

CARACTERIZAÇÃO DO TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO DE IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL*

CHARACTERIZATION OF NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF ELDERLY ARTERIAL HYPERTENSION BEARERS

CARACTERIZACIÓN DEL TRATAMIENTO NO-FARMACOLÓGICO DE ANCIANOS PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

CÉLIDA JULIANA DE OLIVEIRA¹
THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA²

Objetivou-se descrever o tratamento anti-hipertensivo não-farmacológico seguido por um grupo de idosos portadores de hipertensão na tentativa de subsidiar o cuidado de Enfermagem. Estudo descritivo transversal quantitativo, realizado junto a 54 idosos, de ambos os sexos, portadores de hipertensão. A coleta de dados se deu por fonte primária entre agosto e setembro de 2007. Verificou-se que 26% e 20% dos idosos relataram não controlar o consumo de sal e de gordura animal ou vegetal em sua dieta diária, respectivamente; poucos idosos assumiram o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas; 21 idosos referiram situações constantes de estresse e incapacidade em lidar com elas; 26 idosos relataram uso de fitomedicamentos; 64,8% relataram praticar atividades físicas regularmente. Concluiu-se que os idosos ainda sofrem com problemas relacionados à hipertensão, acarretando no aumento do risco de desenvolvimento de complicações decorrentes da doença, devendo o cuidado a essa população ser aprofundado pela enfermagem.

DESCRITORES: Enfermagem; Idoso; Perfil de Saúde; Hipertensão; Medicamentos Fitoterápicos.

The aim of this research was to describe the non-pharmacological antihypertensive treatment followed by a group of elderly hypertension bearers in attempt of subsidizing the nursing care. This descriptive, transversal and quantitative study was accomplished with 54 elderly, of both sexes who are hypertensive. The collection of data was provided by primary source between August and September 2007. We observed that 26% and 20% elderly reported not to control the consumption of salt and animal or vegetable fat in their daily diet, respectively; few elderly assumed to smoke and to use alcohol; 21 elderly referred to constant situations of stress and inability of working with them; 26 elderly reported the use of medicinal plants; 64,8% reported to practice physical activities regularly. We so concluded that the elderly of this group still suffer with problems related to hypertension, which causes increase in the risk of development of complications caused by the disease, and care to that population must be deepened by the Nursing team.

DESCRIPTORS: Nursig; Elderly; Health Profile; Hypertension; Phytotherapeutic Drugs.

El propósito de este estudio fue describir el tratamiento anti-hipertensión no-farmacológico seguido por un grupo de ancianos portadores de hipertensión con la intención de subvencionar el cuidado de Enfermería. Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo realizado con 54 ancianos, de ambos sexos, portadores de hipertensión. La recogida de datos fue por medio de fuente primaria entre agosto y septiembre de 2007. Se verificó que 26% y 20% de los ancianos relató que no controlaba el consumo de sal y de grasa animal o vegetal en su dieta diaria, respectivamente; pocos ancianos admitieron el tabaquismo y el consumo de bebidas alcohólicas; 21 ancianos relataron situaciones constantes de estrés e incapacidad de lidiar con ellas; 26 ancianos declararon el uso de medicamentos a base de plantas medicinales (fitoterapia); 64,8% declararon practicar actividades físicas con regularidad. Se concluye que los ancianos todavía sufren con problemas relacionados a la hipertensión, lo que ocasiona el aumento del riesgo de desarrollo de complicaciones decurrentes de la enfermedad, debiendo el cuidado a esta población ser profundizado por la Enfermería.

DESCRIPTORES: Enfermería; Anciano; Perfil de Salud; Hipertensión; Medicamentos Fitoterápicos.

