



ARTIGO ORIGINAL

**AUTOCUIDADO DE IDOSOS DIAGNOSTICADOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS**

***SELF-CARE OF ELDERLY DIAGNOSED WITH ARTERIAL HYPERTENSION
AND/OR DIABETES MELLITUS***

***AUTOCUIDADO DE LOS ANCIANOS DIAGNOSTICADOS CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL Y/O DIABETES MELLITUS***

Marcelle Stephane Nunes de Oliveira¹
Geovana Brandão Santana Almeida²
Denicy de Nazaré Pereira Chagas³
Paloma Rodrigues Salazar⁴
Luiza Vieira Ferreira⁵

Doi: 10.5902/2179769226344

RESUMO: **Objetivo:** conhecer como o idoso diagnosticado com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus desenvolve o seu autocuidado, bem como as dificuldades que ele possa enfrentar. **Método:** estudo de abordagem qualitativa realizado com 20 idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no domicílio dos idosos. Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2016 e analisados de acordo com a análise de conteúdo. **Resultados:** elencaram-se três categorias mediante a análise dos dados: Identificação do diagnóstico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; O conhecimento do idoso sobre hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus; Os recursos que o idoso utiliza para cuidar da hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Considerações finais:** os resultados obtidos revelaram a necessidade dos profissionais de saúde que assistem esses idosos repensem medidas e ações reais, voltadas para a educação em saúde, capacitando-os para o autocuidado de maneira efetiva.

Descritores: Saúde do Idoso; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Autocuidado.

ABSTRACT: **Aim:** to understand how the elderly diagnosed with arterial hypertension and / or diabetes mellitus develops their self-care as well as the difficulties they may face. **Method:** qualitative study with 20 elderly patients diagnosed with arterial hypertension and / or diabetes mellitus. Semi-structured interviews were carried out in a home environment. The data were collected in the months of June and July 2016 and analyzed according to the Content Analysis. **Results:** three categories were listed through data analysis: Identification of the diagnosis of hypertension and diabetes mellitus; Knowledge of the elderly about arterial hypertension and / or diabetes mellitus; The resources that the elderly uses to take care of arterial hypertension

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: marcellesnunes@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: geovanabrandao@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: dchagas.enf@gmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: paloma.salazar@gmail.com.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: luiza.luvieira@hotmail.com.

and / or diabetes mellitus. **Final considerations:** the results revealed that health professionals who assist these elderly people need to rethink effective measures and actions aimed at health education, enabling them to self-care of themselves effectively.

Descriptors: Health of the Elderly; Hypertension; Diabetes Mellitus; Self Care.

RESUMEN: Objetivo: entender como los ancianos con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus desarrollan su autocuidado y las dificultades que pueden enfrentar. **Método:** estudio cualitativo con 20 pacientes ancianos con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus. Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas en el domicilio de los ancianos. Los datos fueron recolectados en los meses de junio y julio de 2016 y analizados con base en Análisis de Contenido. **Resultados:** a partir del análisis de los datos fueron identificadas tres categorías: Identificación del diagnóstico de hipertensión y de diabetes mellitus; el conocimiento de los ancianos sobre hipertensión y/o diabetes mellitus; y los recursos que los ancianos usan para cuidar de la hipertensión y/o diabetes mellitus. **Consideraciones finales:** los resultados obtenidos revelaron la necesidad de los profesionales de salud, que asisten a estos ancianos, repensen medidas y acciones efectivas direccionadas a la educación en salud, capacitando estos sujetos para el autocuidado de manera efectiva.

Descriptor: Salud del Anciano; Hipertensión; Diabetes Mellitus; Autocuidado.

INTRODUÇÃO

A longevidade da população é um aspecto comprovado nas últimas décadas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o quantitativo de idosos corresponde a 13,09% do total da sociedade brasileira.¹ Um município da Zona da Mata Mineira é composta por 71 mil idosos o que representa, aproximadamente, 14% da população da cidade, em acordo com o aumento da população idosa no país.² Esse aumento contingencial deve-se à melhora na expectativa de vida, queda no número da mortalidade e fecundidade, associada às melhorias na educação, saúde, alimentação, avanços da medicina e desenvolvimento científico e tecnológico voltados para a saúde.¹

Aliado ao crescimento da população idosa no país, vemos o aumento na demanda de serviços de saúde especializados a este grupo etário. A diversificação das ações dos profissionais de saúde vem sendo foco de várias pesquisas,^{3,4,5} na busca pela qualidade de vida para os idosos, reduzindo os efeitos e as consequências dos problemas que comprometem a saúde da pessoa idosa, em especial, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs).⁶ Nesse contexto, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) assumem posição de destaque.

