

Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso

Evaluation of the contribution of a support group for hypertensive patients health care

Evaluación de la contribución del grupo de convivencia para el cuidado del individuo hipertenso

Patricia Magnabosco^I, Maria Suely Nogueira^{II}

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a contribuição da participação em um grupo de convivência sobre as variáveis clínicas e hábitos de vida de indivíduos com hipertensão arterial. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, teste qui-quadrado, teste de Mann Whitney e coeficiente de correlação de Spearman. O grupo participante apresentou melhores valores em todos os fatores clínicos e hábitos de vida avaliados, comparados ao grupo não participante. Obteve-se associação estatisticamente significativa entre a participação nas reuniões, número de medidas da pressão arterial (PA) e atividade física. Os resultados mostraram que as intervenções educativas desenvolvidas pela equipe de saúde foram relevantes. Os enfermeiros como elementos constituintes das equipes de saúde devem estar presentes e ativos em todas as etapas desse trabalho, desde o planejamento, execução e avaliação colaborando na busca de meios efetivos que colaborem para a melhoria de vida dessa população.

Descritores: Educação em Saúde; Hipertensão Arterial; Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the contribution of the participation in a support group about the clinical variables and habits of life of high blood pressure people. The data were analyzed by descriptive statistics, chi-square distribution, Mann Whitney test and the Spearman's correlation coefficient. The group presented better values in all clinical factors and life's habits evaluated, compared to the non-participant group. It was found a significant statistics association among the participation in the meetings, number of blood pressure measurements (PA) and physical activity. The results showed that the educational interventions promoted by the health team were relevant. The nurses as a member of this team must be present and actives in all the steps of this work, since planning, implementation and evaluation collaborating in the search for effective ways to collaborate for the betterment of these people's life.

Descriptors: Health Education; Hypertension Arterial; Nursing.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar la contribución de la participación en un grupo de apoyo sobre las medidas clínicas y los hábitos de vida de las personas con hipertensión. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva, prueba de chi-cuadrado, prueba de Mann Whitney y la correlación de Spearman. El grupo de participantes mostró mejores valores en todos los factores clínicos y los hábitos de vida evaluados, en comparación con el grupo de no participantes. Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre la participación en las reuniones, el número de mediciones de la presión arterial (PA) y la actividad física. Los resultados mostraron que las intervenciones educativas desarrolladas por el personal de salud fueron relevantes. Las enfermeras como elementos constitutivos del equipo de salud debe estar presente y activa en todas las etapas de este trabajo, desde la planificación, ejecución y evaluación para colaborar en la búsqueda de formas eficaces de ayudar el mejoramiento de la vida en esta población.

Descriptores: Educación en Salud; Hipertensión Arterial; Enfermería.

^I Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental, Docente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil. E-mail: magnabosco@famed.ufu.br.

^{II} Enfermeira, Professor Associado, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: msnog@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um dos mais importantes problemas de saúde pública, tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Acomete aproximadamente 20% da população geral, nas pessoas idosas esses índices podem chegar a 50%. Além da alta prevalência, apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades⁽¹⁾. No ano de 2005, no Brasil, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 1.181.612 das internações, representando um custo total de R\$ 1.328.133.885,29⁽²⁾ e foram responsáveis por 40% das aposentadorias precoces⁽³⁾.

A hipertensão arterial constitui o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares. É responsável por 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração⁽⁴⁾, que representa a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil⁽⁵⁾. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório⁽¹⁾.

Diante desta problemática, torna-se importante planejar estratégias de combate às doenças crônicas, levando em conta os aspectos culturais, sociais e econômicos que alteram a distribuição dos fatores de risco nas várias populações. No caso da hipertensão arterial um fator que atrapalha o tratamento no mundo inteiro é a não adesão do paciente ao tratamento⁽¹⁾.

