

# SIGNIFICADOS E REFLEXÕES SOBRE O SER PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

## MEANINGS AND REFLECTIONS UPON BEING A HYPERTENSIVE PATIENT

## SIGNIFICADOS Y REFLEXIONES SOBRE SER PORTADOR DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Cynara Rodrigues Soares Silva<sup>1</sup>

Maria Aparecida Vieira<sup>2</sup>

Roseni Rosângela de Sena<sup>3</sup>

### RESUMO

O objetivo com este estudo foi conhecer os significados que os portadores de hipertensão, participantes das Reuniões Educativas promovidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), atribuem à doença. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, orientado pelo materialismo dialético. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, tendo como sujeitos oito portadores de hipertensão, definidos por meio de sorteio entre os cadastrados, em uma Equipe de Saúde da Família (ESF). Nesse sorteio, foram contemplados sujeitos dos sexos masculino e feminino e de quatro faixas etárias preestabelecidas. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise do discurso. Os resultados revelaram o que a hipertensão arterial significa para os portadores de hipertensão entrevistados, os sintomas, as causas, o tratamento e o prognóstico da dela. Os entrevistados percebem a doença de forma negativa, pois a condição crônica de uma enfermidade pode ocasionar perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e no prazer. Essas perdas levam, muitas vezes, ao desânimo, à tristeza, à depressão e à frustração, além de ser um agravante no momento de mudar e de adaptar-se a um novo estilo de vida. A opção metodológica adotada nas Reuniões Educativas mostrou-se pouco emancipatória e fortemente centrada na atenção curativa, bem como no atendimento chamado "queixa-conduta". Conclui-se que há necessidade de reflexões sobre o ser hipertenso para subsidiar o aperfeiçoamento das ações educativas para os usuários.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Programa Saúde da Família; Educação de Pacientes como Assunto; Educação em Saúde; Pesquisa em Enfermagem.

### ABSTRACT

This study aims to understand what hypertensive patients that participate on educational meetings promoted by the Family Health Program (FHP) think about their illness. It is a qualitative and descriptive study guided by dialectic materialism. A semi-structured interview was used as data collection tool. The subjects were eight hypertensive patients chosen among those who were enrolled in the FHP. Men and women from four different groups of ages were considered. Data analysis was performed by using discourse analysis technique. Results show what hypertension means to the interviewed patients in terms of illness symptoms, causes, treatment options and prognosis. Patients see the disease as something negative once its chronic condition may cause losses in social life, in leisure and in pleasant activities. On the other hand, these losses may lead to dejection, sadness, depression and frustration which may complicate adaptation to new life styles. The methodology used in the educational meetings had little emancipatory potential and was strongly centered in curative attention, as well as in conduct complaints services. We conclude that we need to think over the meaning of hypertension to the patients in order to subsidize the development of educational actions.

**Key words:** Hypertension; Family Health Program; Patient Education as a Topic; Health Education; Nursing Research

### RESUMEN

El estudio tiene como objetivo conocer los significados que los portadores de hipertensión arterial participantes de las Reuniones Educativas promovidas por el PSF atribuyen a la enfermedad. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo orientado por el materialismo dialéctico. La recogida de datos se llevó a cabo mediante el instrumento entrevista semiestructurada con ocho sujetos portadores de hipertensión seleccionados por sorteo entre pacientes inscritos en el PSF. En este sorteo se consideraron sujetos del sexo masculino y femenino de cuatro franjas de edad preestablecidas. El análisis de datos fue realizado por medio de la técnica análisis del discurso. Los resultados revelan el significado de la hipertensión arterial atribuido por los portadores de hipertensión, sus síntomas, causas, tratamientos y pronóstico. Los entrevistados sienten que la enfermedad es algo negativo porque su condición crónica puede conllevar a pérdidas en las relaciones sociales, actividades de ocio y placer. Todas estas pérdidas pueden conducir al desánimo, tristeza, depresión y frustración, aparte de agravarse cuando se desea cambiar para adaptarse a un nuevo estilo de vida. La opción metodología adoptada en las reuniones se mostró poco emancipadora, muy centrada en la atención curativa y en la atención llamada 'queja-conducta'. Se concluye que hay que reflexionar más sobre el hipertenso para ayudar a desarrollar medidas educativas para los usuarios.

**Palabras clave:** Hipertensión; Programa de Salud Familiar; Educación del Paciente como Asunto; Educación en Salud, Investigación en Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Residente em Saúde da Família na Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora adjunta aposentada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Consultora da Kellogg Foundation.

Endereço para correspondência: Rua Bário, nº 227, Edgar Pereira, Montes Claros-MG.

E-mail: aranyc.soares@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma das principais doenças crônicas não transmissíveis da atualidade, sendo responsável por 7,1 milhões de mortes, o que corresponde a 13% do total de óbitos ocorridos no mundo. No Brasil, está presente na população adulta cuja prevalência oscila entre 15% a 30%, o que equivale a, aproximadamente, 30 milhões de pessoas gerando elevados custos sociais e econômicos, dada a morte prematura ou à sobrecarga na demanda por serviços assistenciais, transformando-se em um importante problema de saúde pública.<sup>1</sup>

Conhecida também como “doença silenciosa”, a hipertensão, em geral, é isenta de sintomas e define-se como uma doença de natureza multifatorial que afeta os vasos sanguíneos e acomete tardiamente órgãos vitais do organismo, como o coração, as artérias, o cérebro, os rins e a retina, participando em complicações como doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença vascular de extremidades e alterações oculares.<sup>2</sup> Fatores constitucionais – idade, sexo, raça, obesidade; fatores ambientais – ingestão de sal, álcool e tabagismo; fatores ambientais ligados ao trabalho – estresse, agentes físicos e químicos; e fatores ligados à classe social do indivíduo, que podem ser limitantes ou facilitadores de acesso ao tratamento farmacológico, são atribuídos como riscos ou causas para elevação da pressão arterial.<sup>3</sup>

Dessa maneira, os fatores de risco para hipertensão, associados a sua alta prevalência e a sua relação com eventos mórbidos cardiovasculares, exigem intervenção oportuna, o que pode ser obtido por meio de tratamento medicamentoso e adoção de hábitos saudáveis de vida, instituídos após avaliação integral da pessoa.<sup>4</sup>

