

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE: CONCEPÇÕES DE HOMENS E MULHERES

Mariana Giroto Carvalho da Silva (marianagiroto@ig.com.br)¹□, Thiago da Silva Domingos (thiagosd7@hotmail.com)², & Sandro Caramaschi (caramas@fc.unesp.br)¹

¹Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru/SP, Brasil; ²Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu/SP, Brasil.

RESUMO: A hipertensão arterial é uma doença relacionada a estilos de vida, causas ambientais e padrões comportamentais. Apresenta curso crônico e assintomático, com múltiplos fatores de risco, sendo seu controle necessário para a prevenção ou redução de complicações. O objetivo dessa pesquisa foi analisar os relatos de homens e mulheres portadores de hipertensão arterial acerca do processo saúde-doença e prevenção de agravos. Participaram da pesquisa 40 portadores de hipertensão arterial, 20 homens e 20 mulheres, usuários de um serviço de saúde privada. Todos os participantes estavam inseridos em grupos de educação em saúde. O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada, cujas perguntas abrangiam aspectos relacionados à hipertensão arterial. As análises foram feitas por meio de análise de conteúdo e testes estatísticos. Os resultados apontaram como se constituiu a história da hipertensão e sua definição pelos participantes, foram descritos os processos de causalidade e prevenção, os comportamentos adotados a partir do diagnóstico, o vínculo com o serviço e com profissionais de saúde. De modo geral, o caráter assintomático e imprevisível da hipertensão arterial foi ressaltado. Observou-se que os participantes possuíam conhecimentos sobre fatores de risco para o aumento da pressão arterial e sobre os comportamentos necessários ao seu controle demonstrando que as ações de prevenção estavam centralizadas em práticas de vida. Espera-se que outras pesquisas possam ser pensadas a partir das questões levantadas, buscando ampliar a compressão acerca dos processos de saúde e adoecimento do portador de hipertensão arterial e fornecer subsídios para práticas de educação em saúde mais efetivas e integradoras.

Palavras-chave: hipertensão, comportamentos de saúde, concepções de homens e mulheres

ARTERIAL HYPERTENSION AND HEALTH CARE: CONCEPTIONS OF MEN AND WOMAN

ABSTRACT: The arterial hypertension is an illness linked to lifestyle, reasons of ambient and behavioral patterns. Show chronic and asymptomatic process, with multiple factors of complex risk having your control necessary to prevention or reduction of complications. The goal of this research was to analyze accounts of men

□Rua Campos Bicudo, 170, Recreio dos Bandeirantes, Jaboaticabal – SP. CEP: 14883-412. e-mail: marianagiroto@ig.com.br

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE

and woman suffering from high blood pressure about the health- disease and disease prevention. Had participate this research 40 carrier disease of arterial hypertension, 20 men and 20 women, patients of private health service. All participants were inserting in a group of health education. The way used was structured interviews, with opened and closed questions that include aspects about arterial hypertension. The reviews were made by analysis of content and statistical tests. The results showed how was established the history of hypertension and what was the definition about hypertension by participants, were described the process of causality and prevention, the behaviors displayed after diagnosed, the connection with the service and professionals of health system. Was note that participants had knowledge about factors of risk to increase of pressure and the behaviors required to control showing that action of prevention was focused in practice of life. Intend that others researches can be thought from the question did in this study, trying to expand the understanding about of processes of health, diseasing of carrier disease of arterial hypertension and giving support to education practices in health more effectives and integrative.

Keywords: hypertension, health behavior, conceptions of men and women

Recebido em 20 de Janeiro de 2016/ Aceite em 05 de Junho de 2018

Atualmente, as doenças crônico-degenerativas são consideradas as maiores causas de morbimortalidade da população em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Inúmeros fatores de risco estão associados ao desenvolvimento desse grupo de doenças tais como fumo, sedentarismo, alimentação inadequada, dentre outros (Oliveira, Fagundes, Moreira, Trindade, & Carvalho, 2010).

Nesse contexto, a hipertensão arterial, condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados, é causa frequente de alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e de alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC], Sociedade Brasileira de Hipertensão [SBH], Sociedade Brasileira de Nefrologia [SBN], 2010).

No Brasil, 35% da população acima de 40 anos é portadora de hipertensão arterial, dessa forma, estima-se que 17 milhões de pessoas sejam hipertensas (Ministério da Saúde [MS], 2006). Além disso, seu aparecimento tem sido cada vez maior e mais precoce: aponta-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Já entre os idosos brasileiros, pelo menos 65% são hipertensos e em sua maioria com elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, o que aumenta a pressão de pulso e mostra forte associação com eventos cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Cardiologia [SBC], Sociedade Brasileira de Hipertensão [SBH], Sociedade Brasileira de Nefrologia [SBN], 2006).

Em relação ao contexto econômico, as conseqüências da hipertensão arterial não tratada repercutem no âmbito microssocial sendo experienciadas em nível individual e/ou familiar dos estratos sociais mais baixos. Já no âmbito macrossocial, o impacto dos prejuízos econômicos tem repercussão direta nos índices de morbimortalidade, considerando-se o elevado índice de óbitos, hospitalizações e diversos graus de sequelas e complicações clínicas dos indivíduos hipertensos (Lessa, 2001).

Além disso, a hipertensão arterial é responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes mellitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (SBC, SBH, SBN, 2006). Dados

mostram que, no Brasil, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis, no ano de 2005, por 28,2% do total dos óbitos. Entre estas, a doença cerebrovascular foi a primeira causa, seguida pela doença isquêmica do coração, com coeficientes de mortalidade de 48,9 e 46,1 por 100.000 habitantes, respectivamente (SBC, SBH, SBN, 2010).

O diagnóstico da hipertensão arterial é considerado um complicador ao seu enfrentamento devido ao seu curso assintomático (SBC, SBH, SBN, 2006). Outro desafio para pacientes e profissionais da saúde é o próprio tratamento das doenças crônicas especialmente porque o desaparecimento de sintomas leva a pessoa adoecida a acreditar que a doença foi curada (Guedes, Araújo, Lopes, Silva, Freitas, & Almeida, 2011).

Nesse contexto, adesão ao tratamento da hipertensão arterial é considerada um processo comportamental complexo e amplo influenciado por vários fatores dentre eles: pelo ambiente, por particularidades do próprio indivíduo, pela relação com profissionais de saúde que o assistem e pela terapêutica adotada. Sendo assim perpassa por dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais (World Health Organization [WHO], 2003; Pierin, Strelec & Mion Jr., 2004; Pires & Mussi, 2008; Figueiredo & Asakura, 2010; Gusmão & Mion Jr., 2006).