A HAS é considerada um grave problema de saúde pública, no Brasil e no mundo. No Brasil, sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para as pessoas entre 60 a 69 anos e 75% para aqueles com mais de 70 anos.^{7,8} Na América Central e

na América do Sul, existe uma estimativa de 24 milhões de pessoas com diabetes, podendo chegar a 38,5 milhões em 2035 – um aumento projetado de 60%. Para o Brasil, o contingente estimado é de 11,9 milhões de casos, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035.^{7,8}

Devido a sua crescente prevalência, o DM, por sua vez, vem aumentando sua importância por estar associado à dislipidemia, HAS e disfunção endotelial.^{9,10} Por serem patologias, em geral, assintomáticas e de risco para baixa adesão ao tratamento, faz-se necessário o acompanhamento por uma equipe multiprofissional, a fim de evitar possíveis complicações.^{7,8}

As ações de educação em saúde são utilizadas como um estímulo para a mudança de comportamento dos idosos que irão favorecer a adesão pela busca do autocuidado. E, tal fato, irá impactar positivamente no tratamento das doenças crônicas, além de ser um direito do usuário e da família receberem orientações acerca do estado de saúde e de como devem participar de forma a garantir o êxito no tratamento.^{7,8} O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e realizadas pelos indivíduos em seu benefício próprio, a fim de garantir a manutenção da vida e do bem-estar.¹¹

No entanto, a atenção primária à saúde (APS) é a porta preferencial de entrada do usuário no SUS, sendo responsável por direcionar o usuário para os demais níveis de atenção à saúde.¹² Nesse sentido, a APS deverá realizar um atendimento com foco na pessoa e oferecer uma assistência que contemple as necessidades específicas da população idosa.⁵

Diante dessas considerações emergiu o seguinte questionamento: Quais são as dificuldades que os idosos diagnosticados com hipertensão arterial e diabetes mellitus apresentam para desenvolverem hábitos que visem o autocuidado?

O objetivo deste estudo foi conhecer como o idoso portador de HAS e/ou DM desenvolve o seu autocuidado, bem como as dificuldades que possa enfrentar.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora – MG. Esta desenvolve o modelo de assistência à saúde centrado na Estratégia Saúde da Família (ESF) com atuação de uma equipe multiprofissional.

Participaram do estudo 20 idosos, diagnosticados com HAS e/ou DM, moradores da área adstrita e que realizam acompanhamento na UAPS. A identificação e a indicação destes



idosos foram por intermédio dos agentes comunitários de saúde, pois estes profissionais de saúde atuam como um elo entre a comunidade e as unidades de saúde, o que favorece identificar as famílias que estão expostas em situações de risco^{7-8,12} e, até mesmo, os idosos diagnosticados com doenças crônicas que são os participantes deste estudo. Os critérios de inclusão foram: ter idade ≥ 60 anos; ser portador de HAS e/ou DM e usuário da UAPS, cenário da investigação.

Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada,¹³ composta de um roteiro de perguntas referentes a caracterização dos participantes e relacionadas a descoberta da patologia e ao autocuidado: “Como o(a) Senhor(a) descobriu que é hipertenso(a) e/ou diabético(a)? Me conte o que o(a) Senhor(a) sabe sobre a sua doença. Me conte como o(a) Senhor(a) faz uso dos medicamentos durante o dia. O que o(a) Senhor(a) faz para se cuidar?”

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes, nos meses de junho e julho de 2016. As mesmas foram audiogravadas e tiveram uma duração média de 30 minutos. E, com vistas à preservação do anonimato dos participantes, estes foram identificados com o número das entrevistas, na ordem em que foram realizadas, como exemplo: E1, [...], E20. Cabe ressaltar que a pesquisadora buscou no domicílio do participante um local apropriado, mantendo a privacidade para o desenvolvimento da entrevista.

