



ORIGINAL / ARTICLE ORIGINAL / ORIGINALE

Accession of user interface and treatment hypertensive relationship with the family

Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o relacionamento familiar
Adhesión de interfaz usuario y tratamiento hipertensiva relación con la familia

Roberta Grangeiro de Oliveira¹, Natasha Marques Frota², Aline Barbosa Teixeira Martins³,
Carla Jamilla de Almeida Silva⁴, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos⁵

ABSTRACT

Objective To analyze the impact of family relationships in adherence to treatment of hypertensive patients. **Methodology** A descriptive study with a quantitative approach. The study population comprised 1,600 hypertensive patients and the sample of 400 users and 400 family caregivers. Data were collected by interviews using structured questionnaire, which contained sociodemographic, family ties and aspect of the relationship. **Results** 90.2% of users and 88.0% of family caregivers admitted satisfying relationship, and the impact of this treatment adherence. Thus, the relationship is satisfactory as paper, in the context of the study, favoring the potential customer to face the difficulties inherent in the treatment of hypertension, being backed by how members relate. **Conclusion** According to family members and users, the type of relationship between them influia adherence, ie, satisfying relationship resonated positively and vice versa.

Keywords: Hypertension. Family relations. Patient compliance.

RESUMO

Objetivo Analisar a repercussão do relacionamento familiar na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Metodologia** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A população foi composta por 1.600 usuários hipertensos e a amostra por 400 usuários e 400 familiares cuidadores. Os dados foram coletados por entrevista, utilizando roteiro estruturado, que contiveram dados sócio-demográficos, vínculo familiar e aspecto do relacionamento. **Resultados** 90,2% dos usuários e 88,0% dos cuidadores familiares admitiram relacionamento satisfatório, e a repercussão deste na adesão ao tratamento. Dessa forma, o relacionamento satisfatório tem como papel, nesse contexto do estudo, favorecer os potenciais do cliente para enfrentar as dificuldades inerentes ao tratamento da hipertensão arterial, sendo respaldado pela maneira como os membros se relacionam. **Conclusão** De acordo com os familiares e usuários, o tipo de relacionamento entre eles influia na adesão, isto é, relacionamento satisfatório repercutia positivamente e vice-versa.

Palavras-Chave: Hipertensão. Relações familiares. Cooperação do paciente.

RESUMEN

Objetivo Analizar el impacto de las relaciones familiares en la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos. **Metodología** Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo. La población de estudio incluyó 1.600 pacientes hipertensos y la muestra de 400 usuarios y 400 cuidadores familiares. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con cuestionario estructurado, que contenía sociodemográficas, los vínculos familiares y el aspecto de la relación. **Resultados** 90,2% de los usuarios y el 88,0% de los cuidadores familiares admitieron relación satisfactoria, y el impacto de la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, la relación es satisfactoria como papel, en el contexto del estudio, favoreciendo el cliente potencial para hacer frente a las dificultades inherentes en el tratamiento de la hipertensión, está respaldado por cómo los miembros se relacionan. **Conclusion:** De acuerdo con miembros de la familia y de los usuarios, el tipo de relación entre ellos influia la adhesión, es decir, la relación satisfactoria resonó positivamente y viceversa.

Palabras clave: Hipertensión. Relaciones familiares. Cooperación del paciente.

¹ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará, Brasil. E-mail: roberta_grangeiro@hotmail.com

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará, Brasil. E-mail: natashafrota@hotmail.com

³ Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará, Brasil. E-mail: alinebate@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará, Brasil. E-mail: millynha_84@hotmail.com

⁵ Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará, Brasil. E-mail: zeliasantos@unifor.br

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acarreta várias transformações ligadas à aceitação e adaptação do paciente a nova condição de vida⁽¹⁾.

Esse agravo constitui um importante problema de saúde pública, cuja prevalência estimada na população brasileira adulta é de cerca de 15 a 20%, sendo que, entre a população idosa, esta cifra chega a 65%. Entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença⁽²⁾.