A adesão ao tratamento de longo prazo é extremamente baixa. Embora a culpa pelo não seguimento dos esquemas prescritos seja imputada aos pacientes, a não adesão constitui fundamentalmente uma falha do sistema de saúde. A adesão a tratamentos de longo prazo está em torno de 50% nos países desenvolvidos e em cerca de 20% nos países em desenvolvimento⁽⁶⁾.

Por ser, a hipertensão arterial, uma doença na maioria das vezes assintomática, apenas 50,8% dos hipertensos adultos tem conhecimento da doença, 40,5% estão em tratamento e apenas 10,4% apresentam pressão arterial controlada (< 140/90 mmHg)⁽⁷⁾. A baixa adesão e o abandono do tratamento estão entre os principais obstáculos às estratégias individuais de controle⁽⁸⁾.

As habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento são elementos essenciais que aprimoram os sistemas de saúde e são necessárias

para auxiliar os pacientes com problemas crônicos. Outra é uma estratégia para evitar tanto o aparecimento como as complicações das doenças crônicas: detecção precoce; aumento da prática de atividades físicas, redução do tabagismo, e restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis⁽⁶⁾. A prevenção deve ser um componente precípuo em toda interação com o paciente e que somente se alcançam resultados positivos para as condições crônicas quando todos envolvam na mudança de atitudes, os pacientes, famílias, comunidade e as equipes de atenção à saúde são informados, motivados, capacitados e trabalham em parceria⁽⁹⁾.

Visando aumentar as possibilidades do autocuidado, os serviços de saúde devem identificar aspectos de sua organização, bem como facilitar o acesso dos usuários. E quanto aos profissionais, orientarem suas práticas na identificação, conjunta com seus pacientes, dos diversos obstáculos presentes no cotidiano destes, bem como no apoio a seu enfrentamento⁽⁸⁾.

A Hipertensão arterial é uma doença multifatorial, isto é, causada por vários fatores que se juntam e dão origem a uma desorganização do complexo e delicado sistema de controle da pressão arterial. Ela resulta da interação de fatores genéticos com fatores ambientais. Os fatores ambientais podem ser: dietéticos (obesidade, excesso de sal, excesso de álcool, deficiência de potássio ou de cálcio) ou psicossociais (tensão mental), acrescenta-se a esses, o avanço da idade, fatores socioeconômicos, sexo, etnia e sedentarismo⁽¹⁾.

Sendo uma doença multifatorial, seu tratamento requer o apoio de uma equipe multidisciplinar, envolvendo, fundamentalmente, não só o controle medicamentoso como a modificação de hábitos de vida⁽¹⁰⁾.

Existem três estratégias para o tratamento da HAS: educação, modificação dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. Portanto, é fundamental a conscientização do cliente hipertenso na adesão ao tratamento terapêutico indicado, a fim de controlar os níveis pressóricos e adquirir uma boa qualidade de vida⁽⁵⁾. Uma estratégia para conseguir isto é através de grupo de convivência⁽¹¹⁾.

Denomina grupo de convivência, aquele que privilegia práticas educativas desenvolvidas em grupo⁽¹²⁾. Esta forma de atividade tem como instrumento a convivência para o desenvolvimento de interações entre os profissionais que compõem o grupo de trabalho e, desses com os demais participantes entre si. Dessa forma, estabelecem um vínculo em torno do qual poderá ser constituída a tarefa de promoção da saúde⁽¹¹⁾.

Deve-se ressaltar a importância da atuação de equipes multiprofissionais no desenvolvimento de trabalhos na educação em saúde para facilitar o aprendizado e melhorar a adesão, pois o trabalho com grupos de educação para a saúde leva ao enfrentamento de grandes desafios ao ligar conhecimentos dispersos das áreas humanas, biológicas e outras, aos saberes populares. Outro aspecto importante refere-se "ao alcance político que proporcionam, pois permitem aos homens e mulheres, por meio do resgate da solidariedade, o processo de superação física e psicológica de um nível individual para o grupal, e deste para um outro mais amplo, o social"⁽¹¹⁾.

