

Cuidados de mulheres para o controle e a prevenção da hipertensão arterial no ambiente familiar

The care of women in the control and prevention of arterial hypertension in the family environment

Cátia Suely Palmeira¹, Maiara de Menezes Rabelo¹, Fernanda Carneiro Mussi²

Como citar:

Palmeira CS, Rabelo MM, Mussi FC. Cuidados de mulheres para o controle e a prevenção da hipertensão arterial no ambiente familiar. REVISA. 2019; 8(3):285-95. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p285a295>

REVISA

1. Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.

2. Universidade Federal da Bahia, Departamento de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.

Recebido: 19/04/2019
Aprovado: 10/06/2019

RESUMO

Objetivo: Identificar os cuidados realizados por mulheres hipertensas para o controle deste agravo e sua prevenção no ambiente familiar. **Método:** Estudo descritivo, sendo entrevistadas 126 mulheres em unidade ambulatorial, em Salvador-BA. **Resultados:** Constatou-se elevada frequência de ingestão de alimentos ricos em sódio (66,6%), hábito de preparar o feijão com carnes salgadas (63,5%), sedentarismo (72,2%), não fracionamento das refeições (73,8%) e baixo consumo de alimentos integrais (74,6%). Apesar de 34,1% residirem com algum familiar hipertenso, 64,1% não conversavam com familiares sobre a prevenção e controle da doença, 73,0% não os orientavam para a aferição da pressão arterial e 50% não reduziam o sal para toda a família. **Conclusão:** A maioria não realizava o autocuidado necessário ao controle da doença e não estendia à família os cuidados referentes à prevenção. É preciso conhecer crenças e barreiras para adesão à terapêutica e compartilhar com as mulheres uma proposta de cuidado que possa ser estendida à família. **Descritores:** Hipertensão; Cuidado; Prevenção; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify the care performed by hypertensive women for the control of this grievance and its prevention in the family environment. **Method:** Descriptive study with the interview of 126 women in an outpatient clinic, in Salvador-BA. **Results:** The following was verified: a high frequency of ingestion of food with elevated levels of sodium (66.6%), the habit of preparing beans with salted meat (63.5%), sedentary lifestyles (72.2%), not fractioning meals (73.8%) low consumption of whole foods (74.6%). Despite 34.1% living with some hypertensive family member, 64.1% did not talk with the family about prevention and control of the disease, 73.0% did not guide them to check their blood pressure and 50% did not reduce the content of salt for the whole family. **Conclusion:** Most did not perceive the self-care necessary for the control of the disease and did not extend to the family the cares related to prevention. It is necessary to understand the beliefs and barriers for adherence to the therapeutics and share with the women a proposal for the care that can be extended to the family. **Descriptors:** Hypertension; Care; Prevention; Nursing.

ORIGINAL

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial, de detecção muitas vezes tardia por sua evolução lenta e silenciosa. Consiste em um dos mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, ocupando lugar de destaque no contexto da morbidade e mortalidade da população adulta em todo o mundo.¹ Apresenta aumento da prevalência ao longo dos anos acometendo entre 21,5% a 24,4% dos brasileiros² sendo responsável pela diminuição da expectativa de vida, pela alta frequência de internações e pelos custos médicos e sociais elevados.³

Entre os diversos fatores que contribuem para o surgimento da HAS, sabe-se que tanto os genéticos quanto os ambientais desempenham um importante papel destacando-se a idade, o sexo, a raça/cor, a hereditariedade, a obesidade, o estresse psicossocial, a vida sedentária, o consumo excessivo de bebida alcoólica, a alta ingestão de sódio e o padrão alimentar inadequado.³ Estima-se que a contribuição da carga genética para a variação da pressão arterial situa-se entre 30% e 60%.⁴ Apesar da associação da HAS com os fatores constitucionais, a prevenção e o controle da doença ou a postergação do seu surgimento podem ser alcançados pela adoção de um estilo de vida saudável que deve ser preservado desde a infância.⁶