As transcrições das entrevistas ocorreram na íntegra e os dados foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo, que consiste em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação dos discursos apresentados pelos participantes em associação com o tema do estudo.¹³ A pré-análise consiste na organização do material de campo e em leituras flutuantes que irão possibilitar ao pesquisador formular hipóteses sobre o tema proposto e indicadores que irão orientar a interpretação dos dados.

Durante a exploração do material, o pesquisador irá realizar a análise, com o objetivo de agrupar palavras e expressões que apresentarem semelhanças entre si de forma e possibilitar a formulação das categorias de análise. Na etapa referente ao tratamento dos resultados/inferência/interpretação foi realizada a análise de cada categoria encontrada na etapa anterior e formulada uma redação com esses achados utilizando o suporte de referenciais teóricos e pesquisas científicas de forma a torna-los significativos e válidos.¹³

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de CAAE 54710716.6.0000.5147 e parecer número 1.566.772 em 31 de maio de 2016. Os aspectos éticos foram seguidos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁴

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos idosos entrevistados variou de 60 a 85 anos, sendo 9 homens e 11 mulheres. Quanto à escolaridade, 17 idosos possuíam o ensino fundamental incompleto e apenas 3 idosos, o ensino fundamental completo. Constatou-se que os idosos residiam com esposa e filhos (9), sozinhos (4), somente com os filhos (5) e somente com o esposo (2). Quanto profissão e/ou ocupação, 10 eram aposentados, 2 trabalhadoras do lar e 1 era costureira. No que tange às patologias, nove idosos tinham diagnóstico de hipertensão arterial; três, de diabetes mellitus e oito idosos apresentavam HAS e DM.

Após a interpretação dos dados coletados nas entrevistas, foi possível identificar três categorias de análise: Desafios no diagnóstico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; O conhecimento do idoso sobre a hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus; Os recursos que o idoso utiliza para cuidar da hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

Desafios no diagnóstico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus

Nessa categoria, buscou-se identificar em que momento foi dado o diagnóstico das doenças. Os idosos entrevistados relataram que a HAS foi detectada de forma casual, o que remete à necessidade de reflexão sobre a assintomatologia inerente à doença, no sentido de se repensar a maneira de diagnosticar o mais precocemente possível a doença hipertensiva.

Eu descobri que eu fui no médico, aí ela mediu minha pressão, aí que eu vi, [...] que estava com a pressão alta. É, aí já passou remédio para mim tomar. Era de controle, já estava indo de controle. Eu senti assim, mais, mais tranquilo. (E3)

Foi lá em Feira de Santana. O pessoal do posto me pegou lá e mediu a pressão e deu alta [...]. Me deram remédio e eu fui embora. (E8)

Os participantes apontam, em seus discursos, o que a literatura já discutiu com bastante rigor e ratificam a compreensão de que o principal aspecto para a não identificação da doença hipertensiva está na assintomatologia.^{15,16} Revelam também que, na maioria dos casos, a pessoa obtém o diagnóstico a partir de algum procedimento que precisou realizar ou, ainda, de uma consulta que estava agendada para outro problema e que, por acaso, o profissional aferiu a pressão arterial e, nesse momento, percebeu que esta se encontrava alterada.

Ao mesmo tempo em que o idoso relata não ter sintomas, ele demonstra certo conforto e segurança por receber o diagnóstico da doença e ser medicado.

Descobri quando eu fui ao posto médico e falou que eu era hipertenso, aí passei a tomar remédio. (E16)

Eu levantei e as coisas estavam tudo rodando. A vizinha veio e mediu minha pressão, e ela estava alta. Aí eu procurei um cardiologista, ele me passou o remédio e desse dia em diante, eu comecei a tomar. Quando eu me senti melhor, parei de tomar, mas aí voltou. Foi aí que eu descobri. (E14)

O uso do medicamento é, na maioria dos casos, a única maneira utilizada pelo portador da doença hipertensiva para controlar os níveis pressóricos. É importante orientar as pessoas quanto à introdução de medidas complementares ao uso de medicações, como a mudança no estilo de vida, o que favorece o controle da doença. Para que se confirme o diagnóstico de hipertensão, é necessário que se afira a pressão arterial em diferentes períodos, evitando que aconteça um diagnóstico falso, levando sempre em consideração os fatores de risco e as comorbidades associadas.⁷

