Classe social baixa é um fator de risco independente para cardiopatia isquêmica e mais importante que o colesterol sérico, o tabagismo ou a hipertensão arterial;

- A pobreza está associada com maior prevalência de todas as doenças, bem como, com a maior mortalidade por todas as causas e em faixas etárias mais jovens;

- Nível de escolaridade está inversamente relacionado com hipertensão arterial. Os indivíduos que completam o terceiro grau têm um índice de prevalência de hipertensão arterial 40% menor que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade.

- Observa-se também que os próprios fatores de risco cardiovascular ocorrem com maior frequência nas classes com nível inferior de escolaridade.

#### - SEDENTARISMO:

O estilo de vida sedentário constitui fator de risco importante para o desenvolvimento de doença arterial coronária (BATISTA et al., 1995; CORTEZ, 1995; FALLUDI et al/, 1996).

Em relação aos fatores ambientais, enfatizam-se as colocações abaixo:

- Os estudos populacionais de hipertensão realizados em área urbana, são quase unânimes em apontar um aumento dos níveis tensionais médios e uma maior prevalência de hipertensão com o avanço da idade. Entretanto, em populações primitivas, ou ainda não plenamente civilizadas, este fato não é observado, havendo relatos de queda da pressão arterial com o aumento da idade. Este achado pode ser explicado pela baixa ingestão de sódio e gorduras



saturadas, alta ingestão de fibras, ausência de obesidade e atividade física regular, e baixo índice de estresse psicossocial (BATISTA et al., 1995).

▪ Para as doenças cardiovasculares: o tabagismo, hiperglicemia e jejum ou teste anormal de tolerância à glicose, dislipidemia caracterizada por hipercolesterolemia e/ou hipertrigliceridemia aumentam as chances de um hipertenso desenvolver complicações cardiovasculares nos próximos 8 anos (OIGMAN, 1994).

### **Quadro clínico e Diagnóstico:**

O quadro clínico é muito pobre, em geral o paciente com hipertensão arterial é assintomático ou oligossintomático, ou seja, o quadro clínico da hipertensão arterial até certo ponto da gravidade e do tipo evolutivo da doença, estendendo-se desde casos assintomáticos até situações com sintomatologia pronunciada. As principais manifestações clínicas são a cefaléia occipital – geralmente de madrugada ou pela manhã, zumbidos no ouvido, fadiga, escotomas e outros distúrbios visuais, palpitações, tonturas e sensação de peso ou pressão na cabeça, e sintomas advindos das complicações nos principais órgãos-alvo, como dispnéia de esforço e manifestações de insuficiência cardíaca, uremia, tonturas, confusão mental, alterações visuais e parestias localizadas e transitórias, e situações de hemorragia cerebral por ruptura vascular (LUNA, 1989; PÓVOA, 1992; BATISTA et al., 1995).

Frequentemente as mulheres associam as manifestações clínicas do climatério, com a hipertensão arterial. Pois a maior prevalência de hipertensão na mulher é após a menopausa.

O diagnóstico da hipertensão arterial envolve duas fases distintas: diagnóstico do estado hipertensivo e diagnóstico etiológico (TAVARES et al., 1995).

Não se deve diagnosticar hipertensão arterial baseando-se apenas em uma medida isolada da pressão arterial, devendo ser confirmada com leituras posteriores, pois a mesma pode ser afetada por diversos fatores, tais como exercício, tabagismo, emoções (FERREIRA, 1992).

O cliente é considerado hipertenso quando confirmado, em pelo menos três determinações consecutivas em um período de duas a três semanas, os níveis tensionais elevados. Porém estas três determinações são dispensáveis

quando os níveis pressóricos estão muito elevados ou há fortes evidências de lesões nos órgãos-alvo. Nestas condições, o diagnóstico e o conseqüente tratamento já se impõem na primeira consulta (RIBEIRO, 1996).

História familiar positiva constitui um dado de significativa importância para o diagnóstico de hipertensão arterial essencial (OIGMAN, 1994).

Como já comentado anteriormente de acordo com o diagnóstico etiológico, 95% dos casos de hipertensão arterial no adulto são considerados como primários ou essenciais, e apenas 5% são decorrentes de uma patologia de base.

### **Complicações:**

As complicações da hipertensão arterial podem ser agudas e crônicas e dependem do órgão-alvo afetado:

- Coração: angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, miocardiopatia dilatada;
- Cérebro: acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório; encefalopatia hipertensiva, demência vascular;
- Olhos: hemorragias e exsudatos com ou sem papiledema, retinopatia hipertensiva;
- Rim: insuficiência renal e nefroesclerose;
- Artérias: aneurisma dissecante, arterosclerose aórtica, cardiopatia atero-esclerótica e infarto cerebral atero-trombótico (LUNA, 1989; GAGLIARDI, 1994; BRASIL, 1995; LEITE, 1995; RIBEIRO, 1996).

O risco de desenvolver complicações associadas à hipertensão arterial é maior nos homens do que nas mulheres: acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência coronariana crônica e morte súbita. Pois o sexo masculino desenvolve hipertensão arterial mais precocemente (BRASIL, 1993).

As complicações aumentam com a idade, tanto para homens como para mulheres e em todas as raças, embora a hipertensão e suas principais complicações cardiovasculares sejam mais prevalentes em negros de qualquer idade (FROHLICH, 1996).

Estudos epidemiológicos demonstram haver correlação direta entre os níveis de pressão arterial e a incidência de infarto do miocárdio e de acidente

vascular cerebral (BLUMENFELD,1994).

É conhecida a importância da participação do coração, nas doenças cerebrovasculares, como fonte trombo-embólica para grande parte das lesões isquêmicas do cérebro (OTERO et al.,1996).

### **Tratamento:**

O tratamento da hipertensão arterial consiste em duas modalidades:

a) Tratamento Não-Farmacológico ou Medidas Higiêno-dietéticas:

Está indicado para todos os pacientes com hipertensão arterial e exclusivamente em clientes com pressão no limite superior da normalidade (isto é, pressão diastólica de 85 a 89 mmHg ou elevação limítrofe da sistólica de 140 a 159 mmHg). E naqueles com hipertensão leve não necessariamente sendo tratados com droga (FROHLICH, 1996).

- Hábitos alimentares adequados: dieta adequada ou mudança de hábitos alimentares; redução do peso corporal para os clientes obesos e manutenção do peso nos demais casos (dieta hipocalórica); redução da ingestão de gorduras, aumento do teor de fibras na alimentação, e redução da ingestão de café e de outras bebidas que contenham cafeína. Ingestão oral de cálcio e potássio na dieta de hipertensos pode resultar em redução da pressão arterial (BRASIL, 1993; BRANDÃO et al., 1996; CARVALHO et al., 1996;).

- Combate ao sedentarismo: um programa regular de exercícios isotônicos ou dinâmicos, que estimulem o indivíduo a andar, de bicicleta, caminhar ou nadar, certamente ajudará de várias maneiras ao hipertenso. A frequência dos exercícios deve ser diária, com duração de 40 a 60 minutos e de leve intensidade. Os exercícios deverão obrigatoriamente serem indicados ou contra-indicados pelo médico (LUNA, 1989; BRUM et al., 1994; NOBRE et al., 1994; STORINO et al., 1994; SANTELLO et al., 1994; SANJULIANI, 1994; BRASIL, 1995).

O estudo de Framingham demonstrou que pessoas mais ativas fisicamente viveram mais e tiveram menor morbi-mortalidade de origem cardiovascular (FALLUDI et al., 1996).

- Combate ao estresse: deve-se orientar o hipertenso sobre as técnicas de relaxamento e as atividades de lazer.

- Abolição do tabagismo: nossa responsabilidade nesta etapa é



fundamental, devendo-se implementar ações que levam o cliente fumante a deixar de fumar. Outro objetivo é conseguir que todos possam trabalhar e viver em ambientes livres da poluição pelo fumo.

- Abolição ou redução do consumo de bebidas alcoólicas: a associação com a hipertensão é mais evidente nos indivíduos que bebem mais de duas doses de uma bebida alcoólica por dia (LUNA, 1989; NOBRE et al., 1994; BLUM et al., 1994; STORINO et al., 1994; BRASIL, 1995).

- Suspensão de drogas hipertensivas: é evidente que a suspensão de drogas constitui atividade exclusiva do médico. Porém a atuação da enfermeira, nesta etapa, volta-se para o incentivo às mulheres para usarem os meios contraceptivos naturais, ao invés de usar o anticoncepcional cujo efeito hipertensor é elevado.

Em resumo, o tratamento não-farmacológico ou medidas higienodietéticas consiste na modificação dos hábitos e do estilo de vida do cliente. Geralmente quando é indicada apenas esta modalidade de tratamento, o cliente tem a sensação de que não está se submetendo a nenhum tratamento. Este fato é devido em parte à mania de tomar medicamentos que predomina na sociedade brasileira (LUNA, 1989; FALLUDI et al., 1996).

#### B) Tratamento Farmacológico:

Esta modalidade de tratamento é associada ao tratamento não-farmacológico ou medidas higienodietéticas, quando este não consegue manter a pressão arterial controlada, e é de responsabilidade médica, porém, a atuação do enfermeiro é fundamental nos seguintes aspectos: orientações sobre indicações; contra-indicações; efeitos colaterais; regularidade na tomada; conservação dos medicamentos; indagações sobre queixas; e esclarecimento de dúvidas nas orientações dadas.

Os objetivos do tratamento da hipertensão arterial são: reduzir a pressão arterial a níveis inferiores a 160 mmHg da pressão sistólica, e inferiores a 95 mmHg da pressão diastólica; reduzir a mortalidade ou probabilidade de óbito por doença cardiovascular e associado à elevação da pressão arterial; minimizar e controlar as conseqüências das lesões ao nível dos órgãos alvo (cérebro, coração e rins) produzidas pela hipertensão arterial; melhorar a qualidade de vida; aumentar a aderência do cliente ao tratamento; adoção de bons hábitos higienodietéticos e de estilo adequado de vida; e a integração e/ou

reintegração social (FERREIRA et al., 1992; SANJULIANI, 1994; JARDIM et al., 1995; BRASIL, 1995).

Na última década, houve uma redução de 50% nas mortes por acidente vascular cerebral. A morbidade e a mortalidade gerais para todas as doenças cardiovasculares (especialmente acidente vasculares cerebrais e coronariopatias) continuam a diminuir de forma constante, de modo que elas atualmente são responsáveis por apenas 50% das mortes. Portanto a melhoria da terapêutica anti-hipertensiva é um dos fatores responsáveis por esta ocorrência (FROHLICH, 1996).

A importância da abordagem terapêutica da deslipidemia na mulher recentemente adquiriu especial atenção devido, principalmente, à evolução do conhecimento das alterações hormonais e do crescimento do número de eventos coronarianos na mulher após a menopausa (FROHLICH, 1996).

As intervenções do enfermeiro no tratamento da hipertensão arterial são: consulta com monitorização do pulso e da pressão arterial, sessões educativas e cursos para a clientela com participação de outros profissionais da equipe de saúde, com vistas a atender os objetivos anteriormente citados.

### Considerações Finais:

A hipertensão arterial raramente, é mencionada como causa básica de morte nos atestados de óbito, o que acarreta, em geral, as baixas taxas de investigações. A principal causa de morte conseqüente a evolução da hipertensão arterial são acidentes cerebrovasculares, doenças isquêmicas, insuficiência renal crônica e cardiopatia hipertensiva (BATISTA et al., 1995).

## **5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA**

### **- BASES TEÓRICAS DO AUTOCUIDADO:**

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é formada por três construtos teóricos: a teoria do autocuidado, a teoria das deficiências do

autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, bem como os requisitos para o autocuidado.

Autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar.