Considerando o cenário mundial das doenças crônico-degenerativas, em especial a hipertensão arterial, e a importância da adesão ao tratamento objetivou-se compreender as concepções de homens e mulheres portadores de hipertensão arterial acerca do processo saúde-doença e prevenção de agravos.

MÉTODOS

Participantes

Participaram da pesquisa 40 usuários com o diagnóstico médico de hipertensão arterial, sendo 20 homens e 20 mulheres, a proporcionalidade entre os sexos masculino e feminino dos participantes teve a finalidade de evitar tendenciosidade dos relatos condicionada pelo gênero. Utilizou-se a amostragem por conveniência para a seleção dos participantes, reunidos pelo critério da homogeneidade fundamental, entendida como a presença de pelo menos uma característica ou variável comum a todos os sujeitos da amostragem (Turato, 2003). Neste caso, o critério específico foi definido por estado de saúde, ou seja, ser hipertenso.

Em relação à população masculina, a média de idade foi de 51,4 anos, 85% eram casados, 35% possuíam o ensino fundamental, 25% ensino médio, 5% ensino técnico, 35% ensino superior e a média de filhos foi de 1,7 por participante. Pode-se observar que a população feminina tinha características similares: média de idade de 52,45 anos; 80% eram casadas e 15% divorciadas, 40% possuíam o ensino fundamental, 15% ensino médio, 5% ensino técnico e 40% ensino superior. Apenas a média de filhos foi discretamente maior com 2,25 por participante.

Material

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista estruturada organizada em duas partes: na primeira foram elaboradas questões de identificação e dados sociodemográficos, e na segunda parte foram elaboradas questões abertas e fechadas versando acerca dos comportamentos de saúde, comportamentos preventivos, hábitos relacionados à saúde, crenças e sentimentos frente à hipertensão arterial. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE

Procedimento

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, exploratória com enfoque quali-quantitativo. A coleta de dados se deu entre outubro de 2012 e abril de 2013 em um serviço de prevenção e tratamento pertencente da rede privada de atendimento à saúde de uma cidade do interior paulista que se destina aos portadores de obesidade, de hipertensão arterial, de diabetes, de colesterol elevado e para pessoas interessadas em cessar o tabagismo, além de gestantes e idosos. No caso dos portadores de hipertensão arterial, diabete *mellitus* e obesidade, além da indicação de atividade física (musculação/condicionamento e hidroginástica) há a obrigatoriedade de participação em um grupo denominado Programa de Síndrome Metabólica¹, conduzido por psicólogos e nutricionistas.

A reunião do grupo ocorre semanalmente, com duração de 30 minutos, por um período de seis meses e apresenta conteúdos de educação em saúde a partir de palestras com psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e utilização de recursos audiovisuais como filmes e slides. São estabelecidas metas aos participantes, com objetivo de incentivar mudanças de comportamento que tragam resultados para controlar o problema de saúde e prevenir outras complicações. A meta para os portadores de hipertensão arterial é a manutenção da pressão arterial abaixo de 140 x 90 mmHg no semestre.

Foram respeitados os procedimentos éticos, sendo o projeto submetido à aprovação do Comitê de Ética da Instituição de Ensino, sob o parecer 254.349 de 23/04/2013.

Análise de dados

Os dados quantitativos foram submetidos à análise da estatística descritiva com as medidas de média aritmética e desvio padrão. Em seguida, submetidos à análise estatística não paramétrica, através do teste de Mann-Whitney, possibilitando a comparação de respostas entre homens e mulheres. Foram feitas correlações por meio do Índice de Correlação Linear de Spearman entre dimensões consideradas relevantes do ponto de vista do referencial teórico. Com as respostas das questões abertas, classificadas em categorias de análise, realizou-se o tratamento em termos de concentração de respostas dadas nas categorias utilizando o teste não paramétrico de Qui-Quadrado, para uma amostra. Para essa etapa da análise foi utilizado o programa BioEstat, com valores significativos para $p < 0,05$ (Cozby, 2003).

Os dados qualitativos foram organizados por meio do arranjo de categorias de respostas.² Inicialmente foi realizada a fase de leituras flutuantes das entrevistas, com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada ideias principais e seus significados gerais (Campos, 2004). Após a realização de leituras flutuantes, passou-se à fase de subcategorização e os critérios utilizados foram a repetição e a relevância dos pontos constantes nos discursos dos entrevistados. Repetição consiste na distinção de colocações reincidentes enquanto relevância consiste em destacar um ponto falado, sem que necessariamente apresente reincidência no conjunto do material coletado, mas que na ótica do pesquisador constitui uma fala rica em conteúdo a confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação (Turato, 2003).

¹ Diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemias, hipertensão arterial, obesidade, excesso de gordura abdominal são fatores de risco para doenças cardiovasculares. A manifestação desses agravos de forma associada é denominada Síndrome Metabólica.

² Vários autores descrevem esse modo de organização de respostas, mas optou-se em não priorizar um autor específico e apresentar as fases da análise de conteúdo explicitando os componentes básicos da técnica.

RESULTADOS

Foram construídas quatro categorias de análise, cada qual com as respectivas subcategorias, em que os participantes versaram sobre o processo saúde-doença e prevenção acerca da hipertensão arterial. Às subcategorias, foram aplicados testes estatísticos a fim de verificar como se comportam suas distribuições e sua relação com o gênero.

Categoria 1 – História da Doença

A categoria história da doença compreendeu as formas como os participantes fizeram a descoberta de serem portadores de hipertensão arterial e ainda possibilitou uma reflexão acerca das concepções que os participantes possuem acerca da origem da doença. O quadro 1 aponta as subcategorias elaboradas e suas respectivas frequências absolutas entre homens e mulheres.

Quadro 1.

Fatores relacionados à descoberta do diagnóstico entre homens e mulheres. Cidade/2012

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Descoberta devida mal estar	7	9	16
Descoberta por exames periódicos/gestação	8	6	14
Relação com o emocional	2	7	9
Descoberta devida outros problemas de saúde	4	3	7
Relação com a hereditariedade	4	3	7
Pouca atenção à saúde	2	1	3
Relação com o envelhecimento	1	0	1
TOTAL	28	29	57

O teste estatístico aplicado aos totais das respostas (*Qui-quadrado para uma amostra*) indicou uma concentração estatisticamente significativa em algumas subcategorias ($\chi^2=21,737$; GL=7; $p=0,0028^*$), ou seja, a distribuição não é ao acaso.

