

1. INTRODUÇÃO

O município de Estrela do Sul – MG foi descoberto em 1722 pelo Bandeirante João Leite da Silva Ortiz, que encontrou diamantes às margens do rio Bagagem. Em 1853 foi achado diamante de rara beleza e pureza às margens do rio Bagagem, pesando 259,5 quilates pela escrava Rosa que foi vendido pelo seu dono Sr. Cassimiro. O diamante foi batizado de Estrela do Sul e hoje se encontra na Índia. Em 19 de setembro de 1861 foi elevada à categoria de cidade. Segundo fonte do IBGE (2011) Estrela do Sul, tem uma extensão territorial de 822 Km², conta com uma população de 7.446 habitantes sendo 4.046 pessoas cadastradas e acompanhadas pelo PSF da zona rural e 3.270 cadastradas e acompanhadas pelo PSF da zona urbana (BRASIL, 2011). Hoje suas principais fontes de renda são as serrarias, as lavouras de café e de tomate, e a agropecuária.

Em relação à saúde, o município de Estrela do Sul – MG faz parte da Região Triângulo Norte e da Macrorregião de Uberlândia, da Microrregião de Patrocínio/Monte Carmelo, responde pela Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia. Na Atenção Primária conta com 02 Policlínicas, a Policlínica Dr. Amaury Ferreira da Silva na zona urbana no centro da cidade e a Policlínica Nenê Guimarães na zona rural no Distrito de Dolearina, as quais oferecem à população atendimento do PSF e atendimento especializado. Na zona rural há dois postos de Saúde, um Posto de Saúde no Distrito de São Félix e outro Posto de Saúde no Distrito de Chapada de Minas e um Hospital Sebastião Paes de Almeida localizado no Distrito de Santa Rita.

Assim, em 2002, houve a implantação do Programa Saúde da Família(PSF) com a estratégia de promover a saúde e prevenir doenças em todo o território municipal. Hoje o PSF conta com 02 equipes uma na zona urbana e outra na zona rural composta cada equipe por 09 ACSs, 01 Técnica de Enfermagem, 01 Enfermeira e 01 Médico generalista, cobrindo uma área de 98% de todo território municipal.

O alvo do trabalho é Dolearina, que segundo moradores e o nome científico do líquido que sai da planta gameleiras seu primeiro nome, situa-se às margens da Rodovia MG 223, e foi elevada a categoria de distrito em 1923.

Em 2007 (diagnóstico de Saúde de Dolearina) contava com uma população de 1.767 pessoas, hoje conta com uma população de 2.381 (Brasil, 2011) pessoas cadastradas e acompanhadas pelo PSF Rural, que é flutuante, vindas do norte e nordeste do país em busca de melhores condições de vida. Segundo a Síntese do Diagnóstico Situacional de Dolearina/2009, havia 239 pessoas hipertensas cadastradas e acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família, entretanto, em maio/2011, segundo os registros da equipe, Dolearina conta com uma população de 152 idosos e destes 112 são hipertensos e 53,7% dessa população idosa não usa medicamento na dose, horário e prescrição certa, com isso podemos observar que a maioria tem dificuldade em manter a pressão arterial em níveis aceitáveis.

Através do levantamento de dados deste estudo, queremos salientar os fatores envolvidos na dificuldade da adesão ao tratamento medicamentoso para idosos hipertensos, almejando estimular o autocuidado entre os idosos do município em voga, este projeto irá trabalhar com a educação permanente nos grupos de portadores de hipertensão arterial (HA), dando ênfase à patologia, ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, aos fatores de risco, complicações, etc. e também desenvolvendo um trabalho educativo individual, sanando as dúvidas pertinentes à hipertensão, baseado na teoria do autocuidado de Orem.

2 OBJETIVOS

1 Objetivo geral

Discutir a implantação do o autocuidado como forma de amenizar a falta de adesão ao tratamento medicamentoso nos idosos hipertensos.

2 Objetivos específicos

Descrever a hipertensão, na pessoa idosa;

Descrever os fatores que levam a falta de adesão ao tratamento medicamentoso relacionado com a hipertensão no idoso;

3 METODOLOGIA

O estudo foi elaborado, na língua portuguesa, através de uma pesquisa bibliográfica, na modalidade revisão narrativa de livros e de artigos significativos na literatura científica referente ao idoso hipertenso, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e o autocuidado.