* Trabalho extraído da dissertação "Idosos em tratamento farmacológico anti-hipertensivo: parâmetros para o cuidado clínico de Enfermagem", 2007, apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

¹ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS-UECE). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista CAPES/Brasil. E-mail: celidajuliana@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do CMACCLIS-UECE/Brasil. Pesquisadora do CNPq. E-mail: tmmoreira@yahoo.com

INTRODUÇÃO

Na busca por um envelhecimento ativo e saudável é imprescindível a observação atenta do crescimento da população idosa no país e, aliado a isto, o aumento na demanda de serviços de saúde especializados a essa população. A diversificação das ações dos profissionais de saúde, em destaque os enfermeiros a esta parcela populacional, vem sendo foco de diversos estudos, na tentativa de viabilizar vida com qualidade para os mesmos, reduzindo os efeitos e consequências dos diversos distúrbios que acometem a velhice, especialmente as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – DCNT.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2020 as DCNT serão a principal causa de incapacidades e, dentre as doenças mais comuns na população idosa, a hipertensão arterial (HA) se destaca, por ser uma entidade multifatorial e depender da colaboração e participação ativa do indivíduo hipertenso para seu controle, constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde. Se não tratada adequadamente, a HA pode acarretar graves consequências para o indivíduo, estando entre as causas mais frequentes de morbi-mortalidade dos adultos e idosos⁽¹⁾.

A HA é considerada um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% das mortes por doença arterial coronariana no país. É importante refletir na gravidade das consequências desses eventos, que são apontados como a quinta causa de óbito em todo o mundo^(2,3).

Dados como estes, por si só justificam a importância dos profissionais da saúde orientarem e estimularem constantemente o portador de hipertensão a modificar hábitos nocivos à sua saúde, auxiliando-o a controlar seus níveis pressóricos.

Os profissionais de saúde devem sempre buscar parcerias com os idosos, seus familiares, o pró-

prio serviço de saúde e toda a sociedade, com vistas a contribuir para preservação da auto-estima e independência funcional do ser idoso⁽⁴⁾. Complicações decorrentes da hipertensão, devem ser postergadas ao máximo, para que a dependência, principalmente a física, e as incapacidades manifestadas pelos idosos sejam somente aquelas decorrentes do próprio envelhecimento, ou seja, passíveis de adaptação fácil pelo idoso e não aquelas que venham a comprometer excessivamente suas atividades de vida diária.

Por ter importante participação no acompanhamento sistemático e educação em saúde dos clientes com hipertensão arterial, o enfermeiro torna-se responsável pelas orientações quanto à importância do controle da pressão arterial, acerca da continuidade do tratamento e na prevenção de sequelas decorrentes dessa doença⁽⁵⁾. Um aspecto de fundamental importância para o controle tensional é o seguimento da terapêutica não medicamentosa, espaço onde o enfermeiro também deve encontrar-se inserido, buscando estratégias junto ao cliente para aumentar sua adesão⁽⁶⁾.

Ao conhecer variáveis que influenciam nesta modalidade de tratamento, o enfermeiro tem dados concretos para ajudar o idoso a dar um correto seguimento à terapêutica instituída, ou seja, este conhecimento poderá mostrar a contribuição dos cuidados clínicos de enfermagem na saúde da população idosa, dimensionando a prática do trabalho de enfermagem para as reais necessidades dessa clientela.

Nosso pensamento revela que se o idoso não tiver esclarecimentos sobre sua real situação de saúde, causas e consequências do tratamento e importância da adesão ao mesmo, possivelmente o tratamento anti-hipertensivo será interrompido ou até mesmo abandonado. Ao fazer isso, terá seus valores tensionais alterados, o que acarretaria em aumento do risco de desenvolvimento ou agravamento de doenças coronarianas, outras doenças cardiovasculares e eventos metabólicos. Seguindo este raciocínio, visualizamos o enfermeiro como peça fundamental no auxílio ao

idoso em tratamento para HA, procurando minimizar os riscos do surgimento de complicações e outras doenças associadas e incentivando o idoso a sentir-se corresponsável por sua saúde.

Encontrar estratégias que maximizem o envolvimento do idoso com as mudanças de hábitos necessárias a uma vida com saúde, nos levam a crer que com este estudo, podemos contribuir no aprimoramento do conhecimento sobre o tratamento e no planejamento de ações eficazes na redução do abandono/interrupção do tratamento, visando prevenir complicações da hipertensão nos idosos com a doença instalada, contribuindo para detenção do avanço dessa silenciosa e agressiva doença.

Com este estudo, pretendemos também chamar a atenção dos enfermeiros para a importância de se conhecer os domínios que envolvem o cuidado global ao idoso. Para realizar um cuidado efetivo e com qualidade, o enfermeiro deve buscar aprofundar seu conhecimento sobre os aspectos clínicos, farmacológicos, fisiológicos e psicológicos do envelhecimento, além de ampliar suas técnicas e fundamentos da educação em saúde voltada à parcela da população, suas famílias e cuidadores formais ou informais.