Para alguns participantes a doença foi *descoberta devida a mal estar e devido a outros problemas de saúde*, demonstrando que o diagnóstico foi feito em circunstâncias em que já estavam presentes sintomas ou outras doenças. Os discursos abaixo evidenciam o modo como a hipertensão arterial foi identificada:

Então, eu vinha sentindo um cansaço, eu inchava, não tomava água, aí viu, mediu a pressão e ele mandou eu fazer aquele teste que fica 24 horas, aí constatou que tava meio alto mesmo (...) (H2)

Ah, eu né? Assim, eu sentia mal, dor de cabeça, estômago ruim né? (...) diário, daí eu peguei e fui no médico como a gente (...) aí a doutora S. que descobriu, né? Que eu tava com a pressão alta (M16)

As subcategorias *descoberta por exames periódicos* e *descoberta na gestação* conotam uma doença que chegou sem avisar, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

Através do médico que eu faço os exames periódicos e um dia ele quis colocar, eu não sei como chama aquele aparelho que mede 24 horas lá, a minha pressão tava muito alterada e ele constatou a hipertensão (H1)

Fazendo exame de rotina. Fiz o (...) o eletro, (...) (M20)

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE

Quando eu fui ter a minha primeira filha, aí eu desmaiei, né? Aí, fui pro hospital, aí eu tive ela, bem dizer achou que eu nem ia sobreviver, aí tirou ela e eu fiquei mais de mês sem sabe nada, fiquei um mês em coma, nem ela nem nada, não sabia de nada, aí eu fui voltando, voltando, aí que eu fui saber que eu tinha pressão alta, ela subiu, né? Eu morava no sítio, desmaiava, foi uma dor de cabeça que me deu, aí as vistas foi escurecendo, eu desmaiei e fiquei sem saber de nada (...) (M2)

Na história da doença identificou-se, também, sua *relação com o emocional*. O fator emocional foi associado, na concepção de homens e mulheres, ao processo de adoecimento, principalmente para contextualizá-lo. Pode-se perceber a resposta física aos problemas emocionais, considerando este fator como determinante para a causalidade ou piora da hipertensão arterial.

Teve um dia que comecei a sentir uma pressão na cabeça, e fui medir e estava alta. O meu problema é a ansiedade, sou muito ansioso. E eu já fiz aquele mapa e não deu nada (...). E eu sentia todos os sintomas de ansiedade. Sentia tontura na frente do computador. A doutora falou que era ansiedade e receitou um remédio que por um tempo fiquei bem (H8)

Na verdade mesmo, minha pressão sempre é 12/7, 12/8, 13/7, 13/8. Aí, tipo assim, um impacto emocional tanto bom como ruim que é muito relevante ela sobe, tem vezes até de cair, mas a maioria das vezes sobe. Duas vezes que foi muito alto, foi, por exemplo, esse meu filho que eu perdi agora, ele sofreu um acidente e quando eu cheguei no hospital que ele *tava* todo machucado, sangue assim que ele cortou o nariz, cortou aqui em cima, então a hora que eu vi ele, aquele choque, eu já desmaiei e a minha pressão foi a 22/12. Essa foi a pressão mais alta que eu já tive, mas já chegou a 17, 18 por problemas emocional mesmo, não que eu tenha problema de pressão, então até esses tempos eu estava tomando, eu não vou saber te falar o nome agora, mas eu sei que é cloridrato de alguma coisa, mas agora eu não sei o nome porque mudou faz pouco tempo e você toma tão automaticamente eu não já não estou me lembrando mais o nome do remédio e é muito remédio que eu tomo, então eu não vou saber te falar (...) ele já controla a batida porque eu tenho problema cardíaco e controla o lado emocional (M3)

A *relação com a hereditariedade* foi apontada quando se investigava a história da doença, sendo compreendido como um dos responsáveis pelo desenvolvimento da hipertensão arterial na vida de homens e mulheres.

O meu é hereditário mesmo, minha mãe também tem, é de família (H15)

Meu pai e minha mãe são hipertensos. Então já faz cinco anos que faço exame com a doutora O. E foi desenvolvendo devagar. Eu estou no início, ela falou que isso se desenvolveria de qualquer maneira por causa da hereditariedade (M17)

Observa-se pelos relatos, transcritos a seguir, que a responsabilização pela condição atual de saúde é imputada ao indivíduo, pois interpretam o resultado como “importar-se ou não” com a doença. Essa concepção constituiu a subcategoria *pouca atenção à saúde* no contexto da história da hipertensão arterial. Essa visão das práticas de vida como determinantes individuais para o adoecimento aponta uma posição de culpabilização do indivíduo, já que, para eles, o desenvolvimento da hipertensão arterial está relacionado ao pouco cuidado consigo mesmos.

E quanto tempo faz que o senhor descobriu? Deve ter uns 4 ou 5 meses mais ou menos, mas eu acho que faz é muito tempo que eu não dava bola, tinha vezes à noite que eu levantava no meio da noite e ficava na televisão, com dor no peito, não conseguia dormir, achava que podia ser de comer demais, porque eu comia bastante, não tinha controle com a comida (H3).

(...) Eu também acho que me importei com outras coisas, nem tive muito tempo para pensar se a pressão estava alta ou baixa. A gente tinha que resolver a vida da gente, e resolver a vida dos outros, acaba nem importando com a pressão. E agora como é? Agora voltei a fazer regime há um ano atrás com a doutora G. Ela me pediu uns exames (...) não deu nada anormal, diabetes, nada. (...). Só que depois disso, acabei não tendo mais tempo. Depois, procurei um cardiologista, porque de novo a pressão estava alta. (...) Eu estava passando muito mal e fui numa farmácia (...) procurei o meu cardiologista e na hora lá (...) mediu e deu 22 por 14, me receitou (...) e rivotril. (...). Durante o dia estou fazendo serviço e chega à noite que é pra relaxar (...) (M8).

A *relação com o envelhecimento* também fez parte da história da doença.

É herança da idade. Mas por quê? Porque nesta idade vários conhecidos já estão com diabetes e outras coisas (H18)

Categoria 2 – Conceito sobre a Doença

Foram levantados os conhecimentos dos participantes acerca da hipertensão arterial, compreendendo as definições atribuídas, ou seja, o que os participantes entendem e conhecem sobre a doença. Ao relatarem o que sabiam sobre a doença, foram identificadas as subcategorias apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2.

Fatores relacionados à conceituação de hipertensão arterial por homens e mulheres apresentados em questão aberta

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Relação com outras doenças e morte	7	8	15
Desconhecimento/Mal silencioso	8	3	11
Relação com fatores emocionais	3	7	10
Relação com alimentação	2	5	7
Discurso biomédico-biológico	4	2	6
Relação com hereditariedade	1	1	2
TOTAL	25	26	51

Houve uma concentração significativa em algumas categorias que foi detectada por meio do teste estatístico (*Qui-quadrado para uma amostra*) aplicado aos totais das respostas ($\chi^2=20,686$; GL=7; $p=0,0043^*$).