Atividade de autocuidado constitui uma habilidade humana que significa “a habilidade para engajar-se em autocuidado”, esta habilidade acha-se condicionada pela idade, estágio de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, estado de saúde e recursos disponíveis (FOSTER, 1993; OREM 1995).

Exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade das ações de autocuidado a serem executadas durante algum tempo para satisfação de requisitos de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações. Os requisitos de autocuidado agrupam-se em três categorias:

Universais – que estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade estrutural e funcional do ser humano durante as fases do ciclo vital.

- Desenvolvimentais – que estão relacionados a processos de desenvolvimento humano e com condições e eventos ocorridos durante as fases do ciclo vital, e eventos que podem influenciar no desenvolvimento.

- Desvios de Saúde – estão associados com defeito genético e constitucional, desvio estrutural e funcional humanos e com seus efeitos e com diagnóstico médico e condutas de tratamento.

A Teoria de Déficit de Autocuidado constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, pois delinea quando há necessidade de enfermagem. É amplamente utilizada por Enfermeiros na assistência e na pesquisa. A Enfermagem passa a ser uma exigência quando um adulto (ou, no caso de um dependente, o familiar ou aquele que tem a guarda), acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz (FOSTER, 1993).



Orem identifica os seguintes métodos de ajuda (FOSTER,1993):

- Agir ou fazer para o outro;
- Guiar o outro;
- Apoiar o outro (física ou psicologicamente);
- Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;
- Ensinar o outro.

Orem identifica cinco áreas de atividade para a prática da enfermagem (FOSTER,1993):

- Iniciação e manutenção das relações enfermeiro-cliente com pessoas, famílias ou grupos, até que os clientes possam, realmente, ser dispensados da enfermagem;
- Determinação da possibilidade de os clientes serem ajudados pela enfermagem e a maneira como isso pode se dar;
- Resposta às solicitações, desejos e necessidades dos clientes de contato e ajuda de profissionais de enfermagem;
- Prescrição, oferecimento e regularidade de ajuda direta a clientes sob a forma de serviços de enfermagem.

A Teoria de Sistemas de Enfermagem, na qual o sistema de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do cliente para a execução de atividades de autocuidado.

OREM (1995) identificou três sistemas de enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do cliente:

- Sistema de Enfermagem totalmente compensatório. Neste Sistema o cliente é incapaz de empenhar-se naquelas ações de autocuidado que exigem locomoção autodirigida e controlada e movimento manipulativo, ou com prescrição médica de evitar tal atividade;
- Sistema de Enfermagem parcialmente compensatório. Neste sistema, enfermeiro e cliente exercem o papel principal na execução de medidas de cuidados;
- Sistema de Apoio-educação. Neste sistema o cliente consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado

terapêutico, de ordem interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio. O papel do enfermeiro é de promover o cliente a um agente de autocuidado.

OREM (1995) declara que um ou mais de um dos três tipos de sistema podem ser utilizados com um único cliente.

Então, o autocuidado foi definido na primeira teoria; a necessidade de serviços de Enfermagem na segunda, e a maneira como as necessidades de autocuidado do cliente serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo cliente ou ambos na terceira. Estas três teorias se interrelacionam e compõem a teoria geral de enfermagem proposta por OREM (1995).

Esta teoria apresenta os conceitos (FOSTER, 1993):

- Seres Humanos diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmo e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam e de usar criações simbólicas (idéias e palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios a si mesmos ou a outros;
- Saúde é o estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença. Esta definição pertence a OMS, porém foi apoiada por Orem;
- Enfermagem é um tipo específico de serviço humano.

OREM (1995) define duas categorias de tecnologia utilizadas na enfermagem.

- Tecnologias Sociais e Interpessoais que incluem: comunicação ajustada à idade e ao estado desenvolvimental, ao estado de saúde e a orientação sócio-cultural; realização e manutenção de relações interpessoais, intragrupais ou intergrupais para coordenação de esforços; realização e manutenção de relações terapêuticas, à luz de modos psicossociais de funcionamento, na saúde e na doença; e doação de ajuda humana, adaptada às necessidades humanas, capacidades de agir e limitações;
- Tecnologias Reguladoras englobam: manutenção e a promoção dos processos vitais; regulagem dos modos psicossociais de funcionamento, na saúde e na doença; promoção do crescimento e desenvolvimento humanos; e regulagem da posição e do movimento no espaço.



## 6. METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDO:

Para atender o objetivo proposto esta pesquisa constituiu um estudo exploratório-descritivo, pois segundo LAKATOS (1993) e TRIVINOS (1994), permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Neste estudo, aprofundaram-se conhecimentos acerca da síndrome multifatorial e multigênica que predomina no contexto da saúde da mulher hipertensa, permeada pelos fatores sócio-econômicos e culturais que influenciam o autocuidado nesta clientela.

### AMBIENTE DE ESTUDO:

Este estudo foi desenvolvido em uma Instituição de Saúde de referência estadual em hipertensão e diabetes, situadas no município de Fortaleza-Ce.

Esta Instituição tem como objetivo principal a assistência em nível secundário e desenvolve atividades como:

- Padronização de normas de atendimentos e estabelecimento de critérios para a avaliação e supervisão, definindo os níveis de competência e funcionando como coordenação geral dos programas de diabetes e hipertensão no Estado.

- Desenvolvimento da assistência em nível secundário de diabetes (insulino-dependentes, gestacional, gestantes com complicações crônicas, hipertensos e outras endocrinopatias), através de:

- a) Consultas de: Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Endocrinologia, Cardiologia, Clínica Geral, Nefrologia, Oftalmologia, Odontologia, Psiquiatria, e Cirurgia Geral;

- b) Exames: Glicemia capilar, glicosúria, cetonúria e coleta de sangue para glicemia endovenosa;

- c) Atendimento odontológico (preventivo, dentística e cirúrgico);

- d) Pequenas cirurgias (pé diabético);

- e) Eletrocardiograma;

f) Visitas domiciliares.

- Funcionamento de um sistema contínuo de educação para clientes, de forma sistemática e padronizada:

a) Palestras na sala de espera;

b) Sessão educativa em grupo para clientes de primeira consulta;

c) Informações por meio de vídeos instalados na sala de espera,

d) Discussões na sala de espera com clientes;

e) Curso sobre hipertensão e diabetes, destinado às clientes de primeira consulta.

- Treinamento de profissionais de saúde integrados ao programa de prevenção e controle de diabetes e hipertensão.

Dentre as atividades desenvolvidas pela instituição e citadas anteriormente destacamos aquelas que são desenvolvidas pelo enfermeiro:

a) Consulta de Enfermagem;

b) Palestras na sala de espera;

c) Sessão educativa para cliente de primeira consulta;

d) Curso sobre hipertensão e diabetes, destinado a clientes de primeira consulta acompanhados de seus familiares;

e) Campanhas educativas e de detecção precoce de diabetes e de hipertensão.

Vale salientar que a equipe de saúde da referida Instituição não dispensa tratamento diferenciado a mulher, ou seja, o acompanhamento é similar para os dois sexos. Também, não há particularidades no atendimento à mulher, relacionado a faixa etária. Os clientes tem suas consultas apazadas de acordo com o estágio de sua doença, portanto, variando de 30, 60, 90 e 120 dias. As consultas com a equipe de saúde são apazadas de modo a evitar comparecimento desnecessários do cliente à Instituição.

De acordo com relatório do 2º trimestre de 1997 (abril, maio, junho) das ações desenvolvidas por esta Instituição, tem-se as seguintes informações:

- Cadastro de 487 novos clientes portadores das seguintes doenças: hipertensão, diabetes I e II, diabetes insípido e outras endocrinopatias. Neste período foram inscritas 54 mulheres hipertensas.

- Entre os meses de janeiro a novembro, foram inscritas numa média

de 17 mulheres por mês para a 1ª consulta. Entre novas e antigas inscritas, foram atendidas 708 mulheres por mês.

- Implantação de 99 unidades para atendimento ao Programa de Hipertensão na Capital e 291 no Interior do Estado.

### POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A clientela selecionada para este estudo constou de mulheres hipertensas atendidas na Instituição citada, no período de agosto a outubro de 1997.

A amostra deste estudo foi sistemática, pois segundo VIEIRA (1987), a seleção dos elementos que constituirão a amostra é feita por um sistema escolhido pelo pesquisador. Portanto, neste estudo, a amostra foi constituída de 200 mulheres hipertensas com idade a partir de 20 anos, independente do estado civil, nível de escolaridade e renda familiar. Esse número foi imposto pelo tempo (agosto a outubro de 1997) e o número de mulheres hipertensas, que eram atendidas por dia.

### COLETA E ANÁLISE DOS DADOS:

A coleta de dados foi através de entrevista semi-estruturada, que segundo THIOLENT (1987), LAKATOS (1993), MINAYO (1993), e TRIVINOS (1994), este tipo de instrumento combina perguntas abertas e fechadas.

Os dados foram coletados durante as consultas de enfermagem, realizadas nos meses de agosto, setembro e outubro de 1997. Cada consulta teve uma duração de 30(trinta) a 40 (quarenta) minutos quando as clientes faziam consulta de retorno e de 60 (sessenta) minutos com clientes que faziam uma primeira consulta.

As consultas foram realizadas pela autora, com a finalidade de manter maior interação com o cliente e registrar o maior número de dados possíveis. O momento da consulta tornou-se adequado para a coleta de dados devido ser um espaço já disponível para a cliente, onde a mesma tem oportunidade de colocar suas preocupações e de relatar as experiências condizentes com a situação de Saúde.



Os dados coletados foram registrados no prontuário da cliente de acordo com a rotina do atendimento de enfermagem, além da notificação no instrumento da pesquisa.

Os dados foram analisados, conforme a técnica de análise categorial que segundo BARDIN (1977) compõe-se das fases:

- Pré-análise:

Nesta fase foi realizada a leitura exaustiva dos dados, selecionando aqueles inerentes à hipertensão arterial, e que atendessem ao objetivo proposto.

- Exploração do material:

Os dados foram organizados por recorte, ou seja, agregação de dados semelhantes para formar unidades de análise. Assim, formou-se 03 (três) unidades abrangentes, contendo dados sociodemográficos, socioculturais e problemas de saúde. Para a enumeração, ou seja, a regra de contagem, usaram-se os dados quantitativos, os quais foram cruzados com o auxílio do programa EPINFO, e apresentados sobre a forma de frequência absoluta e relativa. Nesta fase, selecionaram-se trechos com falas emergentes e significativas, que complementaram a análise. Esta organização dos dados possibilitou a criação das categorias: descrição sociodemográfica das mulheres pesquisadas; estilo de vida e a relação sociocultural; e experiência com hipertensão e relação com o autocuidado.

- Tratamento e interpretação:

Os dados, foram organizados por meio de tabelas, distribuição de frequências, gráficos e médias aritméticas, e analisados descritivamente. Para verificar-se a existência da associação de variáveis qualitativas, aplicou-se o teste  $\chi^2$  (Qui - quadrado).

As falas selecionadas nas entrevistas, reintegraram os dados quantitativos, evidenciando ainda a relevância atribuída pelas mulheres às experiências vivenciadas no transcorrer da problemática da doença.

A interpretação dos dados fundamentou-se nas experiências de vida das mulheres, na literatura existente e na teoria geral do autocuidado de Orem.

## 7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram distribuídos nas três categorias anteriormente organizadas, apresentados e analisados descritivamente na forma estatística, e acrescidos de depoimentos relativos às experiências expostas pelas mulheres na entrevista durante a consulta de enfermagem.

### Categoria 1:

#### Descrição Sociodemográfica das mulheres pesquisadas:

Esta categoria contempla o cruzamento de informações, retratando os elementos: idade; estado civil; com quem reside; número de filhos; naturalidade; procedência; ocupação, renda familiar; escolaridade; cor da população; e IMC (índice de massa corporal).