A prevenção primária, definida como a implementação de ações e estratégias antes do surgimento de uma doença deve ser dirigida aos fatores envolvidos na sua gênese a fim de impedir ou retardar o seu desenvolvimento.⁷ No caso da prevenção primária da HAS, estas ações podem ser desenvolvidas em larga escala (estratégias populacionais) e com a população de maior risco para a doença (estratégias para indivíduos selecionados). Neste último, as ações devem atingir indivíduos em ambientes mais específicos, como o domicílio e local de trabalho e devem incluir cuidados voltados à prevenção e o controle de fatores de risco modificáveis.⁶

Profissionais de saúde por meio de ações educativas podem ajudar as pessoas com hipertensão na adoção de hábitos de vida necessários ao controle da doença e ao desenvolvimento de habilidades de cuidado com si própria,⁸ bem como a transformarem-se em multiplicadores de conhecimentos. Essas por sua vez poderão compartilhar esses cuidados e saberes com outros membros de sua família colaborando para a prevenção da doença e de complicações no âmbito familiar. Geralmente a construção e negociação de significados para a provisão de cuidados se dão nas famílias e entre as pessoas com as quais se relacionam.⁹

A família é considerada como a microestrutura de maior peso para compreensão do processo de adoecimento e para conduzir práticas de cuidar em saúde dirigidas a seus membros e os padrões culturais tem definido a mulher como a figura que tem incorporado as funções de orientar ou realizar a maioria das tarefas domésticas relativas à alimentação e o cuidado dos seus membros.¹⁰

Dada a sua importância os profissionais de saúde devem considerar a família uma parceira no cuidado com a doença no contexto familiar oferecendo suporte educativo para que possa inovar e estimular práticas de sua prevenção e controle. Para tal, precisam conhecer como os cuidados de promoção à saúde e prevenção de agravos são realizados nesse âmbito tanto pelos familiares

hipertensos como por aqueles que não desenvolveram a doença.

Apesar da grande quantidade de estudos sobre cuidados relacionados ao controle da HAS, pesquisas referentes ao compartilhamento de pessoas hipertensas sobre os cuidados com seus familiares visando à prevenção primária da doença no ambiente familiar ainda são incipientes. O próprio autocuidado de um membro da família hipertensa poderá expressar ou não aos demais membros a aderência aos cuidados para a prevenção e controle da doença.

Com base no exposto, este estudo teve como objetivo identificar os cuidados realizados por mulheres com hipertensão arterial para o controle deste agravo e a sua prevenção no ambiente familiar.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo realizado em um ambulatório de uma instituição privada de ensino superior na cidade de Salvador, Bahia.

A amostra de conveniência foi constituída por 126 mulheres atendidas no ambulatório no período de fevereiro a abril de 2015, as quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico médico de hipertensão arterial, conhecimento sobre o seu diagnóstico e idade acima de 18 anos.

As mulheres foram entrevistadas utilizando-se um instrumento com questões fechadas contendo: dados sociodemográficos (idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, situação laboral, número de filhos, com quem mora); dados sobre a HAS (antecedentes familiares de HAS; conhecimento da herança genética como fator de risco para HAS, residência com familiar hipertenso); e cuidados referentes ao controle da sua HAS e a prevenção e o controle da doença em membros da sua família.

Os dados foram registrados e processados no programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS 14.0) e analisados em números absolutos e percentuais, média e desvio padrão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, parecer 524.549 e respeitou os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após leitura e esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Resultados

A média de idade das mulheres foi de 57,2 anos (DP = 10,6), idade mínima de 29 e máxima de 88 anos e o tempo médio de diagnóstico da HAS de 11,6 anos (DP = 10,4). Predominaram mulheres autodeclaradas da cor parda e preta (55,6%), com ensino fundamental incompleto (39,7%), com renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos (55,6%), que viviam sem companheiro (61,9%). No que se refere à atividade laboral, 27,8% eram ativas tendo 11,9% vínculo empregatício formal e sendo 15,9% autônomas. Maior percentual tinha filhos (89,7%) e convivia no mesmo domicílio com filhos e netos (76,2%). Mais da metade das entrevistadas (50,8%) não considerava a herança genética como fator de risco para a HAS (Tabela 1).