Para tanto, objetivamos descrever o tratamento anti-hipertensivo não-farmacológico seguido por um grupo de idosos portadores de hipertensão na tentativa de subsidiar o cuidado de Enfermagem a esse grupo.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo descritivo, transversal, com natureza quantitativa. Foi realizado junto a um grupo de idosos vinculado à Secretaria de Assistência Social e à Secretaria de Saúde do município de Fortaleza/CE, no período de maio a dezembro de 2007.

O grupo conta com cerca de 150 idosos cadastrados, procedentes de vários bairros de Fortaleza e de outros municípios circunvizinhos. Eles têm duas reuniões semanais, com duração média de duas ho-

ras. De acordo com observações prévias, aliadas às informações dadas pela coordenação responsável pelo grupo, verificou-se a frequência média de participantes por reunião de 60 idosos.

O ingresso na instituição para a coleta dos dados necessários ao andamento da pesquisa foi efetivado com autorização da coordenação, mediante encaminhamento de ofício, juntamente com o projeto da pesquisa. Já os participantes selecionados para a investigação assinaram o termo de consentimento após o esclarecimento dos objetivos do estudo.

A população estudada foi composta por todos os idosos que apresentavam diagnóstico médico de hipertensão arterial, sendo a amostra constituída por aqueles que atenderam aos critérios de inclusão amostral: estar o(a) idoso(a) consciente e orientado(a) durante a coleta dos dados; ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial há pelo menos um ano; estar em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial há pelo menos seis meses; comparecer a, pelo menos, três reuniões do grupo, durante o período da coleta de dados (devido à necessidade de verificação da pressão arterial em pelo menos três momentos distintos).

Após a análise dos cadastros do grupo identificamos 62 idosos com diagnóstico prévio de hipertensão e em tratamento farmacológico; desses, seis não compareceram às reuniões em que a pesquisadora estava colhendo as informações; dois idosos encontravam-se em tratamento medicamentoso há menos de seis meses, contados a partir do início da coleta. Com isso, 54 idosos em tratamento anti-hipertensivo foram incluídos no estudo.

A coleta de dados se deu por fonte primária (direto com os idosos), e ocorreu no período de agosto a setembro de 2007, no espaço do Salão do Idoso, durante as reuniões do grupo. Foi aplicado um formulário no primeiro encontro com o idoso, onde foram investigadas as principais características sociodemográficas, clínicas e as medidas higiênico-dietéticas adotadas pelo idoso em seu tratamento anti-hipertensivo. Vale ressaltar que houve ainda a verificação da

pressão arterial dos idosos em três encontros distintos, obedecendo-se à técnica de verificação da pressão arterial normatizada pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽⁷⁾.

Sabemos que os aparelhos mais fidedignos na verificação da pressão arterial são os esfigmomanômetros de coluna de mercúrio, contudo, devido à dificuldade de obtenção de tal equipamento, os valores tensionais foram aferidos utilizando esfigmomanômetro aneróide, previamente calibrado, regulado e atestado pelo INMETRO, obedecendo-se o tamanho do manguito adequado à circunferência do braço do idoso, além do estetoscópio biauricular de uso pessoal da pesquisadora. Os indivíduos encontravam-se na posição sentada, de acordo com as condições de cada participante. A verificação foi realizada após 5 minutos de repouso de cada participante.

Os dados foram analisados descritivamente e estatisticamente, sendo calculados as médias e desvios padrão das variáveis quantitativas e a associação entre variáveis foi investigada utilizando-se o teste de χ^2 (considerou-se como significante $p < 0,05$). Os dados foram processados no software SPSS versão 13.0.

Atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado para implementação sob o processo sendo aprovado, sob o protocolo de N° 07290341-4.

Parte do projeto foi financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por meio de bolsa de formação acadêmica. Os demais gastos com o estudo foram assumidos pela pesquisadora.

RESULTADOS

A partir dos critérios de inclusão, foram investigados alguns aspectos importantes do tratamento anti-hipertensivo não-medicamentoso de 54 idosos, de

ambos os sexos, frequentadores ativos das reuniões do salão do idoso. Na tabela 1 apresenta-se seu perfil de caracterização:

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos. Fortaleza, 2007.