TABELA 01 - Distribuição do número de filhos, segundo o estado civil e a idade.

Idade (anos)	Nº de Filhos		0		1 a 3		4 ou +		Total	%
	Estado Civil		C	O	C	O	C	O		
	C	O	C	O	C	O	C	O		
20 – 39	1	3	10	3	3	--			20	10
40 – 49	1	4	15	6	16	5			47	23
50 – 59	1	6	7	8	21	10			53	27
60 – 69	1	8	4	4	15	13			45	23
70 ou +	--	5	2	4	8	16			35	17
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>63</b>	<b>44</b>			<b>200</b>	<b>100</b>

**C: Casada; O: Outro Estado Civil;**

De acordo com a tabela 01, o predomínio entre as idades é de 40 a 69 anos, representando 145 (73%) mulheres. Faixa etária correspondente ao início e ao término do climatério, conseqüentemente, o fim da fase reprodutiva da mulher. A privação gradativa da produção do hormônio estrogênio ocorre nesta faixa e, portanto, aumenta a prevalência da hipertensão arterial na mulher, predispondo-a às doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e osteoporose.

Evidencia-se ainda, nesta tabela, que a maioria das mulheres são casadas e apresentam o maior número de filhos, e que 63 (32%) delas têm 04 filhos ou mais e a maioria encontra-se na faixa etária de 40 a 69 anos. Mas ao todo, isto é, entre casadas e outro estado civil, são 107 (54%) mulheres que têm 04 filhos ou mais.

Verifica-se que nesta faixa etária, os filhos são adolescentes e/ou adultos jovens. E que os mesmos estão sujeitos ao envolvimento com alcoolismo e drogadição, conseqüentemente gerando na família problemas decorrentes destes vícios. Fatos fortemente relatados pelas entrevistadas:

*“Não posso controlar a pressão, tenho dois filhos viciados em drogas e em bebida”.*

*“Cuido sozinha dos meus dois filhos, o mais velho, além de fazer uso de drogas está sendo procurado pela polícia por causa de roubo”.*

*“Tenho 08 filhos, 04 são casados, 02 filhas têm filhos de um e de outro e 02 traficantes e viciados em droga e bebida”.*

Estas falas pertencem a mulheres com idade a partir de 45 anos, cujos filhos são maiores de idade.

Através destas falas, percebe-se que estas mulheres vivenciam experiências de angústia, estresse (familiar e social), que repercutem no seu estado de saúde, predispondo-as ao agravamento do quadro clínico da hipertensão e instalação de complicações agudas e/ou crônicas. Portanto as



mulheres não têm condições ambientais satisfatórias para a manutenção de sua saúde.

No caso da população idosa, mais da metade, é portadora de hipertensão arterial, fato que traz problemas adicionais aos serviços de saúde, uma vez que a tendência de aumento da população idosa em nosso meio é bastante acentuada (RIBEIRO, 1996). Acrescentam BATISTA et al. (1995), que no século XXI, a população idosa no Brasil terá um aumento progressivo.

Portanto, o enfermeiro deve proporcionar à clientela da 2ª idade medidas de prevenção e promoção de saúde, favorecendo uma melhor qualidade de vida para o idoso no 3º milênio.

TABELA 02 - Distribuição da frequência das mulheres segundo a procedência e com quem residem.

Com quem residem	Procedência		Total	%
	Capital	Interior		
Família	143	16	159	80
Sozinho	10	01	11	05
Outros	27	03	30	15
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>20</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

A tabela 02 mostra que 159 (80%) mulheres residem com a família, a qual é composta por marido ou companheiro e filhos. As 30 (15%) que residem com outras pessoas, e informaram que estão com parentes ou em lares para idosos.

As 11 mulheres, que dizem morar sozinhas, revelaram que a solidão é terrível, e usam os meios de comunicação e os utensílios domésticos para provocar barulho, como mostra-se neste depoimento:

*“Deixo as panelas caírem para fazer barulho. Assim, eu tenho o barulho como companhia”.*

*“Eu ligo o rádio o dia inteiro ...”*

É importante acrescentar que a informação de que 20 (10%) mulheres residem em pequenas cidades do Estado do Ceará, e tratam a sua hipertensão arterial na Capital. Para a maioria delas, o dia da consulta torna-se um passeio, que a desloca da rotina recheada de problemas familiares, financeiros e de solidão, como evidenciam-se nas falas:

*“O sacrifício (financeiro) que faço para vir a consulta é compensado por um dia longe dos meus problemas.”*

*“Gosto de me tratar aqui. Fou ouvida passo um dia diferente. Longe das dificuldades familiares.”*

Percebeu-se visivelmente que estes relatos de sentimentos eram acompanhadas de angústia, ansiedade, choro fácil, revolta e culpas por não poder solucionar a problemática familiar. Para elas, a consulta de enfermagem foi um espaço onde colocaram suas preocupações e sofrimentos. É como elas próprias referiram:

*“Aqui desabafei e fui ouvida”*

*“Esta consulta valeu por um ano”*

Diante destes pronunciamentos, pode-se perceber a necessidade da continuidade e aperfeiçoamento das consultas de enfermagem com uma abordagem holística. Esta consulta deverá ser um momento interativo para que a cliente possa discutir seus problemas, visando amenizá-los ou solucioná-los. É também um momento propício para o desenvolvimento de ações do autocuidado.

TABELA 03 - Distribuição da ocupação, segundo a escolaridade e a renda familiar (em salários mínimos).

Ocupação Escolaridade Renda Familiar*	Agente de Saúde			Prendas do Lar			Empregada doméstica			Outras			Total	%
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
1 – 2	4	6	3	23	45	4	2	6	-	5	18	2	118	59
3 – 4	1	3	2	5	18	4	1	-	-	-	5	6	45	23
5 ou +	-	4	3	2	10	4	-	2	1	-	5	6	37	18
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>73</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

1: Analfabeta; 2: 1º Grau; 3: 2º Grau.

\* Renda Familiar em salários mínimos

Observa-se que o somatório de mulheres com escolaridade do 1º grau totaliza 122 (61%) mulheres e que 118 (59%) tem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. As ocupações predominantes têm estreita relação com o nível de escolaridade e a renda familiar.

Segundo a literatura, quanto menor o nível de escolaridade e a renda familiar, maior a prevalência da hipertensão arterial e de outras doenças. E que fatores de risco cardiovascular ocorrem com maior frequência nos níveis mais inferiores de escolaridade (BRASIL, 1993).

Com relação à ocupação 115 (58%) correspondem a prendas do lar. Possivelmente o estresse referido pelas entrevistadas pode estar relacionado com a incompatibilidade da baixa renda familiar com o orçamento doméstico.

Segundo os dados do IBGE<sup>6</sup>, referentes ao ano de 1995, quanto mais pobre é a região brasileira, maior o número de mulheres que sozinhas mantêm financeiramente a família. Então, a situação é bem dramática nas mulheres chefes de família que se encontram do lado de baixo da pirâmide social brasileira, no caso das mulheres deste estudo com esta renda familiar. Dentre estas, quantas não são chefes de família?

TABELA 04 - Distribuição do IMC (Índice de Massa Corporal), segundo a idade e a cor.

Idade (anos)	IMC	Normal (< 24)		Exc de Peso (24 – 29)		Obeso (≥ 30)		TOTAL	
		Cor		B	NB	B	NB	B	NB
20 – 39		-	1	1	4	7	7	8	12
40 – 59		4	3	9	19	19	46	32	68
60 ou +		6	6	13	13	19	23	38	42
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>36</b>	<b>45</b>	<b>76</b>	<b>78</b>	<b>122</b>

**B: Branca; NB: Não Branca (parda e preta)**

De acordo com a tabela 04, 180 (90%) mulheres têm excesso de peso e obesidade. Sendo que, destas 121 (61%) são obesas. Entre as obesas, há 45 (23%) mulheres brancas e 76 (38%) não-brancas. Observa-se que a obesidade predomina entre as idades de 40 a 59 anos e nas mulheres não-brancas.

Quanto à cor, PICCININI et al. (1995) afirmam que a prevalência é maior nas pessoas de pele escura, fato que se verificou nesta tabela.

A tabela mostra que o peso aumenta com a idade. Fato condiz com a literatura, ao afirmar que o aumento gradativo do peso ocorre com a idade. BARROS et al. (1996) denominam obesidade andrógena àquela que se

<sup>6</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística



caracteriza pelo aumento da gordura visceral, coincidindo com a época do climatério. Mas ainda não evidenciaram influência do ganho de peso com o climatério e menopausa.

RIBEIRO (1996) afirma que a associação entre o peso e a média da pressão arterial é maior em brancos do que em negros. Assim, a média de pressão arterial é consideravelmente maior em negros do que na população branca em todos os níveis de peso. Ainda, afirma que a participação do sobrepeso e da obesidade na hipertensão arterial, entre as mulheres negras, é maior do que entre mulheres brancas.

Segundo FERREIRA (1992) e SILVA (1995) há uma estreita relação entre hipertensão e obesidade. Esta relação observou-se na população pesquisada.

Verifica-se que 20 (10%) mulheres apresentam peso normal (IMC <24). Segundo FARINARO (1992) a expectativa de vida é maior na população com IMC entre 20 – 25.

A obesidade é um problema de alta prevalência no Brasil, pois 25% da população apresenta algum grau de excesso de peso. E a prevalência de hipertensão arterial é aproximadamente três vezes maior em obesos do que em indivíduos com pesos situados na faixa de normalidade. A adiposidade aumenta com o envelhecimento. Para as mulheres aos 25 anos a percentagem de gordura corporal é em média 27,8%. Essa percentagem aumenta de tal maneira que aos 65 anos ela representa 34,1% do peso corporal. Para os homens esses valores aumentam de 20,9% para 28,4% nas mesmas faixas etárias (SANTOS, 1994).

## **CATEGORIA 2:**

### **Estilo de Vida e a Relação Sócio-Cultural**

Esta categoria compreende a inter-relação e cruzamento de informações, agrupadas em duas subcategorias:

#### **- Condições de Moradia:**

Retratando os elementos: casa própria ou alugada; instalações hidro-

eletro-sanitárias e espaço físico.

A maioria das mulheres mora em casa própria (85%) com água encanada, luz elétrica e sanitário. Observou-se que 38% não dispõem de rede de esgoto. Pois a maioria informou não ter recursos financeiros suficientes para instalação de rede de esgoto em suas residências.

Com relação ao espaço físico, a maioria queixa-se de um espaço reduzido para a família, e que está sempre relacionado ao problema financeiro. Como se observou na tabela 03, 118 (59%) mulheres têm renda mensal de 01 a 02 salários mínimos.

Para dar mais ênfase às condições de moradia, selecionaram-se algumas falas que emergiram das entrevistadas e foram consideradas significantes:

*“O espaço é muito apertado. Mas até hoje não podemos comprar nem um quarto.”*

*“Bastante desconfortável para tanta gente. Nós temos que se adaptar ao espaço que dispomos.”*

Observou-se que um grupo de entrevistadas associou o reduzido espaço físico à convivência com a solidão.

*“A minha solidão aumenta o pequeno espaço que disponho para morar. Sou sozinha.”*

*“O espaço é muito pequeno. Só um quartinho. Mas a minha solidão aumenta demais o espaço.”*

Grande número de entrevistadas queixaram-se do espaço reduzido, associando ao desconforto físico e emocional.

*“O espaço é pequeno demais. Me dá nervosismo e agonia.”*

*“Bastante desconfortável. Finto muito calor e agonia.”*

Outras entrevistadas admitiram dispor de um espaço reduzido, porém são conformadas com o mesmo.