Apesar dessas possibilidades de tratamento, uma das dificuldades encontradas no atendimento a hipertensos é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% desses clientes não sabem que têm a doença nem fazem qualquer tipo de tratamento e, dentre aqueles que o fazem, poucos apresentam a pressão arterial controlada. Entre 30% e 50% interrompem o tratamento no primeiro ano e 75% depois de cinco anos.<sup>5</sup>

Para que se consiga um índice satisfatório de adesão do tratamento e para que ocorram mudanças nos hábitos de vida dos portadores, é necessário que eles conheçam suas necessidades básicas e tenham como satisfazê-las. Devem ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Nesse sentido, a educação em saúde contribui para que as pessoas possam adquirir autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios de promover hábitos saudáveis, prevenir agravos e melhorar a qualidade de vida.<sup>6</sup>

Apesar de ser conhecida a importância do processo educativo na adesão do hipertenso à terapêutica, Pierin e Mion Júnior<sup>7</sup> afirmam que esse processo, isoladamente, não aumenta o índice de adesão, visto que há fatores inerentes ao indivíduo que podem facilitar ou dificultar

essa adesão. Dentre eles, podem ser relacionados os de origem psicossocial, financeira, de idade e de nível de escolaridade. A HAS constitui um agravo típico de adaptação, sensível às influências do meio.

Diante da realidade complexa e desafiadora da promoção da saúde, da prevenção e do tratamento da hipertensão arterial, foram elaboradas políticas de controle da HAS no Brasil como ferramenta para reduzir complicações, internações e mortes. Propõe-se diminuir a prevalência da doença, aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle, garantir o acesso dos portadores aos serviços de saúde com resolubilidade e incentivar programas comunitários.<sup>4</sup>

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem a possibilidade de reorganizar a atenção aos portadores de HAS. Tem como estratégia mínima o controle desse agravo, com as responsabilidades no diagnóstico, cadastramento dos portadores, tratamento, prevenção de complicações, identificação de emergência, medidas de promoção à saúde e prevenção de agravos.<sup>8</sup>

A importância do tema e as inquietações advindas da convivência com portadores de HAS motivaram o desenvolvimento desta pesquisa em um território do PSF, na cidade de Montes Claros-MG. O objetivo foi conhecer os significados que os portadores de hipertensão, participantes das Reuniões Educativas promovidas pelo PSF, atribuem à doença .

Espera-se oferecer à equipe de saúde do PSF, onde a investigação foi realizada, subsídios para o aperfeiçoamento de suas ações educativas com os portadores de hipertensão arterial, no que se refere ao relacionamento com esses usuários, na forma de comunicação e de condução do grupo, no estabelecimento de espaços de informação e de diálogo condizentes com a realidade deles.

Conforme afirmam Sadala e Mendes,<sup>9</sup> a compreensão dessas perspectivas desvela novas facetas do portador de hipertensão: a forma como percebe a doença e o significado dela para a vida dele, pois a hipertensão arterial confunde-se com a existência de seu portador. Ao falar sobre a doença, ele fala sobre a própria vida.

A compreensão desses fenômenos deverá estimular a reflexão sobre como os profissionais de saúde podem desenvolver estratégias para ajudar os portadores da doença a perceberem a situação vivida de forma a considerar essa realidade, procurando ajustar-se a essa condição e superar os bloqueios para sua auto-realização. Tais estratégias incluem oportunidades para que participem de atividades educativas em conjunto com seus familiares e outros integrantes de sua comunidade. São atividades que lhes permitirão a autoconscientização da sua condição de portador de hipertensão arterial, indo além do cuidar-se, o que reflete sobre os significados positivos que a doença possa ter: a transcendência do cotidiano que leva ao crescimento e à realização como ser humano.<sup>9</sup>

## TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A fundamentação teórico-metodológica utilizada neste estudo é qualitativa, baseando-se na premissa de que os conhecimentos dos indivíduos somente são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como é vivida pelos próprios atores.<sup>10</sup>

Essa escolha justifica-se pela concepção de que as metodologias qualitativas são capazes de captar a realidade concreta e subjetiva da interação dialógica e dialética entre cenários, sujeitos e pesquisadores.

Nesse sentido, este estudo foi orientado pelo referencial teórico-metodológico da dialética que, para Gadotti,<sup>11</sup> contempla os fenômenos em sua totalidade, como um todo coerente, no qual os objetos, os atores e os próprios fenômenos condicionam-se reciprocamente e interagem entre si. Segundo Minayo,<sup>12</sup> a dialética representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, contextualizando o processo histórico com seu dinamismo, provisoriedade e transformação, buscando apreender a prática social empírica dos indivíduos na sociedade e realizar a crítica das ideologias do binômio sujeito/objeto, ambos históricos e comprometidos com os interesses e as lutas sociais de seu tempo.

A opção por esse método permitiu uma aproximação da realidade objetiva com base nos significados atribuídos pelos portadores de hipertensão arterial sobre a condição concreta e singular de ser hipertenso, revelando as contradições inerentes ao cotidiano desses sujeitos.

Trata-se, também, de uma pesquisa descritivo-exploratória que, de acordo com Duarte e Furtado,<sup>13</sup> “descreve um fenômeno ou situação, mediante um estudo realizado em determinando contexto espacial e temporal”. A investigação foi realizada em uma área de atuação da equipe do PSF localizado na cidade de Montes Claros-MG, que atende 778 famílias, dentre as quais se destacam 249 usuários que são hipertensos, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).<sup>14</sup>

Os sujeitos deste estudo são portadores de hipertensão arterial cadastrados pela equipe do PSF, identificados por meio das Fichas B-Hipertensão Arterial, que é um instrumento de informação utilizado para o cadastramento e o acompanhamento mensal dos portadores da doença daquele território.

Por meio de visitas domiciliares e informações dos agentes comunitários de saúde da área de abrangência do território-cenário da pesquisa, foram identificados 249 portadores de hipertensão arterial cadastrados. Desses, cinco mudaram de bairro, três estavam acamados em decorrência de outros agravos à saúde e um faleceu. Assim, foram excluídos nove usuários cadastrados naquele PSF.