Portanto, através das narrativas, teremos acesso às experiências de outros, de modo indireto, pois estas vem do modo como foi interpretadas. Quando a pessoa fala de suas experiências reconstruindo eventos passadas, ela expressa a sua compreensão atual, que são usados para gerar expectativas futuras. (SILVA – 2002)

Dessa forma, foram utilizadas as seguintes fontes de dados: Bireme, Liliacs, Scielo, Biblioteca virtual do NESCON, dados das fichas A da equipe do PSF Rural de Dolearina, distrito de Estrela do Sul – MG, livros de acervo pessoal, foram usadas as seguintes palavras chaves: envelhecimento, idoso, hipertensão, pressão alta, falta de adesão ao tratamento medicamentoso e autocuidado. Depois do levantamento dos livros e publicações, realizou-se leitura criteriosa selecionando as citações que se referia ao objetivo do trabalho.

Este trabalho de revisão de literatura quer demonstrar o idoso hipertenso e a dificuldade na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e mostrar que com a implantação do autocuidado, através da teoria de Orem, poderemos mudar os conceitos dos idosos em relação a saúde e a doença e quem sabe conseguir a aderência ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

4 DESENVOLVIMENTO

Mudanças Demográficas

A mudança no perfil demográfico da população mundial, não é um fenômeno repentino ou inesperado, é resultante das transformações ocorridas em décadas pregressas e trata-se de processo inexorável, onde houve um crescimento significativo na população de idosos. Nas primeiras décadas passadas, no Brasil, a taxa de mortalidade era muito elevada, três de cada cem brasileiros morriam a cada ano, freando o crescimento da população, apesar da taxa de fecundidade ser muito alta. A maioria desses óbitos ocorridos entre crianças, cuja causa principal era as doenças transmissíveis associada á pobreza e a desnutrição. Com a queda da mortalidade infantil na década de 40 e a descoberta dos métodos contraceptivos na década de 60, a taxa de fecundidade começou a declinar, proporcionando o envelhecimento da população (CHAIMOWICZ *et al.* 2009).

Dessa forma, acredita-se que em 2025 o Brasil será a sexta população idosa do mundo. Envelhecer não será mais proeza de poucos, mas sim um fenômeno novo com os quais os países mais ricos ainda não estão adaptados (KALACHE *et al.*, 1987).

O aumento da população idosa associado às mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida tem refletido sobre o padrão de morbimortalidade, nos países em desenvolvimento como o Brasil, o avanço da medicina e as melhorias condições de vida da população, repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo a expectativa do IBGE, o país continuará aumentando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, mas como consequência desse envelhecimento populacional, ocorre o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (WHO,1998).

Em relação ao idoso estão sendo acometidos por doenças que requer um tempo maior de tratamento, acarretando gastos altos de recursos humanos e materiais, se não houver um cuidado maior com este paciente cardiovascular ou

com artrite hoje, amanhã ele será o motivo de constantes assistência médica (KALACHE *et al.*, 1987).

Envelhecer

Considera-se como envelhecimento um processo biológico que ocorre durante toda a vida. Compreende-se um processo natural, de redução progressiva das reservas funcionais dos indivíduos (senescência), ou na condição patológica ocasionada por doenças, acidentes e estresse emocional (senilidade). As progressivas limitações não impedem de redescobrir possibilidades de viver uma vida com a máxima qualidade possível, é um desafio na atenção a pessoa idosa. Quando a sociedade reconhece o valor e as potencialidades da pessoa idosa no contexto familiar e social, essa possibilidade aumenta e parte da dificuldade da pessoa idosa está relacionada a uma cultura que a desvaloriza (BRASIL, 2007).

Assim o envelhecimento intrínseco (a partir da própria pessoa) refere-se àquelas alterações provocadas pelo processo normal de envelhecimento, as quais são geneticamente programadas e quase universais dentro da espécie. A universalidade é o principal critério a ser utilizado na diferenciação entre o envelhecimento normal e anormal. O envelhecimento extrínseco resulta das influências externas à pessoa. Enfermidades e doenças, a poluição do ar e a luz solar constituem exemplos de fatores extrínsecos que podem acelerar o processo de envelhecimento. Esses processos de envelhecimento anormais podem ser eliminados ou reduzidos através das interações efetivas de cuidados da saúde.