	F	%	Média	DP
Sexo				
Masculino	14	25,9		
Feminino	40	74,1		
Faixa Etária (anos)				
60 70	24	44,4		
70 80	26	48,1	69,83	± 7,244
80 90	4	7,4		
PA				
Controlada	36	66,7		
Limítrofe	4	7,4		PAS = ± 21,19
Não controlada	3	5,5	128,4 x 73,5	
HA sistólica isolada	20,4			PAD = ± 7,244
isolada	11			
Adesão				
Ideal	14	25,9		
Não adesão leve	32	59,3	8,21	± 0,956
Não adesão moderada	8	14,8		

n = 54; f = Frequência absoluta;

% = Frequência percentual;

DP = Desvio padrão

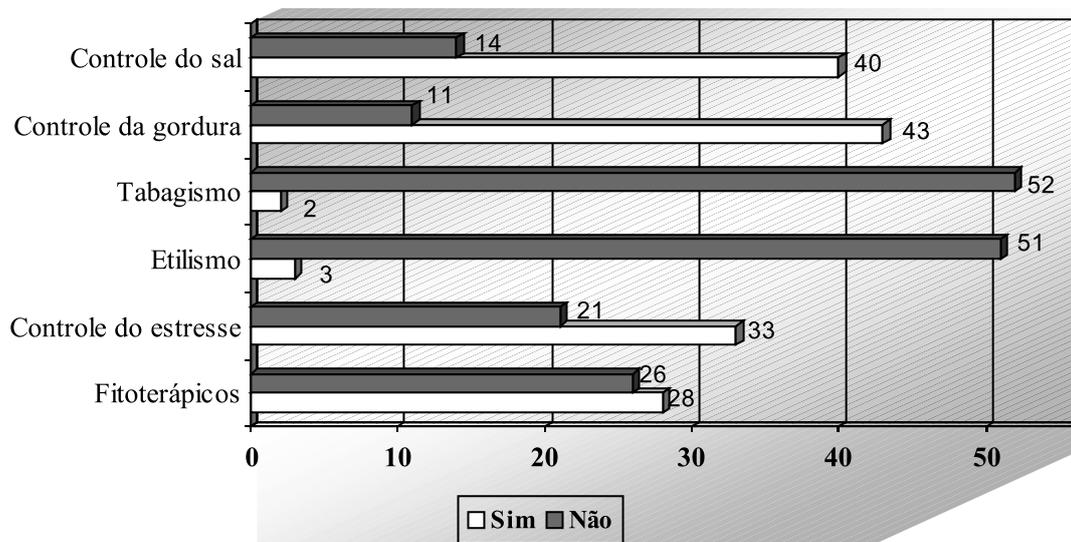
PAS = Pressão arterial sistólica;

PAD = Pressão arterial diastólica;

HA = Hipertensão arterial

Descrevendo as principais características sociodemográficas, observa-se que houve prevalência do sexo feminino, faixa etária de 70 a 79 anos e renda familiar mensal inferior a dois salários mínimos. Já quanto às características clínicas levantadas, houve presença de pressão arterial controlada em cerca de 66% dos idosos e 74,1% deles apresentam algum grau de não-adesão à terapêutica farmacológica e/ou não farmacológica instituída para a hipertensão arterial.

Ao investigar o tratamento não-farmacológico adotado pelos idosos no controle da hipertensão arterial, observam-se alguns aspectos no gráfico 1, a seguir:

Gráfico 1 – Aspectos do tratamento não-farmacológico adotado pelos idosos. Fortaleza, 2007.

Quase 26% dos idosos relataram não controlar o consumo de sal em sua dieta diária, assim como pouco mais de 20% também não realizavam controle sobre o consumo de gordura animal ou vegetal.

Em relação ao tabagismo e ao consumo atual de bebidas alcoólicas, tem-se que duas e três idosos, respectivamente assumiram tal prática.

Já em relação ao controle do estresse, 21 idosos referiram situações constantes de estresse e inabilidade em lidar com tais situações, apesar de grande parte deles demonstrar durante os encontros o desejo de modificar seu comportamento.