Com base nessas informações, foi construída uma tabela para distribuir os portadores de hipertensão arterial incluídos no estudo por faixa etária e por sexo. Em seguida, foi realizado um sorteio dos sujeitos,

contemplando um usuário do sexo masculino e um do sexo feminino de cada faixa etária: menos de 45 anos, entre 45 e 59 anos, 60 e 74 anos, 75 e 90 anos, resultando em um total de oito participantes. A definição desses sujeitos ancorou-se em Triviños,<sup>10</sup> ao assegurar que a pesquisa qualitativa pode usar recursos aleatórios para fixar a amostra, pois esse tipo de pesquisa não se baseia no critério numérico para garantir a representatividade dele, privilegiando os sujeitos sociais que obtêm os atributos que o pesquisador deseja conhecer. Considera-se que a amostra ideal seria aquela que possibilitasse abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Optou-se pela entrevista com roteiro semi-estruturado para coleta de dados, ancorando-se em Leopardi,<sup>15</sup> ao afirmar que, nessa modalidade, há a vantagem de que são os próprios atores sociais que proporcionam os dados relativos a condutas, opiniões, desejos e expectativas, por isso ninguém melhor que a própria pessoa envolvida para falar sobre o que pensa, sente e do que tem experimentado. A realização das entrevistas foi possível mediante visitas domiciliares aos sujeitos selecionados e que aceitaram participar do estudo.

O Projeto de Pesquisa desta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, pelo Parecer substanciado nº 292, de 13 de março de 2006, atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>16</sup>

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, depois de serem sido informados sobre a autonomia individual, a privacidade, a confidencialidade das informações, a utilização dos resultados para fins científicos, bem como de que a participação na pesquisa poderia ser interrompida por interesse deles em qualquer momento. Foram atribuídos códigos que substituíram os nomes dos participantes de modo a preservar-lhes o sigilo.

Para registro das entrevistas, foi utilizada a gravação autorizada pelos participantes. Leopardi<sup>15</sup> afirma que o uso do gravador dá ao pesquisador a certeza de que obterá a reprodução fiel da fala, evitando, assim, riscos de interpretações equivocadas.

A análise dos dados empíricos foi organizada segundo a técnica da análise do discurso orientada por Minayo<sup>12</sup> com o objetivo de realizar uma reflexão sobre as condições de produção e apreensão dos significados produzidos nos textos. Foram identificadas as figuras e os termos dos discursos, constituindo-se a rede de expressões, que foram recortadas e agrupadas de acordo com os elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.<sup>17</sup> Dessa forma, construíram-se três categorias empíricas:

- a experiência do ser hipertenso;
- conviver com hipertensão arterial: o desafio da mudança;
- a educação em saúde na vida dos portadores de hipertensão arterial.

## ANÁLISE DOS DADOS

### A experiência do ser hipertenso

Ao relatar sua experiência sobre “ser hipertenso”, os sujeitos reavivam o seu modo de ver, sentir e viver e trazem a percepção dessa vivência num contexto singular, peculiar a cada um, onde a manifestação e a descoberta da HAS encontra-se associada ao acaso, sem queixa específica, dificultando precisar a sua origem e tempo de instalação.<sup>5</sup>

Assim, os portadores de hipertensão arterial falam da doença como seus sintomas, ou seja, o que é palpável, o que lhes é dado perceber. Nesse sentido, a doença significa tonturas, dores de cabeça e pelo corpo, nervosismo, arritmia, cianose, perda de memória, confusão mental, sudorese,<sup>9</sup> como descrito pelos participantes da pesquisa nos enunciados a seguir:

*Eu pelo menos não sabia que tinha pressão alta, né? Eu não sentia tontura, eu não sentia nada. [...] Ai, quando foi um dia, eu tava aqui, aí chegou um médico e foi medir a minha pressão. E falou pra mim, assim, que eu tava com a pressão muito alta. Ai, ele passou um remédio pra mim tomar. Ai, ele perguntou se eu tinha tontura, eu falei nada. Eu não sinto nada [...]. (H<sub>4</sub>)*

*Meu problema de pressão o médico nunca tinha me falado, porque toda vida eu tive pressão normal. [...] E de forma que essa doença, que eu vim saber dessa pressão que tinha subido por esse motivo, depois de tá tomando os remédios, que eles, ah, tem pressão. De modo que eu nunca tinha sentido pressão alta, agora eu tô sentindo. (H<sub>5</sub>)*

*Eu sinto muito mal por causa da pressão, eu sinto muita dor de cabeça, dor na nuca e ânsia de vômito, tremura, não durmo, não consigo dormir [...], eu sinto calor e ao mesmo tempo eu sinto um frio, um nervosismo, assim, incontrolável [...]. E eu sinto meu sangue circulando, assim, grosso dentro de mim. Muito cansaço, dor no coração, diz que ele não dói, mas eu sinto uma dor em cima do peito que eu não sei explicar... (H<sub>1</sub>)*

Percebe-se que as lesões ou as disfunções somáticas na HAS produzem desconforto e se transformam nas queixas dos portadores, como foi expresso no conjunto discursivo dos entrevistados. Muitas vezes esses sintomas relacionados pelos sujeitos não encontram explicação na literatura científica. Helman<sup>18</sup> afirma que os sintomas assumem seu sentido quando relacionados a estados fisiológicos que, por sua vez, são interpretados como reflexos dos sintomas.