Psicologicamente, quando o envelhecimento é bem sucedido, a pessoa idosa consegue adaptar-se às perdas físicas, sociais e emocionais e ter serenidade, contentamento e satisfação na vida. Para a pessoa idosa, as mudanças nos padrões de vida são inevitáveis, necessita das habilidades de lidar com situações quando se confronta com estresse e mudanças (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Portanto envelhecer mantendo suas funções, não é problema, o problema começa quando as funções se deterioram e a autonomia fica prejudicada, pois uma maneira de quantificar a qualidade de vida é através do grau de autonomia desse indivíduo é a sua capacidade de desenvolver as atividades básicas da vida

diária. Qualquer sociedade aspira por um envelhecimento da sua população, mas é também importante que proporcione a esta população uma melhor qualidade de vida com autonomia e independência (KALACHE *e. al.*, 1987).

Devido às alterações próprias do envelhecimento, o idoso tem maior predisposição ao desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo está, a doença crônica principal nessa população.

Na década passada, havia dúvidas que o aumento da pressão arterial sistólica (PAS) ou diastólica (PAD), deveria ser tratada no idoso, após vários estudos foi demonstrado que o tratamento anti-hipertensivo reduz o risco de complicações e há uma necessidade do controle pressórico desta população.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica, assintomática, sem conseqüências imediatas na suspensão do tratamento, exigindo mudanças no estilo de vida e uso diário de medicamentos, com alta frequência de co morbididades e mortalidade e tem como consequência a poli farmácia, tendo maior risco de interações medicamentosas e efeitos adversos. Com o aumento da expectativa de vida, houve maior incidência e prevalência das doenças cardiovasculares, destacando-se a hipertensão arterial sistêmica, que é a principal doença crônica dessa população idosa (MIRANDA *et al.*, 2002).

Além disso, os idosos geralmente não encontram assistência adequada no sistema público de saúde e previdência, conseqüentemente acumulam sequelas de doenças crônico-degenerativas, desenvolvendo incapacidades e perda da autonomia e da qualidade de vida. O aumento dos idosos irá gerar maior número de problemas de longa duração que, frequentemente, exigem intervenções, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado, em termos de utilização dos serviços de saúde, acarretando crescimento de despesas com tratamentos médicos e hospitalares, apresentando desafios para as autoridades sanitárias e requerendo a implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (LYRA JÚNIOR *et al.*, 2006).

Dessa forma, o diagnóstico e tratamento adequados da hipertensão no idoso são de grande importância, pois sua prevalência é muito superior a dos casos conhecidos e tratados e inferior a dos casos controlados. Entre 9 a cada 10 indivíduos acima de 55 anos provavelmente desenvolverão hipertensão arterial durante sua vida, demonstram alguns estudos, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública (MINAS GERAIS, 2007).

De acordo com Zaitune (2006, p. 01) {...} “a hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, destacando os idosos”.

Hipertensão Arterial Sistêmica no Idoso

Segundo Miranda *et al.*, 2002, pag. 295:

{...} Histologicamente ocorre uma distorção da orientação laminar das fibras murais, fragmentação da elastina e aumento do conteúdo de colágeno, ocasionando uma diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo, que somada à arteriosclerose determina um aumento da resistência vascular periférica e da impedância da aorta. Existe forte correlação entre o envelhecimento normal e a diminuição da complacência aórtica, através de vários parâmetros de medição. Idosos com maior nível de condicionamento físico possuem menor intensidade de enrijecimento aórtico. Dessa forma, o endurecimento da aorta contribui muito para a ocorrência da hipertensão sistólica isolada nos idosos. Até mesmo em indivíduos altamente selecionados, sem doença cardiovascular, a pressão sistólica tende a subir durante toda a vida, ao passo que a pressão diastólica aumenta até os 55-60 anos e, então, seus níveis lentamente declinam. Assim, o aumento da prevalência de HAS no idoso ocorre principalmente devido ao aumento da freqüência de HSI. Na população com 65 anos ou mais, quase 40% dos indivíduos têm HSI, e estes representam praticamente dois terços de todos os idosos hipertensos.