As ações para o controle e a prevenção da HAS envolvem medidas que abrangem o monitoramento da saúde dos indivíduos e da família. O envolvimento familiar é uma das propostas para o auxílio no tratamento da HA. A literatura destaca que a participação dos membros da família no auxílio relacionado a mudanças de hábitos pode contribuir para alcançar resultados satisfatórios no controle da HAS. Assim sendo, a família não deve ser vista apenas como mera executora de atividade, e sim como unidade ativa, a ser ouvida em suas dúvidas, ter sua opinião levada em conta e sua participação incentivada durante todo o processo de cuidado⁽³⁾.

O estudo dos fatores implicados na adesão ao tratamento da HAS tem mostrado a influência de variáveis estruturais, de fatores relacionados ao caráter crônico e assintomático da doença, da relação médico-paciente, da complexidade dos esquemas de tratamento, o primeiro ano de uso, dos efeitos colaterais dos medicamentos entre outros⁽⁴⁾.

Vários são os fatores determinantes na adesão ao tratamento, a saber: características biológicas e sócio-culturais da pessoa hipertensa, experiência dessa pessoa com a doença e o tratamento, participação da família, relacionamento profissional/cliente, e acessibilidade aos serviços de saúde⁽⁵⁾. O acompanhamento da família junto ao hipertenso é capaz de encorajar e de fornecer suporte necessário para que o hipertenso possa sentir-se seguro no convívio da doença e venha a participar de forma efetiva na busca pela adesão.

Todavia, para que essa participação oportunize a adesão, é estritamente necessário que o profissional não somente a envolva no tratamento possibilitando a adesão, como deve capacitá-la para tal fim e também para o controle ou prevenção dos fatores de risco da HAS; pois a família é a primeira fonte de suporte para a resolução de problemas dos seus membros.

Accession of user interface and treatment hypertensive..

A equipe de saúde tem papel fundamental na adesão do usuário hipertenso ao tratamento, no desempenho do papel de educador em saúde junto a esse, como também aos familiares.

Tem-se observado no acompanhamento dos usuários hipertensos, que a participação da família contribui significativamente para a adesão, principalmente quando o relacionamento é satisfatório entre seus membros. Então, este fato despertou para a realização desta pesquisa, em consonância com a problemática da adesão.

Então, questiona-se: como a participação da família influencia na adesão do usuário hipertenso ao tratamento? Frente a este questionamento, optou-se por este estudo com o objetivo de analisar a repercussão do relacionamento familiar na adesão do usuário hipertenso ao tratamento.

A partir desta problemática, justifica-se a realização desse estudo, visto que a HAS é um problema crônico, porém pode haver controle e uma melhora da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. Dessa forma, torna-se relevante buscar saber como a família interfere na adesão ao tratamento do usuário hipertenso, a fim de torná-la um membro participativo no processo saúde - doença.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um Centro de Saúde da Família (CSF) na Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza-CE.

As SER's, são termos que se referem a subprefeituras localizadas na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará. São 7 SER's dentro da capital cearense (Regionais I, II, III, IV, V, VI e Centro), cada uma subdivida em várias AP's (Áreas Particulares), onde trabalham superintendentes, líderes comunitários, secretários e outros, com a função de trazer desenvolvimento para os bairros próximos a cada uma destas áreas.

A população foi composta por 1.600 usuários hipertensos inscritos no CSF, independentemente de idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil ou renda familiar. O cálculo amostral baseou-se na prevalência da HAS que era de 25% na população adulta maior de 25 anos. A amostra foi constituída por 400 usuários e 400 familiares cuidadores, indicados pelos usuários, como aquele membro da família que mais se compromete com o cuidado com esse. Como critérios de inclusão tiveram-se: ser maior de 18 anos de

idade, ser hipertenso a mais de 5 anos e ter um familiar cuidador.

Os dados foram coletados durante quatro meses, no período de janeiro a março de 2011, por ocasião do comparecimento à consulta no ambulatório, através da entrevista, utilizando roteiro estruturado.