Para os portadores de hipertensão arterial, a doença significa, também, as causas dela. Na tentativa de compreender o agravo, os portadores questionam a etiologia da expressão. Os entrevistados apontam como causas da elevação da pressão arterial fatores ligados ao cotidiano, como nervosismo, agitação da vida, dificuldades familiares e emoções. Fuchs<sup>19</sup> analisa como etiologia da HAS a interação entre fatores hereditários e ambientais como obesidade e hábitos alimentares. Nos

enunciados a seguir, os sujeitos deste estudo manifestam a percepção sobre a origem da hipertensão deles:

*[...] eu não compreendo qual é o significado que a pressão alta me trouxe mesmo, não. Eu sei que nasceu por esse motivo do problema do coração, né? (H<sub>5</sub>)*

*[...] a pressão minha é também um problema de família, meu pai morreu com problema de coração, minha irmã caçula também [...], minha mãe problema de derrame. (H<sub>3</sub>)*

*Só tem uma coisa, se eu ficar nervoso, qualquer coisa que me aborrecer ou preocupar, a pressão sobe de uma vez. Sobe de uma vez, é uma coisa mesmo impressionante [...]. Então, eu não posso, tá passando raiva, contrariedade a pressão sobe [...]. Porque você já pensou um pobre viver com um salário mínimo, pagar luz, água, pagar tudo. Só isso já ataca a pressão, né? (H<sub>3</sub>)*

*[...] fica assim quando eu fico nervosa a pressão sobe, quando eu tô calma, tá bom. [...] E eu fico nervosa, qualquer coisinha eu fico nervosa, aí ela sobe. (H<sub>6</sub>)*

A experiência clínica mostra que o portador de hipertensão arterial faz, imediatamente e sem relutância, a ligação entre as alterações de seu estado emocional, situações cotidianas e problemas familiares com a elevação da pressão. Também pode usar a doença para justificar sintomas ou situações que vivencia e que não têm nenhuma relação com a HAS, alegando que tudo o que ocorre em sua saúde/doença é causado pela hipertensão arterial.<sup>20</sup>

O controle da hipertensão arterial também é citado pelos participantes deste estudo como fator que dá sentido à experiência do ser hipertenso. Enfatizam o controle dos valores da pressão arterial, por meio da medicação, dos alimentos e das emoções. Nem sempre o controle é fácil ou agradável, mas é percebido como condição para obterem valores aceitáveis da pressão arterial.

Labbadia e Cury Júnior<sup>21</sup> relatam que, apesar da evolução no campo de medicamentos, é possível que as drogas escolhidas para o tratamento não apresentem resultados considerados excelentes no controle do quadro hipertensivo. Segundo Sadala e Mendes,<sup>9</sup> a medicação mostra-se aos hipertensos como algo necessário, mas também imprevisível e de eficácia duvidosa. Os discursos dos sujeitos expressam seus sentimentos quanto ao uso de medicamentos:

*Então, eu tomo o remédio, um propranolol de oito em oito horas, mas mesmo assim ela sempre tá alta, ela nunca tá baixa ou normal, ela nunca tá controlada, sempre alta. [...] Não sei, baixar ela não baixa mesmo, sabe? [...] Ela sobe de uma vez, mesmo tomando o remédio direitinho de oito em oito horas. Toda vez que tira a pressão ela tá alta. (H<sub>1</sub>)*

*Só sei que ela nunca controlou, ela dá 18, 19, 18, 19 direto, tem um cartãozinho aí [...]. O tratamento tá dando resultado, mas muito pouco, muito pouco, porque a pressão não controla. (H<sub>2</sub>)*



Outro fator interveniente é a existência dos efeitos colaterais. Coelho e Nobre<sup>22</sup> explicam que, em razão do fato de a HAS ser uma doença predominantemente assintomática, não existe forte relação entre o sucesso terapêutico e o desaparecimento de eventuais sintomas com o uso de medicamentos. Ao contrário, podem aparecer os efeitos colaterais dos fármacos, como foi manifestado por um entrevistado no enunciado seguinte:

*É a furosemida também pra pressão, né? [...] Esse eu tenho que tomar ele também, e se eu for sair pra rua eu não posso tomar ele não. Porque ele solta assim a urina que é um trem absurdo, quando dá vontade de urinar não tem recurso. (H<sub>5</sub>)*

Um aspecto que merece destaque é o fato de que alguns indivíduos procuram tratamento para hipertensão buscando a cura da doença, porém, ao saberem que se trata de uma doença crônica, muitos se desestimulam com o tratamento.<sup>23</sup>

Deve-se também considerar, conforme Orsolin et al,<sup>2</sup> que o tratamento da HAS fundamenta-se no farmacológico e no não farmacológico. As medidas no controle da hipertensão incluem cuidados com a alimentação (redução do sal, das gorduras e de produtos industrializados), controle do peso corporal em níveis adequados, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e estímulo à atividade física. Como os participantes do estudo não associam a hipertensão aos hábitos alimentares nem ao sedentarismo, fica difícil a mudança do estilo de vida.

É importante registrar que a HAS pode não manifestar sintomas ou desconforto físico, e isso constitui uma das razões de o portador de hipertensão não se comprometer com as condutas necessárias a seu controle. As pessoas percebem-se doentes quando qualquer alteração na qualidade de vida as impede de trabalhar, comer, dormir ou executar atividades rotineiras.<sup>24</sup> Nesse sentido, uma entrevistada relata tomar o medicamento somente quando tem sintomas...

*Quando eu tô sentindo alguma coisa eu bebo os remédios, quando eu não tô, eu não bebo, porque eu não tô sentindo nada, então eu não posso bebê, né? Agora, quando a gente tá sentindo a gente bebe, né? (H<sub>6</sub>)*

Essa situação deve-se a uma possível manipulação do tratamento medicamentoso, conforme esclarecem Péres et al.<sup>5</sup> O portador de hipertensão acaba atribuindo a si a capacidade de administrar o medicamento quando julga necessário. Essa manipulação indica uma irregularidade na ingestão dos medicamentos.