O DM, por sua vez, possui sintomas clássicos e fáceis de serem percebidos, como: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Estes sintomas são mais comuns no diabetes tipo 1, com risco de progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, sobretudo, na presença de estresse agudo, mas também podem estar presentes no tipo 2, menos comum. Quase sempre, o diagnóstico da DM tipo 2 é feito a partir do surgimento de uma complicação tardia como: proteinúria, retinopatia, ou então, por infecções de repetição. Isso acontece porque, neste caso, o início é insidioso e, muitas vezes, não apresenta sintomas.^{4,5} Alguns participantes relataram que receberam o diagnóstico por meio de exames de rotina, ou após algum trauma emocional.

Foi porque eu fiquei nervosa, tive um problema no banco, entraram na minha conta fizeram um empréstimo, com isso, o diabetes subiu. Tem uns três anos que eu estou com problema de diabetes. Se eu ficar nervosa, o açúcar sobe. (E12)

Através de um exame de sangue que eu fiz acusou minha glicose um pouco alta, então, segundo o médico, era a diabetes número dois [...]. Assim que foi descoberto. (E19)

Podemos inferir que a confirmação do diagnóstico de DM só foi constatado após a busca pelo serviço de saúde já com o quadro agudo da doença. Cada vez mais vem se tornando comum, o diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS e DM, em pessoas que já apresentam algum agravo da saúde. Muitos portadores dessas doenças só procuram assistência à saúde quando apresentam a sintomatologia clássica, que os preocupam

de algum modo. Parte desse descuido atribui-se à falta de conhecimento sobre as doenças que podem acometer as pessoas.

A descoberta da patologia, em alguns casos, ocorre através de episódios rotineiros do cotidiano das pessoas que não associam os sintomas de doenças que fazem parte, de uma certa forma, de um quantitativo expressivo de idosos que compõem a sociedade brasileira.¹⁷

Descobri na menopausa e eu fiquei com tonteira. Fiquei tonta, com dor de cabeça, sentindo mal. (E21)

É que eu senti umas novidades e fui ao médico, aí ele foi e constatou que eu estava com princípio de diabetes [...]. Comecei a fazer o tratamento mais sério, eu comia doce demais da conta. (E15)

Faz-se necessário o desenvolvimento de ações que visem às questões preventivas que são fundamentais em diferentes momentos, para que o diagnóstico ocorra o mais precoce possível e, assim, o idoso possa ter uma assistência que contemple as suas necessidades e previna os agravos que essas doenças acarretam.¹⁸

O conhecimento do idoso sobre a hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus

Nessa categoria, buscou-se identificar o conhecimento que os idosos apresentam sobre a hipertensão arterial e o diabetes.

Já tive explicação dos médicos, não é? Meu médico me explicou que a pressão alta dá derrame, dá esquecimento. É só isso mesmo que eles falaram para mim. (E4)

Sobre pressão alta, eu não sei. De repente, eu sinto dor de cabeça, mas não sei se é pressão alta. (E20)

Os idosos entrevistados relataram que de acordo com o aumento da pressão são percebidos alguns sintomas, como dores de cabeça (cefaléia) ou ainda episódios de esquecimentos.

Defende-se a ideia de que o acesso a informações sobre a gravidade, complicações e recursos terapêuticos da HAS e DM não influenciam diretamente no comprometimento com o tratamento e que não está ligado diretamente ao controle dessas patologias.¹⁵ Este estudo, no entanto, demonstra que o autoconhecimento acerca da doença auxilia o idoso na elaboração e execução de cuidados eficazes para o controle das doenças.

Eu sei que a hipertensão é perigosa, porque ela muito alta, pode dar derrame, pode dar infarto, você pode ficar até torta em cima de uma cama mas, no mais, eu não sei mais nada não. A diabetes, ela dá cegueira. É uma doença que você tem para o resto da vida, não é? Começou, eu acho que ela não sai mais, eu não sei direito. (E9)

Ah, uma doença cara e traiçoeira. O que eu sei é o seguinte, sobre os cuidados, a gente têm que ter tudo, é o problema com a alimentação, tomar os remédios para evitar certas coisas [...]. Tem que alimentar adequadamente de 3 em 3 horas, comer uma fruta, fazer um lanchinho, não ficar sem alimentação. (E10)

Um grande problema encontrado neste cenário é a dificuldade que os idosos têm em apreender as informações acerca da doença. Muitos deles só se atentam para as complicações e não se dedicam aos cuidados essenciais, alguns se voltam apenas para a alimentação e esquecem os outros fatores de risco modificáveis. Muitos encontram dificuldade em associar sintomas à patologia.