*“Bastante pequeno. Pior seria se não tivéssemos, nem este apertadinho.”*

*“O espaço é bastante apertado para tanta gente. Nós temos que se adaptar ao espaço que temos.”*

*“Casa de pobre é difícil ter móvel para ocupar o espaço.”*

*“O espaço é pequeno, mas está bom demais para nós.”*

Baseando-se nestes depoimentos, verifica-se que as condições de moradia são precárias, tanto em relação à área física, como aos aspectos materiais inerentes ao bem estar no lar. Estas condições ambientais dificultam a implementação das ações para o autocuidado, mesmo assim, estas mulheres encontram alternativas de sobrevivência.

- Estilo de Vida:

Expondo os elementos: alimentação; vícios; religião; sono e repouso; exercício físico; e temperamento.

TABELA 05 - Distribuição do tempo de tratamento segundo o uso de sal.

Tempo de Tratam. (anos)	Uso de Sal		Total	%
	Pouco	Muito		
≤ 3	46	10	56	28
4 – 6	37	7	44	22
7 – 9	21	-	21	10
10 – 13	33	2	35	18
≥ 13	41	3	44	22
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>22</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

$$\chi^2 = 8,15; \quad \rho = 0,08 \text{ (não Significativo)}$$

Observou-se na população do estudo que apenas 1% faz uso de gordura animal, e as demais fazem uso de gordura vegetal.

Evidencia-se na tabela 05 que 178 (89%) entrevistadas fazem uso de pouco sal. E apenas 22 (11%) mulheres fazem uso de muito sal. A frequência diminui gradativamente com o aumento do tempo de tratamento nas mulheres que usam muito sal. E as mulheres com menos tempo de tratamento usam menos sal.

Entretanto não existe associação entre o tempo de tratamento e o uso de sal ( $\chi^2 = 8,15; \rho = 0,08$ ).

FERREIRA et al (1992) recomendam o consumo de até 2g de sal por dia para o hipertenso e considera muito sal mais de 5g por dia.

Na tabela 05, registraram-se as respostas das mulheres, que é de natureza subjetiva. E como se calcularia o consumo de sal recomendado? Um fato que pode contradizer as respostas, está no hábito do nordestino, no uso abusivo de sal na alimentação.



Segundo BRANDÃO et al. (1996) existe a associação da hipertensão arterial com a maior ingestão de sal. E que com a restrição do uso do sal, há diminuição considerável dos níveis de pressão arterial.

Observou-se que algumas das entrevistadas que fazem uso de pouco sal, esporadicamente afirmaram abusar do excesso do mesmo por achar ruim a dieta hipossódica. Motivo que é relatado, também, por aquelas que costumemente fazem uso de muito sal. Portanto, ambas fazem uso de industrializados (linguiça, presunto, salsicha, etc.), em busca da melhoria do paladar, devido a presença de gordura animal e principalmente pelo alto teor de sal que contém este tipo de alimento.

Fato referido nos depoimentos pelas entrevistadas:

*“Como esporadicamente linguiça. Pois, às vezes, não resisto a vontade de um salsinho.”*

*“Como conservas porque gosto. Eu sei que faz mal à pressão.”*

RIBEIRO (1996) afirma que dentre os fatores ambientais associados com a ocorrência de hipertensão, talvez nenhum tenha recebido maior atenção do que o sal na dieta. A salinização dos alimentos iniciou-se com a civilização e o comércio; hoje é considerado um gosto adquirido no sentido da evolução.

Em relação ao uso do sal, há também a questão cultural da sobrevivência. Pois é frequentemente relatado pelas clientes, que não têm geladeira para conservação das carnes, salgarem bastante as mesmas, objetivando a sua conservação.

No que se refere à prevalência da hipertensão arterial em relação ao consumo do sal, há inúmeras evidências epidemiológicas. Os índios Ianomani, habitantes há séculos no norte do Brasil, são um dos exemplos de uma comunidade em que não foi detectada hipertensão arterial, nem tão pouco a elevação da pressão arterial no envelhecimento. Em contrapartida, em habitantes

do norte do Japão, cujo consumo de sódio alcança até 30 g/dia, a prevalência de hipertensão arterial é acima de 50%. Eles compartilham, também, altas taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral (HEIMANN et al., 1994).

TABELA 06 - Distribuição do tempo de tratamento, segundo o uso de álcool e tabagismo.

Tempo de Tratamento (anos)	Tabagismo		Álcool		TOTAL	%
	SIM	NÃO	Sim	Não		
≤ 3	1	5	4	46	56	28
4 – 6	5	3	10	26	44	22
7 – 9	-	3	2	16	21	10
10 – 13	3	8	4	20	35	18
≥ 13	6	14	5	19	44	22
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>127</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

1. Tempo de tratamento X tabagismo:  $\chi^2 = 11,87$ ;  $\rho = 0,020$  (SIG)
2. Tempo de tratamento X álcool:  $\chi^2 = 19,49$ ;  $\rho = 0,000$  (SIG)

De acordo com a tabela 06, 160 (80%) entrevistadas não usam álcool e que 152 (76%) não fumam. Observa-se ainda que entre as que fazem uso de cigarro, a frequência aumenta proporcionalmente ao tempo de tratamento. Verifica-se que a maioria, cerca de 127 (64%) mulheres não fumam e não bebem. Aplicando o teste  $\chi^2$  observa-se que existe associação entre o tempo de tratamento e o tabagismo ( $\chi^2 = 11,87$ ;  $\rho = 0,020$ ), e também entre o tempo de tratamento e o álcool ( $\chi^2 = 19,49$ ;  $\rho = 0,000$ ).

SAADJIAN (1996) afirma que o consumo de álcool prejudica a eficácia do tratamento com antihipertensivos. Observa-se-á na tabela 10 que 196 (98%) entrevistadas fazem uso de antihipertensivos.

A ingestão excessiva diária de álcool pode levar ao aumento da pressão arterial, de tal forma que este deve ser ingerido com moderação, não ultrapassando 30ml de etanol/dia, equivalente a 60ml de uísque puro ou 240ml de vinho ou 720ml de cerveja (PÓVOA, 1992; JARDIM et al., 1995).

Segundo QUINTAS et al. (1995), o uso excessivo de álcool (quantidade superior a 60ml de uísque, 300ml de vinho ou meio litro de cerveja) é responsável por até 10% dos casos de hipertensão arterial.

VEIGA et al. (1993) ressaltaram que no Brasil, há incentivo social para o consumo do álcool.

De acordo com a tabela 06, 48 (24%) entrevistadas são tabagistas. Considera-se o percentual elevado, pois na hipertensa tabagista, é maior o risco de desenvolver doença cardiovascular. E o tabagismo por si só já é responsável por outras doenças (QUINTAS et al., 1995).

Foi afirmado por ALDRIGHI et al. (1995), que mulheres fumantes apresentam menor concentração de estrogênios, explicada pela ação inibitória da nicotina sobre a atividade da enzima aromatase, que atua na conversão de androgênios em estrogênios. Com a menopausa, estará mais exposta ao risco de desenvolver doença cardiovascular, e este risco aumenta com a associação do tabagismo.

Ressaltam CARVALHO et al. (1996) que o fumo exerce ação antiestrogênica, mediante a observação de que a menopausa é mais precoce nas mulheres fumantes.

As mulheres da população de baixa renda e de nível de escolaridade mais baixo fumam mais que as de classes sócio-econômica e de nível educacional mais altos (BRASIL, 1993). E como visto pela análise da Tabela 03, as entrevistadas têm um perfil de baixa escolaridade e de faixa salarial mínima.

CARVALHO (1994) enfatiza que o tabagismo foi responsável por risco 3 vezes maior de morte por doença coronariana nas mulheres com menos de 50 anos de idade, e que a probabilidade de IAM (infarto agudo do miocárdio) aumentou de 2,4 vezes naquelas que fumavam 15 a 24 cigarros ao dia, para 7 vezes naquelas que fumavam mais de 25 cigarros diariamente. Por outro lado, observou-se que o abandono do fumo reduzia, acentuadamente o risco dessa



doença, após dois ou três anos de abstinência. No Brasil, cerca de 63% dos homens e 33% das mulheres adultas fumam (BRASIL, 1993).

TABELA 07 - Distribuição do número de xícaras de café/dia, consumidas pelas entrevistadas.

Número de xícaras de café por dia	TOTAL	%
Nenhuma	21	10
≤ 3	129	65
4 – 9	47	24
≥ 10	03	01
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

De acordo com a tabela acima, 179 (90%) mulheres consomem café, e destas 129 (65%) consomem até 3 xícaras/dia. Observa-se ainda que 10% não consome café.

O consumo excessivo de café ou de outras bebidas que contenham cafeína é capaz de aumentar agudamente a pressão arterial, até por duas horas após a ingestão. No entanto, a ingestão crônica não tem associação consistente com a hipertensão arterial (SANJULIANI, 1994; BATISTA et al., 1995). Apesar disto, os autores acima orientam a redução ou descontinuidade da cafeína no tratamento da hipertensão arterial. Porém não recomendam a quantidade e o preparo adequados para o consumo pelos hipertensos.

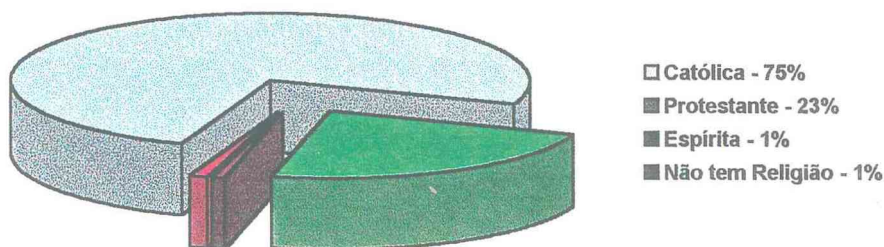
As entrevistadas revelaram, através das falas, algumas manifestações clínicas decorrentes da abstinência temporária e da definitiva do café.

*“Até o momento ainda não tomei café, por isso estou com dor de cabeça e nervosa.”*

*“Se eu não tomar o café logo cedo, passo o dia com dor de cabeça.”*

*“Me proibiram de tomar café, por isso tenho tanta dor de cabeça e nervosismo.”*

**GRÁFICO 01 - Distribuição da religião na população entrevistada.**



Observa-se no Gráfico acima, que a maioria (75%) das entrevistadas tem como religião a católica, seguida da protestante.

A prática religiosa tem influência sobre as ações de saúde bem como, na prática do autocuidado.

Macedo apud FONTES (1997) reitera que:

*“A religião vincula as questões práticas da experiência humana com uma ordem cósmica imaginada, e esta projeta-se nas ações, de tal modo, que a vivência cotidiana é atravessada por um esforço de incorporar a experiência pessoal no cerne de uma visão mais ampla e significativa da sociedade em que se vive e do próprio sentido da existência, onde a representação da realidade é permeada por uma concepção de Deus”.*

Fato que observamos nas falas das entrevistadas:

*“Se não fosse Deus, eu não teria*

*resistido a tantos problemas em minha vida, além da doença.”*

*“Tenho fé em Deus que ficarei boa da hipertensão.”*

*“A religião me dá felicidades, força, conforto melhora minha saúde.”*

*“Crer em Deus é viver bem.”*

Polar apud FONTES (1997) destaca que as ações de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, os hábitos, e as práticas que caracterizam o estilo de vida do grupo social ao qual o indivíduo pertence.