Foi investigado também o uso de algum tipo de preparado à base de plantas medicinais ou fitomedicamento para auxílio no controle pressórico dos idosos. Dos 54 participantes da pesquisa, pouco mais da metade relataram esta prática (51,9%; 26 idosos), alguns por indicação de profissionais da saúde, conhecimento prévio da planta ou indicação de amigos e familiares.

No que se refere à prática de atividades físicas pelos idosos, foi investigado se o idoso realizava alguma atividade, sua regularidade e intensidade. Encontramos que 64,8% dos 54 idosos relataram praticar atividades físicas regularmente semanalmente, seja ela leve (23 idosos) ou moderada (12 idosos). As ativida-

des mais relatadas foram a caminhada e hidroginástica, além da ginástica oferecida por um projeto do Corpo de Bombeiros três vezes na semana. Pouco mais de 35% dos idosos pesquisados referiram não fazer nenhum tipo de exercício físico. Em relação a esses idosos, todos apresentaram alguma falha na adesão à terapêutica anti-hipertensiva instituída ($p = 0,000$).

DISCUSSÃO

Os achados sociodemográficos e clínicos dos idosos participantes do estudo são semelhantes a outras pesquisas realizadas com populações de hipertensos^(6,8-9).

O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que, favoreçam a redução da pressão arterial e está indicado a todos os hipertensos, independente da idade. A adesão a esta modalidade terapêutica requer muito esforço e determinação tanto por parte do portador de hipertensão quanto dos profissionais que o assistem.

Dentre as modificações que comprovadamente reduzem a PA, tem-se: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas e

prática de exercícios físicos com regularidade. Como argumentos positivos para a adoção dessas medidas, temos: baixo custo e risco mínimo; redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; e redução do risco cardiovascular⁽⁷⁾.

Esta modalidade de tratamento para a hipertensão arterial deve ser encorajada nos idosos, especialmente pela frequência com que apresentam comorbidades, levando-se em conta as restrições físicas, psicológicas e sociais, impostas naturalmente pelo envelhecimento propriamente dito. Com isso, o profissional de saúde deve preocupar-se também com intervenções terapêuticas, que possam melhorar ainda mais o bem estar dos pacientes hipertensos.

Ao se tentar investigar o consumo diário de sal, 14 idosos referiram seu consumo bem acima dos padrões recomendados pela literatura: 6g de sal por dia (2,4 g/dia de sódio), correspondente a quatro colheres de café (4g) rasas de sal adicionadas aos alimentos⁽⁷⁾. Vale salientar que, apesar da maioria dos idosos referir consumo adequado de sal, este índice é subjetivo, pois não há como ter comprovação da quantidade de sódio ingerida por eles no dia-a-dia.

Uma metanálise realizada em 2003 mostra que a redução da pressão arterial é tanto maior quanto maior for a diminuição no conteúdo de sal na dieta. Os autores verificaram que a redução de 3g no consumo de sal diminui de 3,6 a 5,6 mmHg na pressão sistólica e de 1,9 a 3,2 mmHg na diastólica, em portadores de hipertensão. Com redução de 6g e 9g no consumo de sal, o efeito hipotensor duplica e triplica respectivamente⁽¹⁰⁾.

Apesar de alguns estudos concluírem que a diminuição do consumo de sal na população geral não produz um efeito uniforme em todos, quando se trata da redução da pressão arterial, outros autores reforçam que isto pode ser decorrente da sensibilidade ao sal, definida como a diferença individual na resposta da pressão arterial a mudanças no consumo de cloreto de sódio⁽¹¹⁾. Mesmo sem ter como saber quem é

resistente ao sódio ou não, a recomendação do profissional de saúde para a redução do consumo de sal pelo idoso portador de hipertensão é sempre válida.

Para atingir este objetivo, as Diretrizes de Hipertensão Arterial recomendam reduzir a quantidade de sal adicionado aos alimentos na hora do preparo, evitar o saleiro à mesa e abolir, ou pelo menos diminuir, o consumo de alimentos industrializados, como enlatados, conservas, frios, embutidos, sopas, temperos, molhos prontos e salgadinhos⁽⁷⁾. Entretanto, uma questão importante é que a redução excessiva do consumo de sal pelo hipertenso também deve ser evitada, principalmente naqueles em uso de medicamentos diuréticos, devido ao risco de hiponatremia, hipovolemia e hemoconcentração⁽⁷⁾.