Os idosos apresentam necessidades de um cuidado especializado e multiprofissional que irá favorecer o processo de educação em saúde como um momento de troca de experiências, de modo a permitir que se vivencie o processo de envelhecimento e todas as peculiaridades em torno do processo de autocuidado sobre HAS e DM.

A hipertensão leva a gente para o buraco [...]. Eu sei que um dia a gente vai morrer, mas a gente evita [...]. Aí, eu evito comer coisas gordurosas por causa do colesterol. Agora eu como mais verduras. (E6)

Eu acho que está associada a alimentação [...], não comer muita gordura, sal [...]. Isso aí que eu sei. (E14)

Para os idosos entrevistados, o aparecimento da hipertensão está associado apenas a uma alimentação não saudável, sendo que para eles este seria o único fator de risco para o desenvolvimento da patologia supracitada.

O idoso que não estiver esclarecido sobre a realidade da sua situação de saúde, as causas, consequências e as medidas de controle, dificilmente aceitará realizar o tratamento de maneira correta.¹⁶ Neste sentido, esclarecer e ofertar informações básicas ao idoso sobre as patologias que envolvem a sua saúde, favorecem o seu autocuidado e criam formas de prevenção dos agravos.

A gente sabe pouco, eu só sei que as pessoas que têm diabetes geralmente têm que ter um controle, você está sempre indo no médico, tomar os remédios direitinho, na hora certa, e não pode ficar muito tempo sem alimentação. Tem que ter cuidado com manicure, porque, se machucar, vai dar uma trabalhadeira danada. (E12)

Alimentação, emagrecer, tomar os remédios correto. Não pode ser obeso, fazer dieta de sal, comer legumes, verduras e cortar o sal total, para mim, é só isso. (E20)

Pelos discursos acima foi possível compreender que a prática do autocuidado dos idosos está restrita a uma alimentação saudável e a adoção da terapêutica medicamentosa, como formas de se evitar complicações na saúde posteriormente.

O grau de dependência do idoso diagnosticado com doenças crônicas é maior que o daquele que não as possui, quando se leva em consideração o número de internações dessa população.^{19,20} As internações são decorrentes de situações relacionadas ao quadro agudo das doenças e que, em alguns, casos não se recordam como chegaram na unidade hospitalar.

Às vezes, ela baixa e eu já parei no hospital umas duas ou três vezes, ela baixa e deixa eu tonto. E depois eu não sei de nada que aconteceu comigo. (E11)

No caso das doenças crônicas, para que haja um controle eficaz, é necessária à adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e mudança no estilo de vida. Nos discursos dos idosos entrevistados fica claro que, na maioria dos casos, a doença é controlada apenas pelo uso regular de medicações.

Assim, as ações de estratégias educativas visam estimular às pessoas na busca por informações e direitos que perpassem pela prática do autocuidado. Os profissionais da APS ao promover ações educativas favorecem maior interação e participação da comunidade, e maior visão crítica dos aspectos determinantes de um viver saudável.²¹

Os recursos que o idoso utiliza para cuidar da hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus

Nesta categoria, evidenciou-se que a principal forma de tratamento é a utilização da terapia medicamentosa.

Tomo regularmente. Sou muito rígido nesse sentido. O remédio eu tomo direito, bem direito mesmo. (E8)

Insulina em primeiro lugar de manhã, as duas. Depois do café, os remédios, eu tomo tudo junto depois do café e do almoço, né, e à noite também, eu tomo as insulinas e os medicamentos. (E17)

Diante das falas dos idosos foi possível compreender que o autocuidado está relacionado ao fato de fazer uso corretamente dos medicamentos.

No entanto percebe-se, nesse contexto do tratamento, que a dependência farmacológica de uma parcela dos idosos entrevistados fica em evidência, assim como algumas dificuldades no cuidado terapêutico do dia a dia.