TABELA 08 - Distribuição da satisfação, tipo e horas de sono

Horas de Sono	Satisfação		Tipo Sono		TOTAL	%
	SIM		NÃO			
	Tranquilo	Inquieto	Tranquilo	Inquieto		
2 – 4	5	-	-	43	48	24
5 – 6	19	02	1	11	33	16
7 – 8	112	06	-	1	119	60
<b>TOTAL</b>	<b>136</b>	<b>08</b>	<b>1</b>	<b>55</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

De acordo com a Tabela acima, 137 (69%) das entrevistadas têm sono tranquilo, e destas 112 (56%) dormem de 7 a 8 horas/dia. Dentre as 200 mulheres, 144 (72%) referem satisfação ao acordar, mesmo que 8 (4%) tenham sono inquieto, embora a maioria durma de 7 – 8 horas/dia.

Ainda, observa-se nesta tabela que 55 (28%) entrevistadas que não estão satisfeitas com o sono tem sono inquieto, destas 43 (22%) dormem de 2 a

4 horas/dia. Evidencia-se que 56 (28%) referem insatisfação no despertar, e destas 43 (22%) informam sono inquieto e dormem de 2 – 4 horas/dia.

Observa-se que a satisfação ao despertar está diretamente relacionada com a tranqüilidade do sono e o tempo de sono, isto é, de 7 a 8 horas/dia.

Constatou-se que estas mulheres são mães que demonstraram preocupação constante com os filhos viciados, conseqüentemente com os atritos entre pai e filho.

Fatos referidos pelas entrevistadas, através do depoimento:

*“Chamo várias vezes a policia para evitar a morte entre pai e filho viciado e entre irmãos.”*

*“Vivo preocupada com o fato de um dia matarem meu filho, que quando está drogado faz arruaças.”*

Então, constata-se com este depoimento a vigilância constante e a preocupação com a ocorrência de “desgraças maiores”.

TABELA 09 - Distribuição da frequência de exercício físico, segundo o tipo de temperamento.

Exercício Físico	Temperamento		TOTAL	%
	Tranqüilo	Estressado		
Nenhuma	42	57	99	50
1 - 2	06	11	17	08
3	09	15	24	12
4 ou +	28	32	60	30
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>115</b>	<b>200</b>	<b>100</b>



De acordo com a tabela 09, 99 (50%) entrevistadas não praticam nenhum exercício físico, e destas 57 (28%) referem temperamento estressado.

Observa-se, então que existe relação entre a prática de exercício físico e o tipo de temperamento. Ressalta-se que a única modalidade de exercício físico praticada pelas entrevistadas é a caminhada.

CORREIA et al. (1995) afirmam que a gênese do estresse está relacionada com a ativação do sistema nervoso simpático, enquanto que o exercício físico diminui a atividade simpática (vasodilatação persistente pós-exercício). Portanto espera-se que as pessoas que pratiquem exercícios regularmente, devam ser tranquilas e também ter a pressão arterial controlada. A Liga Mundial Contra Hipertensão afirma que o exercício pode ajudar a tratar a hipertensão arterial, aumentando a sensação de bem estar e melhorando a esperança de vida.

O exercício físico aeróbico regular controla a pressão arterial, diminui o risco de doença coronariana, reduz e controla o peso, melhora o perfil lipídico, provoca diminuição da adesão plaquetária, e diminuição da resposta adrenérgica ao estresse (BARROS et al., 1996).

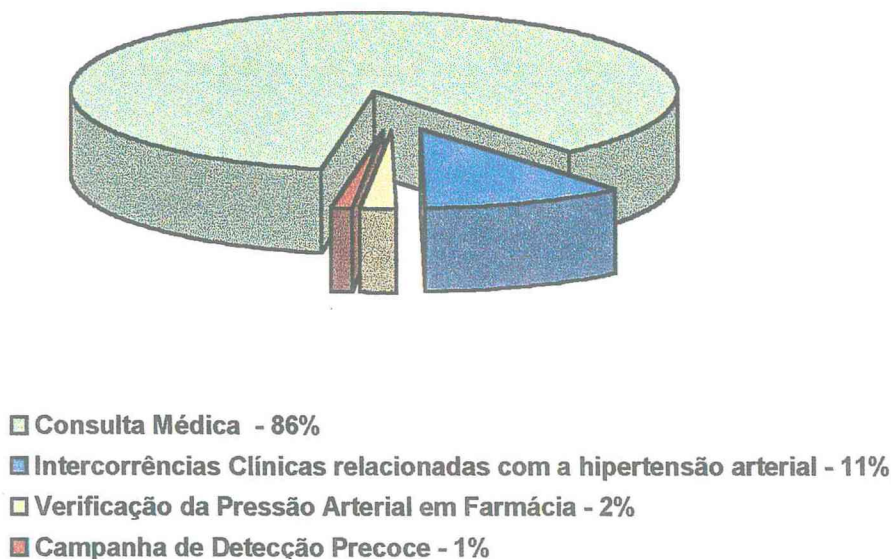
BRANDÃO et al. (1995) recomendam as técnicas de relaxamento (meditação transcendental, ioga, biofeedback e outras) que devem ser encorajadas no intuito de melhorar ainda a qualidade de vida das pessoas.

### **CATEGORIA 3 :**

#### **Experiências Vivenciadas com a Hipertensão Arterial e a Relação com o Autocuidado:**

Esta categoria constitui-se do cruzamento de informações, revelando os elementos: descoberta da hipertensão arterial; antecedentes patológicos relacionados com a hipertensão arterial na família das entrevistadas; tempo de diagnóstico; tempo de tratamento; aderência; tipo de tratamento; conhecimento das causas e complicações da hipertensão arterial; e diagnósticos associados à hipertensão arterial das entrevistadas.

**GRÁFICO 02 - Distribuição das formas de descoberta da hipertensão arterial entre as entrevistadas**



Evidencia-se no gráfico acima que 172 (86%) entrevistadas souberam que eram hipertensas em uma consulta médica devido queixas, 22 (11%) mediante intercorrências clínicas relacionadas com a hipertensão (Acidente vascular cerebral, Infarto agudo do miocárdio, hemorragia nasal, crise hipertensiva e eclâmpsia); 4 (2%) entrevistadas procuraram o funcionário da farmácia com queixa de mal estar geral e finalmente 2 (1%) foram diagnosticados mediante campanha de detecção precoce.

Portanto, constata-se que o diagnóstico da hipertensão arterial se deu sem que as mulheres tivessem uma noção prévia da alteração, e talvez até mesmo após a instalação da sintomatologia.

Percebe-se, mediante as informações do gráfico acima, que as entrevistadas não desempenham uma prática eficaz de autocuidado, a fim de manter um melhor nível possível de saúde, ou seja, não se evidencia, comportamento de manutenção da saúde. Pois procuram os serviços de saúde, somente quando têm queixas e dificilmente como medida preventiva.

TABELA 10 - Antecedentes patológicos relacionados com a hipertensão arterial na família das entrevistadas.

Antecedentes patológicos na Família	<i>f</i>	<i>f</i> %
Hipertensão Arterial	150	75
Infarto Agudo do Miocárdio	98	49
Acidente Vascular Cerebral	97	48

Com relação aos antecedentes familiares das entrevistadas, observa-se nesta tabela que 150 (75%) têm familiares com hipertensão arterial; 98 (49%) têm com infarto agudo do miocárdio; e 97 (48%) têm com acidente vascular cerebral. Sendo que, estes dois últimos são complicações da hipertensão arterial.

Vale ressaltar que a maioria das mulheres informou mais de um caso de antecedentes patológicos na família. Estes antecedentes são indicadores que deveriam despertá-las para o cuidado preventivo com a saúde.

TABELA 11 - Distribuição do tempo de diagnóstico, segundo a idade das entrevistadas.

Idade (anos)	Tempo de diagnóstico (anos)			TOTAL	%
	≤ 3	4 - 9	10 ou mais		
20 - 29	03	01	-	04	02
30 - 39	06	05	04	15	07
40 - 49	13	18	12	43	21
50 - 59	11	23	24	58	30
60 - 69	08	14	23	45	23
70 ou +	05	08	22	35	17
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>69</b>	<b>85</b>	<b>200</b>	<b>100</b>



De acordo com a tabela 11, em 58 (30%) mulheres na faixa etária de 50 – 59 anos, o diagnóstico foi conhecido em torno da idade de 40 anos, e na faixa etária de 40 – 49 anos, o diagnóstico foi mais ou menos aos 30 anos.

Então, observa-se que as mulheres estão tornando-se hipertensas, em idades inferiores à do climatério, embora a frequência continua maior neste período (45 – 55 anos).

Evidencia-se que além do fator constitucional, a tabela 04, mostrou que a maioria das hipertensas são não-brancas. O estilo e hábito de vida destas mulheres estão contribuindo para a instalação da hipertensão, e associando-se à prática ineficaz do autocuidado, elas poderão ter um prognóstico insatisfatório, principalmente quando se tornarem hipertensas no período que antecede a menopausa.

TABELA 12 - Distribuição do tempo de tratamento e a aderência segundo o tempo de diagnóstico.

Tempo de tratam. (anos)	Aderência						TOTAL	
	≤ 3		4 – 9		≥ 10		S	N
Tempo de diagnóstico (anos)	S	N	S	N	S	N	S	N
≤ 3	28	23	-	-	-	-	28	23
4 – 9	1	04	39	22	-	-	40	26
≥ 10	-	1	2	2	55	23	57	26
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>41</b>	<b>24</b>	<b>55</b>	<b>23</b>	<b>125</b>	<b>75</b>

S: Sim; N: Não

1. Aderência X tempo de diagnóstico :  $\chi^2 = 2,7$ ;  $\rho = 0,258$  , (NS)
2. Aderência X tempo de tratamento :  $\chi^2 = 4,8$ ;  $\rho = 0,086$  , (NS)
3. Tempo de diagnóstico X tempo de tratamento:  $\chi^2 = 342,3$ ;  $\rho = 0,000$  ,(SIG)

De acordo com a tabela acima, a maioria das entrevistadas procurou tratamento especializado logo que souberam do diagnóstico da hipertensão arterial. Pois frequentemente, as clientes, embora conhecedoras do seu



diagnóstico, demoram um certo tempo a procurar tratamento adequado. Quando o procuram, geralmente não é seguido adequadamente.

Este fato relaciona-se com a ausência frequente de manifestações clínicas que caracteriza a hipertensão arterial. Outro fato é o comportamento inadequado para manutenção da saúde, visto que, é uma prática cultural do nosso povo, evidenciada pela falta de informações, indisponibilidade de recursos financeiros e de serviços de saúde.

Na prática observa-se que a cliente resolve procurar e seguir o tratamento indicado quando apresenta intercorrências clínicas e quando surgem as primeiras manifestações clínicas do climatério.

Fato observado pelos depoimentos das entrevistadas:

*“Sou hipertensa há 15 anos, porém há 07 anos sigo rigorosamente o tratamento. A idade está avançando e as mazelas aparecendo.”*

*“Soube que era hipertensa há 10 anos. Não liguei. Porém iniciei o tratamento há 04 anos, quando tive edema agudo de pulmão.”*

*“Sou hipertensa há muitos anos. Porém só iniciei o tratamento há 03 anos, devido uma crise muito forte, sendo atendida na U.T.I. Não quero ficar doente de novo e nem morrer logo.”*

Segundo AMODEO (1995) o diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente feito através da medida da pressão arterial.

Então, baseando-se na ausência de manifestações clínicas da hipertensão arterial, a precocidade deste diagnóstico decorre da prática rotineira e eficaz do autocuidado da cliente que a leva a um comportamento adequado de manutenção da saúde. Consequentemente, o diagnóstico deste problema de

saúde seria precoce e isento de lesões de órgãos-alvo, permitindo a portadora um prognóstico satisfatório.

Observa-se ainda que a maioria das entrevistadas têm a partir de 10 anos de diagnóstico e tratamento indicado da hipertensão arterial.