A hipertensão arterial foi conceituada na subcategoria *relação com outras doenças e com a morte* como fator de risco para outros agravos e possibilidade de morte, os excertos a seguir enfatizam a concepção de homens e mulheres:

(...) Eu sei que dá o derrame, infarto, tem as consequências, né? (H10)

Então, no começo eu fiquei um pouco assustada, você sabe que ultimamente assim, eu sei que a obesidade não é bom, aí no curso falou sobre a hipertensão, mas é assim, não é uma coisa que me entra em pânico, não sei se é porque eu tomo remédio todo dia e já acostumei, então *tá* controlada eu

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE

não fico muito assim, mas eu sei que ela é crônica, afeta, dá parada cardíaca, eu sei é isso também, não sei muito não (M1)

Olha, eu não percebo, às vezes, quando ela está alta. Eu sou muito gulosa, eu gosto de comer bastante, eu não tenho muito regime não, até porque eu fiz uma cirurgia grande do pâncreas, quase morri, tive que ir lá pra São Paulo, durou 14 horas porque a pressão subia, e eu fiquei internada lá uns 15 dias, porque a minha pressão não abaixava, então (...) mas eu não percebo quando ela está alta. (...) O que eu sei dela é que é meio perigoso, né? Ela pode levar a morte (M4).

Na subcategoria *desconhecimento/mal silencioso* percebeu-se a partir das narrativas, a concepção do profissional como detentor do conhecimento e uma preocupação com o que fazer com a hipertensão arterial, ou seja, com o tratamento. Nota-se que o esvaziamento de conceito, relaciona-se com caráter silencioso do doença e remete ao fato de que sua descoberta ocorreu em exames de rotina ou atrelada a outros sintomas cuja percepção não esteve ligada à hipertensão arterial, conforme evidenciou a Categoria 1.

O duro é que eu não sei te explicar nada da pressão alta, eu sei que é um fator que aparece na gente que só o médico que sabe (H3)

Nada, eu não sei nada. É difícil entrar nesse assunto e é difícil ficar perguntando. Você procura saber mais sobre qual será o próximo tratamento, diagnóstico, qual que é a qualidade de vida daqui pra frente, mas saber o que trouxe não. (...) (M17)

Eu pra falar a verdade sei bem pouco viu, a gente sabe que é um problema, que nem a gente fala, é uma doença silenciosa, mas eu, falar a verdade, sobre a doença em si tenho pouco conhecimento (H4)

Ainda na conceituação, a *relação com fatores emocionais* foi apontada, concatenando novamente a história da doença. Com isso, observa-se o quanto esse fator está imbricado no entorno da compreensão da hipertensão arterial.

(...) e a vida da gente então eu acho que tudo isso leva ao estresse emocional, porque a gente passa por nervoso no escritório e não põe pra fora, não consegue por pra fora na hora e depois vem à tona, acho que isso tudo faz mal né (M6)

Houve destaque, nos relatos, para a *relação com a alimentação* como parte do conceito de hipertensão arterial. Os participantes trouxeram a importância da redução de sal/sódio nas dietas dos indivíduos portadores de doença.

Ah eu sei que pode, ah ir tirando o sal, e pra quem tem problema renal tem que ir diminuindo o sal. Eu sei que dá o derrame, infarto, tem as consequências né (H10)

Da hipertensão, principalmente a alimentação né, tudo o que é sódio prejudica, sal né, eu tento controlar ao máximo, até no arroz eu tento colocar menos, meu marido de uns tempos pra cá tem pressão alta, ele tinha muita dor na nuca e também ta tomando remédio de pressão então eu tento dosar a alimentação mais sem sal possível, mas a gente gosta de sentir o gosto, é complicado, então tudo o que eu faço eu tento por um pouco menos do que eu já tava acostumada (...) (M6)

Na subcategoria *discurso biomédico-biológico*, para conceituar hipertensão surgiu uma visão biologicista da doença, ou seja, os sujeitos apresentaram uma visão da saúde do corpo para sua conceituação. Percebe-se que suas explicações pautaram-se no conhecimento científico. A participação no grupo e os conhecimentos disponibilizados pelos profissionais de saúde foram apreendidos e utilizados para a descrição da doença, conforme enfatiza as falas que se seguem:

O que eu sei é da hipertensão arterial. A pressão das artérias se altera, aumentam, forçando o coração a fazer o bombeamento, e se essa alteração for muito, tem as causas. Se for descrever os “n’s” fatores que causam isso, tem inúmeras. O que eu sei de forma sucinta é que é o aumento da pressão arterial que é o aumento a pressão do sangue correndo na veia, e isso força a bomba que faz a circulação, que é o coração (H11)

O que eu sei sobre a hipertensão arterial é (...) tem dois caminhos, o que vai e o que volta, e uma não deve estar maior do que a outra. (...) se está baixo dá desmaio e se está alta dá aneurisma, infarto (H13)

Hipertensão que eu sei é que nem a veia dá um acúmulo de gordura tudo e quando o sangue vem com muita pressão e fica difícil dele passar é onde a pressão da gente sobe (...) (M14)

A *relação com a hereditariedade* surgiu também como conceituação da hipertensão arterial. É a partir do relacionamento com a doença do outro que o conhecimento foi se construindo, principalmente quanto às complicações decorrentes da doença.

Meus pais são, no caso meu é hereditário, eu sei o que acontece porque eu que levo minha mãe no médico, eu que levo meu pai no médico, assim direto né, então minha mãe tem um coração crescido, enorme, por causa da hipertensão, outra coisa, minha mãe tem uma deficiência renal que ela pode começar a fazer hemodiálise por causa da hipertensão, então eu sei levando ela no médico a causa (...) (M10)

Que nem meu irmão, ele morreu porque a pressão dele subiu e não deu tempo, então isso pode levar também à morte. Por isso tem que ser controlado, quando eu deixo de tomar eu vejo que no outro dia a pressão está alta, então não pode ficar sem tomar os remédios (M4)

Categoria 3 – Concepções sobre Processos Causais da Doença

Foram investigados os fatores que mais contribuiriam ao aumento da pressão arterial, para isso, os participantes deveriam fornecer uma graduação do quanto o fator de risco apresentado estava relacionado ao aumento da pressão. Os fatores investigados e respectivos testes estatísticos estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3.

Média (M), Desvio Padrão (Dp) e comparações, através do Teste de Mann-Whitney, entre homens e mulheres com relação às concepções sobre processos causais da doença. Cidade/2012.