Assim, quando o coração bombeia o sangue, a força exercida do sangue contra as paredes internas das artérias é denominado de pressão arterial. A Hipertensão Arterial é uma elevação persistente da pressão sanguínea contra as paredes das artérias, danificando-as. Isso ocorre quando os vasos onde o sangue circula se contraem, havendo uma elevação da pressão do sangue. Por exemplo: comparando o coração e os vasos a uma torneira aberta e ligada a vários esguichos. Ao fecharmos os esguichos a pressão irá subir, ocorrendo o mesmo, quando o coração bombeia o sangue e os vasos estão estreitos, a pressão dentro dos vasos sanguíneos irá aumentar. É uma doença perigosa, por se tratar de uma doença silenciosa, é importante que se faça consultas médicas regularmente (todo ano ou a cada 6 meses). Uma única medida não é suficiente para diagnosticar a hipertensão Arterial. É considerado hipertenso uma pressão arterial mantida acima de 140x90 mmHg em várias medidas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No entanto, há dois tipos de fatores de risco para hipertensão: os não modificáveis e os modificáveis. Os não modificáveis são a hereditariedade, o aumento da idade e a raça negra. Os modificáveis englobam o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de sal, a bebida alcoólica, a obesidade e o estresse, entre outros.

A medida da pressão arterial deve ser realizada em toda avaliação clínica, usando o método indireto com técnica auscultatória, com esfigmomanômetro de coluna de mercúrio e estetoscópio. A hipertensão pode levar a lesões de órgãos-alvo e doenças cardiovasculares como: hipertrofia do ventrículo esquerdo, angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio, revascularização miocárdia prévia, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória, alterações cognitivas ou demência vascular, nefropatia, doenças vascular arterial de extremidades, retinopatia hipertensiva. O objetivo do tratamento é melhorar a qualidade de vida, prevenindo as complicações agudas e crônicas, tratando as doenças concomitantes e reduzindo a mortalidade. Os anti-hipertensivos usados são: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e os antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II. Fatores que podem interferir na resposta terapêutica medicamentosa: é a não-adesão ao tratamento, a utilização equivocada da medicação, hipertensão de jaleco branco, aferição inadequada da pressão arterial, etc.. É uma patologia não-transmissível, crônica, com início silencioso, com algumas repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular, seguidas de co-morbidades com grande impacto para os indicadores de saúde da população (MINAS GERAIS, 2006).

Zaitune (2006, p.01) relata que:

{...} Estima-se que a hipertensão arterial atinja 22% da população acima de 20 anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais de gastos com i,i milhão de internações por ano.

Assim a Hipertensão Arterial, em adultos é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, aferidas em situações diferentes sem uso de medicamentos

hipertensivos. É considerada ótima a pressão arterial 120/80 mmHg. Estudos demonstram que a hipertensão arterial deve ser controlada, reduzindo assim a morbidade e a mortalidade cardiovascular (ROSÁRIO *et al.* - 2009).

Dessa forma, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) uma doença crônica, assintomática, com tratamento medicamentoso prolongado, alta frequência de co-morbidades, poli farmácia, com maior risco de interações medicamentosas e efeitos colaterais, a população geriátrica, deve ser educada em relação à doença durante as consultas e em grupos com assistência multiprofissional. Os pacientes idosos têm maior predisposição às reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos, por isso as intervenções não-farmacológicas devem ser incentivadas (MIRANDA *etal.*, 2002).

O controle da hipertensão tem sido um desafio para os profissionais de saúde, pois os indivíduos devem ter participação ativa no tratamento, modificando os comportamentos prejudiciais à sua saúde e aprendendo outros comportamentos que possam ser benéficos (CADE, 2001).

Os Idosos Hipertensos e a Falta de Adesão ao Tratamento Medicamentoso

A adesão ao tratamento medicamentoso constitui um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e pelos serviços de saúde em especial na atenção básica (GIROTTO, 2007 *apud* DANTAS, 2011).

Assim, essa falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, no Brasil, pode ser mensurada pela quantidade de acidentes vasculares encefálicos como causa de morte, isso poderia ser evitado, com o adequado controle da hipertensão (BLOCH *et al.*, 2008. *apud* .DANTAS, 2011).

Portanto os serviços públicos de saúde, no Brasil, ainda não estão distribuindo e armazenando os medicamentos de forma correta e eficiente, aumentando os custos com saúde de forma desnecessária e diminuindo a qualidade de vida dos pacientes, retroalimentando a demanda pelos serviços clínicos. As prescrições inadequadas, ou ilegíveis, associada ao baixo nível socioeconômico-cultural dos pacientes brasileiros são fatores relevantes na exposição das várias camadas que compõem a sociedade, em especial os idosos, que são mais

susceptíveis a reações adversas no decorrer do tratamento com anti-hipertensivos. Os esclarecimentos fornecidos pelo médico, é frequentemente insuficientes e, é na consulta, que o paciente prioriza os dados a respeito da doença e do diagnóstico, acaba não prestando atenção às informações sobre o medicamento prescrito, isso é devido ao tempo da consulta que é insuficiente para que o paciente compreenda a prescrição, gerando um abandono ao tratamento, ocasionado por falta de informação (LYRA JUNIOR *et al.* , 2006).