Para Lessa,<sup>25</sup> pior que a não-adesão é a falta de fornecimento sistemático ou reposição dos anti-hipertensivos pelos serviços de atenção básica à saúde, resultando na descontinuidade do tratamento, o que dificulta o controle da HAS nos estratos sociais de baixo poder aquisitivo. Essa é uma situação presente nos discursos dos sujeitos envolvidos neste estudo:

*Eu controlo essa pressão com chá, porque o remédio meu, hidroclorotiazida, que eu tomo, não acha no posto [...] e o propranolol é de 50 e só acha de 25, aí tem que tomar dois. [...] A pressão não controla, pois muitas vezes, não tem o remédio no posto. Vai caçar não tem, o que que adianta você ter problema de pressão e caçar no posto e não tem, não tem remédio, o que nós vamos fazer. Muitas vezes você tá parado e não é fácil comprar; aí, tá assim. (H<sub>2</sub>)*

*Então, eu tenho que tá sempre tomando os remédios. Só que os remédios são caros. [...] O irmão da patroa da minha esposa é médico lá em São Paulo e manda remédio pra ela. Ela foi e me cedeu esses remédios que eu te mostrei aqui. Então eu tô comprando só esse aqui por enquanto, né? Mas eu fui lá na Farmácia Popular, não pude comprar, porque a minha receita é uso contínuo, mas é receita antiga [...], aí eu pedi para [...] ver se consegue fazer outra receita pra mim, pra eu poder procurar esses remédios lá no posto, que eles falô que ia chegar esse remédio. E pegar ele é mais barato. Porque a situação tá difícil, né? Não tá fácil. (H<sub>3</sub>)*

Diante da situação descrita pelos participantes, é freqüente a tentativa dos portadores de hipertensão em substituir ou associar os medicamentos pelo uso de chás ou outras receitas caseiras, por causa dos efeitos colaterais. Os hipertensos usam a medicina tradicional, mas não de forma incondicional.<sup>5</sup>

Laplatine citado por Péres et al<sup>26</sup> declaram que o uso de práticas populares no cuidado com a saúde significa a percepção da doença de modo mais abrangente, promovendo a totalização homem-natureza-cultura. Essas práticas populares são capazes de oferecer uma resposta integral ao usuário, levando em consideração não apenas os aspectos somáticos, mas também psicológicos, sociais, espirituais e existenciais. Para muitos profissionais da saúde, a doença é, acima de tudo, um fenômeno físico; já para os leigos, a doença se expressa no corpo, mas o ultrapassa indiscutivelmente, como pode ser percebido nos depoimentos a seguir:

*Às vezes eu tomo chá pra pressão, às vezes eu faço, mas não é muito. Eu não dou muito bem com chá de erva-cidreira, [...] ao invés de eu pegar no sono eu perco o sono. [...]. Tem hora que eu tomo um copo de água com açúcar. (H<sub>4</sub>)*

*Aí eu levanto, faço uma garapa de açúcar e bebo e vai passando [...]. Eu faço outros chás e bebo. [...] Quando eu não bebo os comprimidos eu bebo os chás, que é bom pra pressão alta e bom pra pressão baixa e eu pego e tomo. (H<sub>6</sub>)*

A busca por práticas populares pode indicar uma resistência cultural e um apelo às formas terapêuticas que fazem mais sentido em razão da proximidade sociocultural, já que o conhecimento sobre ervas é difundido pela cultura e práticas populares e pelo aconselhamento de curandeiros, religiosos e pessoas comuns.<sup>5</sup>

Outra forma de controle da hipertensão arterial destacada pelos portadores entrevistados é a mudança

de hábitos de vida, corroborando com Frolich,<sup>27</sup> quando afirma que o papel da obesidade, do consumo elevado de sódio, da ingestão excessiva de álcool, da inatividade física e de outros aspectos do estilo de vida são considerados uma preocupação maior no controle da pressão alta:

*Aí também eu não faço assim regime nenhum, eu simplesmente diminuo no sal mesmo, né? Eu não sou de consumir gordura, nada gordo, eu não gosto. [...] Não consumo nada que pode prejudicar a pressão, é muito difícil, não faço extravagância, não fumo, não bebo... (H<sub>1</sub>)*

*A comida daqui de casa não é salgada, é normal. [...] O médico já me falou muita coisa, pra não comer carne de porco, feijoada, essas coisas. Nada assim, comida tem que ser balanceada. (H<sub>7</sub>)*

A prática de exercícios físicos não surgiu com frequência entre os sujeitos da pesquisa, apesar de conhecerem as vantagens delas para a saúde. Observou-se uma tendência à valorização da atividade laboral como exercício físico, por ser uma realidade no cotidiano desses sujeitos, o desgaste de energia no trabalho doméstico e profissional, como se evidencia nos depoimentos a seguir:

*[...] eu praticava exercício físico, eu parei, porque eu fazia capoeira, né? Eu parei, porque eu arrumei uma dor de tanto fazer salgado, o braço só vive tremendo, ele incha [...]. Mas, quando eu tava na academia, eu sentia um pouco melhor. (H<sub>1</sub>)*

*E o exercício físico não faço. O exercício físico meu é trabalhar. (H<sub>2</sub>)*

*Agora caminhada eu não faço, porque é essa correria que você me vê. Ó, cheguei, daqui a pouco eu tenho que ir pro serviço trabalhar, entendeu? (H<sub>3</sub>)*

Assim, percebe-se que a prática de exercícios físicos para os portadores de hipertensão arterial encontra-se relacionada ao cotidiano. Está intimamente associada ao modo de vida, particularmente às atividades cotidianas, à agitação da vida diária, às preocupações econômicas e às atividades físicas no decorrer do trabalho.<sup>9</sup>

Entretanto, para Shoji e Forjaz,<sup>28</sup> existe base científica suficiente para se afirmar que o treinamento físico dinâmico – caminhar, pedalar, nadar – deve ser recomendado para o tratamento e a prevenção da hipertensão arterial.