A maioria das mulheres possuía antecedentes familiares de HAS (83,3%). Um percentual de 34,1% residia com algum familiar com diagnóstico de HAS, dos quais 34,9% eram filhos e netos, 39,5% companheiros e 25,6% mãe e irmãos. A média de moradores no mesmo domicílio das entrevistadas foi de 2,4 pessoas (DP = 1,5), variando de 1 a 8 pessoas.

Tabela 1. Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas. Salvador, BA, Brasil, 2015.

Características sociodemográficas	n (%)
Raça/cor autodeclarada	
Branca	11 (8,7)
Parda	70 (55,6)
Preta	45 (35,7)
Escolaridade	
Analfabeto/ Sabe ler e escrever	16 (12,7)
Ensino fundamental incompleto	50 (39,7)
Ensino fundamental completo	16 (12,7)
Ensino médio incompleto	8 (6,3)
Ensino médio incompleto	34 (27,0)
Nível superior	2 (1,6)
Renda familiar mensal	
< 1 salário mínimo	54 (42,9)
1-3 salários mínimos	70 (55,6)
4-5 salários mínimos	2 (1,6)
Estado civil	
Solteira/ Separada/ Viúva	78 (61,9)
Casada/ União estável	48 (38,1)
Situação laboral	
Aposentada sem atividade	40 (31,7)
Trabalho com vínculo empregatício	15 (11,9)
Autônoma	20 (15,9)
Desempregada	33 (26,2)
Do lar	18 (14,3)
Reside com descendentes (filhos e netos)	
Sim	96 (72,2)
Não	30 (23,8)
Reside com familiar hipertenso	
Sim	43 (34,1)
Não	83 (65,9)
Considera a hereditariedade como fator de risco para a HAS	
Sim	62 (49,2)
Não	64 (50,8)

Quanto aos cuidados adotados para o controle da sua hipertensão (Tabela 2) observou-se que 13,5% das mulheres não faziam acompanhamento médico periódico. No que se refere aos hábitos alimentares, o consumo de alimentos ricos em sódio foi frequente, visto apenas 33,3% o fazia menos de 2 vezes por semana. Além disso, mais da metade das mulheres (63,5%) consumia habitualmente feijão preparado com carnes salgadas. A maioria das mulheres não consumia alimentos ricos em gordura saturada (60,3%), mas mais de um terço ainda mantinha esse comportamento duas ou mais vezes por semana. A fritura não foi referida como uma forma frequente de preparo dos alimentos (57,1%).

Observou-se baixo consumo de alimentos integrais, pois 42,9% consumiam menos de duas vezes por semana e somente 17,5% diariamente. O hábito comer frutas e verduras diariamente foi constatado para 57,9% e, de 4 a 6 vezes por semana, para 19,0%. Quanto ao fracionamento das refeições a maioria (73,8%) não se alimentava de 3 em 3 horas (Tabela 2)

Das 27,8% mulheres que praticavam atividade física regularmente (três ou mais vezes por semana), 82,9% realizavam caminhada, 5,7% faziam hidroginástica e 11,4% praticavam atividade aeróbica e musculação. Entre as 91 (72,2%) mulheres que não realizavam atividade física regular, os motivos referidos relacionaram-se a queixas de ordem física como dores osteomusculares, cansaço e problemas visuais (18,3%), contra-indicação médica (8,7%); problemas de ordem emocional incluindo desmotivação, preguiça e desânimo (16,7%), falta de tempo (23,8%) e falta de infraestrutura no bairro de residência (4,0%).