Com o tratamento farmacológico associado ao tratamento não-farmacológico efetiva a redução da pressão arterial á níveis inferior a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica, como maneira de alcançar tais objetivos é reconhecer a importância da equipe multiprofissional no cuidado á saúde do idoso, pois a equipe pode influenciar na aceitação, na adaptação, na adesão a farmacoterapia e na mudança de estilo de vida dos idosos em relação a doença (REINERS, 2005 *apud* DANTAS, 2011).

No entanto, por não sentirem nenhum sintoma ou desconforto, muitos idosos conhecem sobre as doenças, sabem de suas consequências, mas param com o tratamento por conta própria.

Assim, identifica-se uma maior prevalência da hipertensão arterial e dos fatores de risco para aumento da pressão arterial e de lesão em órgãos-alvos, nas classes socioeconômicas mais baixas que se associam à baixa escolaridade, tendo menor acesso aos cuidados de saúde e pouco esclarecimento referente ao autocuidado (PICKERING *et al*2005. *apud* DANTAS, 2011).

Portanto, a falta de adesão ao tratamento medicamentoso, deixa sequelas pelo acometimento de órgão alvo, diminuindo a qualidade de vida do idoso, incapacitando-o para tarefas simples do dia a dia, aumentando o nível de estresse e de depressão, reduzindo a auto estima (GUSMÃO 2005 *apud* DANTA, 2011).

Por isso, os idosos devem ter consciência da importância do tratamento, para ter mudanças, e este é o papel do profissional de enfermagem e de todos os membros da equipe de saúde que devem agir como facilitadores desse processo, transmitindo confiança, informações e auxiliando na elevação da quantidade de idosos que irão aderir ao tratamento; tudo isso pode ser efetivado através de ações educativas que proporcionarão ao paciente mais conhecimento

sobre a doença, reconhecendo a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso e o autocuidado.

A Implantação do Autocuidado no Tratamento dos Idosos Hipertensivos

Autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício voltado para a manutenção do bem estar, da saúde e da vida. Quando o adulto acha-se incapacitado ou limitado de realizar o seu próprio cuidado, contínuo e eficaz, pede o auxílio do enfermeiro que poderá oferecer-lhe ajuda, pois o ser humano tem capacidade de prover o autocuidado, sustentando a vida e a saúde, recuperando-se de doenças ou ferimentos, compatibilizando com seus efeitos (LOPES *et al.*, 2008).

A teoria de Dorothea E. Orem é dividida em: teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem. A teoria do autocuidado refere-se ao autocuidado, às demandas terapêuticas e aos requisitos para o mesmo e defini autocuidado como a capacidade que todos os indivíduos tem de cuidar de si em suas necessidades. Assim as demandas do autocuidado terapêutico são classificadas em: requisitos universais, busca manter a vida; ao de desenvolvimento – permiti adaptações para o desenvolvimento do indivíduo; desvio de saúde – autocuidados que se manifestam diante de doenças, incapacidades e tratamentos para o restabelecimento da saúde. Quando estas demandas estão insuficientes, surge o déficit de autocuidado é nesta situação que o profissional de enfermagem atua conforme os sistemas: sistema totalmente compensatório – ausência ou limitação de autocuidado; sistema parcialmente compensatório – alternância do autocuidado; sistema apoio-educação – o indivíduo pode aprender o autocuidado e colocá-lo em prática. O processo de enfermagem – busca determinar as deficiências de autocuidado. Dessa forma, o comprometimento que a pessoa tem com sua saúde o envolvimento com o autocuidado podem ser avaliados pelo uso correto da prescrição, comparecimento às consultas e mudanças no estilo de vida, quando á um déficit de autocuidado, o enfermeiro tem um extenso campo de ação como: orientar, estimular e auxiliar para que os paciente aderem o autocuidado. Foi observado em estudos com hipertensos um déficit na compreensão do processo

saúde-doença, como falta de conhecimento, desinteresse (assintomática) e falta de motivação (MANZINI; SIMONETTI, 2009).