Outro ponto de destaque no tratamento não-farmacológico do idoso com hipertensão refere-se ao consumo diário de gordura, onde é aconselhável a recomendação geral de uma dieta para controle da HA baseada no baixo consumo de gordura saturada, colesterol e calorias. Neste estudo, 79,6% dos idosos afirmaram ter esse cuidado em relação ao consumo de gorduras diariamente.

A ingestão de uma dieta com altos níveis de gordura saturada determina o teor de LDL (*Low Density Lipoproteins*) no sangue, ou seja, a quantidade do “mau” colesterol que se acumula nas paredes arteriais. E é exatamente o alto nível de colesterol (LDL e colesterol total) no sangue que causa quase 8% do total de óbitos no mundo. Essa alimentação hipercalórica e gordurosa gera outro grave problema: o excesso de peso, que afeta cerca de um bilhão de adultos da população mundial^(9,12).

Além de recomendar baixa ingestão de gordura e calorias, existe a recomendação de que a dieta do portador de hipertensão deve ser abundante em frutas, vegetais, fibras, pouco consumo de açúcares e a utilização de produtos derivados do leite com baixo teor de gordura, o que auxilia também na redução do peso corporal. Em estudo da *INTERHEART* de 2004, realizado em 52 países, comprovou-se que a ingestão

de frutas e vegetais representa um fator importante de proteção para doença coronária aguda em idosos⁽¹³⁾.

Em relação ao tabagismo dos idosos, descobriu-se um bom dado após a análise, onde somente dois idosos relataram uso atual de cigarro. As Diretrizes orientam abolir totalmente o cigarro da vida do portador de hipertensão⁽⁷⁾. Além do efeito constrictivo, que provoca diversas alterações hemodinâmicas agudas e potencialização do risco de desenvolvimento de cardiopatias isquêmicas, o cigarro duplica o risco de doença arterial coronariana, onde 30% delas são atribuídas ao número de cigarros fumados diariamente⁽¹⁴⁾.

Em Fortaleza, o percentual de fumantes segundo o Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis entre 2002 e 2003 foi de 18,4% (23,9% para o sexo masculino e 14,2% para o feminino), revelando a maior prevalência de tabagistas entre as cidades da região Nordeste⁽¹⁵⁾.

Analisando-se a frequência do etilismo entre os idosos, temos outro bom índice, com três idosos relatando consumo atual de álcool (5,6%). Na cidade de Fortaleza, também entre o período de 2002 a 2003, foi constatado que o consumo de álcool por homens foi duas vezes maior do que entre as mulheres e a faixa etária de 25 a 49 anos foi a que apresentou o maior percentual (53,0%). A faixa de menor consumo ficou entre as pessoas acima de 50 anos (30,3%)⁽¹⁵⁾.

Muitas pessoas passam a exagerar na bebida alcoólica a partir dos 60 anos, como uma resposta a fatores de estresse associados ao envelhecimento, como, perda da saúde, dor crônica, perdas emocionais, baixa auto-estima, sentimento de abandono, alteração de suas rotinas, dificuldades financeiras, entre outros⁽¹⁶⁾.

A enfermagem deve estar atenta a essa problemática, pois além do efeito direto do álcool na ativação do sistema nervoso simpático, causando elevação na PA e das consequências que o idoso enfrenta por conta do seu uso, esse consumo afeta também a tomada medicamentosa, prejudicando o tratamento anti-hipertensivo.

Estudos evidenciados nas Diretrizes de Hipertensão mostram que pode ocorrer declínio de até 4,1 mmHg no valor da pressão sistólica e 2,6 mmHg na pressão diastólica somente com a redução no consumo de etanol⁽⁷⁾.

Uma boa conduta alimentar para a pessoa com hipertensão deve ser objetivos das estratégias intervencionistas da enfermagem. A orientação alimentar realizada pelo profissional de saúde deve se dar de forma negociadora, já que esta conduta é um dos fatores importantes do tratamento não farmacológico para o controle da hipertensão. Novas tecnologias de cuidados devem ser desenvolvidas para esta população, a partir do conhecimento prévio das necessidades e dificuldades do idoso portador de hipertensão^(17,18).