Pessoas com hipertensão arterial que participam de grupos educativos, tem maior redução da necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos e melhor controle da pressão arterial do que aqueles que não participam de nenhum grupo⁽¹³⁾.

Tendo em vista a alta prevalência da hipertensão arterial, a baixa de adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, bem como a relevância do desenvolvimento de Programas de Hipertensão Arterial voltados para a educação em saúde, este estudo teve como objetivo avaliar a contribuição da participação em um grupo de convivência sobre as variáveis clínicas e hábitos de vida de indivíduos com hipertensão arterial.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como descritivo do tipo transversal, realizado com uma população composta de 131 hipertensos cadastrados no grupo de convivência "Renascer" do Centro de Referência de Especialidades e Serviços (CRES) do município de Sacramento/MG. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - protocolo nº 0588/2005. Os critérios de Inclusão dos sujeitos da pesquisa foram: ter o diagnóstico de hipertensão arterial; ter sido cadastrado no grupo de educação em saúde no período mínimo de um ano anterior a data da coleta de dados (entrevista); morar no município de Sacramento-MG; ter idade superior a 18 anos; ambos os sexos e consentir em participar da pesquisa.

As reuniões do "Grupo Renascer" tiveram início em março de 2001, com encontros semanais e duração média de uma hora. Nessas reuniões é feita a aferição da pressão arterial, cujos valores são registrados em cartões-controle individuais de atendimento, são realizadas atividades educativas onde relacionam assuntos sobre a hipertensão arterial, bem como outros assuntos correlatos à saúde e à temas sociais (métodos

preventivos de outras doenças, cidadania, políticas de saúde, entre outros). Além do intuito educacional, nas reuniões são desenvolvidas também, atividades direcionadas ao apoio emocional, envolvimento interpessoal, incentivo cultural e participação da família. No CRES são oferecidos: ginástica (três vezes por semana), Yoga (uma vez por semana) e trabalhos manuais (uma vez por semana). A participação é registrada num livro de presença a partir da assinatura dos hipertensos a cada reunião. A equipe de saúde é formada por enfermeira, cardiologista, assistente social, psicóloga e educador físico.

A coleta de dados foi realizada no período correspondente entre o final do mês de maio ao final do mês de agosto de 2006.

Primeiramente era entregue ao paciente o termo de Consentimento Livre e Esclarecido solicitando a devolução do mesmo após assinatura pelo paciente garantindo assim a autorização para a sua participação na pesquisa.

Em seguida eram avaliadas as medidas antropométricas e a entrevista abordando as questões sobre a participação no grupo e as relacionadas a hipertensão arterial. Estas informações eram obtidas tanto através de entrevista como em consulta no prontuário do paciente.

Logo após, era realizada a medida da pressão arterial, também pela autora deste estudo. O procedimento foi realizado conforme as recomendações das VI Diretrizes (2010).

O instrumento para coleta de dados constituiu-se de formulário submetido a pré-teste aplicado a 5 pacientes com as mesmas características com a população em estudo, visando identificar possíveis falhas na formulações das questões, buscar clareza e verificar a necessidade de adequação do vocabulário. Foi formado por um questionário composto por questões fechadas e abertas, abrangendo: período de participação das atividades educativas, que foi contabilizado a frequência da participação de hipertensos nas atividades educativas dos últimos 12 meses anteriores a data da entrevista, dados sócios demográficos (idade, sexo, cor da pele, escolaridade, renda mensal, estado civil, e profissão), controle da pressão arterial, que foi contabilizado a frequência de medidas dos últimos 12 meses anterior a data da entrevista de cada hipertenso, e a média das medidas da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) verificadas no dia da entrevista, uso de medicamentos, sedentarismo, tabagismo, consumo de bebida alcoólica.