Assim a teoria de déficit de autocuidado de Orem, tem na educação para o autocuidado um processo dinâmico que depende da vontade e da percepção do cliente referente a sua condição clínica, com isso ele pode decidir através de sua cultura se acata ou não o autocuidado proposto. A dificuldade para realizar o autocuidado pode ter a influência de fatores condicionantes como doença ou morte de algum parente, idade, estado de desenvolvimento, orientação sociocultural, estado de saúde, sistema familiar, padrão de vida, recursos usados para se adequar (CADE, 2001)

Segundo Diogénes e Pagliuca (2003, p. 05),

{...} Foi possível percebermos que a teoria do autocuidado para a cliente hipertensa proporciona condições de ser aplicada na pesquisa. As autoras ao utilizarem a proposta de apoio educação integram a pesquisa à prática. Propõem que ao atuarem com as clientes poderão orientá-las sobre quais os fatores relacionados à hipertensão. A utilização desse modelo na prática da enfermeira possibilita vislumbrar o papel desta como educadora e cuidadora da clientela sob sua responsabilidade.

Atualmente o indivíduo e a comunidade querem ser coparticipante das questões de promoção da saúde, indivíduo para Orem inclui o grupo, a família, transformando-se em agentes de autocuidado, devendo receber orientações. Tem como objetivo a promoção da qualidade de vida dos pacientes hipertensos, envolvendo a família e a comunidade nas ações de prevenção da hipertensão, para que a doença permaneça em níveis aceitáveis, diminuindo as complicações que são um sério problema de saúde pública. Assim todos os pacientes que precisam de autocuidado a teoria de Orem se adéqua, mas pode ser voltada para a prevenção de problemas de saúde em pessoas de risco como as hipertensas, pois se trata de uma doença crônica-degenerativa necessitando de um processo educativo sistematizado. A enfermeira tem como ferramenta de trabalho desenvolver o cuidado de enfermagem, sob forma de autocuidado, levando o cliente, conforme a sua capacidade e o seu estado de saúde a transformar-se em agente cuidador (DIOGÉNES; PAGLIUCA, 2003).

A prática de atividades que os indivíduos desempenham em seu próprio benefício são as ações de autocuidado, que tem o propósito de manter a

vida, a saúde e o bem-estar. Os adultos cuidam-se voluntariamente, os bebês, idosos, enfermos e deficientes geralmente necessitam de outrem para o cuidado. Cuidar são ações que implementadas vão superar ou compensar restrições na saúde das pessoas (BUB *et al.*, 2006).

Portanto para alcançar o controle da hipertensão arterial, o profissional de saúde pode auxiliar na educação, nos objetivos do tratamento e no suporte social, envolvendo os familiares e responsabilizando o paciente pelo esquema terapêutico. Caso o medicamento anti-hipertensivo seja interrompido o paciente deve ser informado do efeito rebote. Os pacientes devem ser encorajados pela enfermeira a medir a pressão arterial em casa, envolvendo-o em seu próprio cuidado e orientar que a falta de medicamento pode ocorrer um aumento significativo da pressão arterial.

Dentro de um ano, estima-se que 50% dos pacientes hipertensos interrompam o tratamento medicamentoso, e que 27% conseguem controlar a pressão arterial, portanto, os pacientes que participam do autocuidado, incluindo a automonitorização da pressão arterial e da dieta, a aderência aumenta. (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

Assim, a partir destes dados, realizaremos a promoção da saúde, enfocando o potencial da pessoa e encorajando-o a modificar hábitos pessoais, estilo de vida e ambiente de maneira a diminuir os riscos e aumentar a saúde e o bem-estar. O idoso é que decidirá se vai ou não realizar tais mudanças que vão ajudá-lo a promover um alto nível de bem-estar.

Quando incentivamos ao autocuidado, estamos favorecendo a independência, o ajustamento e a aceitação das perdas que são comuns na terceira idade, são permeadas pela emoção, respeito, confiança, segurança e afeto, as ações promovidas no cuidar do profissional com a pessoa idosa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo de revisão de literatura, pudemos concluir que, está ocorrendo uma mudança nos aspectos demográficos da população brasileira e mundial, que ocorreu a partir do avanço da medicina e na melhoria das condições de vida, aumentando a sobrevida do homem, com isso o crescimento da população idosa acarreta sérios problemas de saúde e altos gastos, tais como as doenças crônicas, dando ênfase à hipertensão arterial sistêmica.