Outra característica clínica de relevante interesse para os profissionais da enfermagem é saber se o idoso se considera estressado ou não. No grupo envolvido neste estudo, tem-se que 38,9% idosos referiram apresentar-se envolvidos em situações estressantes constantemente, evidenciando uma inabilidade de resolução para essas situações.

Por conta dos mecanismos descritos anteriormente, vimos que condições estressantes (quer sejam físicas, sociais, financeiras, psicológicas, entre outras), acarretam em desequilíbrio psico-emocional. O papel do tratamento anti-estresse, ou seja, o uso de técnicas que visam a modificações das respostas comportamentais dos indivíduos hipertensos deve ser estimulado⁽¹⁹⁾.

A reatividade cardiovascular do hipertenso, que ocorre diante de determinadas situações ou eventos, pode servir de alerta e ser de grande valor resultando em melhoria no autocuidado. No entanto, aumentos súbitos ou por período de tempo prolongado dos parâmetros cardiovasculares devem ser evitados ou minimizados, por meio de um trabalho multiprofissional que contemple os aspectos relacionados ao controle do estresse emocional e às características psicológicas do paciente, favorecendo o gerenciamento da PA e a manutenção de uma melhor qualidade de vida^(5,9,17).

Neste estudo buscamos ainda investigar a prática pelos idosos do uso de fitoterápicos, fitomedicamentos ou preparados caseiros à base de plantas medicinais como forma de tratamento da hipertensão. Apesar de haver poucos estudos afirmando a eficácia de determinadas plantas no combate aos níveis pressóricos elevados, notamos que muitas pessoas recorrem a esse tipo de tratamento. Este fato foi observado também em outros grupos de idosos^(6,8,20).

O uso desse tipo de terapia alternativa foi observado em 51,9% dos idosos pesquisados. Quase a totalidade deles fazia uso da infusão de colônia (*Alpinia speciosa Schum*), planta comprovadamente válida neste caso⁽²¹⁾. Outros idosos pesquisados referiram fazer uso de preparados caseiros, mas não no controle da HA.

Entretanto, os profissionais de enfermagem devem ficar atentos a este uso, já que são comuns os conceitos equivocados a respeito de sua segurança e finalidade. O fato de uma substância ser designada “natural” não quer dizer que ela seja isenta de riscos.

Outro aspecto clínico importante a ser avaliado como medida de controle dos níveis pressóricos refere-se à prática de atividade física pelos idosos. Exercícios, mesmo que em graus moderados, têm efeito protetor contra a doença arterial coronariana e sobre todas as causas de mortalidade, além de trazer grandes benefícios à saúde, como elevação do HDL-colesterol, redução de cifras na hipertensão arterial e auxílio na redução do peso corporal⁽¹⁵⁾.

Entre os idosos participantes da investigação, 35,2% assumiram não praticar nenhuma atividade física, enquanto que 23 idosos praticavam atividade semanal leve e 12 deles praticavam atividades moderadas. Entretanto, a ausência de atividade física deve ter suas causas cuidadosamente investigadas. O profissional deve atentar para as condições físicas do idoso antes de orientá-lo a iniciar algum tipo de atividade.

Como visto até o momento, o tratamento não-farmacológico adotado pelos idosos em questão é de

suma importância no resultado final do seu estado geral de saúde. O conhecimento prévio dessas informações pode proporcionar ferramentas poderosas para que o enfermeiro atue diretamente nos pontos críticos, auxiliando o idoso na adoção dessas práticas saudáveis.

Documentos da Organização Pan-Americana da Saúde estimam que 3,9 milhões de pessoas no mundo morrem anualmente devido à hipertensão e outras cardiopatias. 80% dos casos de doença coronariana e 75% de outras doenças cardiovasculares poderiam ser evitados mediante a mudança nos hábitos alimentares, aumento da atividade física, abandono do tabagismo, controle da hipertensão e dos níveis de colesterol sanguíneo⁽¹²⁾.

As mudanças no estilo de vida, envolvidas no tratamento não-medicamentoso do indivíduo com hipertensão devem ser prescritas e encorajadas por todos os profissionais da saúde a todos os idosos, independentemente dos níveis tensionais, já que essas ações comprovadamente podem prevenir ou retardar a instalação de hipertensão em idosos com valores limítrofes e reduzir os valores já elevados em idosos hipertensos⁽¹³⁾.