### **Conviver com a hipertensão arterial: o desafio da mudança**

Os indivíduos hipertensos percebem a doença de forma negativa, pois a condição crônica de saúde pode levar a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e de prazer, como nos hábitos alimentares, na situação financeira e na capacidade

física. Todas essas perdas podem levar ao desânimo, à tristeza, à depressão e à frustração, sendo um agravante no momento de mudar, de adaptar-se a um novo estilo de vida.<sup>23</sup>

Os discursos dos participantes deste estudo retratam seus sentimentos diante da doença, demonstrando quão difícil é adaptar-se às mudanças provocadas por uma doença crônica como a hipertensão arterial:

*É péssimo viver com essa pressão alta [...] tudo é causado por essa pressão alta sabe, tudo é causado por ela. Minha vida mudou tudo. Não tá boa. Não está do mesmo jeito que era antes, justamente por causa disso, minha filha. Se eu tiver uma coisa pra ir num lugar, daí a pouco eu desanimou, se eu sentir que ela subiu, eu não sirvo pra nada. (H<sub>1</sub>)*

*E viver com a pressão alta é ruim demais, que quando ela 'alteia' eu sinto na hora que ela tá alta, já começo suar gelado. (H<sub>2</sub>)*

*A gente não pode sair no sol quente, porque a gente fica cansada e aquela falta de ar é ruim demais. E às vez mesmo eu saio daqui eu vou pra igreja [...] fazendo da fraqueza a força, mesmo, mas vou. É uma coisa horrível a pressão alta. (H<sub>2</sub>)*

Os entrevistados demonstram que, entre as modalidades de tratamento da hipertensão arterial, as condutas dietéticas constituem um grande desafio, pois são difíceis para a população em geral e, em particular, para os portadores de hipertensão arterial. Também é difícil o controle emocional, uma vez que essas condutas implicam mudanças no estilo de vida, podendo significar perda de prazer em um contexto de vida, no qual as oportunidades de satisfação pessoal são mínimas. Rosa<sup>29</sup> complementa, relatando que as emoções mais facilmente demonstráveis pelos hipertensos são aquelas relacionadas à raiva e à agressividade. Tentam controlar tudo, esperando até o último momento para tornar evidentes suas insatisfações; conseqüentemente, quando o fazem, podem exagerar em suas manifestações de desagrado. O resultado é que, às vezes, parece que estão descontrolados, como se pode perceber nos enunciados a seguir:

*É uma coisa horrível a pressão alta. A gente não pode comer uma comida bem temperada, tem que ser com um pingo de sal, não pode comer gordura, é sem óleo. Tem os tipos de comida que a gente pode comer. Ah não, é ruim demais Deus! Quando a minha filha faz a comida e a carne fica salgada, eu vou lá fora e lavo a carne pra poder comer.*

*[...] é um nervosismo assim, incontrolável, ansiedade, até me encaminhou para um psicólogo, eu não vou, porque eu sou dura [...]. Junto com o nervoso, eu sinto tanto nervoso que dá vontade de eu machucar eu mesmo [...] inclusive na hora que a dor de cabeça vem fortíssima, que parece que o olho vai expulsar, vai pular fora, esta hora eu tenho vontade de bater a cabeça, de rebentar a cabeça. (H<sub>1</sub>)*

Muitos hipertensos não demonstram emoções, como se estivessem dispostos a tudo para controlar seus sentimentos e se não pudessem mais experimentar as emoções da vida em sua plenitude.<sup>9</sup>...

*Se uma pessoa me fizer qualquer contrariedade, não quer dizer que eu brigo. Porque brigar eu não brigo, não. Eu controlo, entendeu. Controlo, mas agita. E a pressão sobe... (H<sub>3</sub>)*

Outro desafio para os hipertensos é aceitar a cronicidade da doença na qual predomina o sentimento de impotência diante da facticidade que lhes é dada vivenciar. Esse sentimento de impotência pode ser observado no conjunto discursivo:

*É uma coisa que a gente sabe, assim, que tem controle, mas não tem cura, né? [...]. Aí, agora eu não sei se tem outra coisa que eu tenho que fazer para melhorar isso, porque o que eu posso fazer, eu faço, né? (H<sub>1</sub>)*

*Essa pressão é uma coisa que não tem jeito [...]. Tô tomando remédio e tô com o mesmo problema. Já tem cinco anos que eu tô com o mesmo problema e até hoje não resolveu nada. Não entendo não, o que tá acontecendo. (H<sub>2</sub>)*

Sadala e Mendes<sup>9</sup> esclarecem que o sentimento de falta de poder sobre a HAS, associado ao sentimento de raiva, negação e revolta, constituem parte de um processo gradual de se conscientizar e aceitar a doença ou um mau prognóstico. Com isso, surge outro sentimento: o medo de algumas conseqüências da hipertensão arterial. Os relatos a seguir expressam o receio que os hipertensos têm do futuro:

*E eu tenho medo de causar outro problema, porque na minha família tem tudo que é tipo de doença ruim: tem problema de câncer, tem problema de diabete, tem problema renal, que quem tem problema de pressão alta tem tendência pra essas coisas, né? Eu tenho medo só disso. Eu não tenho medo de morrer, tenho medo de ficar na cama pior do que eu tô agora. (H<sub>1</sub>)*

*E eu penso que o futuro com a pressão alta não é bom não, né? Porque a gente sente mal, desmaia, tem infarto, pois é. Pressão alta não é bom. (H<sub>2</sub>)*

Esse sentimento de medo do futuro é um aspecto que pode favorecer a adoção de comportamentos positivos em relação aos cuidados com a doença, embora existam outros fatores intervenientes na decisão de adotar um comportamento de saúde.<sup>5</sup>

Outra questão relevante é a influência negativa da hipertensão arterial em trabalhadores. A doença hipertensiva constitui o maior problema médico-social do Brasil, uma vez que determina o afastamento prolongado do trabalho. Corresponde ao terceiro diagnóstico mais freqüente em termos de incidência, mas o primeiro em prevalência de incapacidade temporária e definitiva, ocasionando aposentadorias e

pensões prematuras.<sup>23</sup> Essas questões foram expressas pelos sujeitos envolvidos neste estudo:

*[...] antes eu tinha força, garra pra trabalhar, hoje eu tô, virei 'Maria das Dores', queixando dor, queixando, então eu sinto muito mal com esse negócio da pressão. E me prejudica em muitas coisas, na área de trabalho e em todos os sentidos é todo lado tá me prejudicando mesmo. (H<sub>1</sub>)*

*[...] sinto tontura, trabalho com altura, não posso trabalhar [...], eu mexo com sistema de amarrar estrutura metálica, aí tem que ter cuidado com altura e eu não posso trabalhar com altura. Eu, agora, tô parado, tem oito meses que eu tô parado. E isso é a pressão alta. [...] porque vai chegar numa firma, uma pessoa não vai pegar você, se você já tá com problema [...], quando você vai entrar numa firma, eles dá um atestado médico, a primeira coisa que eles vão medir é a pressão. A pressão alta você não entra, aí isso que é o problema. [...] sinto tontura, trabalho com altura, não posso trabalhar. E tô aí correndo atrás do INSS. (H<sub>2</sub>)*