Resposta	Homens		Mulheres		Total		Estatística	
	M*	Dp*	M	Dp	M	Dp	U	P
Peso	8,3	1,5	8,2	2,4	8,2	2,0	183,00	0,3228
Sal	9,1	1,3	8,7	2,0	8,9	1,7	187,50	0,3676
Gordura	8,9	1,3	9,0	1,8	8,9	1,6	179,50	0,2896
Álcool	7,1	1,7	7,6	1,7	7,4	2,5	144,50	0,0666
Tabaco	7,9	3,0	8,9	2,6	8,4	2,0	163,50	0,1617

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE

Sedentarismo	8,4	2,0	8,7	2,2	8,5	2,1	160,50	0,1427
Genética	8,0	1,8	8,0	2,4	8,0	2,1	176,50	0,2625
Emocional	8,6	1,7	9,4	0,9	9,0	1,4	149,50	0,0860

*medidas em escalas de dez pontos (0=nada importante a 10=extremamente importante).

Significativo para $p < 0,05$

Os resultados não demonstraram diferenças estatisticamente significativas nas respostas de homens e mulheres. Em geral, ambos expressaram conhecimentos acerca da existência dos fatores de risco, que pode ser explicado pela participação no grupo de educação em saúde. De forma geral, as médias de todos os fatores foram altas, o que indica que são reconhecidos como fatores de risco pelos participantes.

Categoria 4 – Concepções sobre o Processo de Prevenção da Doença

Essa categoria apontou que as ações de prevenção estavam centralizadas nas práticas de vida dos indivíduos, tais como: alimentação, realização de atividade física, redução no consumo de bebida alcoólica, procura por atendimento médico e educação. Vale ressaltar que sendo os participantes portadores de hipertensão arterial, a prevenção está relacionada aos agravos decorrentes da doença. O Quadro 4 apresenta as subcategorias identificadas.

Quadro 4.

Fatores relacionados à concepção sobre o processo de prevenção da hipertensão arterial. Cidade/2012

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Relação com alimentação	11	12	23
Atividade física	11	12	23
Procura por atendimento médico	2	1	3
Consumo de bebida alcoólica	1	1	2
Educação	1	1	2
Não dá para prevenir	1	1	2
TOTAL	27	28	55

Os participantes demonstraram noções sobre fatores de risco e condutas preventivas, em sua maioria a *relação com alimentação, atividade física e consumo de bebida alcoólica* foi referida como condições capazes de prevenir a doença. Houve menções a um estilo de vida tranquilo, equilibrado:

A pressão alta, a prevenção você pode mesmo fazer em casa não comendo sal, a alimentação seja regulada, certinha, um exercício sempre quando puder, dormir pelo menos 8 horas por noite, isso tudo aí ajuda também, eu acho no meu ponto de vista (H3)

(...) evitar consumo de bebida, carne muito gordurosa, sal e também ter uma vida tranquila (H7)

Ah... eu acho que sim, porque o que eu *to* fazendo aqui, tá me ajudando muito. *E de que forma dá para prevenir?* Assim, como que eu vou te falar? Fazendo exercício, fazendo controle da alimentação, eu acho que isso é muito bom. Eu acho que isso ajuda muito, né? *Ta* me ajudando muito, né? (M2)

Eu acho que sim. Se fizer atividades, uma boa alimentação. Tanto é que eu sempre soube que eu tinha, e que poderia ter. Não me cuidei, ganhei peso, não pratiquei atividades (M17)

A *procura por atendimento médico* esteve entre as ações de prevenção da doença. Pode-se inferir que, a partir do processo educativo a que foram submetidos há a conscientização de que a procura por atendimentos de saúde é uma das ações capazes de prevenir o agravamento da doença.

(...) O que eu acho que ajuda muito também é os exames, o retorno do médico, que eles tão sempre cobrando também, que se ela passa, na médica, passa um pouquinho da média ela já pega no pé da gente (H9)

Eu acho. Fazendo exercício, acompanhamento médico, evitar estresse, (...) (M19)

A *educação* também surgiu enquanto dimensão preventiva da doença. Os participantes consideraram que saber o que contribui para o aumento da pressão, saber o que é saudável e o que não é saudável, é importante para a adoção de medidas efetivas de cuidado com a saúde. A educação mencionada é a educação em saúde, considerada um processo de troca de saberes e experiências entre cada um dos envolvidos com o cuidado da saúde.

É, com educação. Com você ler, escutar, aprender o que é bom e ruim para se fazer. (...) (H6)

Eu acredito quer sim, ah eu acredito que buscando o que eu *to* buscando aqui. *E o que você está buscando aqui?* Eu *to* buscando controlar, que nem no caso, ter mais conhecimento, procurar saber mais sobre a doença, todos os fatores que contribuem para que ela aumente (...) (M12)

Alguns participantes, no entanto, afirmaram que *não dá para prevenir* mesmo estando inseridos no processo de educação em saúde. O trechos discursivos a seguir ilustraram essa compreensão:

Não dá. (...) como quando a pressão vai subir você não vai ingerir sal. (...) (H18)

Eu acho que não. Porque se você tem pressão alta não tem (...) baixa. As duas correm perigo, acho que não tem como (M11)

Isso remete à inferência de que as compreensão acerca das informações oferecidas são múltiplas e particulares, tornando evidente a necessidade de individualização no processo de educação em saúde.

DISCUSSÃO

Os resultados dessa investigação permitiram identificar diferentes fatores e modos de compreender a história da hipertensão arterial concebida na vida de homens e mulheres. Assim, a doença foi *descoberta devida a mal estar e devido a outros problemas de saúde*, o que corrobora Vieira (2004) quando assinala que o diagnóstico de hipertensão arterial, geralmente, está associado à presença de um fator traumático, dificultando a precisão de sua origem e tempo de instalação no organismo.

Nesse sentido, Goes & Marcon (2002) identificaram que a descoberta do diagnóstico de hipertensão arterial estava relacionada a sintomas que levaram à busca por atendimento de saúde, assim, o diagnóstico aconteceu em consultas de rotina ou durante um atendimento no pronto-socorro ou internação por outros problemas de saúde, corroborando os resultados dessa pesquisa ilustrados pela subcategoria *descoberta devida a mal estar e outros problemas da saúde*. A

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE

importância desse resultado está em se constituir um dado que reassegura a necessidade de investimento em campanhas de prevenção e diagnóstico precoce, ou seja, medidas preventivas de saúde (Whelton, Chin, Xin & He, 2002).

Essa discussão se alinha às subcategorias *descoberta por exames periódicos* e *descoberta na gestação*, pois, reforçam o caráter assintomático da hipertensão arterial (Lessa, 1998; SBC, SBH, SBN, 2006). Esse aspecto corrobora Vieira (2004) e Santos et al. (2009) quando apontam que a descoberta da hipertensão arterial pode ocorrer de forma casual e sem a presença de uma queixa específica, constatada por meio de exames periódicos de saúde, em exames pré-cirúrgicos, no acompanhamento durante o pré-natal, em campanhas de saúde pública, consultas de rotina e através da medida da pressão em serviços de saúde.