Esse aí eu tomo é de [...]. É ela que me ajuda, sozinho eu não consigo tomar. Tem vários horários, tem o de 7 horas, o de 8 horas. (E3)

Remédio antes do almoço, depois do almoço, à noite também tem ao deitar. Agora explicar qual é o remédio que tomo, o nome eu não sei, é por isso que eu ando com essa lista aí. Muito difícil eu guardar, já estou de idade e tudo. (E10)

Devido ao processo de envelhecimento, os idosos apresentam uma perda cognitiva, o que poderá contribuir para um entendimento não muito claro a respeito da prática de ingestão dos medicamentos.

De acordo com a Portaria n. 2.528/2006 do Ministério da saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é primordial buscar a recuperação, manutenção e promoção da autonomia do idoso, direcionando medidas individuais e coletivas para alcançar esses objetivos, apoiando o envelhecimento ativo e contribuindo para a qualidade de vida.¹⁸

Existem outras medidas que podem ser usadas como auxiliares para o controle das doenças crônicas. O exercício físico é um grande aliado na diminuição e estabilidade dos níveis pressóricos, por exemplo, e deve ser prescrito conforme o gosto e disponibilidade individual, levando em consideração as limitações de cada um, para que não haja estresse ortopédico.^{22,23} Nos discursos, o exercício físico foi citado como forma de auxílio no tratamento.

Evito comer alimentos gordurosos e controlo a comida. Carne essas coisas, só mesmo o que não tem muita gordura. E atividade física, eu caminho bastante, não paro um minuto. (E4)

Tenho que procurar manter a minha ansiedade, né, e a gente tem o grupo lá no posto de saúde, a gente faz às quartas-feiras, tá junto com as psicólogas lá [...] E a caminhada a gente já faz direto. (E18)

Podemos perceber que os idosos, também apresentam o conhecimento referente a necessidade de se praticar atividade física como um subsídio para favorecer o controle das patologias que apresentam.

Por outro lado, a maioria dos entrevistados, embora saiba acerca da importância, relata que não praticam exercício, ou praticavam e pararam por algum motivo:

Agora eu não estou fazendo a caminhada [...] eu sinto falta da caminhada, me faz bem, mas eu estou meio relaxado nesse sentido. (E10)

Eu estava fazendo ginástica, mas depois a moça foi embora, aí eu fui para o Centro de Promoção do Menor (CEPROM) [...] aí depois eu tive dengue e tive que parar. Parei porque a médica falou que não podia. Aí depois eu fiquei com a pressão um pouco descontrolada, então não dá para fazer, tem que esperar controlar. (E5)

Alguns idosos referem utilizar uma alimentação saudável como reforço no controle da doença e na busca pela qualidade de vida.

A minha comida ninguém come, tanto que, quando chega visita, tem um saleiro, quem quiser que põe, porque, na minha comida, eu não ponho sal. Meu pai tinha problema cardíaco, e minha mãe tinha pressão alta, então eu fui criada assim, sem comer sal. Se eu for na casa de uma pessoa e comer uma comida com um pouquinho mais de sal, no outro dia, eu estou passando mal. (E12)

Eu evito sal, se bem que, aqui em casa, eles não gostam muito. Aqui em casa, acabar com sal é um problema sério, mas eu tento ao máximo. (E8)

No caso da HAS e DM é essencial o controle da ingestão de sal e de açúcar, além da quantidade e intervalo entre uma refeição e outra. As Diretrizes de Hipertensão Arterial sugerem que a população reduza o consumo de sal, diminuindo a quantidade adicionada no preparo dos alimentos, além de indicarem que seja abolido o consumo de alimentos industrializados e que se evite o saleiro à mesa.⁶

Esta modalidade de tratamento, em que a medicação não é única, deve ser encorajada nos idosos, pois estes apresentam muitas comorbidades, restrições físicas e, algumas vezes, sociais e psicológicas, impostas naturalmente pelo envelhecimento.⁵

A adesão requer muito esforço da pessoa com o diagnóstico de HAS e/ou DM e também dos profissionais que o assistem. Como pontos a favor da adoção dessas medidas, destacaram a redução dos níveis pressóricos, baixo custo e risco mínimo, melhoria na eficácia do tratamento farmacológico.⁶