*Aí, eu comecei desmaiando na beira do córrego [...], já tem cinco anos que eu caí dentro do esgoto [...]. Aí, o encarregado achou por bem comunicar a chefia pra mim tirar de lá, porque senão eu podia cair num lugar fundo, né? [...]. A chefia lá falou que eu não preciso correr no serviço, né? Posso trabalhar moderado. Talvez se eu tiver sentindo alguma coisa, paro uns cinco ou dez minutos ou, então, qualquer coisa comunicar com ele, né? (H<sub>2</sub>)*

Ao descrever os desafios que enfrentam como portadores de hipertensão arterial, os entrevistados relatam sua facticidade: de uma situação de vida na qual se encontram sem escolha, obrigados a mudar seus hábitos, a se privarem de coisas que apreciam, a controlar os sentimentos. Sentem-se limitados, presos à doença e ao tratamento, sem muitas perspectivas... Não apenas o sal é negado a eles, mas o sabor dos alimentos. É-lhes negado o sabor da vida: as emoções.<sup>9</sup>

Entretanto, vale ressaltar que os portadores de hipertensão arterial podem usar o diagnóstico para manipular pessoas da família, as chefias no trabalho ou justificarem para si próprios situações incômodas, tais como desânimo, tonteira ou raiva.

Enfim, a aceitação da doença não é tarefa fácil e se associa ao sentimento de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade, cuja superação se faz pela conscientização de sua condição e da necessidade de enfrentar a doença com o tratamento proposto, para que possa levar uma vida mais próxima possível da normal. Esse processo de adaptação exige da pessoa muita vontade e cooperação ativa em seu tratamento.<sup>23</sup>

### **A educação em saúde na vida dos portadores de hipertensão arterial**

A educação em saúde é parte essencial do tratamento da HAS e constitui um direito e um dever da população conhecer melhor os aspectos de seu corpo, a influência

da doença em seu organismo e as formas de controle.<sup>30</sup> Os discursos a seguir expressam opiniões dos entrevistados sobre os grupos operativos realizados com os portadores de hipertensão arterial pelo PSF:

*Eu acho boas as reuniões, eu gosto muito, porque atende a gente, tem que tá freqüentando, né? Eu não perco, não. Todas que vêm pra mim, eu vou. (H<sub>2</sub>)*

*Eu acho muito boa as reuniões, a conversa deles é muito boa. Eles conversam negócio de pressão alta, as coisas que a gente não pode comer, não pode beber, tudo eles falam com a gente, né? [...]. Eu comia tudo quanto há. Comia muita coisa que fazia mal, não dava por fé. E depois que eu mudei pra cidade, que eu peguei consultar e ir nas reuniões do bairro aí, que eles falava o que a gente não podia comer, como é negócio do coração da gente, que eu fui entender. (H<sub>2</sub>)*

No entanto, Chiesa e Veríssimo<sup>31</sup> declaram que as práticas educativas têm servido para mediatizar a dominação exercida pelos serviços de saúde, já que se limitam ao simples repasse de informações para a população, com caráter coercitivo, onde está presente a idéia de que a doença se deve, principalmente, à falta de cuidado e ao desleixo da população com a saúde, deixando a “vítima” com sentimento de “culpa” pelo problema que apresenta, como se evidencia nos relatos a seguir:

*[...] o médico me proibiu de comer coisas que dá debaixo da terra... (H<sub>1</sub>)*

*A dieta eu faço direto; tiraram de mim carne vermelha, só posso comer peixe e frango, não posso comer ovo, não posso comer carne, não posso comer nada. (H<sub>2</sub>)*

*Eu vou nessas reuniões porque a pressão é o jeito, porque senão eu não ia, mas porque a cabeça dói demais e uma amiga minha morreu de dor de cabeça [...], por isso que eu ainda vou, porque o povo fala que se a gente não for, vai ter um problema pior, a pressão vai dar um derrame e vai ser pior, então, eu ainda vou nessas reuniões. (H<sub>1</sub>)*

*Eu gosto das reuniões [...]. E sigo o que eles pedem, porque de qualquer maneira tem que seguir, senão estoura tudo. Estoura coração, estoura a cabeça, estoura tudo, né? (H<sub>2</sub>)*

Esse panorama revela que a assistência à saúde prestada nas instituições públicas não tem caráter emancipador como proposta e opção metodológica, pois está mais fortemente centrada na atenção curativa e no atendimento chamado “queixa-conduta”.<sup>19</sup>

Péres et al.<sup>5</sup> complementam, relatando que há uma valorização dos procedimentos práticos, do uso dos medicamentos e do atendimento médico em detrimento de outras práticas, como as educativas, e os depoimentos a seguir expressam essa valorização:

*As reuniões são boas, esse negócio das meninas que vão na casa da gente é até muito boa. O ruim é marcar uma consulta, igual eu preciso de um neurologista. (H<sub>1</sub>)*

*As reuniões do PSF são muito boas; me trataram bem lá, mediram minha pressão, da última vez deu 16 por 9, tava alta. (H<sub>2</sub>)*

*As reuniões do PSF são muito boas, porque medem tudo direitinho, medem a gente todo, tiram peso, tiram a pressão... (H<sub>2</sub>)*

Sendo assim, é importante conhecer sob quais limites estão vivendo as pessoas que participam do processo educativo, considerando que, da mesma forma que um hábito explica os comportamentos regulares, também é produtor da improvisação, permitindo a adaptação a uma nova realidade social,<sup>3</sup> como demonstram os discursos a seguir:

*Verdura eu gosto muito; por exemplo, chuchu, batatinha, mandioca, um pouco, porque ela me dá enchimento. E quiabo eu gosto demais. E uma moranga bem enxutinha [...]. Eu não gosto de folha não, couve eu não gosto, diz que é bom pra mim, mas eu não gosto, eu acho ela crespa, é crespa. (H<sub>2</sub>)*