Este roteiro continha dados: sociodemográficos, vínculo familiar e aspectos de relacionamento. No que se refere aos aspectos de relacionamento, estes foram classificados em satisfatório, parcialmente satisfatório e insatisfatório. Logo utilizou-se os seguintes critérios:

Relacionamento satisfatório: é aquele que o familiar consegue influenciar positivamente no estilo de vida e na adesão do usuário hipertenso ao tratamento, de forma que essa influência não atrapalha na harmonia de seu relacionamento interpessoal.

Relacionamento parcialmente satisfatório: é aquele que o familiar consegue influenciar no estilo de vida e na adesão do usuário hipertenso ao tratamento, no entanto em algumas situações esta influência ocasiona em atritos no seu relacionamento interpessoal.

Relacionamento insatisfatório: é aquele que o familiar não consegue influenciar positivamente no estilo de vida e na adesão do usuário hipertenso ao tratamento, de forma que em algumas situações este familiar influência negativamente, devido à falta de conhecimento e ao relacionamento interpessoal prejudicado.

Quanto aos familiares cuidadores, estes foram entrevistados no momento que acompanhavam o usuário hipertenso na consulta ou quando não estavam presentes era aprazado um encontro com estes no *lôcus* do estudo.

Organizou-se os dados no programa *Statistic Pachege for Social Sciense* - SPSS (versão 19.0). Os dados foram representados em tabelas, figuras e quadros e analisados com base nas informações dos entrevistados, nos pressupostos da educação em saúde, e na literatura pertinente.

A pesquisa foi desenvolvida com base na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes foram orientados sobre a natureza e objetivos da pesquisa, anonimato e que poderão retirar o consentimento no momento que desejarem. A coleta de dados foi realizada após assinatura do termo de Consentimento

Accession of user interface and treatment hypertensive..

Livre e Esclarecido (TCLE) e após a emissão favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, com protocolo de nº 429/2010.

RESULTADOS

Para o processamento da análise, organizaram-se os resultados em: caracterização dos usuários hipertensos e cuidadores familiares, identificação do vínculo familiar, e descrição da repercussão do relacionamento familiar na adesão do usuário hipertenso ao tratamento.

Caracterização sociodemográfica dos usuários hipertensos e cuidadores familiares

De acordo com o Quadro 1, a maioria dos usuários e dos familiares cuidadores apresentava características sociodemográficas comuns, respectivamente: faixa etária entre 50 e 69 anos (55,8% e 65,1%); prática religiosa era o catolicismo (81,3 e 81,0); cor parda (52,8% e 53,0%); aposentados (60,0% e 68,0%); procedência de Fortaleza-CE (62,5% e 62,8%); naturalidade de outros municípios do Estado do Ceará (86,9% e 86,5%); casados (60,5% e 59,8%); ensino fundamental concluído (40,5% e 40,5%); casa própria (86,5 % e 85,3%); renda mensal variando de 1 a 2 salários mínimos (72,5% e 78,5%); e sexo feminino (71,8% e 71,3%). Constata-se que 95,3% dos usuários residiam com os familiares e os demais moravam só. Comprovou-se que a maioria dos familiares (65,1%) tinha entre 50 e 69 anos e 80,2% eram mulheres. 17 (4,2%) tinham outras condições de moradia, como invasão de terreno ou casa emprestada.

Cerca de 86,9% e 86,5% dos usuários hipertensos e cuidadores, respectivamente eram provenientes de outros municípios.

Quanto à escolaridade, 52 (13%) cuidadores familiares cursaram até o ensino médio, enquanto somente 06 (1,5%) tinham ensino superior.

Nota-se, ainda, que 290 (72,5%) dos cuidadores familiares, tinham renda mensal entre um e dois salários mínimos, e 54 (13,5%) possuíam renda abaixo desta base salarial. Isso só vem ratificar que a amostra do estudo pertence à classe desfavorecida de recursos, a qual é usuária do SUS.