Em suma, com o envelhecimento há uma deteriorização das funções vitais, tendo o idoso maior predisposição para o desenvolvimento da hipertensão arterial, que é uma doença crônica, silenciosa e assintomática e com um tratamento correto evita danos maiores à saúde, evitando complicações que desenvolvem incapacidades e podem levar a morte.

Mas, o idoso tem dificuldades em aderir ao tratamento medicamentoso anti hipertensivo, tornando-se um dos maiores desafios para os serviços públicos de saúde e para os profissionais da estratégia de saúde da família.

Portanto, constatamos que em Dolearina distrito de Estrela do Sul-MG, estamos enfrentando o mesmo problema, pois, dos 112 idosos hipertensos, 48 não usam a medicação de forma correta, acarretando uma maior morbimortalidades, procura aos posto de saúde do município, e mais gastos com especialistas e exames.

Aprendemos nos cursos de enfermagem que não podemos fazer pelo paciente o que ele pode fazer por si mesmo, por isso devemos ensinar-lhes a promover o seu próprio cuidado, pois autocuidado segundo Orem é a capacidade do paciente em cuidar de si mesmo em suas necessidades.

Dessa forma, este trabalho mostrou que o autocuidado bem aplicado pode levar o paciente a auto cuidar-se e com a implantação do autocuidado aos pacientes idosos hipertensos de Dolearina distrito de Estrela do Sul – MG, poderão aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, elevando a qualidade de vida, evitando

riscos de complicações e acometimento de órgãos-alvos, aumentando ainda mais a expectativa de vida com, mas qualidade.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa básica. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª ed. vol. 1 e 2. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan S.A., 2002. p. 144, 526, 692 e 693

BUB, Maria Bettina Camargo, et. al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 152-7. Disponível em www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf acesso em 26/10/2011

CADE, Nágela Valadão. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, maio 2001 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000300007>. acessos em 25/10/2011

CHAIMOWICZ, Flavio et al.. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172p.

DANTAS, André Oliveira. Hipertensão arterial: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso. UFMG. FM. NESC. Teófilo Otoni, 2011. 31f. (Monografia CEABSF). Disponível em http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/index.php?m=pesquisa%2Fsimples&search_term1=envelhecimento+%2B+hipertens%C3%A3o%2Bautocuidado acesso em 20/10/2011.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitas. Teoria do Autocuidado: análise crítica da utilidade na prática de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 dez, 24(3):286. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4458/2399>, acesso em 25/10/2011

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato p; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. São Paulo, v.21,n.3,p.200-210, 1987. Disponível em http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/index.php?m=pesquisa%2Fsimples&search_term1=envelhecimento+%2B+hipertens%C3%A3o&x=11&y=9 acesso em 20/10/2011.

LYRA JUNIOR, Divaldo Pereira de. et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2006, vol.14, n.3, pp. 435-441. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692006000300019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a19.pdf> Acesso em 18/01/2011

MANZINI, Fernanda Cristina; SIMONETTI, Janete Pessuto. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de orem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, Feb. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100018&lng=en&nrm=iso. access on 25 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100018>.

MIRANDA, Roberto Dischinger. et. al. .Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. 293. Rev Bras Hipertens vol 9(3): julho/setembro de 2002. http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/hipertensao_arterial.pdf – Acesso em 18/01/2011.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima.et. al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008;10(1):198-211.Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm> - Acesso em 18/01/2011

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG,2006.198p.

ROSÁRIO., Tânia Maria do. et. al.. Hipertensão Arterial Sistêmica:-Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres Arquivos Brasileiros de Cardiologia *version* ISSN 0066-782X. ARTIGO ORIGINAL – MT. **Arq. Bras. Cardiol. vol.93 no.6 São Paulo Dec. 2009.** doi: 10.1590/S0066-782X2009001200018 Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001200018. acesso em 20/07/2011.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle do município de Campinas, São Paulo, Brasil. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro, v.22,n.1,p.87-96, jan.2006. Disponível em
http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/index.php?m=pesquisa%2Fsimples&search_term1=envelhecimento+%2B+hipertens%C3%A3o&x=11&y=9
acesso em 20/10/2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. NESCON Biblioteca Virtual. Acervo. Resultado de pesquisa. Disponível em:
<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>, acesso em 20/10/2011.