*Fruta é muito difícil e verdura de vez em quando eu como. Quando a mulher tá ela faz, quando não tá dá preguiça. A fruta, por exemplo, banana eu não como, eu sou banguelo, maçã não tem jeito, né? (H<sub>1</sub>)*

Gazzinelli et al.<sup>32</sup> sugerem que o educador em saúde deve tentar abdicar de um poder fictício e permitir ser seduzido pelo outro para criar novas representações, aprender a relativizar os conhecimentos e permitir trocas possíveis com os sujeitos com os quais se relacionam em seu processo de saúde-doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apropriação do conhecimento advindo deste estudo, embora aproximativa e inacabada, mostrou-se relevante por suscitar reflexões sobre o ser portador de hipertensão arterial com base nos participantes do estudo. Os resultados revelaram o que a hipertensão arterial significa para os portadores de hipertensão do território-cenário desta pesquisa, os sintomas, as causas, o tratamento e o prognóstico dela. Os entrevistados enfatizam perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer e no prazer. Essas perdas levam, muitas vezes, ao desânimo, à tristeza, à depressão e à frustração, sendo um agravante no momento de mudar e adaptar-se a um novo estilo de vida. Consiste numa convivência desafiadora e difícil de ser vencida, com implicações na vida cotidiana desses indivíduos.

A opção metodológica adotada nas Reuniões Educativas mostrou-se pouco emancipatória e fortemente centrada na atenção curativa e no atendimento chamado “queixa-conduta”.

A aproximação com os sujeitos envolvidos neste estudo foi uma experiência fundamental. Interpretar seus discursos, consultar e interagir com os autores e comparar os resultados alcançados com os descritos no referencial teórico traduziram-se em um esforço gratificante e possibilitou a elaboração de algumas recomendações.

Percebe-se que não é suficiente propor soluções para os portadores de hipertensão arterial por meio da transmissão de informações em grupos operativos. É necessário que a



Equipe de Saúde da Família procure aproximar-se desses usuários para compreender-lhes os sentimentos, as emoções e percepções, estabelecendo relação entre esses conhecimentos e o saber científico.

É necessário que se crie um ambiente que favoreça a participação efetiva e consciente dessas pessoas

no processo de trabalho e no plano de cuidado dos profissionais de saúde. Deve-se proporcionar-lhes espaços para que elas expressem seus sentimentos, atitudes e percepções, enfim, onde possam compartilhar suas percepções com seus semelhantes, na tentativa de ir adiante, acreditando no futuro, como declara H<sub>3</sub>: *E eu tenho que continuar, não posso parar...*

## REFERÊNCIAS

1. Silva Júnior JB. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouqueiro MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.289-311.
2. Orsolin C, Rufatto C, Zambonato RX, Fortes VLF, Pomati DM. Cuidando do ser humano hipertenso e protegendo sua função renal. Rev Bras Enferm. 2005 maio/jun; 58(3):116-9.
3. Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente. Cad Saúde Pública. 2004 jul./ago; 20(4):1079-87.
4. Mion Júnior D, coordenador. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hiperten. 2002 out./dez; 9(4): 362-85.
5. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública. 2003 abr./maio; 37(5): 635-42.
6. Oliveira HM, Gonçalves MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. Rev Bras Enferm. 2003 jul./ago; 57(6):761-3.
7. Pierin AMG, Mion Júnior D. Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.149-54.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Intersetorialidade e integralidade: prioridades no cuidado aos hipertensos e diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde, jul./ago. 2005. [Citado em 2006 Jan 31]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo30.pdf>.
9. Sadala MLA, Mendes IM. Vivenciando a hipertensão. Rev Soc Cardiol. 1996 jul./set; 14(3):332-40.
10. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1992. p.116-75.
11. Gadotti M. Pedagogia da práxis. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2004. 333p.
12. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 2000. 269 p.
13. Duarte SV, Furtado MSV. Manual de elaboração de monografias e projetos de pesquisa. 2ª ed. Montes Claros: Ed. Unimontes; 2002. 219p.
14. Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica de Saúde de Montes Claros- MG. Montes Claros: SMS; 20 mar. 2006.
15. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2ª ed. Florianópolis: UFSC; 2002. 290p.
16. Fortes AC. Ética e saúde. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1998. p.105-19.
17. Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. 16ª ed. São Paulo: Ática; 2003. 431p.
18. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. 408p.
19. Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Ducan BB. Medicina ambulatorial. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1996. p.433-42.
20. Romano BW. Aspectos psicológicos do paciente coronariopata portador de hipertensão arterial. HiperAtivo. 1999 jan./mar; 6(1):57-60.
21. Labbadia EM, Cury Júnior AJ. Hipertensão arterial e atendimento multiprofissional: nova forma de abordagem e tratamento do paciente hipertenso. Rev Soc Cardiol. 1996 set./out; 6(5): 9-15.
22. Coelho EB, Nobre F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hiperten. 2006 jan./fev; 13(1):51-4.
23. Magro MCS, Silva EU, Riccio GMG. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. Rev Soc Cardiol. 1999 jan./fev; 9(1):1-10.
24. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente ao tratamento; análise com abordagem multidisciplinar. Texto Contexto Enferm. 2005 jul./set; 14(3):332-40.
25. Lessa J. O impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Hiperten. 2006 jan./fev; 13(1):39-46.
26. Laplatine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martius Fontes; 1991, Apud Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública. 2003 abr./maio; 37(5):635-42.
27. Frolich ED. Hipertensão. In: Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Compêndio de cardiologia preventiva. 2ª ed. São Paulo: Publicações científicas; 1997. p.131-42.
28. Shoji VM, Forjaz LM. Treinamento físico na hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol. 2000 nov./dez; 10(6):7-13.
29. Rosa, D.P. Aspectos emocionais do paciente hipertenso: uma revisão. Rev da Soc de Card. 2002 nov./dez., 12(6): 1-7.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 100p.
31. Chiesa AM, Verissimo MDLOR. A Educação em saúde na prática do PSF. In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.34-42.
32. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Renna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública. 2005 ago/set; 21(1):200-6.

Data de submissão: 18/6/2007

Data de aprovação: 11/11/2008