Quadro 1 - Distribuição dos usuários hipertensos e familiares cuidadores, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2010. n= 800

Características sócio-demográficas							
Usuário hipertenso			Familiar cuidador				
		f	%		f	%	
Idade (anos)	20-29	05	1,3	Idade	20-29	04	1,0
	30-49	72	18,5	(anos)	30-49	72	28,1
	50-69	233	55,8		50-69	223	65,1
	70-79	80	20,0		70-79	81	20,3
	80 ou mais	20	5,0		80 ou mais	20	5,0
Sexo	Masculino	113	28,3	Sexo	Feminino	285	71,3
	Feminino	287	71,8		Masculino	112	28,0
Cor	Branca	121	30,3	Cor	Branca	119	29,8
	Parda	211	52,8		Parda	212	53,0
	Negra	68	17,0		Negra	68	16,5
Religião	Católica	325	81,3	Religião	Católica	324	81,0
	Evangélica	48	12,0		Evangélica	58	14,5
	Outras	27	6,8		Outras	15	3,8
Ocupação	Aposentado	240	60,0	Ocupação	Aposentado	232	58,0
	Prendas do Lar	70	17,5		Prendas do lar	74	18,5
	Outras	90	22,7		Outras	104	26,0
Procedência	Capital	250	62,5	Procedência	Capital	251	62,8
	OM ¹	150	37,5		OM ¹	146	36,5
Naturalidade	Capital	53	13,3	Naturalidade	Capital	51	12,8
	OM ¹	347	86,9		OM ¹	346	86,5
Estado Civil	Casado	242	60,5	Estado Civil	Casado	239	59,8
	Solteiro	30	7,5		Solteiro	29	7,3
	Separado	23	5,8		Separado	25	6,3
	Viúvo	84	21,0		Viúvo	83	20,8
	União Estável	21	5,3		União Estável	21	5,3
Escolaridade ²	Analfabeto	63	15,8	Escolaridade ²	Analfabeto	64	16,0
	Alfabetizado	116	29,0		Alfabetizado	105	26,3
	EF	162	40,5		EF	163	40,5
	EM	52	13,0		EM	55	13,8
	ES	06	1,5		ES	06	1,5
Condições de moradia	Alugada	40	10,0	Condições de moradia	Alugada	40	10,0
	Própria	346	86,5		Própria	341	85,3
	Outros	14	3,5		Outros	16	4,0
Renda Mensal ³	menor de 1	04	6,0	Renda Mensal ³	menor de 1	21	5,3
	1 - 2	290	72,5		1 - 2	314	78,5
	maior 3	86	21,6		maior 3	62	15,5
Com quem Mora	Só	19	4,8				
	Acompanhado	381	95,3				

*OM-Outros Municípios **EF-Ensino Fundamental, EM-Ensino Médio, ES-Ensino Superior *** Em salários mínimos

Identificação do vínculo familiar

No Quadro 2, evidencia-se que a maioria dos usuários morava com filhos (74,7%), seguida de cônjuges (63,2%). Cerca de 230 (57,3%) usuários eram oriundos de família nuclear.

Quadro 2 - Distribuição dos usuários hipertensos, segundo a constelação familiar, tipo de família e pessoa que se destaca no papel de cuidador. Fortaleza-CE, 2010. n = 400

		f	%
Constelação familiar	Filhos	42	10,5
	Cônjuge	44	11,0
	Filhos e cônjuge	129	32,2
	Filhos, cônjuge e outros	62	15,0
	Filhos e outros	66	16,5
	Cônjuge e outros	18	4,5
	Outros	31	7,8
Tipo de família	Nuclear	229	57,3
	Ramificada	159	39,8
Familiar cuidador	Filho	203	50,8
	Cônjuge	108	27,0
	Outros	86	21,5

Observa-se que muitas famílias vivem da aposentadoria dos mais velhos e que um grande número de pessoas habita o mesmo lar e dependem dessa única fonte de renda. Ainda constatou-se que apesar do grande número de mães solteiras, somente com filhos (n = 42 - 11%) e filhos e outros (n = 66 - 16,5 %) na atualidade, o maior número de famílias ainda continua sendo formada por filhos e cônjuge (n = 129 - 32,2%), representando, assim, a preferência da família nuclear.