Verifica-se nesta tabela que a aderência das entrevistadas não é influenciada pelo tempo de diagnóstico e de tratamento. Então não existe associação entre aderência e o tempo de tratamento e o tempo de diagnóstico. Porém existe associação entre o tempo de diagnóstico e o tempo de tratamento.

Fala-se que o cliente é aderente ao tratamento, quando este desempenha eficazmente o autocuidado em relação às condutas para o controle da hipertensão e prevenção de complicações. As condutas são orientadas e supervisionadas pela equipe de saúde cuja participação mais efetiva é do enfermeiro, devido ao atendimento regular e sistemático ao cliente.

Vale ressaltar que o tratamento da hipertensão arterial é basicamente a mudança de hábitos e estilo de vida, e a responsabilidade desta mudança é praticamente do cliente. Cabendo ao enfermeiro ajudá-lo, orientá-lo e supervisionar a sua prática de autocuidado. Quando o cliente desempenha eficazmente o autocuidado, é denominado de aderente. Enfatiza-se que o tratamento farmacológico é fundamental, e os resultados são positivos, quando o cliente segue também o não-farmacológico, que são as medidas higienodietéticas.

Segundo OREM (1995) autocuidado é o cuidado pessoal que indivíduos requerem cada dia para regularizar seus próprios funcionamentos e desenvolvimento.

Para a cliente ser aderente, inicialmente é necessário educá-la para o autocuidado, e todo o processo educativo demanda tempo.

O enfermeiro, antes de mais nada, é educador, baseado no fato de que o seu objetivo precípua é diminuir a dependência da cliente, levando-a à prática do autocuidado.

TABELA 13 - Distribuição do tempo, e do tipo de tratamento, e tempo de diagnóstico.

Tempo de tratam. (anos)	≤ 3		4 - 9		≥ 10		TOTAL	
	NF	NF.F	NF	NF.F	NF	NF.F	NF	NF.F
≤ 3	1	50	-	-	-	-	1	50
4 - 9	-	3	2	61	-	-	2	64
≥ 10	-	1	-	3	1	78	1	82
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>54</b>	<b>2</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>78</b>	<b>4</b>	<b>196</b>

NF: Não-Farmacológico;

F: Farmacológico

De acordo com a tabela 13, para as 196 (98%) entrevistadas foi indicada a associação dos dois tipos de tratamento (não-farmacológico e farmacológico) e apenas em 04 (2%) foi indicado exclusivamente o não-farmacológico.

Segundo a literatura o tratamento não-farmacológico ou medidas higieno-dietéticas é indicado obrigatoriamente para todo cliente hipertenso. O sucesso desta modalidade de tratamento depende muito do envolvimento dos profissionais com o cliente, pois o seu pilar é a educação. A educação conscientizadora e transformadora que tem como meta essencial de levar à cliente a prática do autocuidado. Esta prática é imperante e permeia este tipo de tratamento. Pois a cliente oferece grande resistência quanto à aderência a esta modalidade de tratamento.

Fato que se observa pelo depoimento das entrevistadas:

*"O tratamento da pressão tira o prazer de viver."*

*"É difícil seguir o tratamento. Pois a comida sem gordura e sem sal é terrível."*



Quando o tratamento não-farmacológico por si só não controla a pressão arterial, então é associado ao farmacológico que é constituído por medicação antihipertensiva.

TABELA 14 - Distribuição do tipo de tratamento e a aderência segundo o tempo de tratamento

Tempo de tratamento (anos)	Tipo de Tratam.		NF. F		TOTAL	
	Aderência		Sim	Não	Sim	Não
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
≤ 3	1	-	28	28	29	28
4 - 9	-	2	41	22	41	24
≥ 10	1	-	54	23	55	23
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>123</b>	<b>73</b>	<b>125</b>	<b>75</b>

NF: Não-Farmacológico; F: Farmacológico  
 Aderência X Tipo de Tratamento :  $\chi^2 = 0,009$ ;  $\rho = 1,0$  (NS)

De acordo com a tabela acima, 125 (63%) entrevistadas se dizem aderentes ao tratamento, e que o número de aderentes é diretamente proporcional ao anos de tratamento.

A tabela 13, mostrou que 196 (98%) mulheres tem indicações dos dois tipos de tratamento da hipertensão (não-farmacológico e farmacológico). Destas, 123 (62%) informaram ser aderentes.

Portanto se verifica que a aderência às duas modalidades de tratamento, foi de 50 a 62%. Conforme observou-se na tabela 12, a maioria das entrevistadas tem 10 ou mais anos de tratamento. Entretanto, não existe associação entre a aderência e o tipo de tratamento ( $\chi^2 = 0,009$ ;  $\rho = 1,0$ ).

Este percentual de adesão das entrevistadas, é influenciado pela preferência ao tratamento farmacológico. Fato observado também por PIERIN et al (1995) na pesquisa sobre as preferências do cliente em relação ao tipo de tratamento. Provavelmente o fato deve-se a cultura do nosso povo que reconhece o tratamento apenas quando está fazendo uso de medicamentos, o que influencia



esta aderência. Enquanto o tratamento não-farmacológico engloba mudança de hábito e estilo de vida. E esta mudança ocorre através do processo educativo no qual as dificuldades estão inerentes à maior demanda de tempo, que é influenciada pela crenças, valores culturais, nível de escolaridade da clientela. Pois é através desta mudança de comportamento que se conduz a cliente à prática de autocuidado, tornando-a aderente.

Fato confirmado pelos depoimentos das entrevistadas:

*“Não deixo de tomar o remédio da pressão, mas raramente sigo aquelas orientações.”*

*“Tomo sempre o remédio. Porém as vezes abuso do sal, para ter um pouco de prazer na vida.”*

*“Nos finais de semana, como e bebo o que quero mas o meu remédio é sagrado. Não deixo de tomar.”*

É importante enfatizar, que há dificuldades na prática do autocuidado em relação ao tratamento farmacológico, porém são bastante inferiores ao tipo não-farmacológico. Isto, devido a inexpressividade das manifestações clínicas da hipertensão arterial, que dificulta a precocidade do diagnóstico, o seguimento e a regularidade do tratamento indicado. Geralmente, fazem uso regular do medicamento quando tornam-se sintomáticas, ou seja, quando existe lesão nos órgãos-alvo.

Fato evidenciado pelo depoimento das entrevistadas:

*“Tomo o remédio quando sinto que a pressão está alta.”*

*“Não sei porque tenho que tomar este remédio, não sinto nada.”*

*“Comecei a tomar o remédio quando apareceram esta dor no peito e esta falta de ar.”*

Vale ressaltar que entre as entrevistadas que se encontram no climatério, elas associam à hipertensão as manifestações clínicas deste. Esta associação as leva a procurar o serviço de saúde e a seguir sistematicamente o tratamento.

TABELA 15 - Distribuição da aderência, segundo o conhecimento das causas e das complicações da hipertensão arterial

Aderência	Conhec. Complicações		Conhec. Causas		TOTAL	
	SIM		NÃO		TOTAL	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
SIM	23	17	66	19	89	36
NÃO	12	06	47	10	59	16
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>23</b>	<b>113</b>	<b>29</b>	<b>148</b>	<b>52</b>

Conhecimento de causas X aderência:  $\chi^2 = 0,99$ ;  $p = 0,31$  (NS)

De acordo com a tabela acima, 58 (29%) entrevistadas conhecem as complicações da hipertensão arterial, destas, 40 (20%) informaram que são aderentes. Enquanto que 142 (71%) mulheres desconhecem, e destas 85 (43%) se dizem aderentes.

Ainda, observa-se nesta tabela, que 52 (26%) não conhecem as causas e destas 36 (18%) relataram presença de aderência.

Portanto, 148 (74%) entrevistadas conhecem as causas e destas 89 (45%) se dizem aderentes. Enquanto que, 52 (26%) entrevistadas desconhecem e destas 36 (18%) são aderentes.

Então a aderência não é influenciada pelo conhecimento das causas e nem das complicações. Portanto não existe associação entre o conhecimento das causas e das complicações e a aderência.

Segundo CORREIA et al. (1995) nos últimos 20 anos, observou-se notável redução na mortalidade associada à hipertensão arterial. Isto se deve as medidas higieno-dietéticas e a terapêutica medicamentosa; que além de controlar a pressão arterial, previnem suas complicações, e até as amenizam quando instaladas.

No tocante aos resultados eficazes do tratamento da hipertensão, pode-se afirmar que a prática do autocuidado tem responsabilidade máxima sobre estes resultados.

Segundo OREM (1995) a prática do autocuidado constitui uma habilidade, que é condicionada pela: idade, estágio de desenvolvimento, estado de saúde, condições ambientais, e efeitos de cuidado médico.

Então com o ensino e a prática eficaz do autocuidado, tem-se a cliente aderente às condutas terapêuticas ou aos cuidados orientados.

TABELA 16 - Distribuição do número de entrevistadas, segundo os diagnósticos associados.

Diagnósticos Associados	<i>f</i>	<i>f</i> %
OBESIDADE	121	61
DIABETES	103	52
DESLIPIDEMIA	31	15
HIPERTIREOIDÍSMO	20	10
OUTROS	28	14

Observa-se, na tabela acima, que 121 (61%) entrevistadas têm obesidade, fato apresentado e comentado na tabela 04; seguido de 103 (52%) mulheres que são portadoras de diabetes.

Os diagnósticos associados à hipertensão arterial, na tabela acima, constituem os fatores de riscos ou causas da hipertensão arterial. Sendo que a diabetes pode ser causa e/ou complicação da hipertensão arterial.

Há uma inter-relação entre os diagnósticos – obesidade, hipertensão e diabetes, como afirma a literatura. Pois SANTOS (1994) afirma que a prevalência da hipertensão arterial é aproximadamente três vezes maior em obesos. E PICCININI et al. (1995) ressaltam a associação da hipertensão arterial com diabetes.

A deslipidemia tem grande importância na mulher jovem, porém após os 65 anos de idade, sua importância relativa como fator de risco de arteriosclerose diminui, principalmente para doença cerebrovascular (LIBERMAN et al., 1996).

Existem várias patologias associadas à hipertensão arterial, porém as supracitadas são as mais frequentes.

Ressalta-se que a maioria das entrevistadas, com idade superior a 45 anos, informou mais de um diagnóstico associado e que o número de diagnósticos aumenta com o avanço da idade.

## 8. CONCLUSÕES:

Ao concluir este trabalho, reportam-se inúmeras considerações de relevante significação tanto para a autora como para a clientela pesquisada, a saber:

- Na faixa etária de 40 – 49 anos, em 43 (22%) mulheres o diagnóstico da hipertensão arterial foi descoberto mais ou menos aos trinta anos de idade. Porém a frequência foi elevada no período da menopausa.
- A faixa etária predominou entre 40 e 69 anos, época correspondente ao início e término do climatério, conseqüentemente à instalação da hipertensão arterial (a prevalência aumenta nesta faixa etária), e de outras doenças.



mulheres dormem de 2 a 4 horas/dia, de forma intranquila e despertam insatisfeitas. Este fato é motivado pela preocupação constante destas mulheres por seus filhos drogadictos e alcoólatras e, pelos efeitos da solidão sobre aquelas que moram só;

- A prática de exercício físico não é rotineira nas entrevistadas, pois 50% são sedentárias, havendo uma relação significativa entre a prática de exercício e o tipo de temperamento;

- A maioria das entrevistadas tem mais de um caso de antecedente patológico relacionado à hipertensão arterial na família;

- A maioria das mulheres tem em comum o mesmo tempo de diagnóstico e tratamento, ou seja, a partir de 10 anos. Mas não existe associação entre a aderência, tempo de tratamento e tempo de diagnóstico. Porém existe associação entre o tempo de diagnóstico e o tempo de tratamento;

- A procura do tratamento especializado da hipertensão arterial e sua aderência, embora parcial são influenciados pelo: surgimento de manifestações clínicas (na maioria das vezes confundida com os desconfortos do climatério); intercorrências clínicas, instalação de complicações da hipertensão arterial e de outras doenças;

- Constatou-se na maioria das mulheres que a descoberta do diagnóstico da hipertensão foi feito mediante queixas, quando procuram o serviço de saúde.