O cálculo do Índice da Massa Corporal (IMC) (peso/m²) foi obtido através da coleta de dados de peso e altura, sendo o peso expresso em quilogramas (kg) e a estatura em metros (m). Para esse cálculo, foi aferido o peso através de uma balança mecânica de plataforma, marca Welny, com variação de 100 gramas e capacidade máxima de 150 kg, onde os pacientes foram posicionados em pé no centro da base da balança, descalços e com roupas leves. A altura foi obtida através da utilização de um estadiômetro de metal acoplado à própria balança, com variação de 0,1 cm, onde os indivíduos eram posicionados em pé, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo. A classificação do IMC seguiu os critérios da Organização Mundial da Saúde, onde o sobrepeso é definido como um IMC de 25 a 29,9 kg/m², e a obesidade, como um IMC acima de 30 kg/m². A obesidade foi dividida em três classes: grau I (leve), com um IMC de 30 a 34,9 kg/m²; grau II (moderada), com um IMC de 35 a 39,9 kg/m²; e grau III (severa), com um IMC de 40 kg/m² ou mais.

O método utilizado para a medida da PA foi o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro aneróide com o paciente na posição sentada.

O aparelho utilizado na aferição da pressão arterial encontrava-se em ótimo estado de uso. Adquirido pela autora deste estudo em 2006. Corresponde a um aparelho esfigmomanômetro aneróide da marca Welch Allyn (Tycos) modelo DS4 devidamente calibrado em 08 de março de 2006, confirmado por meio de certificado de verificação N° 027006.

Para evitar erros e garantir os valores verificados, tinham disponíveis diferentes tamanhos de larguras de manguitos (8 cm, 10 cm, 12 cm e 16 cm) adequados

conforme 40% da circunferência do braço de cada paciente⁽¹⁾.

A análise descritiva foi realizada por meio de tabelas e gráficos de distribuição de frequência e medidas descritivas como média, mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Para analisar as diferenças encontradas entre duas variáveis dicotômicas utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e entre a variável contínua, como por exemplo a assiduidade, e as que se referem as variáveis categóricas utilizamos o teste não paramétrico Mann Whitney (hábitos de vida e dados clínicos). O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado entre duas variáveis contínuas, como entre a assiduidade e o número de medidas da PA. O nível de significância adotado foi de 0.05. Foi utilizado o programa SPSS Windows *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 10,0.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Todos os pacientes cadastrados no grupo "Renascença" somavam um total de 180 hipertensos, porém, 21 foram excluídos do estudo devido a incompatibilidade com os critérios de inclusão, 22 não foram localizados e 06 foram a óbito. Portanto, a população do estudo foi composta por 131 hipertensos.

O grupo de convivência "Renascença" foi formado em março de 2001, portanto possui um tempo de existência de cinco anos e cinco meses até a data da última entrevista.

O coeficiente de assiduidade foi calculado a partir da porcentagem do número de reuniões que o paciente compareceu com o número de reuniões realizadas nos 12 últimos meses que antecederam a data da entrevista, com média de 26,6% (dp=33,4%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de pacientes segundo idade, sexo e variáveis referentes à participação no grupo de convivência. Sacramento, MG, 2006.

Variáveis	N(%) ou Média ± DP
Idade (anos)	64,4 ± 9,7
Sexo	
Masculino	33 (25,2)
Feminino	98 (74,8)
Tempo de cadastramento (em anos)	3,8 ± 1,07
Número de reuniões realizadas	34,1 ± 2,80
Número de reuniões participadas	9,2 ± 11,7
Coeficiente de assiduidade(%)	26,6 ± 33,4
Classificação quanto a assiduidade	
Não participante	71 (54,2)
Participantes	
Assíduo	38 (29,0)
Não assíduo	22 (16,8)

Em estudo realizado com 164 hipertensos cadastrados em um Grupo de Hipertensão com o objetivo de caracterizar o perfil biossocial, identificar os hábitos de vida e analisar os índices pressóricos, considerou-se assíduos aqueles que não faltassem a três ou mais reuniões dos sete encontros ocorridos, definindo, porém uma frequência de aproximadamente 70% nas reuniões⁽¹³⁾. Optou-se neste estudo utilizar um valor de assiduidade de 50% na participação nas reuniões.