Observa-se que são muitas as opções que o profissional de saúde pode acessar para contribuir com a prescrição de cuidados ao idoso no que tange à HAS e DM. Elaborar um plano terapêutico que contemple a família como protagonista do cuidado pode se tornar mais efetivo para o controle das doenças que afetam os idosos, pois considerá-la como colaboradora poderá proporcionar um enfrentamento mais responsável das patologias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou identificar, como a DM e/ou HAS afetam a população idosa no Brasil. O idoso diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus necessita de



um cuidado integral e multiprofissional, por isso se deve analisar, orientar e desenvolver ações de educação em saúde a respeito dos cuidados relacionados à doença, a fim de evitar complicações.

Devido à ausência de sintomas, em alguns casos, os idosos têm o diagnóstico para hipertensão e ou diabetes confirmado de forma tardia. Há a necessidade de se repensar estratégias de ação direcionadas para a prevenção de agravos à saúde de maneira precoce.

A educação para o autocuidado é peça fundamental no controle da HAS e/ou DM e os profissionais de saúde precisam buscar ações junto à comunidade no intuito de conhecer o idoso, identificar suas dificuldades e planejar intervenções a partir delas.

Os enfermeiros precisam assumir o seu espaço no cenário de educação em saúde, buscando orientar a população quanto as ações de prevenção de agravos, promoção da saúde, através de uma ação educativa na sala de espera, grupo educativos, nas consultas de enfermagem, visitas domiciliares e demais estratégias de ação que possam auxiliar na orientação da população.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2050. Brasília (DF): IBGE; 2013.
2. Universidade Federal de Juiz de Fora. Diagnóstico socioeconômico da população idosa de Juiz de Fora: perfil do idoso residente na área urbana de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Pró-reitoria de Extensão; 2012.
3. Dias KCCO, Lopes MEL, Zaccara AAL, Duarte MCS, Morais GSN, Vasconcelos MF. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. *Rev Enfermagem*. 2014;8(5):1337-46.
4. Silva A, Dal Prá KR. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. *Argumentum*. 2014;6(1):99-115.
5. Ferreira LV, Silva MCM, Castro EAB, Friedrich DBC. Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde. *Rev Contexto & Saúde*. 2017;17(32):46-54.
6. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura [Internet]. 2015 [acesso em 2017 jul 15];13(1):75-84. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica; 37).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica; 36).



9. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(1):45-56.
10. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2014.
11. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 1985.
12. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas de Pesquisa envolvendo os seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012.
15. Bezerra ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 jul 15];67(4):550-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>.
16. Shima R, Farizah MH, Majid HA. A qualitative study on hypertensive care behavior in primary health care settings in Malaysia. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:1597-09.
17. Silva LOL, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis*. 2013;23(1):227-42.
18. Santos M. O idoso na comunidade: atuação da enfermagem. In: Freitas EV, Py L, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2016. p. 403-13.
19. Silva AM, Castro LFA, Botelho ACF, Santos DR, Frutuoso JRC, Marques AP, et al. Equilíbrio, autonomia e independência funcional de idosos ativos e sedentários: estudo preliminar. *Kairós Gerontologia*. 2015;18(N Esp 19):129-42.
20. Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):979-86.
21. Arantes RKM, Salvagioni DAJ, Araújo JP, Roecker S. Educação que produz saúde: atuação da enfermagem em um grupo de hipertensos. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 abr/jun [acesso em 2017 abr 28];5(2):213-23. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13472/pdf>.
22. Marques JP, Pinheiro JP, Veríssimo MT, Ramos D. A hipertensão arterial e o exercício físico: elementos para uma prescrição médica. *Rev Port Med Geral Fam*. 2015;31(1):46-50.
23. Makridakis S, DiNicolantonio JJ. Hypertension: empirical evidence and implications in 2014. *Open Heart*. 2014;1(1):1-8.



Data de submissão: 27/03/2017

Data de aceite: 22/09/2017

Autor correspondente: Luiza Vieira Ferreira

Endereço: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus
Universitário, Bairro São Pedro, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. CEP: 36036-900

E-mail: luiza.luvieira@hotmail.com