- A clientela pesquisada tem indicação das duas modalidades de tratamento da hipertensão, cerca de 98%, cuja aderência é influenciada pela associação do tratamento farmacológico. Pois a resistência à aderência ao tratamento não-farmacológico (medidas higieno-dietéticas) é relevante a outra modalidade; porque implica na mudança de estilo e hábitos de vida, que são tão fortemente influenciados por crenças, valores e práticas culturais. Entretanto não existe associação entre a aderência e o tipo de tratamento, ou seja, não existe relação entre estes dois últimos.

- Cerca de 142 (71%) desconhecem as complicações e 147 (73%) conhecem de 1 a 2 causas da hipertensão arterial. Entretanto, a aderência não é influenciada pelo conhecimento das causas e das complicações;

- A maioria das mulheres com idade superior a 45 anos informou a presença de mais de um diagnóstico associado e o número deste aumenta com o avanço da idade.

Diante das conclusões deste estudo, é necessário fazer algumas apreciações, baseadas nos construtos da teoria geral de Orem.

A cliente ao praticar o autocuidado, objetiva a manutenção da vida, da saúde e do bem estar, e esta prática é influenciada pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, estado de saúde e recursos adequados.

Quando a cliente apresenta déficit de autocuidado, o enfermeiro assume uma função preponderante ao oferecer os cuidados de enfermagem, que constituem o seu principal objeto de trabalho. Este profissional, que jamais deixará de ser um educador, oferecerá a cliente, os métodos de ajuda tão bem identificados por OREM (1995), a fim de solucionar o déficit de autocuidado, levando a cliente a engajar-se nesta prática, ou seja, torná-la independente dos cuidados do enfermeiro.

Através dos sistemas de enfermagem, o enfermeiro planeja as suas atividades, baseando-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da cliente para execução de atividades de autocuidado.

Mediante as conclusões supracitadas expõe-se as sugestões julgadas de alto teor de relevância e significação para o binômio cuidar/cuidado desta cliente, norteadas pelos sistemas de enfermagem de OREM. Porém vale ressaltar que o sistema que mais se adaptou à problemática do autocuidado das entrevistadas é o de apoio-educação. Porque as limitações existentes, estão relacionadas com a tomada de decisões, controle de comportamentos, aquisição de conhecimentos e habilidades.

O enfermeiro no seu papel de cuidador será predominantemente educador, quando sua função precípua será de regular o exercício e o desenvolvimento de atividade de autocuidado, baseado na realização da cliente do seu autocuidado.

O sistema apoio-educação, visa ensinar ou educar a cliente para o autocuidado, tornando-a aderente ao tratamento do seu problema de saúde.

Portanto, ela terá uma melhoria na qualidade de vida, através de um bom nível de saúde e bem estar e ainda tornar-se-á uma agente de autocuidado e multiplicadora das ações de saúde.

## 9. SUGESTÕES:

Diante do exposto, destacamos as sugestões que seguem:

- A consulta de enfermagem deve constituir um espaço favorável a exposição de queixas da cliente sobre uma abordagem holística. Portanto, durante a consulta o enfermeiro identifica as necessidades de autocuidado no aspecto biopsicosocioespíritual e as capacidades da cliente para a execução de atividades do autocuidado.

- Elaboração de um programa específico de atendimento à mulher hipertensa, valorizando as particularidades de cada fase do seu ciclo vital; promovendo a cliente a um agente de autocuidado, tanto na prevenção de doenças relacionadas com alterações do ciclo vital e promoção da saúde.

- Programação de oficinas, palestras, cursos e campanhas, destinadas à clientela e familiares, abordando assuntos relevantes sobre a hipertensão arterial, objetivando a prática eficaz do autocuidado; tornando a cliente uma agente de autocuidado e ao mesmo uma agente multiplicadora das ações de saúde na família.

- Planejamento periódico de caminhadas com o grupo de hipertensas e familiares, visando a promoção da saúde e a opção de lazer, e ao mesmo tempo estimulando o autocuidado, conseqüentemente à aderência ao tratamento, de uma forma confortável e estimulante.

- Instituição de postos para medida da pressão arterial: Instituições de Saúde, Escolas, Estabelecimentos Comerciais; facilitando a detecção precoce da hipertensão arterial e despertando a comunidade para um comportamento



adequado de manutenção da saúde, conseqüentemente, para a prática rotineira do autocuidado.

□ Programação de um atendimento multiprofissional voltado especificamente para a mulher no climatério, enfatizando os aspectos biopsicosocioespiritual; através das atividades integradas destes profissionais, objetivando o atendimento globalizado da clientela e promovendo uma prática eficaz do autocuidado.

□ Organização de grupos de auto-ajuda, coordenado por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar; objetivando oferecer uma oportunidade à clientela para o desabafo, das suas preocupações, sofrimentos, incertezas, revoltas, a fim de estabelecer alternativas para o desenvolvimento de atividades do autocuidado. Sempre baseando-se em uma abordagem holística.

Portanto, é importante assinalar que a Teoria do Autocuidado de Orem permeou todo o processo deste estudo, e norteará com certeza, cada sugestão apresentada para o gerenciamento das ações de enfermagem, voltada para a assistência da mulher hipertensa e sua família, desenvolvendo neste grupo o autocuidado.



## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALDRIGHI, J. M. et al. Doença cardiovascular e terapia hormonal. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 65, n.3, p. 249-254, set. 1995.
- ALDRIGHI, J. M. Cardioproteção e reposição hormonal no climatério. *Ars Cvrandi Cardiol.*, São Paulo, p.71 – 75, jan/fev. 1995.
- ALDRIGHI, J. M. et al. Estrogênios, aterogênese e endotélio. *Rev. SOCESP*, São Paulo, v.6, n.2, p. 234 – 240, mar/abr. 1996.
- ALMEIDA, F. A. Hipertensão arterial: tratamento em grupos especiais. *Ars Cvrandi*, São Paulo, p. 73 – 82; ago. 1993.
- AMODEO, C. Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. *Rev. Bras. Med.*, São Paulo, v. 52, p. 193 – 200, dez. 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Persona, 1977. 225p.
- BARROS, M. A. V. et al. Dislipidemia na mulher. In: MARTINEZ, T. L. R. **Avaliação e conduta nos riscos trombo e aterogênico**. São Paulo: Asta, 1996. p. 133 – 138.
- BATISTA, R. S. et al. Hipertensão arterial: epidemiologia, fisiopatologia e complicações. *Ars Cvrandi Cardiol.*, São Paulo, p. 47 – 70, set. 1995.
- BATTISTELLA, L. et al. Álcool e coração. *Rev. da SOCESP*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 452 – 454, jul/ago. 1996.
- BLOCH, K. V. et al. Blood pressure, capilar glucose and anthropometric measures in a Yanomani population. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro v.9, n.4, p. 428 – 438, out/ dez. 1993.

- BLUMENFELD, J. D. Complicações cardíacas e renais da hipertensão. **Clinical Symposia**. Ciba-Geigy, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 4 – 34, 1994.
- BRANDÃO, A. P. et al. Curso de reciclagem em cardiologia: tratamento da hipertensão arterial. **FUNCOR.**, São Paulo, n.2, p. 1 – 10, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, CDCV/NUTES, 1995. 233 p..
- \_\_\_\_\_. **Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial (PNECHA)**. Brasília: Centro de Documentação, 1993. 78 p..
- \_\_\_\_\_. **Doenças cardiovasculares no Brasil - SUS: dados epidemiológicos e assistência médica**. Brasília: PNDV, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Análise dos procedimentos em medicina preventiva na tabela de informações ambulatoriais - SUS**. Brasília: CDCV, 1996.
- BRUM, P. C. et al. Exercício físico e hipertensão. **Hiper Ativo**, São Paulo: n. 1, p. 18 – 21, jan/mar. 1994.
- BUGLIOSI, R. et al. Hyperlipidemia, hypertension and atherosclerosis in women. La clinica terapêutica. **Br. Med. J.**,v. 146, n. 890, p. 503 – 518, dez. 1995.
- CARVALHO, E. T. et al. Fatores de Aterosclerose na mulher após a menopausa. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 66, n.1, p. 37 – 45, jan., 1996.
- CARVALHO, J. G. R. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 51, n. 8, p. 1023 – 1034, ago., 1994.

- CENDOROGLO, M. S. et al. **Dislipidemia e hipertensão arterial**. In: MARTINEZ, T. L. R. **Avaliação e conduta nos riscos trombo e aterogênico**. São Paulo: Asta, 1996 cap 10, p. 123 – 132.
- CHACRA, A. R. et al. Diabete e coração. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v.6, n. 4, p. 427 – 430, jul/ago., 1996.
- CORRÊA, A. D. et al. Hipertensão arterial. emergências hipertensivas e hipertensão em grupos especiais. **Ars Cvrandi Cardiol.**, São Paulo, p. 71 – 100; set. 1995.
- CORTEZ, J. A. A. Prescrição de treinamento para coronarianos. **FITCOR**, São Paulo, n. 2, p. 16 – 21, ago/set. 1995.
- CRUZ, I. C. F. O Cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 3, n. 1, p. 71 – 74, maio 1995.
- DIAMENT, J. et al. A importância do elo deslipidemia – hipertensão arterial na aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.62, n. 2, p. 220 – 238, ago. 1996.
- FALUDI, A. A. et al. Atuação do exercício físico sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 20 – 25, jan/fev. 1996.
- FARINARO, E. Comprehensive assessment of coronary risk in preventive cardiology. **J. Int. Soc. Fed. of Cardiol.**, 1992.
- FEITOSA, G. S. Tratamento da hipertensão arterial no negro. **Hiper Ativo**, São Paulo, n. 3, v. 3, p. 180 – 185, jul/set 1996.
- FERREIRA, C. Hipertensão arterial sistêmica. **Compacta Cardiol.**, São Paulo, n. 5, p. 5 – 10, 1992.

- FONTES, W. D. **Déficit de autocuidado no câncer de mama. proposta educativa de enfermagem.** João Pessoa, 1997. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba.
- FOSTER, P. C. **Dorothea E. Orem.** In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre, 1993, cap. 7, p. 90 – 107.
- FROLICH, E. D. **Hipertensão. programa de auto-avaliação.** New Orleans: ACCSAP, 1996. 22 p..
- FURTADO, M. R. Hipertensão arterial na mulher: um caso especial? **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 64, p. 164, out. 1995.
- GAGLIARDI, R. J. Hipertensão e cérebro: risco e benefício. **Hiper Ativo**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 18 – 22, fev. 1994.
- HEIMANN, J. C. et al. Papel da dieta com restrição salina no tratamento da hipertensão arterial. **Hiper Ativo**, São Paulo, n. 1, p. 5 – 9, jan/ mar. 1994.
- JARDIM, P. C. V. Patologia da hipertensão arterial em negros. **Hiper Ativo**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 173 – 179, jul/set. 1996.
- JARDIM, P. C. V. et al. Hipertensão na terceira idade. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 51, p. 221 – 236, jan. 1995.
- JOHANNSEN, J. M. Update - Guidelines For. **Am. J. Nurs.**, USA: mar. 1993.
- KOHLMANN, O. et al. Hipertensão arterial essencial: conceito e etiopatogenia. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 4, p. 18 – 22, jan/fev. 1992.
- LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 1993.