Dos 131 hipertensos cadastrados, 71(54,2%) não participaram de nenhuma reunião no ano anterior a entrevista, que foram denominados de não participantes

e 60(45,8%) compareceram no mínimo em uma reunião do grupo de convivência no ano anterior a entrevista, denominado grupo dos participantes. Dentre os participantes, formaram outros dois conforme a assiduidade, aqueles que compareceram menos da metade das reuniões realizadas, os não assíduos 22(16,8%) e aqueles que compareceram metade ou mais da metade nas reuniões, os assíduos 38(29,0%) (Tabela 1).

Na Tabela 2 estão demonstradas as médias de frequência entre as variáveis clínicas e hábitos de vida segundo níveis pressóricos dos hipertensos cadastrados no grupo de convivência.

Tabela 2: Distribuição das variáveis clínicas/hábitos de vida, segundo valores dos níveis pressóricos, dos 131 hipertensos cadastrados do grupo de convivência. Sacramento, MG, 2006.

Variáveis clínicas/hábitos de vida	Níveis Pressóricos						p*
	Controlados		Alterados		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Atividade Física							
Sim	31	63,3	18	36,7	49	100	0,227
Não	43	52,4	39	47,6	82	100	
Tabagismo							
Sim	7	63,6	4	36,4	11	100	0,617
Não	67	55,8	53	44,2	120	100	
Bebida alcoólica							
Sim	4	28,6	10	71,4	14	100	0,026*
Não	70	59,8	47	40,2	117	100	
Obesidade							
Sim	22	53,7	19	46,3	41	100	0,659
Não	52	57,8	38	42,2	90	100	
Segue prescrição médica							
Sim	47	66,2	24	33,8	71	100	0,015*
Não	27	45,0	33	55,0	60	100	

* Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Os níveis pressóricos foram classificados em controlados (PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg) e alterados (PAS \geq 140 mmHg e PAD \leq 90mmHg), conforme recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010⁽¹⁾.

Entre os participantes que se enquadraram no sedentarismo, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, obesidade, e não seguimento da prescrição medicamentosa apresentaram níveis pressóricos mais elevados do que aqueles que praticam atividade física, não fumam, não consomem bebidas alcoólicas, não são obesos e seguem corretamente a prescrição médica.

A relação entre os níveis pressóricos com o consumo de bebida alcoólica e o seguimento da prescrição medicamentosa mostrou-se estatisticamente significativa neste estudo.

Para avaliar o seguimento correto da prescrição médica pelo participante, foi solicitado que este relatasse o uso do medicamento, quantidade e horários, os quais eram conferidos pelo pesquisador na prescrição médica no prontuário e, após, o participante era questionado diretamente quanto o seu seguimento correto da prescrição médica. Caso houvesse contradição na fala do paciente com a prescrição no prontuário, este participante era considerado não seguidor da prescrição

médica. A maioria 71(54,2%) relata seguir a prescrição médica e 60 (45,8%) não a seguem. Dentre os que seguem a prescrição, a maioria 47(66,2%) possui níveis pressóricos controlados.

A Tabela 3 mostra a relação dos hipertensos cadastrados participantes e não participantes com as variáveis clínicas e hábitos de vida.

Tabela 3: Distribuição dos pacientes cadastrados, segundo variáveis clínicas/hábitos de vida e participação nas reuniões do grupo. Sacramento, MG, 2006.