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo cuidados adotados para o controle da sua hipertensão. Salvador, BA, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)
Acompanhamento médico	
Sim	109 (86,5)
Não	17 (13,5)
Consumo de alimentos ricos em sódio	
Diariamente	17 (13,5)
4 a 6 vezes na semana	24 (19,0)
2 a 3 vezes na semana	43 (34,1)
Menos de 2 vezes na semana	42 (33,3)
Preparo do feijão com carnes salgadas	
Habitualmente	80 (63,5)
Às vezes	18 (14,3)
Não	28 (22,2)
Consumo de alimentos ricos em gordura saturada	
Diariamente	3 (2,4)
4-6 vezes semana	13 (10,3)
2-3 vezes semana	34 (27,0)
Menos de 2 vezes na semana	76 (60,3)
Preparo de alimentos fritos	
Diariamente	2 (1,6)
4-6 vezes semana	11 (8,7)
2-3 vezes semana	41 (32,5)
Menos de 2 vezes na semana	72 (57,1)

Consumo de alimentos integrais	
Diariamente	22 (17,5)
4-6 vezes semana	10 (7,9)
2-3 vezes semana	40 (31,7)
Menos de 2 vezes na semana	54 (42,9)
Ingestão de frutas e verduras	
Diariamente	73 (57,9)
4-6 vezes semana	24 (19,0)
2-3 vezes semana	26 (20,6)
Menos de 2 vezes na semana	3 (2,4)
Fracionamento das refeições de 3 em 3h	
Sim	33 (26,2)
Não	93 (73,8)
Prática de atividade física*	
Sim	35 (27,8)
Não	91 (72,2)

*(≥ 3 vezes/semana no mínimo por 30 minutos)

Quanto ao cuidado que essas mulheres desenvolviam com seus familiares no domicílio, 64,1% não conversavam com eles sobre a prevenção e controle da hipertensão arterial e 73,0% não os orientavam para a aferição da pressão arterial periodicamente (Tabela 3).

No que se refere ao preparo da alimentação, 47,6% das mulheres preparavam a sua comida separada da família e 50%, não reduziam o uso de sal para toda a família.

As sessenta e três mulheres que reduziam o sal no preparo da comida para toda família observavam que 33,3% dos seus membros acrescentavam esse condimento depois da comida pronta (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo cuidados com os membros da família relacionados à prevenção e ao controle da HAS. Salvador, BA, Brasil, 2015.

Cuidados com os membros da família	n (%)
Conversa com os filhos e netos sobre o risco da HAS em descendentes	
Sim	44 (34,9)
Não	81 (64,1)
Orienta membros da família para medir a pressão arterial periodicamente	
Sim	33 (26,2)
Não	92 (73,0)
Faz a comida separada para familiares	
Sim	60 (47,6)
Não	66 (52,4)
Reduz o sal para toda família	
Sim	63 (50,0)
Não	63 (50,0)
Observa a aceitação da comida preparada em casa com pouco sal (n=63)*	
Sim, sem reclamar	21 (33,3)
Sim, reclamando	5 (7,9)
Acrescenta sal depois da comida pronta	21 (33,3)
Não come casa	16 (25,4%)

Discussão

A média de idade de 57,2 anos encontrada neste estudo representa uma medida já esperada, pois a prevalência da HAS é maior na faixa etária de 55 anos ou mais. No Brasil, marcadamente para as mulheres nesta faixa etária, a prevalência da doença alcança 50%.¹¹ O elevado percentual de mulheres hipertensas de cor parda e negra é representativo da população de Salvador (81,9%) pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.¹²

A baixa escolaridade identificada para as mulheres merece destaque, tendo em vista que os anos de estudo são uma boa aproximação com o nível socioeconômico, o qual também foi baixo, visto que a maioria das mulheres vivia com até três salários mínimos. Sabe-se que a doença cardiovascular, incluindo a HAS, é mais prevalente em classes sociais de menor renda e em pessoas de menor escolaridade.¹³ A escolaridade e as condições socioeconômicas interferem nas condições de saúde da população no que se refere ao acesso ao sistema de saúde e compreensão da doença e terapêutica.

O fato de 76,2% conviverem com filhos e/ou netos e de 34,1% terem familiar com diagnóstico de HAS no seu domicílio, sendo alguns destes descendentes diretos, mostra a importância dos cuidados prestados por elas no âmbito domiciliar para a prevenção e o controle da doença tendo em vista seu papel socialmente e culturalmente determinado como “responsável pelos afazeres domésticos e familiares”.