- LEITE, P. F. **Hipertensão arterial: atualização e reciclagem**. Belo Horizonte, Health, 1995, 189p..
- LIBERMAN, S. et al. Fatores de riscos de aterosclerose na mulher após a menopausa. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 37 – 48; 1996.
- LOPES, A. A. Raça e hipertensão arterial. **Hiper Ativo**, São Paulo, v.3, n. 3, p. 153 – 167; jul/set. 1996.
- LOTTENBERG, S. A. Tratamento da hipertensão arterial no paciente diabético. **Hiper Ativo**, São Paulo, v.1, n. 4, p. 7 – 9, out/dez. 1994.
- LUNA, R. L. **Hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1989. 301 p..
- MANCINI, M. **Comprehensive assessment of coronary in preventive cardiology**. J. Int. Soc. Fed. Cardiol. p. 1 – 3, 1992.
- MARINI, E., RAMALHO, C. Medicina: infarto rosa choque. **Isto É.**, n. 20, p. 86 – 91., mai. 1996.
- MARTINEZ, T. L. R. et al. **Dislipidemia na mulher** In: LOURENCO, M. D. **Avaliação e conduta nos riscos trombo e aterogênico**. São Paulo: Asta, 1996, cap. 11, p. 133 – 138.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Atlas, 1993.
- NOBRE, F. et al. II Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, Rio de Janeiro, v. 39, n.1, p. 1 – 17, mar. 1994.
- NOVAZZI, J. P. Obesidade e coração. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 447 - 451, jul/ago. 1996.

- OIGMAN, W. Avaliação clínica-laboratorial do paciente hipertenso. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 51, n. 8, p. 1001 – 1009, ago. 1994.
- OLIVEIRA, L. C. Hipertensão arterial como fator de risco: um problema sócio-econômico. **Ars Cvrandi Cardiol.**, São Paulo, p. 5, mar/abr. 1994.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5 ed, Georgia: Mosby, 1995. 478p.
- OTERO, N. R. et al. Eventos agudos cerebrais: manifestações cardiovasculares. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 31 – 38, jul/ago. 1996.
- PICCININI, A. B. et al. Hipertensão arterial. **Ars Cvrandi**, São Paulo, p. 103 – 124, set. 1995.
- PIERIN, A. et al. Conhecimento, preferências dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não-farmacológico. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, 17 abr. p. 229 – 236, 1995.
- PÓVOA, R. Hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Esc. Paul. Med.**, São Paulo, n.5, p. 5 – 10, 1992.
- POZZAN, R. et al. Hiperinsulinemia e hipertensão arterial sistêmica. **Hiper Ativo**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 122 – 126, abr/jun. 1996.
- QUINTAS, L. E. M. et al. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. **Ars Cvrandi**, São Paulo: p. 103 – 124; set. 1995.
- RIBEIRO, A. B. et al. Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 51, p. 239 – 250, jan. 1995.
- RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial**. São Paulo: Atheneu, 1996. 230 p.

- SAADJIAN, A. **Fatores de risco cardiovasculares na hipertensão: perguntas e respostas**. São Paulo: Sarvier, 1996. p. 4 – 12,.
- SANJULIANI, A. F. Tratamento farmacológico da hipertensão arterial primária. **Rev. Bras. Med.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 8, p. 1010 – 1018, ago. 1994.
- SANTELLLO, J. L. et al. Papel da dieta com restrição salina no tratamento da hipertensão arterial. **Hiper Ativo**, n. 1, p. 5 – 9, jan/mar. 1994.
- SANTOS, J. E. Obesidade e hipertensão. **Hiper Ativo**, São Paulo, n. 1, p. 23 – 27; jan/mar. 1994.
- SERRANO, C. V. et al. Dislipidemia e coagulação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 65, n. 3, p. 30 – 45, set. 1995.
- SILVA, C. P. Cardioproteção e reposição no climatério. **Ars Curandi**, São Paulo, p. 71 –75, jan/fev. 1995.
- STORINO, R. A. et al. Exercício sistemático: adaptação cardiovascular. **Ars Cvrandi**, São Paulo, p. 40 – 48, abr. 1994.
- TAVARES, H. et al. Hipertensão arterial. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 51, p. 239 – 250, jan. 1995.
- THIOLLENTTE, M. J. M. **Crítica metodológica: investigação e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1987.
- TRIVINOS, A. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1994.
- VALE. A. A. L. et al. Obesidade e coração. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 6, n.4, p. 447 – 451, jul/ago. 1996.

VEIGA, E. V. et al. Estudo dos fatores de risco da hipertensão arterial: conhecimento e exposição. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 3, n. 6 (supl A), p. 1 – 5; nov/dez. 1993.

VIEIRA, S. **Introdução a bioestatística**. 2 ed, São Paulo: Campos, 1987. 291p.

ZANELLA, M. T. et al. Hipertensão arterial essencial: conceito e etiopatogenia. **Rev. SOCESP**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 18 – 22, jul/ago. 1992.



## INSTRUMENTO DE COLETA:

---

### I. Dados Sócio-demográficos

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 01. Idade: _____                                       | 01. Idade: _____           |
| 02. Estado civil:                                      | 02. Estado civil: _____    |
| 1. Casada ( )                      2. Divorciada ( )   |                            |
| 3. Solteira ( )                      4. Viúva ( )      |                            |
| 03. Com quem mora?                                     | 03. Mora com _____         |
| 1. Marido ( )    2. Filhos ( )    N. de Filhos _____   |                            |
| 3. Companheiro ( )    4. Outros ( )    Quem: _____     |                            |
| 04. Número de Filhos _____                             | 04. Filhos _____           |
| 05. Naturalidade (Cidade onde nasceu) _____            | 05. Natural _____          |
| 1. Capital ( )    2. Interior ( )                      |                            |
| 06. Procedência (local onde morou nos últimos 05 anos) | 06. Procedência _____      |
| 1. Capital ( )    Qual: _____                          |                            |
| 2. Interior ( )    Qual: _____                         |                            |
| 07. Ocupação: _____                                    | 07. Ocupação _____         |
| 08. Renda Familiar (salários mínimos) _____            | 08. Renda Familiar _____   |
| 09. Nível de Instrução/Escolaridade                    | 09. Escolaridade _____     |
| 1. Analfabeta ( )                      2. 1º Grau ( )  |                            |
| 3. 2º Grau ( )                      4. 3º Grau ( )     |                            |
| 10. Cor da População:                                  | 10. Cor da População _____ |
| 1. Branca ( )                      2. Preta ( )        |                            |
| 3. Parda ( )                      4. Amarela ( )       |                            |
| 11. IMC (Índice de Massa Corporal)                     | 11. IMC _____              |
| Peso _____ Estatura _____                              |                            |
| 1. Normal ( )    2. Exc. de Peso ( )    3. Obesa ( )   |                            |

## II. Dados Sócio-culturais

01. Mora em casa: 01. casa \_\_\_\_\_  
1. Própria ( ) 2. Alugada ( )
02. Na sua casa tem Instalações Hidro-eleto-sanitárias? 02. Instalações Hidro-eleto-sanitárias \_\_\_\_\_  
1. Água encanada ( ) 2. Rede de Esgoto ( )  
3. Luz elétrica ( ) 4. Sanitário ( )
03. Condições de moradia: 03. Condições de moradia: \_\_\_\_  
O espaço é suficiente para acomodar a família \_\_\_\_\_  
1. Sim ( ) 2. Não ( )  
Espaço suficiente \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_
04. Estilo de Vida: 04. Estilo de Vida:  
a. Alimentação: a. Alimentação:  
a1. Uso do Sal: A1. Uso do Sal: \_\_\_\_\_  
1. Nenhum ( ) 2. Pouco ( ) 3. Muito ( )  
a2. Uso de Gordura: a2. Uso de Gordura \_\_\_\_\_  
1. Animal ( ) 2. Vegetal ( )  
a3. Uso de industrializados a3. Uso de industrializados \_\_\_\_  
1. Sim ( ) 2. Não ( )  
Justificar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
b. Vícios b. Vícios  
b1. Tabagismo: b1. Tabagismo \_\_\_\_\_  
1. Sim ( ) 2. Não ( )  
Sim – Após o diagnóstico da hipertensão arterial continua fumando  
e/ou deixou de fumar quando soube do diagnóstico.  
Não – Nunca fumou e/ou  
- Deixou de fumar antes do diagnóstico
- b2. Uso do Café: b2. Uso do Café \_\_\_\_\_  
1. Sim ( ) 2. Não ( )  
Número de xícaras/dia \_\_\_\_\_

b3. Alcoolismo:

1.Sim ( ) 2.Não ( )

Sim – Após o diagnóstico da hipertensão arterial continua bebendo e/ou deixou de beber quando soube do diagnóstico.

Não – Nunca bebeu e/ou

- Deixou de fumar antes do diagnóstico

b3. Alcoolismo \_\_\_\_\_

b4. Religião:

Prática Religiosa: \_\_\_\_\_

Importância \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b4. Religião:

Prática Religiosa: \_\_\_\_\_

b5. Sono e Repouso:

Média de horas de sono/dia \_\_\_\_\_

Sono Satisfaz: 1.Sim ( ) 2.Não ( )

Tipo de Sono: 1.Inquieto ( ) 2.Tranquilo ( )

b5. Sono e Repouso:

Horas de sono/dia \_\_\_\_\_

Sono Satisfaz: \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_

b6. Exercício Físico:

Prática Esportiva Semanal:

1. Nenhuma ( ) 2. 01 Vez ( ) 3. 02 Vez ( )

4. 03 Vez ( ) 5. Mais de 03 vezes ( )

b6. Exercício Físico:

Prática Esportiva \_\_\_\_\_

b7. Tipo de Temperamento:

1. Tranquilo ( ) 2. Estressado ( )

b7. Temperamento \_\_\_\_\_

### III. Problemas de Saúde:

01. Diagnóstico de hipertensão:

a. Há tempo foi confirmado o diagnóstico? \_\_\_\_\_

01. Diagnóstico de hipertensão:

a. Tempo de diagnóstico \_\_\_\_\_

02. Tipo de tratamento Indicado:

a) Não-Farmacológico 1.Sim ( ) 2.Não ( )

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

02. Tipo de tratamento

a) Não-Farmacológico \_\_\_\_\_

Tempo Trat. \_\_\_\_\_

b) Não-Farmacológico + Farmacológico

1.Sim ( ) 2.Não ( )

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

b) Não-Farmacológico + Farmacológico \_\_\_\_\_

Tempo Trat. \_\_\_\_\_

03. Aderência ao Tratamento:

1. Sim ( ) 2. Não ( )

Porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

03. Aderência \_\_\_\_\_

04. Conhecimento sobre Hipertensão:

1. Sim ( ) 2. Não ( )

Qual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

04. Conhecimento Hipertensão \_

\_\_\_\_\_

05. Conhecimento das causas da Hipertensão:

1. Sim ( ) 2. Não ( )

Qual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

04. Conh. Causas Hipertensão \_

\_\_\_\_\_

06. Conhecimento das complicações da Hipertensão:

1. Sim ( ) 2. Não ( )

Qual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

04. Conh. Compl. Hipertensão \_

\_\_\_\_\_

07. Outros diagnósticos associados:

1. Diabetes ( ) 2. Hipertireoidismo ( )

3. Hipotireoidismo ( ) 4. Síndrome de Cushing ( )

5. Obesidade ( ) 6. Deslipidemia ( )

7. Outros (especificar) \_\_\_\_\_

07. Outros diagnósticos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

08. Antecedentes Familiares de Problemas Cardiovasculares

(até segundo grau de parentesco):

1. Sim ( ) Hipertensão ( )  
Acidente Vascular Cerebral ( )  
Infarto Agudo do Miocárdio ( )

2. Não ( )

3. Não Sabe ( )

08. Antecedentes Familiares \_\_\_\_

\_\_\_\_\_