Observou-se que 229 (57,3%) cuidadores familiares eram oriundos de família nuclear e tinham idade acima de 50 anos para o homem e para a mulher, achados estes que constituíam riscos para o surgimento da HAS.

Descrição da repercussão do relacionamento familiar na adesão do usuário hipertenso ao tratamento.

Observou-se que a maioria dos usuários (90,2%) e dos cuidadores familiares (88,0%), admitiram relacionamento satisfatório, e a repercussão deste na adesão ao tratamento. Portanto, de modo geral constata-se que quanto melhor for o relacionamento, melhor será a adesão do usuário ao tratamento, a divergência nas opiniões foi insignificante.

DISCUSSÃO

De acordo com os achados do presente estudo, o familiar cuidador prevaleceu do sexo feminino, o que corrobora com a literatura, pois a mulher se destaca como principal cuidador familiar por motivos históricos e culturais, sendo a esposa e a filha, o parentesco de maior expressividade. Homens que cuidam têm mais probabilidade de fazê-lo por

falta de opção, por não terem familiares próximos ou por afastamento dos mesmos⁽⁶⁾.

Dessa forma, o significado de cuidado relacionado ao paciente e a família surgiu através do entendimento de que a família participativa vem a ser um componente essencial na dedicação ao seu familiar. O afastamento social desses indivíduos é um fator de risco, em particular para os mais sujeitos a dependência, como adolescentes, idosos e os com doença crônica⁽⁷⁾.

Em um estudo, identificou-se que a maioria dos familiares cuidadores não se envolvia nas condutas inerentes ao tratamento, tais como: acompanhamento no exercício físico (88,2%), administração dos medicamentos (65%) e preparação da alimentação adequada (54%). Esta realidade pode ser modificada por meio da educação em saúde, para que haja um compromisso de modificar as condições determinantes da saúde, qualidade de vida e instrução sobre políticas públicas saudáveis para se atingir esta meta⁽⁸⁾.

Desse modo, é aconselhável que os profissionais estimulem a continuação da união natural que acontece na maior parte dos hipertensos com suas famílias. Sabendo que a família desempenha intervenção sobre o bem estar do paciente, essa filosofia assistencial é incluída como parceira no progresso do princípio do cuidado. Sendo assim, cabe ao profissional da saúde identificar hábitos prejudiciais, recomendar possíveis alterações, e intensificar as recomendações aos familiares, haja vista que essas pessoas interagem e reagem, fiscalizando e ajudando o paciente no cumprimento do seu tratamento.

Nessa totalidade, ao se desempenhar um atendimento ao indivíduo com HAS é relevante entender os aspectos que abrangem a experiência

desta condição no interior da família, principalmente no que diz respeito às necessidades dela decorrentes, ajudando na preparação de estratégias adequadas para a contribuição da melhoria do cuidado ao cliente com hipertensão⁽³⁾.

A família, além de um espaço em que se proporciona proteção aos seus membros, também tem sido definida como um sistema de saúde para os seus integrantes. Quando se sente fragilizada por uma situação de doença, ela utiliza conhecimentos culturais, valores, crenças e práticas para guiar suas ações tendo em vista a manutenção do bem-estar de seus componentes, tornando o seu papel indispensável na contribuição e continuação do usuário ao tratamento⁽³⁾.

Então, percebe-se que a participação da família é altamente relevante na aquisição de hábitos e mudanças no estilo de vida, assim como no seguimento do tratamento farmacológico, demonstrando que é de extrema importância estar em contato com a família na busca pela adesão da pessoa ao tratamento⁽⁸⁾.