Variáveis clínicas/hábitos de vida	Não participantes	Participantes	p*
	N (%)	N (%)	
Tabagismo			
Sim	8 (72,7)	3 (27,3)	0,197
Não	63 (52,5)	57 (47,5)	
Consumo Bebida Alcoólica			
Sim	8 (57,1)	6 (42,9)	0,815
Não	63 (53,8)	54 (46,2)	
Obesidade			
Sim	25 (61,0)	16 (39,0)	0,293
Não	46 (51,1)	44 (48,9)	
Segue a prescrição médica			
Sim	34 (47,9)	37 (52,1)	0,115
Não	37 (61,7)	23 (38,3)	
Realiza atividade física			
Sim	20 (40,8)	29 (59,2)	0,017*
Não	51 (62,2)	31 (37,8)	
Níveis Pressóricos			
Controlados	36 (48,6)	38 (51,4)	0,146
Alterados	35 (61,4)	22 (38,6)	

* Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

O grupo que não participou de nenhuma reunião representa a maioria em todos os fatores de risco avaliados em comparação ao grupo dos participantes, 8(72,7%) fumam, 8(57,1%) consomem bebida alcoólica, 25(61,0%) são obesos, 37(61,7%) não seguem a prescrição médica, 51(62,2%) não realizam atividade física e 35(61,4%) possuem os níveis pressóricos alterados, apesar do teste qui-quadrado ter sido estatisticamente significativo somente para a variável realização de atividade física.

Pode-se apontar que o grupo que teve participação nas atividades educativas, apresentou melhores valores quanto às variáveis de hábitos de vida e clínicas do que o grupo com nenhuma participação. Portanto, interpreta-se que as atividades educativas puderam colaborar para a aquisição de melhores hábitos de vida e para o tratamento da hipertensão arterial para esta população, uma vez que o estudo foi realizado com todos os integrantes do grupo de convivência "Renascer".

Para testar a correlação entre a variável assiduidade e outras variáveis nominais dicotômicas dos dados clínicos e hábitos de vida, utilizamos o teste U Mann

Whitney. Foi realizado antecipadamente o teste de normalidade para cada variável, rejeitando a hipótese nula caso o valor de p fosse maior que 0,000.

Tabela 4: Distribuição das médias das variáveis clínica e hábitos de vida relacionada ao coeficiente de assiduidade, conforme teste de Mann Whitey. Sacramento, MG, 2006.

	Assiduidade	p*
Tabagismo		
Sim	55,64	0,302
Não	66,95	
Atividade Física		
Sim	75,90	0,012*
Não	60,09	
Níveis Pressóricos		
Controlados	68,77	0,299
Alterados	62,40	
Segue a prescrição		
Sim	68,77	0,142
Não	62,40	
Uso de bebida alcoólica		
Sim	64,07	0,826
Não	66,23	

* Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Os valores obtidos mostraram correlação apenas para a variável atividade física ($p=0,01$).

Para testar a correlação entre a variável assiduidade e o número de medidas da PA, utilizamos o teste de correlação de Spearman. O valor obtido mostrou que houve correlação moderada entre estas duas variáveis 0,575 com $p=0,000$.

Os resultados revelam que quanto maior a assiduidade dos participantes nas reuniões, maior o número de medidas da pressão arterial, isto representa que a participação no grupo de convivência pode colaborar no acompanhamento e controle da pressão arterial. A correlação entre a assiduidade e o número de medidas da PA mostrou-se estatisticamente significativa.

Trabalho realizado com 46 hipertensos, com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa educativo tipo exploratório sobre restrição salina, constatou que a concentração de sódio na urina apresentou diferenças estatisticamente significativas no grupo de estudo em comparação com o grupo controle, sugerindo a necessidade de manter uma educação continuada para que os pacientes hipertensos adquiram hábitos de vida saudáveis⁽¹⁴⁾.

Outro estudo avaliou o efeito de uma intervenção educativa com 150 hipertensos por meio da comparação entre dois grupos, um grupo controle e outro experimental. Este último, que foi submetido a intervenção educativa, apresentou melhores resultados sobre o grupo controle quanto aos níveis da PAS e PAD,

perda de peso, aumento da realização de atividade física⁽¹⁵⁾.