No que se refere aos fatores emocionais, estes foram considerados na história e na conceituação da hipertensão arterial de homens e mulheres. Estudos na área da saúde comprovam sua relação com o surgimento de doenças, seu agravamento ou seu controle, influenciando na prevenção de complicações (Teixeira, Lamas, Silva & Matos, 2006). O aumento da pressão arterial associou-se a sentimentos como “nervosismo”, ao estresse e ansiedade. Vieira (2004) aponta que o desenvolvimento da hipertensão arterial é também percebido pelos sujeitos como uma repercussão de sofrimentos e infortúnios vivenciados ao longo de suas vidas, que não tiveram como evitar.

Os fatores relacionados ao desencadeamento do estresse foram concebidos pelos hipertensos como os maiores responsáveis pelo aumento da pressão arterial (Machado, Pires & Lobão, 2012). Esse perfil pode ser observado pela Tabela 3, para as mulheres isoladamente e para os totais de homens e mulheres o fator que mais contribui para o aumento da pressão é o emocional. Tal resultado está de acordo com a afirmação de Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito (2002) quando destacam que o estresse e a infelicidade aumentam o risco de desenvolvimento de doenças nas mulheres, confirmando a importância das emoções na condição saúde/doença. Estudos sobre diferenças de gênero na saúde mostram que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos (Barreto & Figueiredo, 2009).

Vale ressaltar que, por meio do reconhecimento das experiências emocionais como causalidade das condições crônicas, há a afirmação do pressuposto de que o processo de adoecimento é construído socialmente, e assim, está diretamente ligado ao cotidiano dos sujeitos. Com isso, para os profissionais de saúde, as emoções representam constructos sociais que aumentam o campo comunicativo e de intervenção junto ao sujeito ao unir os espaços macro e microsociais do adoecimento (Silva et al., 2013).

Outro importante fator identificado na categoria *História da Doença* evidencia a ligação entre as práticas de vida dos participantes como determinantes individuais para o adoecimento. A culpabilização do indivíduo observada no pouco cuidado consigo vai ao encontro do estudo de Silva et al. (2013) que, refletindo acerca da construção coletiva da HA, observaram a causalidade relacionada às escolhas não saudáveis de vida.

Baldissera, Paludo, Moreira, Garbelini & Carvalho (2008) pesquisaram as mudanças de vida após diagnóstico de hipertensão arterial, seus resultados demonstraram similaridades com essa investigação ao considerar o papel do envelhecimento na história da doença. Tem sido relatada uma alta prevalência de hipertensos na faixa etária acima dos 60 anos para ambos os sexos, bem como, para desfechos negativos como óbitos e sequelas decorrentes de doenças cardiovasculares (Magrini & Martini, 2012; Nogueira et al. 2010; Pires, Gagliardi & Garzoni, 2004).

Embora o aparecimento de certas doenças possa ocorrer com mais frequência durante idades avançadas, a concepção dos participantes na subcategoria *relação com o envelhecimento* reflete uma percepção negativa dessa fase do ciclo da vida, como sinônimo de adoecimento. Dessa certa forma, esse achado se alinha ao estudo de Carvalho, Siqueira, Sousa, & Jardim (2013) em que observaram desfechos positivos na qualidade de vida de hipertensos menores de 60 anos e com

menor tempo de diagnóstico em comparação com idosos hipertensos vinculados a um serviço ambulatorial multiprofissional.

Em contrapartida, no estudo de Motter, Olinto & Paniz (2015) identificou-se que a faixa etária entre 54 e 65 anos esteve associada a um maior conhecimento sobre hipertensão arterial, considerando monitoramento de níveis pressóricos e manutenção do tratamento contínuo como formas de controle da doença. Nesse mesmo estudo, outro fator positivo foi o tempo de convívio com o diagnóstico, pressupondo, em última instância, maior exposição às orientações da equipe multiprofissional ao utilizar os serviços de saúde.

A hereditariedade é um fator de risco reconhecido para a hipertensão arterial (Magrini & Martini, 2012; SBC, SBH, SBN, 2006) e confirma o estudo de Simonetti, Batista & Carvalho (2002) em que 59,4% dos entrevistados relataram haver casos de hipertensão arterial na família, assim como, o estudo de Johnson et al. (2015) em que 53% dos indivíduos com hipertensão arterial possuíam familiares de primeiro grau com o mesmo diagnóstico ou doença coronariana precoce.

Em consideração à segunda categoria *Conceito sobre a Doença*, pode-se inferir que os participantes destacaram outros agravos, como no exemplo do “derrame” ou Acidente Vascular Cerebral (AVC), por apresentarem sinais concretos de sofrimento e limitação. A concepção de que a hipertensão arterial é uma doença de risco foi referida, também, na pesquisa de Goes & Marcon (2002). Nota-se uma dificuldade acerca da conceituação de doença arterial por parte de homens e mulheres que corrobora Machado, Pires & Lobão (2012) cuja pesquisa identificou confusão por parte dos hipertensos em delimitar fatores de risco e complicações oriundas da doença.

Nota-se ainda uma relação entre o desconhecimento da doença com seu caráter assintomático (Toledo, Rodrigues & Chiesa, 2007; Goes & Marcon, 2002). Em casos de doenças crônicas sem sintomas pronunciados, os pacientes tendem a estar mais angustiados, uma vez que o sintoma exerce uma função simbólica ao permitir nomeação da doença. Vale ressaltar também, que a ausência de sintomas, assim como o não entendimento acerca da doença, são fatores que repercutem diretamente na adesão ao tratamento e atendimento das recomendações médicas (Lustosa, Alcaires & Costa, 2011).

Na fragilidade de conceituar a hipertensão arterial, homens e mulheres recorreram à relação com a alimentação. Esse modo de conceber a doença pode impactar positivamente no desfecho da hipertensão arterial, pois, como se sabe, a alimentação saudável ocupa uma posição importante na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (SBC, SBH, SBN, 2006; Castro, 2012). Os resultados dessa investigação confirmam-se no trabalho de Simonetti, Batista & Carvalho (2002) em que 75,0% dos entrevistados consumiam comida gordurosa e 62,5% controlavam a quantidade de sal ingerida. Deve considerar que tem havido uma modificação no padrão do consumo alimentar do brasileiro, desencadeando o desenvolvimento da obesidade e o risco para doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial (Magrini & Martini, 2012).

Na presente pesquisa, não foram encontradas diferenças entre homens e mulheres quanto à alimentação, porém Castro (2012), em sua dissertação de mestrado, investigou especificamente as diferenças de gênero no padrão alimentar da população brasileira e apontou que a prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças foi maior entre mulheres e a de carnes gordurosas, bem como adição de sal à refeição pronta, foi maior entre homens. Afirma-se que mulheres e homens possuem padrões de consumo distintos, sendo o padrão alimentar feminino mais saudável que o masculino (Castro, 2002). Pode-se inferir que a participação no grupo de educação em saúde minimizou tais diferenças com relação aos homens e mulheres dessa pesquisa.