Entretanto, o controle da HAS não se restringe apenas no uso da medicação, pois a adesão ao tratamento vai além dessa prática, uma vez que o usuário deve ser orientado quanto uma alimentação balanceada, à prática de atividade física, gerenciamento do estresse, bem como evitar bebidas alcoólicas e o tabaco. É neste controle que o cuidador intensifica sua participação.

No tocante aos obstáculos encontrados pelos usuários, alguns autores consideram como principal fator a dependência física, onde muitos familiares não se tornam disponíveis para ajudar dificultando as relações no interior da família, além de causar maior sofrimento ao familiar dependente e desgaste emocional àqueles responsáveis pelo cuidado⁽³⁾.

Além da dependência física, outro ponto considerado importante é a baixa renda mensal do familiar, que pode dificultar na sua participação, ainda que não seja o fator determinante nem o único para a contribuição. A existência de uma condição crônica no seio familiar normalmente gera gastos financeiros. Tais dificuldades podem também advir da necessidade de algum membro deixar as atividades empregatícias. Quando a condição afeta o membro que era o provedor da casa as dificuldades financeiras tendem a aumentar, tornando-se muitas vezes necessário o auxílio de parentes e amigos para suprir as necessidades básicas⁽³⁾.

Accession of user interface and treatment hypertensive..

Esse fato se agrava quando se trata da saúde do idoso, pois neste período há uma necessidade maior de medicamentos, alimentos dentre outros custos que o processo de adoecimento acarreta.

Com isso, salienta-se que devido essa dificuldade socioeconômica, o indivíduo está mais vulnerável ao risco de agravamento das doenças pré-existentes e favorecendo ao risco de novas condições de adoecimento, devido ao rendimento ser insuficiente para suprir as necessidades do idoso e da família⁽⁹⁾.

Apesar do nível socioeconômico não ser um indicador isolado de baixa adesão, alguns fatores são expressivos, como baixa renda mensal, miséria, analfabetismo, desemprego, condições inconstantes de moradia, distância do lugar de tratamento, alto valor do transporte, alto valor dos medicamentos, cultura e costumes sobre a doença e o tratamento e desestrutura da família⁽¹⁰⁾. Embora a pouca renda dos usuários e familiar não ser o único fator impeditivo na adesão ao tratamento, percebe-se que o mesmo interfere diretamente na interação da família junto ao tratamento do usuário, visto que muitas vezes é o familiar cuidador responsável pela aquisição dos medicamentos.

A literatura aponta que as condições socioeconômicas atuam de maneira significativa para não adesão ao tratamento, tendo em vista que quanto mais baixa a renda, menor é o conhecimento da doença, menor adesão ao tratamento, assim dificultando o ingresso desse usuário aos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

A observação desta pesquisa é a de que a renda mensal influencia diretamente nas formas de participação dos familiares, tendo em vista a repetição das falas dos mesmos quanto à dificuldade financeira de acompanhar o cliente na consulta (locomoção), principalmente daqueles que são procedentes de outros municípios; na aquisição da medicação; no consumo de alimentos saudáveis; no uso de adoçantes dietéticos, devido ao seu custo, entre outros.

O empenho do cuidador, especialmente aos pacientes idosos e com diversas comorbidades, influencia a adesão ao tratamento: quanto mais empenho do cuidador, mais fácil será o tratamento. Assim, o cuidador tem que ser incentivado pela equipe de saúde a interferir no tratamento e dessa forma, atuar como membro ativo neste processo⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, o repasse de ensinamentos pelos profissionais da saúde para o conhecimento da

patologia, de suas complicações e a interface com os familiares implica a necessidade de mudanças no estilo de vida o que contribui para controle e tratamento da hipertensão⁽¹²⁾.

Concordando com os autores supracitados, o relacionamento satisfatório tem como papel, nesse contexto do estudo, favorecer os potenciais do cliente para enfrentar as dificuldades inerentes ao tratamento da hipertensão arterial, sendo respaldado pela maneira como os membros se relacionam. Da mesma forma se analisa um relacionamento insatisfatório ou parcialmente satisfatório, em que um conflito na família pode ser um elemento impeditivo para que o cliente enfrente os obstáculos surgidos no tratamento.