A vivência em grupo permite que a mudança positiva seja estimulada de diferentes formas, por meio de reflexão, de estímulos decorrentes dos diálogos ou da observação, conferindo credibilidade para as intervenções grupais no trabalho com portadores de doenças crônicas não transmissíveis cujo principal enfoque é a mudança dos hábitos de vida⁽¹⁶⁾.

Portanto, para conseguir esses objetivos, o profissional deve tomar cuidado para não adotar uma postura de detentor do saber. Deve estar atento a trabalhar "com" o grupo e não "para" ele. Isso implica em não somente esclarecer as pessoas sobre os aspectos objetivos da doença, informá-las sobre as formas de prevenir agravos e alertá-las sobre a necessidade de mudança de hábitos de vida, mas também refletir sobre a maneira de abordar e como se propõem trabalhar esses assuntos no cotidiano das atividades grupais⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

Conforme os resultados apresentados, podemos concluir que a participação no grupo de convivência colabora para melhores resultados das variáveis clínicas e hábitos de vida, principalmente para a prática de atividade física e para o monitoramento da pressão arterial (frequência das medidas).

Apesar dos resultados na população estudada mostrarem estatisticamente significativos apenas para

atividade física e monitoramento da pressão arterial em relação a assiduidade na participação nas atividades educativas do grupo, clinicamente os resultados mostram relevância para intervenções educativas pela equipe de saúde.

Finalmente por considerar que o trabalho educativo e social desenvolvidos nos grupos de convivência para hipertensos possa colaborar para o conhecimento da

doença, na adoção de hábitos de vida saudáveis, na adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida, é preciso a participação e o envolvimento de vários seguimentos da sociedade, como: equipe multidisciplinar integrada, familiares, comunidade e governantes. Portanto, esta tarefa constitui em um trabalho árduo onde é preciso que cada um desempenhe seu papel com responsabilidade e dedicação.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2010;13(1):1-68.
2. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2011 mar 30]. Indicadores e Dados Básicos do Brasil. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br>
3. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002. 65 p.
4. Williams B. The year in hypertension. J Am Coll Cardiol. 2009;55(1):66-73.
5. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. Sao Paulo Med J. 2005;123(1):3-4.
6. Organização Mundial da Saúde. Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (Brasil): OMS, 2003.
7. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol. 2004;83(5):424-28.
8. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Iyda, M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [cited 2011 mar 30];15(5):2603-10. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a34.pdf>.
9. Lopes MCL, Carreira L, Marcon SS, Souza AC, Waidman MAP. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008; [cited 2011 mar 30];10(1):198-211. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>
10. Lessa I, Magalhães MJ, Filho NA, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. Arq Bras Cardiol. 2006;87(6):747-56.
11. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saude Publica [Internet]. 2006 [cited 2011 mar 30];40(2):346-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>.
12. Silva DMGV, Souza SS, Francionni FF; Betina HSM. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(1):7-14.
13. Monteiro PC, Santos FS, Fornazari PA, Cesarino CB. Características Biosociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. Arq Ciênc Saúde. 2005;12(2):73-79
14. Cesarino CB, Cardoso SS, Machado MR, Braile DM, Godoy MF. Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso. Arq Ciênc Saúde. 2004;11(4):234-7
15. Borges CBN, Santos, J.E. Terapia nutricional nas alterações metabólicas associadas à hipertensão arterial (diabetes melito, deslipidemias, hiperuricemia). Rev. bras. hipertens. 2004;11(2):98-101.
16. Oliveira NF, Munari DB, Bachion MM, Santos WS, Santos QR. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2011 mar 30];43(3):558-65.

Available

from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a09v43n3.pdf>.

17. Munari DB, Lucchese R, Medeiros M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 2009 [cited 2011 mar 30];8(supl):148-154. Available from:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9742/5545>.

Artigo recebido em 10.09.2010.

Aprovado para publicação em 24.02.2011.

Artigo publicado em 31.03.2011.