Pode-se observar que, para os homens, o fator que mais contribui para o aumento da pressão arterial é o sal. Tal dado é corroborado por Goes & Marcon (2002), visto que hipertensos de seu estudo, ao revelarem o que pensam sobre a doença, demonstraram consciência sobre a importância do estilo de vida tanto no surgimento como no controle da hipertensão arterial. Além disso, ao

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE

investigar as vivências e o cotidiano dos hipertensos, a ingestão de sal foi considerada como o principal fator de risco para a doença e para o aumento dos índices pressóricos (Machado, Pires & Lobão, 2012).

Outro fator de risco que contribui para o aumento dos níveis pressóricos foi o uso de drogas lícitas, com destaque para o tabaco e as bebidas alcoólicas, situação essa que corrobora a pesquisa de Machado, Pires & Lobão (2012). Esse reconhecimento auxilia homens e mulheres hipertensos na tomada de decisão acerca da modificação do estilo de vida e na incorporação de condutas preventivas (Santos & Lima, 2008), como identificado nesse estudo.

Magalhães et al. (2010) reforçam que as modificações de estilo de vida são eficazes em prevenir ou retardar o início da hipertensão arterial, são parte importante do tratamento. Dentre as modificações, as consideradas com benefícios mais evidentes incluem a manutenção do peso corporal normal, a prática regular de atividade física, controle periódico dos níveis pressóricos e a alimentação saudável com ênfase na redução da ingestão de sódio e de álcool, tabaco, entre outros (Johnson et al., 2015; Santos & Lima, 2008; SBC, SBH, SBN, 2006).

Um estudo realizado na China, com adultos na mesma faixa etária encontrada na presente pesquisa, demonstrou, com significância estatística, que a prática educacional interativa entre profissionais de saúde e indivíduos com hipertensão arterial possibilita um incremento no conhecimento sobre a doença, promove aderência aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso, assim como, incentiva adoção de hábitos saudáveis de vida. Além desses resultados, o estudo comprova a melhora nos parâmetros biomédicos, como diminuição no Índice de Massa Corpórea (IMC), na circunferência abdominal e nos controles pressóricos (Lu et al., 2015).

Na concepção da doença, essa pesquisa identificou a influência do discurso biomédico-biológico. Nota-se por meio da representação da doença segundo a compreensão de Kleinman (1988) um predomínio da perspectiva *disease*, cujo discurso para a conceituação da patologia está assentado nas alterações morfofisiológicas do organismo, daí a característica biologicista dos discursos. Acredita-se que essa apreensão ocorra mais comumente em casos de doenças crônicas de caráter assintomático devida ausência da função simbólica dos sintomas.

Essa perspectiva de concepção está diretamente atrelada aos processos de prevenção, vistos por meio da procura por atendimentos médicos. No entanto, ao considerar acompanhamento médico enquanto consultas médicas, foi observado com o estudo de Motter, Olinto & Paniz (2015) que esse dado não se constitui um diferencial para o conhecimento dos indivíduos acerca da hipertensão arterial.

Essa problemática conduz à discussão em torno da educação em saúde, identificada pelos participantes dessa pesquisa na categoria *Processos de Prevenção da Doença*. Goes & Marcon (2002) afirmam que a educação em saúde é uma estratégia de promoção do autocuidado, pois introduz ou avigora conceitos e hábitos de proteção à saúde e permite o controle de condições crônicas. Ademais, pressupõe práticas reflexivas que possibilitem ao indivíduo atuar como sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de vida, sob a visão de uma Clínica Ampliada e realizada como prática colaborativa dos profissionais de saúde (MS, 2006).

É consenso que as doenças crônicas assintomáticas representam um desafio para a educação em saúde, uma vez que estão diretamente relacionadas ao cotidiano e às vivências dos hipertensos. Portanto, o conhecimento prévio dos pesquisados não é suficiente para impedir a evolução da hipertensão arterial, pois, estão envolvidos aspectos complexos como crenças, sentimentos e comportamentos.

Vieira (2003) afirma que estar doente relaciona-se com crenças e comportamentos percebidos e incorporados pelos indivíduos a partir de sua convivência cotidiana com a doença. Características e

sintomas relacionam-se a construção de mundo e através do conhecimento de suas percepções é possível apresentar estas representações pessoais sobre ela. As crenças e percepções também proveem significados para o entendimento de comportamentos adotados.

Assim, é de extrema importância que os processos de trabalho em educação em saúde sejam individualizados, levando em consideração as particularidades dos indivíduos. Além disso, devem possibilitar a compreensão clara acerca dos comportamentos de risco para o desenvolvimento e complicações da hipertensão arterial. Para tanto, o vínculo entre portadores da doença e profissionais de saúde é essencial.

Na presente pesquisa, a amostra referiu bom vínculo com o serviço de saúde e bom relacionamento com os profissionais que os acompanham. Foi reconhecida a importância do vínculo e relacionamento com os profissionais como relevante no cuidado com a saúde, possivelmente por fazerem parte de um grupo que estimula tal qualidade de contato entre profissionais e portadores de hipertensão arterial.

Frente a isso, devido às particularidades do grupo estudado, a questão da adesão não foi considerada problemática. Percebe-se, como afirmam Goes & Marcon (2002) que o trabalho de orientação e esclarecimento, realizado em grupo (de hipertensos), tem apresentado um papel importante, pois está enfatizando que as mudanças nos hábitos de vida constituem o fator mais importante para o sucesso terapêutico.

Tais constatações afirmam a importância de que o profissional de saúde deve ter acesso a informações e ao desenvolvimento de pesquisas que investiguem as concepções dos hipertensos e outras doenças crônicas assintomáticas. Pesquisas em profundidade que se coloquem a investigar além das causalidades relacionadas ao desenvolvimento da hipertensão arterial e suas complicações, agregando maior efetividade às ações dos profissionais de saúde acerca do processo de trabalho educação em saúde.

Ao olhar para os questionamentos iniciais, responsáveis pela idealização dessa pesquisa, foi possível identificar a importância dos processos educativos em saúde, visto que os participantes, que tinham acesso à educação em saúde, expressaram os conhecimentos necessários para possibilitar a adoção de condutas de vida mais saudáveis. Considera-se que sem o entendimento de como as pessoas pensam, sentem, se comportam diante da doença não é possível propor um processo educativo pautado na compreensão dos significados sobre a realidade em que o indivíduo está inserido, capaz de promover mudanças e sustentar um estilo de vida saudável.