Com isso, acredita-se que a HAS, embora seja o principal fator estressante, possa ser motivo para transpor dificuldades para a participação da família no tratamento do usuário, de maneira que o profissional de saúde, através de uma abordagem holística, atue diretamente com ambos e que busque a convergência de ideais da família.

Assim devido à HAS ser uma doença em geral assintomática e ligada ao estilo de vida do indivíduo, esses fatores levam a baixa adesão ao tratamento da doença, devido à falsa sensação de controle e a dificuldade de alterar hábitos conquistados durante toda a vida.

CONCLUSÃO

De acordo com os achados, os familiares e usuários, a maioria apresentou resultados satisfatórios. Uma vez que o tipo de relacionamento entre eles possuía uma forte influência na adesão, de modo que se o relacionamento fosse satisfatório a repercussão era positiva, caso contrário à influência era negativa.

Este resultado corrobora com a ideia de que cada família tem sua cultura própria e sua maneira de se relacionar, possibilitando que se perceba a necessidade de favorecer ao máximo a harmonia entre os membros através da inclusão destes no tratamento do usuário, papel a ser desempenhado pela enfermeira e pelos demais profissionais de saúde no atendimento ao usuário hipertenso.

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde invistam em orientações às famílias, uma vez que nem todos os familiares estão preparados para lidar com situações crônicas e adaptação do estilo de vida. Esta participação do familiar oportuniza uma interação com o usuário hipertenso, podendo se tornar agentes multiplicadores de informações e cuidados em saúde.

O estudo tem como limitação ter sido realizado apenas em um CSF do município de Fortaleza, todavia, seria importante conhecer a realidade de outras unidades de saúde, para que os profissionais

possam intervir de forma a potencializar a relação usuário-família, de forma que esta contribua para adesão e controle da HAS.

REFERENCIAS

- 1.Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de fatores de risco e de proteção. Taxa de Prevalência de Hipertensão Arterial; 2009. [Acesso em: 25 set. 2012]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2010/g02.def>
- 2.Paiva DCP, Bersusa ANS, Escuder MME. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo. Cad. Saúde Pública: 2006; 22(2): 234-45.
- 3.Lopes MCL, Marcon SS. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. Rev. Esc. Enferm. USP 2009; 43(2): 343-50.
- 4.Giogi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev. Bras. Hipertensão. 2006; 13(23): 47-49.
- 5.Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. Rev. Interface (Botucatu) 2006; 10(19):131-147.
- 6.Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. Rev. Esc. Enferm. USP 2011; 45(4): 1-51.
- 7.Pinto JP. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. Rev. Bras. Enferm: 2010; 63(1): 132-135.
- 8.Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. Rev Texto e Contexto Enfermagem 2007; 16(1): 63-70.
- 9.Bezerra JW, Maria C, Freitas C, Almeida AC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. Rev Rene 2011; 12(n. esp.): 988-94.
- 10.Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion JRD. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertensão 2009; 16(1): 38-43.
- 11.Soares M, Silva L, Dias C, Rodrigues S, Machado C. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. Revista Cogitare Enfermagem: 2012; 17(1): 144-50.
12. Fernandes MA, Sousa AR, Gomes MMR, Carvalho MG, Castro AE. Ação educativa do enfermeiro na atenção básica: visão do portador de hipertensão arterial. Rev Enferm UFPI. 2013 Apr-Jun;2(2):3-8.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2013/09/11
Accepted: 2013/12/06
Publishing: 2014/01/02

Corresponding Address

Roberta Grangeiro de Oliveira
Universidade de Fortaleza (UNIFOR) Fortaleza-CE.
Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz,
CEP 60.811-905. Tel: (85) 3477-3000.
E-mail: roberta_grangeiro@hotmail.com