Em relação aos cuidados da mulher para com a sua doença, o alto percentual de adesão ao acompanhamento médico periódico identificado neste estudo pode estar relacionado ao comportamento de gênero. No Brasil, observa-se que as mulheres tem maior disponibilidade para participar das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde e dão maior atenção a ações preventivas e curativas.¹⁴⁻¹⁵

A elevada frequência de ingestão de alimentos ricos em sódio e o hábito de preparar o feijão com carnes salgadas indicam que as mulheres não estão adotando uma dieta hipossódica como recomendável para o controle da hipertensão. Está comprovado que o consumo de sal é um fator de aumento da pressão arterial e uma dieta com restrição de sódio contribui para a redução da pressão arterial.¹ Assim, orientações sobre o consumo de alimentos com baixo teor de sal, devem ser reforçadas no acompanhamento de mulheres com hipertensão e deve ser estimulada a extensão deste cuidado aos membros da família.

Apesar da maioria das mulheres consumirem alimentos ricos em gordura e usarem frituras no preparo das refeições em menos que duas vezes por semana, uma proporção expressiva consumia alimentos fritos e ricos em gordura em frequência superior. A ingestão de gorduras saturadas não é indicada, levando em consideração a prevenção da obesidade, pois a mesma eleva os valores tensionais e acarreta complicações cardiovasculares.^{1,16} A despeito da comprovada proteção conferida para doenças crônicas pelo consumo de alimentos ricos em fibras,¹⁷ esse hábito foi referido por apenas 25,4% das mulheres, na frequência de quatro ou mais vezes na semana.

O padrão de consumo de frutas e verduras encontrado neste estudo indica que pode haver algum grau de proteção cardiovascular para as entrevistadas, pois muitos dos alimentos vegetais são ricos em potássio que

induz à redução da pressão arterial.¹⁶

A maioria das mulheres não seguia a recomendação de fracionamento das refeições, não se alimentando de 3 em 3 horas. O fracionamento das refeições diárias contribui para o controle do peso, a redução dos níveis de colesterol sérico e a melhora da sensibilidade à insulina e, conseqüentemente, ajuda na prevenção de doenças cardiovasculares.¹⁶

O sedentarismo identificado para a maioria das mulheres as priva dos benefícios da prática de atividade física como o controle da pressão arterial e a redução do peso e do risco de doença cardiovascular.¹⁸ O sedentarismo em mulheres na cidade de Salvador já foi comprovado, pois a prática de atividade física de forma regular foi constatada para somente 30,0% delas.¹¹ Sabe-se que existe associação entre o baixo nível de atividade física e a presença de hipertensão arterial e que indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver essa doença.¹⁹

A caminhada prevaleceu como modalidade de atividade física realizada pela maioria das mulheres, a qual não depende de equipamentos, é de baixo custo e acessível à população, sendo assim mais praticada pelas mulheres, idosos e indivíduos com baixa escolaridade e obesos.²⁰ Entre os vários motivos relacionados à inatividade física, a falta de tempo e os problemas emocionais relatados pelas mulheres merecem destaque, pois permite a equipe de saúde, especialmente a enfermeira, o desenvolvimento de ações para enfrentamento e superação destas dificuldades.

Apesar da maioria das entrevistadas referirem antecedentes de HAS, cerca de 50% não tinham conhecimento sobre a influência dos fatores genéticos na HAS. Sabe-se que quantificar cada um dos fatores genéticos e ambientais é uma questão difícil, mas a genética pode representar a ponte através da qual os fatores ambientais interagem.⁵ O desconhecimento desse aspecto pode contribuir para que as pessoas susceptíveis não desenvolvam os cuidados relacionados à prevenção da doença, bem como para que aquelas já hipertensas não estendam os cuidados preventivos aos membros de sua família.

Quanto aos cuidados dirigidos aos membros da família, observou-se que a maioria não tinha o hábito de conversar e ensinar seus filhos e netos sobre a prevenção da HAS. Considerando que a contribuição dos fatores genéticos para a gênese da HAS está bem definida,²¹ as medidas de prevenção precoce no ambiente familiar são necessárias para evitar a doença em descendentes. A compreensão da doença por parte dos descendentes possibilita maior envolvimento no cuidado de seu familiar hipertenso, bem como no autocuidado, repercutindo no empoderamento da família para a prevenção e o controle da doença.

Constatou-se neste estudo que alta frequência das mulheres não orientava seus descendentes a realizar a aferição da pressão arterial periodicamente. Este dado é relevante uma vez que a HAS é uma doença silenciosa e a verificação da pressão arterial é o elemento chave para sua detecção e tratamento precoce, e conseqüentemente, para a redução de complicações.²²

Chamou atenção neste estudo o alto percentual de mulheres (47,6%) que preparava comida diferente para os outros membros da família. Este hábito pode significar que uma alimentação "mais saudável" com baixo teor de gorduras e sódio não seria compartilhada por toda a família. Uma possível explicação para este resultado pode ter relação com a compreensão menos

abrangente do processo saúde-doença, que resulta em comportamentos que privilegiam o cuidado curativo somente quando a doença já está instalada em detrimento do cuidado preventivo.

O fato de que somente metade das entrevistadas reduzia o sódio para toda a família evidencia que poucos membros se beneficiavam desta medida, sobretudo os já diagnosticados com hipertensão. Assim o consumo de alimento com pouco teor de sódio e de gorduras deveria ser um cuidado para todos do domicílio, considerando a existência de outros familiares com HAS, a hereditariedade da doença e possibilidade da prevenção primária. Na medida em que existem familiares filhos e netos, possivelmente em idade jovens, não há dúvidas que o padrão alimentar da família desempenha um papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos alimentares saudáveis em todas as fases da vida.²³

Outro dado que merece ser ressaltado é o percentual de familiares que acrescentava sal após a comida pronta, ainda mais, quando se sabe que o consumo de sódio no Brasil já se mantém em níveis acima da recomendação máxima para esse nutriente em todas as macrorregiões e classes de renda brasileiras.²⁴ Tendo em vista a alta frequência (30% a 50%) de sensibilidade ao sal entre os indivíduos hipertensos e o costume da população brasileira de consumir o dobro da quantidade máxima de sal recomendada, a restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral, pois a esta pode retardar o uso de terapia anti-hipertensiva, pode facilitar a redução da pressão arterial em pessoas hipertensas que usam antihipertensivos, e pode representar reduzir morbidade e mortalidade cardiovascular.²⁵

Uma das recomendações é que além da redução de sódio na comida, o salero não deve ser colocado na mesa, para evitar novos acréscimos deste à alimentação.¹⁶

Ao discutir cuidados à saúde no âmbito da família, podemos pensar que esta possui representações culturais, coletivas e pessoais que interagem para resultar em uma determinada forma de cuidar de si e de outros. As famílias podem atuar como reprodutoras de comportamento, costumes e crenças, baseadas na sua percepção sobre o processo saúde/doença. A família pode contribuir para uma maior adesão ao tratamento por indivíduos com algum problema de saúde, por constituir-se a principal cuidadora dos seus membros especialmente quando a mesma é incluída como participante no processo saúde-doença, já que ela contribui de forma substancial na promoção da saúde.²⁶ A enfermeira precisa estar sensível aos principais fatores ligados à estrutura e a dinâmica familiar do indivíduo para direcionar e compartilhar as ações educativas visando não apenas o controle da doença, mas também a prevenção primária.

As relações vividas no domicílio podem exercer importante papel em todo o processo de interação do indivíduo com a sua doença, tratamento e adaptação a um novo estilo de vida e representam a primeira instância de cuidados de saúde.²⁷ O domicílio quando se constitui em um ambiente saudável é fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças desde as idades mais precoces. Estes aspectos devem ser conhecidos e ponderados pelos profissionais de saúde para que a abordagem das pessoas com hipertensão seja abrangente e as orientações sejam direcionadas também para os familiares.

Constatou-se nesse estudo que a maioria das mulheres com hipertensão arterial não realizava os cuidados necessários para o controle da sua doença principalmente no que se refere ao consumo de alimentos integrais e com baixo teor de sódio, ao fracionamento da dieta e a prática de atividade física regular. A maioria delas também não estendia a família os cuidados referentes à prevenção deste agravo como conversar sobre a necessidade adoção de hábitos de vida saudáveis necessários a prevenção e o controle da doença, orientação para a verificação periódica da pressão arterial e redução do sal para toda a família. Esses resultados trazem a indagação sobre as razões que conduzem a maioria das mulheres a não adotarem e estenderem a seus familiares os cuidados para a prevenção e controle da doença.

Conclusão

Evidencia-se que os profissionais de saúde precisam conhecer a realidade da família das pessoas que eles assistem, reconhecer as crenças e barreiras para a adesão à terapêutica e, junto a elas compartilharem uma proposta de cuidado que possa também ser estendida a todos os seus membros. O enfermeiro, enquanto integrante da equipe de saúde, tem um papel importante no acompanhamento de uma mulher hipertensa, devendo dirigir sua atenção para além dos aspectos relacionados à terapêutica instituída para o “doente”, de modo a contemplar outras implicações envolvidas no controle e prevenção da doença.

Referências

1. Malachias M, Plavnik F, Machado C, Malta D, Scala L, Fuchs S. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2016;107(3 Suppl 3):1-6. doi:10.5935/abc.20160151.
2. Andrade SSCA, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC, Moura L. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. *Rev. bras. epidemiol.* 2014 ; 17(Suppl 1): 215-26.
3. Bernard CR, Bochud M, Devuyst O. The Hypertension Pandemic: An Evolutionary Perspective. *PHYSIOLOGY* 32: 112-125, 2017. doi:10.1152/physiol.00026.20163
4. Ramírez-Bello J, Pérez-Méndez O, Ramírez-Fuentes S, Carrillo-Sánchez S, Vargas-Alarcón G, Fragoso JM. Genética y genómica de la hipertensión arterial: una actualización. *Archivos de cardiología de México*, 2011; 81(3): 240-50
5. Valdés MTL, Herrera JAC. Estudios sobre las bases genéticas de la hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2013; 32(1): 8-20.
6. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(3): 543-50. doi:10.1590/S0034-89102012005000027.
7. Rouquayrol MZ, Silva MGC. *Epidemiologia & saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
8. Juliana Costa Machado Rosângela Minardi Mitre Cotta Tiago Ricardo Moreira Luciana Saraiva da Silva. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciênc. saúde colet.* 2016; 21 (2): 611-19. DOI: 10.1590/1413-81232015212.20112014
9. Baggio MA, Erdmann AL. La Circularidad de los Procesos de Atención y Cuidado en la Formación de la Atención de “Nos Otros”. *Rev. Enf. Ref.* 2015; serIV(7): 11-20. doi.10.12707/RIV15012.

10. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (Suppl 1): 1497-508. doi:10.1590/S1413-81232010000700062
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*, 2018. 130.: il.
12. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, [Internet]. 2010; [acesso em: 11 mar 2016] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf
13. Vathesatogkit P, Woodward M, Tanomsup S, Hengprasith B, Aekplakorn Wichai, Yamwong S, et al. Long-term effects of socioeconomic status on incident hypertension and progression of blood pressure. *Journal of hypertension*. 2012;30(7):1347-53. doi:10.1097/HJH.0b013e32835465ca.
14. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(4):1263-74. doi:10.1590/1413-81232014194.01242013
15. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010; 56(1):41-6.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
18. Bakker EA, Sui X, Brellenthin AG, Lee DC. Physical activity and fitness for the prevention of hypertension. *Curr Opin Cardiol*. 2018 Jul;33(4):394-401. doi:10.1097/HCO.0000000000000526.
19. Cichocki M, Fernandes KP, Castro-Alves DC, Gomes MVM. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2017; 23:21-25. doi:10.1590/1517-869220172301159475
20. Aziz José Luís. Sedentarismo e hipertensão arterial Sedentary lifestyle and hypertension *Rev Bras Hipertens*. 2014. 21(2):75-82.

Autor de Correspondência

Cátia Suely Palmeira

Rua Desembargador Gilberto Andrade,
226/204. Centenário, Salvador, Bahia, Brasil.

catia_palmeira@yahoo.com.br