Esta não é uma tarefa fácil, pois exige mudanças comportamentais de hábitos culturais adquiridos ao longo de muitos anos de vida. Daí a importância das ações de enfermagem contínuas junto aos idosos portadores de hipertensão.

CONCLUSÃO

O grupo apresentou predominância feminina, idade entre 70 e 79 anos e grande parte tinha pressão controlada, embora a maioria tenha apresentado não adesão, ainda que leve.

A descrição do tratamento anti-hipertensivo não-farmacológico seguido pelo grupo mostrou que 1/4 dos idosos com hipertensão não controlavam o sal na dieta e 1/5 não controlavam a gordura. O tabagismo e etilismo aconteceram no estudo em situações

isoladas, no sexo feminino. Quase metade dos idosos referiu estresse e ausência de mecanismos anti-estressantes, embora mais da metade tenham referido consumo de chás. Grande parte do grupo praticava exercícios físicos.

Vimos que, apesar de buscarmos cumprir aspectos relativos ao tratamento não-medicamentoso e, concomitantemente, estarem em tratamento farmacológico para hipertensão arterial e em constante acompanhamento multiprofissional de sua saúde, os idosos integrantes do grupo em questão ainda sofrem com problemas relacionados à hipertensão, acarretando no aumento do risco desses indivíduos desenvolverem complicações decorrentes da doença.

A identificação e o conhecimento dos fatores de risco cardiovasculares em grupos populacionais, como os idosos, é fundamental ao desenvolvimento de estratégias de saúde pública na prevenção primária, visando a redução da morbimortalidade por esses problemas. Sem dúvida, este é um dos aspectos a serem observados pelo enfermeiro no cuidado a essa população.

REFERÊNCIAS

1. Luna RL. Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Lima FET, Araújo TL, Moreira TMM, Lopes MVO, Medeiros AM. Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza-CE. Rev Rene. 2009; 10(3):37-43.
4. Silva MJ, Lopes MVO, Araújo MFM, Moraes GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. Acta Paul Enferm. 2006; 19(2):201-6.
5. Moreira TMM, Araujo TL, Pagliuca LMF. Alcance da teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. Rev Gaúcha Enferm. 2001; 22(1):74-89.
6. Oliveira CJ, Araujo TL, Moreira TMM. Idosos com hipertensão arterial: Interferências em sua qualidade de vida. Rev Baiana Enferm. 2002; 17(3):109-12.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2006; 13(4):260-312.
8. Oliveira CJ, Araujo TL. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. Rev Eletr Enferm. 2007; 9(1):93-105.
9. Assis LS, Stipp MAC, Leite JL, Cunha NM. A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(2):265- 70.
10. He FJ, MacGregor GA. How far should salt intake be reduced? Hypertension [periódico da Internet]. 2003 [citado 2009 mar 9]; 42: 1093-9. Disponível em: <http://www.hyper.aha-journals.org>.
11. Pereira AC, Krieger JE. Sal, hipertensão e genética. Hipertensão. 2004; 7(2):61-4.
12. Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OMS; 2003.
13. Gravina CF, Grespan SM, Borges JL. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. Rev Bras Hipertens. 2007; 14(1):33-6.
14. Jardim PCBV, Monego ET, Sousa ALL. A abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: Pierin AMG, coordenadora. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004. p. 119-38.
15. Boletim de Saúde de Fortaleza. Doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2005.

16. Felten BS, Gray-Vicrey P, Mangin EJ, Purvis G, Ross-Kerr JC, Vontz MJ. Geriatria e gerontologia. São Paulo: Reichmann & Autores; 2005.
17. Pires CGS, Mussi FC. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1):229-36.
18. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. Texto Contexto-Enferm. 2008; 17(1):90-7.
19. Lipp MEN. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. Rev Bras Hipertens. 2007; 14(2):89-93.
20. Oliveira CJ. Idosos em tratamento farmacológico anti-hipertensivo: parâmetros para o cuidado clínico de enfermagem [dissertação]. Fortaleza (CE): Centro de Ciências da Saúde: Universidade Estadual do Ceará; 2007.
21. Matos FJA. Farmácias vivas - Sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. 4ª ed. Fortaleza: Ed UFC; 2002.

RECEBIDO: 03/09/2009

ACEITO: 24/11/2009