Espera-se que outras pesquisas possam ser realizadas a partir das questões levantadas nesse estudo, buscando sempre ampliar a compreensão acerca dos processos de saúde e adoecimento do portador de hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

- Baldissera, V.D.A., Paludo, D., Moreira, N.M., Garbelini, L.F., & Carvalho, M.D.B. (2008). Mudanças vivenciadas por hipertensos após o diagnóstico da doença. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 3, 304-309.
- Barreto, S.M., & Figueiredo, R. C. (2009). Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Revista de Saúde Pública*, 2, 38-47. doi: 10.1590/S0034-89102009000900006
- Campos, C.J.G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 5, 611-614. doi: 10.1590/S0034-71672004000500019.
- Carvalho, M.V., Siqueira, L.B., Sousa, A.L.L., & Jardim, P.C.B.V. (2013). A influência

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE

- da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2, 164-174. doi: 10.5935/abc.20130030
- Castro, R.S.A. (2012). *Padrão de consumo alimentar e diferenças de gênero*. Dissertação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Cozby, P.C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Editora Atlas.
- Figueiredo, N.N., & Asakura, L. (2010). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 6, 782-787. doi: 10.1590/S0103-21002010000600011
- Goes, E.L.A., & Marcon, S.S.A. (2002). A convivência com a hipertensão arterial. *Acta Scientiarum*, 3, 819-829. doi: 10.4025/actascihealthsci.v24i0.2550
- Guedes, M.V.C., Araújo, T.L., Lopes, M.V.O., Silva, L.F., Freitas, M.C., & Almeida, O.C. (2011). Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 6, 1038-1042. doi: 10.1590/S0034-71672011000600008
- Gusmão, J.L., & Mion., Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 1, 23-25.
- Johnson, H.M., Olson, A.G., Lamantia, J.N., Kind, A.J.H., Pandhi, N., Mendonça, E.A., Craven, M., & Smith, M.A. (2015). Documented Lifestyle Education Among Young Adults with Incident Hypertension. *Journal of General Internal Medicine*, 5, 556-564. doi: 10.1007/s11606-014-3059-7
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives, suffering, healing and human condition*. New York: Basic Book.
- Lessa, I. (1998). Doenças crônicas não transmissíveis. In Lessa, I. (Org.). *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis* (p. 29-42). São Paulo: Hucitec.
- Lessa, I. (2001). Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 4, 383-392.
- Lu, C.H., Tang, S.T., Lei, Y.X. Zhang, M.Q., Lin, W.Q., Ding, S.H., & Wang, P.X. (2015). Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health*, 33. doi: 10.1186/s12889
- Lustosa, M.A., Alcaires, J., & Costa, J.C. (2011). Adesão do paciente ao tratamento em Hospital Geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2, 27-49.
- Machado, M.C., Pires, C.G.S., & Lobão, W.M. (2012). Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 1365-1374. doi: 10.1590/S1413-81232012000500030
- Magalhães, M.E.C., Brandão, A.A., Pozzan, R. Campana, E.M.G., Fonseca, F.L., Pizzi, O.L. & Brandão, A.P. (2010). Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? *Revista Brasileira de Hipertensão*, 2, 93-97.
- Magrini, W., & Martini, G.M. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería global*, 26, 344-353. doi: 10.4321/S1695-61412012000200022
- Ministério da Saúde. (2006). *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Recuperado em 20 janeiro, 2013, de http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf
- Motter, F.R., Olinto, M.T.A., & Paniz, V.M.V. (2015). Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: um estudo com usuários de uma farmácia básica no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2, 395-404. doi: 10.1590/0102-311X00061914
- Nogueira, D., Faerstein, E. Coeli, C.M., Chor, D. Lopes, C.S. & Werneck, G.L. (2010). Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2, 103-109. doi: 10.1590/S1020-49892010000200003

- Oliveira, H.A.M., Fagundes, R.L.M., Moreira, E.A.M., trindade, E.B.S.M., & Carvalho T. (2010). Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doenças cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 4, 478-485. doi: 10.1590/S0066-782X2010005000012
- Pierin, A.M.G., Strelec, M.A.A.M., & Mion., Jr., D. (2004). O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In Pierin, A.M.G. (org.). *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar* (p. 274-289). Barueri: Manole.
- Pinheiro, R.S., Viacava, F., Travassos, C. & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 687-707. doi: 10.1590/S1413-81232002000400007
- Pires, C.G.S., & Mussi, F.C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2, 2257-2267. doi: 10.1590/S1413-81232008000900030
- Pires, S.L., Gagliardi, R.J., & Gorzoni, M.L. (2004). Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 3-B, 844-851. doi: 10.1590/S0004-282X2004000500020
- Santos, A.J.M., Rosa, C., Oliveira, E.L., Almeida, J.R., Schneider, R.M., Rocha, S.S.L., & Coutinho, R.M.C. (2009). A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em Unidade Básica de Saúde (UBS). *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 4, 330-337.
- Santos, Z.M.S.A., & Lima, H.P. (2008). Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial de trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto & Contexto enfermagem*, 1, 90-97. doi: 10.1590/S0104-07072008000100010
- Silva, F.M., Budó, M.L.D., Silveira, C.L., Badke, M.R. & Beuter, M. (2013). Hipertensão: condição de não doença – o significado da cronicidade na perspectiva dos sujeitos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 1, 123-131. doi: 10.1590/S0104-07072013000100015
- Simonetti, J.P., Batista, L., & Carvalho, L.R. (2002). Hábitos de saúde e fatores de risco em paciente hipertensos. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 3, 415-422. doi: 10.1590/S0104-11692002000300016
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2010). *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Recuperado em 23 janeiro, 2013, de http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2006). *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Recuperado em 03 maio, 2013, de <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretrizHA.pdf>
- Teixeira, E.R., Lamas, A.R., Silva, J.C. e; & Matos, R.M. (2006). O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 3, 378-384. doi: 10.1590/S1414-81452006000300004
- Toledo, M.M., Rodrigues, S.C., & Chiesa, A.M. (2007). Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2, 233-238. doi: 10.1590/S0104-07072007000200004
- Turato, E.R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Vieira, V.A. (2004). *Narrativas sobre a hipertensão arterial e de diabetes mellitus e os sentidos nelas por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento*. Tese, Fundação swaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.
- Vieira, V.A. (2003). Hipertensão arterial e aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos: implicações para a área da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4, 481-488. doi: 10.1590/S1519-38292003000400013
- Whelton, S.P., Chin, A., Xin, X., & He, J. (2002). Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Annals of Internal Medicine*, 7, 493-503. doi: 10.7326/0003-4819-136-7-200204020-00006

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Recuperado em 28 abril, 2013, de http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf