

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM**

Mariana Giroto da Silva Frascá

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

Bauru - 2014

Mariana Girotto da Silva Frascá

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

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob a orientação do Drº Sandro Caramaschi.

Bauru - 2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

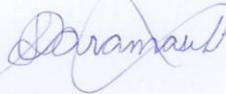
ATA DA DEFESA



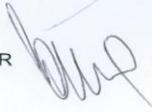
ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de MARIANA GIOTTO DA SILVA FRASCA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 18 dias do mês de fevereiro do ano de 2014, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof. Dr. SANDRO CARAMASCHI do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. RINALDO CORRER do(a) Curso de Psicologia / Centro de Ciências Humanas / Universidade do Sagrado Coração, Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de MARIANA GIOTTO DA SILVA FRASCA, intitulada "Hipertensão arterial e cuidados com a saúde: concepções de homens e mulheres". Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. SANDRO CARAMASCHI



Prof. Dr. RINALDO CORRER



Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA



Dedico esse trabalho...

Ao Daniel, com amor e admiração, pela compreensão, paciência, apoio e por estar ao meu lado em todos os momentos de construção da pesquisa.

Aos meus pais, Djalma e Rose, pelo incentivo ao estudo e por acreditarem em mim.

À minha irmã, Luciana, pela torcida e à minha avó, Carmen, pelo estímulo para continuar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades concedidas a mim e pela força para continuar.

À minha família por me fazer persistente em meus objetivos.

Ao meu querido Daniel, esposo e amigo, por todas as conquistas e por estar ao meu lado.

A todos os meus amigos, especialmente a Maria Fernanda, Fábio, Luís Felipe e Andréia pelo acolhimento e companheirismo.

Ao meu orientador, Professor Dr. Sandro Caramaschi, pelas horas de conversa e apoio e pelo direcionamento extremamente importante na construção desse trabalho.

A Professora Dra. Ana Claudia Bortolozzi Maia por participar de minha banca, pelo cuidado e atenção ao trabalho e por toda contribuição fornecida.

Ao Professor Rinaldo Correr por participar de minha banca, pelo respeito e valiosas contribuições.

A Professora Dra. Carla Guanaes Lorenzi por participar de minha banca de qualificação, pela serenidade, compreensão, orientações e partilha de seus conhecimentos.

Aos meus amigos Patrícia Ribeiro Martins, Priscila Silva Andrade e Thiago da Silva Domingos pelas valiosas contribuições e pelo apoio nas horas difíceis.

Ao Anderson Jonas das Neves sinceros agradecimentos pela revisão, pelas contribuições e pelas palavras de incentivo. Ao meu querido primo André pelo auxílio com a língua inglesa.

Aos alunos do mestrado pelos momentos de troca e aprendizagem e principalmente pela oportunidade de conhecê-los: Carolina, Aneliza, Anderson, Bruna, Alessandra...

As Professoras Dra. Ana Cláudia Verdu e Dra. Vera Lúcia Messias Fialho Capellini pelos momentos de trabalho conjunto.

A Enfermeira Cristiana Machado Borges, ao Dr. Marcos da Silveira e toda a sua equipe por acreditarem em meu trabalho e permitirem a coleta de dados.

Ao Neto e à Cleide por toda a ajuda oferecida.

A Helena Maria da Costa Lima pela disponibilidade e revisão das referências.

Aos colegas de trabalho, especialmente a Enfermeira Janete pela compreensão.

E, principalmente aos participantes da pesquisa, pois sem eles este trabalho não teria se concretizado.

FRASCÁ, M. G. S. **HIPERTENSÃO ARTERIAL E CUIDADOS COM A SAÚDE: CONCEPÇÕES DE HOMENS E MULHERES.** 2014. 140p. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2014.

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 complexos, sendo seu controle necessário para a prevenção ou redução na incidência de complicações e para a melhoria na qualidade de vida. O objetivo dessa pesquisa foi analisar os relatos de homens e mulheres portadores de hipertensão arterial sobre comportamentos, crenças e sentimentos com relação à doença e os cuidados com a saúde, além de correlacionar crenças e sentimentos com comportamentos relativos à saúde e/ou doença. Participaram da pesquisa 40 portadores de hipertensão arterial, 20 homens e 20 mulheres, usuários de um serviço de saúde privada destinado à prevenção e controle de doenças. Todos os participantes estavam inseridos em um grupo de educação em saúde. O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada, cujas perguntas abertas e fechadas 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 como esta é definida pelos participantes, foram descritos os processos de causalidade e prevenção, os comportamentos adotados a partir do diagnóstico, os sentimentos frente à doença e o vínculo com o serviço de saúde e com profissionais de saúde. Comportamento de procrastinação, sentimento de culpa, medos e dificuldades relacionadas a mudanças de hábitos também foram investigados. 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. O fator emocional foi mencionado diversas vezes, principalmente para responsabilizá-lo pelo agravamento e contextualizar o adoecimento. Os sentimentos identificados apontaram a possibilidade de conviver tranquilamente com a hipertensão para alguns participantes e preocupações com o diagnóstico para outros, especialmente com as complicações e com outras doenças relacionadas. As análises estatísticas não demonstraram diferenças entre homens e mulheres e nem correlações significativas entre comportamentos e sentimentos. Considerou-se que a participação em um grupo de educação em saúde minimizou as diferenças entre homens e mulheres e forneceu conhecimentos importantes para modificações nos estilos de vida não compatíveis com uma vida saudável. Espera-se que outras pesquisas possam ser pensadas a partir das questões levantadas nesse estudo, buscando ampliar a compreensão 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; Educação em saúde.

FRASCÁ, M. G. S. **ARTERIAL HYPERTENSION AND HEALTH CARE: CONCEPTIONS OF MEN AND WOMAN**. 2014. 140p. Master thesis presented to Postgraduate Program in Psychology of Development and Learning – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2014.

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 on incidence of complications and to improve the quality of life. The goal of this research was to analyze accounts of men and woman suffering from high blood pressure on behaviors, beliefs and feelings about illness and health care, besides correlate beliefs and feelings with behaviors relating the health and illness. Had participate this research 40 carrier disease of arterial hypertension, 20 men and 20 women, patients of private health service destined to prevention and control of ills. 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 feelings related to illness and connection with the service and professionals of health system. Behavior of procrastination, feelings of guilt, afraid and difficulty with changes of habits were studied too. In a general, the character asymptomatic and unpredictable of hypertension was highlighted. 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. The emotional factors were said many times, mainly to blame it for aggravation and contextualize it. The feelings identified had indicated the possibility of live peacefully with illness to some participants and worries with diagnosed to others, especially with the complications and another linked to hypertension. Statistical analysis didn't show difference between men and women or significant correlations between behaviors and feelings. Was considered that the participation in an education group in health decreased the differences between men and women gave to participants the important knowledge to change the lifestyle not compatible with a healthy living. 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; Health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Total de respostas de homens e mulheres quanto à procrastinação.....	74
Figura 2: Total de respostas de homens e mulheres quanto à mudança de hábitos.....	75
Figura 3: Total de respostas de homens e mulheres quanto ao sentimento de culpa.....	76
Figura 4: Total de respostas de homens e mulheres quanto ao grau de importância percebida.....	78
Figura 5: Total de respostas de homens e mulheres quanto ao medo da morte.....	79
Figura 6: Total de respostas de homens e mulheres quanto preocupação com a invalidez.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fatores relacionados à descoberta do diagnóstico entre homens e mulheres.....	46
Tabela 2 – Fatores relacionados à conceituação de hipertensão arterial por homens e mulheres.....	51
Tabela 3 – Média, Desvio Padrão (M e Dp) e comparações, através do Teste de Mann-Whitney, entre homens e mulheres com relação às concepções sobre processos causais da doença.....	55
Tabela 4 – Fatores relacionados a concepção sobre o processo de prevenção da hipertensão arterial.....	56
Tabela 5 – Fatores relacionados aos comportamentos adotados diante da hipertensão arterial.....	59
Tabela 6 – Fatores relacionados a mudanças de comportamento após diagnóstico de hipertensão arterial.....	61
Tabela 7 – Sentimentos associados ao diagnóstico de hipertensão arterial.....	65
Tabela 8 – Fatores relacionados ao vínculo com o serviço de saúde.....	71
Tabela 9 – Fatores relacionados a interação profissional da saúde e paciente.....	73
Tabela 10 – Média, Desvio Padrão (M e Dp) e comparações, através do Teste de Mann-Whitney, entre homens e mulheres com relação ao que dificulta a mudança de hábito.....	77
Tabela 11 – Média, Desvio Padrão (M e Dp) e comparações, através do Teste de Mann-Whitney, entre homens e mulheres com relação ao fator causador de maior medo.....	80

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	10
2 INTRODUÇÃO.....	12
3 HIPERTENSÃO.....	15
3.1 Modificações no estilo de vida e fatores de risco	18
4 ADESÃO A TRATAMENTOS EM DOENÇAS CRÔNICAS	21
4.1 Adesão ao tratamento da hipertensão	23
4.2 Fatores que influenciam na adesão ao tratamento	24
4.3 O atendimento multidisciplinar ao hipertenso	26
5 COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DE HOMENS E MULHERES.....	29
5.1 Epidemiologia e diferenças entre homens e mulheres.....	29
5.2 Masculinidade e feminilidade na saúde	32
6 OBJETIVOS.....	37
7 MÉTODO	38
7.1 Tipo de estudo.....	38
7.2 Participantes.....	38
7.3 Ambiente de coleta	41
7.4 Instrumento	42
7.5 Procedimentos.....	42
7.6 Análise de dados	43
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
8.1 Como as pessoas pensam, se sentem e se comportam diante da hipertensão arterial.....	46
8.2 Correlações entre questões.....	81
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
10 REFERÊNCIAS	88
11 APÊNDICES	100
12 ANEXO	139

1 APRESENTAÇÃO

Minha relação com a área da saúde teve início em 2008, logo após o término da graduação em Psicologia. Cursei o Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Hospitalar pela Faculdade de Medicina de Marília e estive, nos últimos anos, dedicando-me a atuar em hospitais e ambulatórios.

A motivação para construção desta pesquisa nasceu da experiência em um desses hospitais pelos quais passei. Trabalhei em uma unidade hospitalar de baixa e média complexidade, cujos eixos de atuação eram a Clínica Ampliada, a Integralidade do Cuidado e o trabalho em Equipe Interdisciplinar. Nessa unidade eram recebidos, entre outros, pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial.

A partir dos atendimentos prestados a essa população, senti necessidade de compreender a interface entre as crenças, sentimentos e comportamentos acerca da hipertensão arterial, além de compreender se haviam diferenças entre homens e mulheres nesses aspectos. Falas como *“isso dá quando a gente fica nervoso né”, “eles falam pra colocar menos sal, mas o que o sal tem a ver?”*, *“mas eu nem senti nada, quando acordei estava no hospital”*, *“eu tomava remédio quando sentia a cabeça meio zozza”* tornaram aparente o grande desafio que estava posto, visto que o controle da hipertensão depende do engajamento do paciente, ou seja, da aderência aos tratamentos propostos, sejam medicamentosos e ou relacionados às alterações do estilo de vida e de comportamentos.

Considerada grave problema de saúde, a hipertensão arterial é alvo de intervenções de controle no campo da saúde, especialmente pela atenção básica. Assim, encontrar pacientes com tal diagnóstico no hospital, com complicações já instaladas, fez surgir alguns questionamentos: O que as pessoas entendem por hipertensão arterial? Quais são os sentimentos frente a uma doença lenta e silenciosa? Quais medidas têm sido adotadas para o controle da hipertensão arterial? Que tipo de relação está sendo estabelecida com os serviços de saúde? Como é o vínculo com os profissionais de saúde? Existem diferenças entre homens e mulheres? É possível realizar ações de educação em saúde efetivas quanto às práticas de tratamento e controle da doença?

Desta forma, resolvi percorrer um caminho inverso, ou seja, a partir de minhas impressões na unidade hospitalar fui buscar em um serviço de prevenção as respostas aos meus questionamentos.

A partir da pesquisa tentarei construir conhecimentos que favoreçam a reflexão dos profissionais de saúde, pois acredito que as crenças, sentimentos e comportamentos dos portadores de hipertensão arterial podem orientar as ações referentes a uma prática de educação em saúde mais efetiva e integradora.

2 INTRODUÇÃO

A saúde é um tema que vem passando por grandes questionamentos nas últimas décadas, provocando transformações tanto nas políticas públicas quanto nas práticas de cuidado de forma geral.

Historicamente a Psicologia começou por abordar os processos de saúde e doença a partir do enfoque intraindividual, que relacionava as disfunções orgânicas a características da personalidade ou a estruturas do funcionamento psíquico, bem como demonstrava um grande interesse na relação psicológica do paciente com sua doença. Posteriormente, essas explicações passaram a enfatizar a influência de aspectos sociais e ambientais, inicialmente a partir das proposições teóricas sobre estresse, e progressivamente incorporando componentes comportamentais, as quais foram traduzidas como variáveis mensuráveis e passíveis de análises quantitativas (SPINK, 1992).

A Psicologia da Saúde é um campo vasto e possui diversas definições. De acordo com Marks et al. (2000) a Psicologia da Saúde é considerada um campo interdisciplinar preocupado com a aplicação dos conhecimentos e técnicas psicológicas à saúde-doença e os cuidados de saúde. Para Matarazzo (1980), a Psicologia da Saúde pode ser descrita como:

[...] o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, na identificação da etiologia e diagnósticos relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de políticas da saúde (MATARAZZO, 1980, p.815).

Taylor (1999) afirma que a Psicologia da Saúde é um campo da Psicologia cujo objetivo é entender as influências psicológicas sobre como as pessoas permanecem saudáveis, por que ficam doentes e como se comportam quando ficam doentes.

Almeida, Cantal e Costa Junior (2008) definem que Psicologia da Saúde é uma área, tanto de atuação quanto de produção científica e educação, que busca a promoção, manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Tem como objetivo a investigação de variáveis psicossociais referentes ao processo saúde-doença, com o planejamento de comportamentos voltados para a saúde, através da identificação dos fatores de risco e proteção.

De acordo com Sebastiani (2000) a Psicologia da Saúde nasce para dar resposta a demandas sócio-sanitárias. Estas demandas estão relacionadas à integração de modelos teóricos, a modificação de crenças e atitudes com relação às enfermidades, a participação individual e comunitária nas questões de saúde, entre outras. Já a descrição de psicólogo da saúde abarca que este é o profissional que lida com os problemas associados à condição de saúde/doença, sem especificação do ambiente no qual atua (MIYAZAKI; AMARAL, 1995).

Assim, considera-se que a Psicologia da Saúde é um campo multidisciplinar formado por ramos das ciências sociais e da saúde. Essa abordagem traz conhecimentos de disciplinas correlatas para um novo campo interdisciplinar (MARKS et al., 2000).

Foi no início do século XX que surgiu o trabalho de psicólogos em instituições de saúde, com a proposta de integrar a Psicologia à educação médica. A Psicologia adotou, em consonância com a Medicina, uma visão cartesiana; a atuação era, basicamente, voltada à humanização dos atendimentos e as principais causas de morbidade e mortalidade eram as doenças infecciosas como pneumonia e tuberculose (GIOIA-MARTINS; ROCHA JUNIOR, 2001).

Atualmente as doenças estão mais relacionadas a estilos de vida, causas ambientais e padrões comportamentais, como por exemplo, doenças cardiovasculares, câncer e Aids (GIOIA-MARTINS; ROCHA JUNIOR, 2001). Desta forma, pode-se afirmar que o processo saúde-doença é um fenômeno social, compreendido como um “fenômeno coletivo, num processo histórico e multideterminado” (ALMEIDA; CANTAL; COSTA JUNIOR, 2008, p. 432).

Portanto, doença e sofrimento não são fenômenos reduzidos a evidências orgânicas, mas estão também relacionados às características do contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido. A saúde e a doença são categorias que trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica. O uso que este indivíduo faz de seu corpo, as formas pelas quais vivencia os seus estados de saúde e doença, a expressão de sintomas, os estilos de vida e as próprias práticas de atendimento à saúde são influenciadas por uma gama de significações socialmente construídas (MINAYO, 1998; TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

Também é importante levar em consideração a dicotomia homem-mulher, já que ao longo do desenvolvimento da civilização cada cultura construiu uma forma de simbolizar e compreender essa diferença (COSTA-JUNIOR; MAIA, 2010) e, a referida diferença tem influência sobre comportamentos de saúde. Os simbolismos quanto às diferenças sexuais se

expressam em práticas subjetivas e representações sociais que influenciam condutas objetivas e subjetivas dos indivíduos em função do sexo (LAMAS, 2007; COSTA-JUNIOR; MAIA, 2010).

Segundo Costa-Junior e Maia (2010) a aprendizagem decorrente dos processos de instrução sobre o corpo produz relações diferenciadas entre a função, a necessidade e o manejo do corpo de acordo com o sexo biológico. Assim, homens e mulheres aprendem a perceber e lidar com o corpo de formas diferentes, segundo influências de aspectos biológicos, culturais e sociais.

As crenças identificadas quanto às diferenças de sexo no cuidado com a saúde demonstram um sexo feminino frágil, que cuida mais da saúde, previne-se mais e adere aos tratamentos em contraste com um sexo masculino saudável, ativo e resistente (COSTA-JUNIOR; MAIA, 2010).

É nesse contexto que se insere a presente pesquisa, visto que uma das preocupações dos psicólogos que atuam na área da saúde é compreender a relação entre o comportamento e a saúde e como intervir na interface indivíduo, sistema de saúde e sociedade.

Iniciamos o presente estudo a partir de conceitos importantes acerca da hipertensão arterial, com enfoque nas modificações no estilo de vida e fatores de risco. Abordamos também a adesão a tratamentos em doenças crônicas, com especial atenção a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e, apresentamos algumas considerações sobre as diferenças entre homens e mulheres nos comportamentos de saúde, destacando a epidemiologia e sua relação com as condições de masculinidade e feminilidade no contexto da saúde.

Os demais capítulos apresentam os objetivos da pesquisa, o método, os resultados e discussão realizada e considerações finais.

3 HIPERTENSÃO

Eu encaro como algo normal, não vejo como problema sério. Encaro naturalmente hoje... Vejo ela (sic) como uma doença, é crônica, mas não é grave (H5)

(...) hoje a coisa que mais mata é a hipertensão (H16)

Dá uma tristeza por isso porque você pensa que, ah hipertensão, você pensa que nunca vai sarar, essa é uma preocupação, porque mexe, acelera batimento, às vezes você se sente mal, dá um monte de coisa, você, puxa vida, chegar e já começara a tomar remédio de pressão, eu fiquei triste, eu fiquei assim meio inconformada (M6)

Relatos de participantes desta pesquisa

As doenças crônicas são definidas em função de seu impacto no funcionamento fisiológico, ou seja, uma doença de curso prolongado, na qual se apresentam múltiplos fatores de risco complexos. Tais fatores são considerados complexos por expressarem aspectos etiológicos conhecidos e desconhecidos, um longo período de latência e curso assintomático, curso clínico prolongado e permanente, sintomatologia com episódios de remissão ou exacerbação e de evolução clínica para graus variados de incapacidade e/ou morte (LESSA, 1998b).

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou o conceito de doenças crônicas, mudando o foco das consequências aos aspectos fisiológicos e incluindo uma visão que abarca condições não transmissíveis, transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas, em função da necessidade de gerenciamento do agravo à saúde por tempo prolongado, pelos impactos pessoais, sociais e econômicos decorrentes de incapacidades, que demandam cuidados ou modificações no modo de conduzir a vida (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003).

Pertencem a esse grupo as doenças cardiovasculares (DCV), o diabetes mellitus (DM), os cânceres, entre outros. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis está a hipertensão arterial, que é a mais frequente morbidade do adulto (LESSA, 1998a).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) a hipertensão arterial é uma

condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Sabe-se que a hipertensão arterial é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, a qual, associada à diabete *mellitus* (DM), tabagismo e dislipidemia¹, aumenta a incidência de doenças cardíacas, como o infarto agudo do miocárdio e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), além dos acidentes vasculares cerebrais (AVC)² e, conseqüentemente, colabora para a diminuição da sobrevida da população (ALVES; WAJNGARTEN; BUSATTO FILHO, 2005).

No Brasil, 35% da população acima de 40 anos é portadora de hipertensão arterial, assim são 17 milhões de pessoas com essa doença (BRASIL, 2006a). A população acometida pela doença, segundo o perfil epidemiológico apresentado pelo Ministério da Saúde é aquela ainda economicamente produtiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2002). E esse número vem crescendo; seu aparecimento tem sido cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

¹ A dislipidemia é definida como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos (gorduras). As alterações do perfil lipídico podem incluir colesterol total alto, triglicérides (TG) alto, colesterol de lipoproteína de alta densidade baixo (HDL-c) e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c). Em consequência, a dislipidemia é considerada como um dos principais determinantes da ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares, dentre elas aterosclerose (espessamento e perda da elasticidade das paredes das artérias), infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica do coração (diminuição da irrigação sanguínea no coração) e AVC (acidente vascular cerebral). De acordo com o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídeos, a dislipidemia é classificada como: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-C baixo (BRAGA; BARLETA, 2007; LIMA, 2011).

² As nomenclaturas para a doença cerebrovascular aguda são fonte de grande discussão, adotou-se, neste trabalho, a denominação AVC por ser a nomenclatura mais difundida e empregada no meio médico.

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006), o diagnóstico deve ser realizado após três medidas da pressão arterial, utilizando-se a média das duas últimas medidas para definir o valor da pressão sistólica e diastólica do indivíduo. Se a pressão sistólica apresentar nível igual ou superior a 140 mm Hg, ou a diastólica igual ou superior a 90 mm Hg, e um destes níveis se mantiver acima destes valores em reavaliação efetuada em até dois meses, é confirmado o diagnóstico de hipertensão arterial, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, podendo ser primária/essencial (sem causa identificável) ou secundária (com presença de causa identificável).

Na maioria dos casos, as causas da hipertensão arterial primária não são conhecidas, já a hipertensão arterial secundária deve ser investigada (visto que possui causas identificáveis como, por exemplo, o hipotireoidismo e o hipertireoidismo), uma vez que o diagnóstico etiológico significa a possibilidade de tratamento específico e cura ou controle por intervenção clínica ou cirúrgica (DANTAS, 2003).

Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da pressão arterial. O rastreamento da pressão arterial elevada deve ser realizado como medida preventiva de saúde. Este procedimento pode revelar a presença de níveis pressóricos elevados em pacientes assintomáticos, permitindo um tratamento precoce (WHELTON et al., 2002).

A hipertensão arterial é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial são frequentemente negligenciados devido ao seu curso assintomático, além disso, existe a baixa adesão por parte dos portadores aos tratamentos prescritos. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da hipertensão aos níveis considerados normais, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

No âmbito microsocial, as consequências da hipertensão arterial não tratada repercutem na economia, experienciadas em nível individual e/ou familiar, nos estratos sociais mais baixos (LESSA, 2001). No âmbito macrossocial, o impacto dos prejuízos econômicos da hipertensão não tratada e não controlada tem repercussão direta nos índices de morbimortalidade, visto o elevado índice de óbitos, hospitalizações e diversos graus de sequelas e complicações clínicas dos indivíduos hipertensos (LESSA, 2001).

3.1 Modificações no estilo de vida e fatores de risco

Sim. Minha mudança alimentar, em atividade física, em comportamento de estresse, acompanhamento psicológico, orientação sobre isso, pode-se dizer que mudou completamente (H11)

Relato de participante desta pesquisa

Deve-se destacar que há muitos fatores que contribuem para a elevação da pressão sanguínea, que incluem fatores genéticos, ambientais e sociais. Alimentação inadequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser abordados e controlados. As modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

São atribuídos como riscos ou causas para elevação da pressão arterial fatores constitucionais (idade, sexo, raça, obesidade), ambientais (ingestão de sal, cálcio e potássio,

álcool, gorduras e tabagismo), laborais (estresse, agentes físicos e químicos) e fatores ligados à classe social a qual o indivíduo pertence (LESSA, 1998a).

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão, 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser justificada pelo excesso de peso. Neste contexto, a dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol é capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Ainda, a relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial deve ser observada, a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em indivíduos normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Quanto ao tabagismo, o risco é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Em avaliação por MAPA³, a pressão arterial sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

O sedentarismo é outro fator de risco ao aumento da pressão, os pacientes hipertensos necessitam realizar atividade física regular, visto que além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

³ Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é uma técnica que permite obter medidas múltiplas e indiretas da pressão arterial durante 24 ou mais horas consecutivas com um mínimo de desconforto, durante as atividades diárias do paciente (NOBRE; MION JUNIOR, 1998).

Os fatores predisponentes, principalmente os modificáveis, são influenciados pelas condições de vida das pessoas, e se expressam em suas práticas de vida e nas relações que estabelecem no contexto sociocultural em que estão inseridas. Por conseguinte, a escolha e efetivação dessas práticas estão associadas a uma multiplicidade de fatores, que irão influenciar na qualidade de vida e/ou agravamento das condições de saúde desses indivíduos.

A característica crônica e silenciosa da hipertensão arterial dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema, sendo considerada perversa por sua invisibilidade. Assim, os portadores não sentem necessidade de modificar os hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença. Tais complicações estão relacionadas, entre outras coisas, a internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, ao absenteísmo no trabalho, perdas importantes, incapacitações, aposentadorias precoces e óbitos (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Embora a influência dos fatores de risco seja incontestável no aumento da pressão, os fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento da incidência e prevalência da hipertensão, bem como a um controle inadequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Quanto ao tratamento, existem duas abordagens terapêuticas comumente utilizadas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável) e o tratamento medicamentoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Segundo Dell'Acqua et al. (1997) para que haja uma abordagem adequada ao paciente portador de hipertensão arterial devem ser considerados, além dos fatores de risco, os fatores socioeconômicos, o grau de instrução, a atividade laboral que realiza, os sentimentos frente à doença, os conhecimentos que possui sobre a doença, o estilo de vida, as experiências anteriores com a doença, a percepção da seriedade do problema, a complexidade do tratamento, os efeitos colaterais dos medicamentos e a percepção social do problema.

4 ADESÃO A TRATAMENTOS EM DOENÇAS CRÔNICAS

Tenho, agora eu tenho. Agora eu to sendo bem acompanhada, cada um mês assim, mas eu já fiquei dois anos sem ir, tipo assim um paciente rebelde, já fiquei dois anos sem ir, só tomava medicação, tipo assim, ta bem tá, não tá, amém. Mas agora eu to me cuidando, verifico sempre a pressão e sempre ta boa (M5)

Só as vezes (H1)

Relatos de participantes desta pesquisa

Os comportamentos em saúde têm sido estudados com o intuito de nortear as estratégias de educação em saúde, para mudar práticas consideradas insalubres pelas instituições. Sobre esse aspecto, os pesquisadores têm feito trabalhos para investigar os conhecimentos, as atitudes e práticas para diversas doenças, apesar das pessoas terem conhecimento sobre a doença, poucos mostram motivação real para mudar de hábitos (LIMA; BUCHER; LIMA, 2004).

O tratamento de qualquer doença crônica representa um desafio para pacientes e profissionais de saúde, especialmente porque o desaparecimento de sintomas leva a pessoa adoecida a acreditar que a doença foi curada (GUEDES et al., 2011).

A hipertensão arterial é uma doença cujo controle é necessário para a prevenção ou redução na incidência de complicações, em longo prazo, relacionadas à morbidade e à mortalidade cardiovascular e cerebral, e para a melhoria na qualidade de vida do portador (GUSMÃO et al., 2009).

Como já afirmado, o tratamento da hipertensão baseia-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Sem uso de medicamentos, o tratamento é feito por meio do controle do peso, da melhora do padrão alimentar, da redução do consumo de sal, da moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática regular de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse psicoemocional. Já o tratamento medicamentoso tem por base o uso de drogas prescritas pelo médico (FIGUEIREDO, ASAKURA, 2010). Apesar do avanço científico no manejo da hipertensão ocorrido nos últimos anos, o seu controle encontra-se distante do considerado ideal pela falta de adesão ao mesmo.

A definição de adesão varia de acordo com a fonte utilizada, porém, de modo geral, significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente⁴, ou seja, é o grau em que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações recebidas do profissional de saúde (PIERIN; STRELEC; MION JR, 2004; WHO, 2003; DEWULF et al., 2006; FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010; MANFROI; OLIVEIRA, 2006). De acordo com Caraciolo (2010) adesão se refere até mesmo ao comparecimento a consultas e exames.

Considera-se a adesão ao tratamento da hipertensão um processo comportamental complexo, influenciado pelo ambiente, por particularidades do próprio indivíduo, pela relação com profissionais de saúde que o assistem e pela terapêutica adotada, perpassando, assim, por dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais (PIERIN; STRELEC; MION JUNIOR, 2004; PIRES; MUSSI, 2008; FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010; ARAÚJO, 2002; GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006). A adesão é considerada um indicador clássico para o sucesso (PAIVA, 2002) do tratamento e controle da hipertensão arterial. Cabe ressaltar que, nesse estudo, quando falamos sobre adesão, não estamos nos restringindo à terapêutica medicamentosa.

A adesão do paciente ao tratamento apresenta complicadores também devido ao uso de múltiplos medicamentos por períodos prolongados (CARACIOLO, 2010) e mudanças no estilo de vida. Em 2001 as moléstias não infecciosas, mentais, AIDS e tuberculose representavam 54% do total mundial de todas as doenças e estima-se que irão exceder 65% em 2020 (WHO, 2003). Assim, pode-se afirmar que o baixo grau de adesão pode acarretar graves problemas pessoais, sociais e econômicos (DEWULF et al., 2006).

Usualmente, a questão da adesão é mais relevante quando se relaciona as doenças crônicas do que quando se relaciona as doenças agudas. Se a medicação adotada é essencial para a manutenção das funções vitais, as consequências da perda de doses ou da tomada irregular serão graves (CARACIOLO, 2010). A OMS estima que a não adesão à terapia de doenças crônicas esteja em torno de 50% nos países desenvolvidos, e supõe que seja maior nos países em desenvolvimento, devido a um conjunto de fatores como limitado acesso aos cuidados em saúde, medicações e falta de diagnóstico apropriado (WHO, 2003).

⁴A denominação paciente foi adotada nesse trabalho por ser usualmente utilizada por profissionais de saúde.

A adesão pressupõe uma atitude ativa, com envolvimento voluntário e colaborativo do paciente e do profissional de saúde, num processo conjunto que visa a mudança de comportamento do primeiro. Deste modo, o paciente cumpre o tratamento a partir de um acordo conjunto que tem a sua participação, e que o conduz ao reconhecimento da importância de determinadas ações prescritas (REACH, 2003).

O indivíduo pode perceber os benefícios, as barreiras, a sua susceptibilidade e gravidade da doença, mas, se atribuir pouca importância à sua saúde, sobrepondo outras áreas do seu espaço de vida, o grau de adesão a uma ação proposta acaba por ser muito baixo e a disposição para essa ação pode ser nula, não se concretizando (OGDEN, 1999; APÓSTOLO et al., 2007).

4.1 Adesão ao tratamento da hipertensão

(...) é ter consciência que eu sou uma hipertensa e buscar ter uma vida mais saudável né (M12)

Relato de participante desta pesquisa

Vários estudos se preocuparam com a correlação entre a adesão em doenças crônicas e as consequências para a saúde individual e coletiva. O trabalho de Schoroeder, Fahey e Ebrahim (2004) mostrou que o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial pode reduzir o risco de acidente vascular cerebral em 30 a 43% e de infarto miocárdico em torno de 15%. Bloch, Melo e Nogueira (2008) comprovaram que pacientes com hipertensão resistente⁵ que apresentaram maior adesão obtiveram as maiores reduções da pressão arterial.

Mochel et al. (2007) realizaram estudo em São Luís, Maranhão, com 462 entrevistados cujos resultados apontaram que 75% dos pacientes aderiam ao tratamento medicamentoso; os demais relataram como motivos principais para não adesão: esquecimento, sensação de não necessidade do uso da medicação e efeitos colaterais provocados pela medicação.

⁵ Hipertensão resistente é definida como o não controle da pressão arterial, apesar do uso de três classes de anti-hipertensivos sinérgicos, dentre eles, um diurético. Fatores como idade avançada, obesidade, pressão muito elevada no início do diagnóstico, excesso de ingestão de sal, raça negra, doença renal crônica, entre outros, tornam o controle da pressão arterial uma meta difícil de atingir (PASSARELLI JUNIOR; SOUSA; AMODEO, 2009).

O trabalho de Castro, Moncau e Marcopito (2007) investigou a prevalência de hipertensão em uma cidade de Minas Gerais. A porcentagem de adesão foi menor: 66,7% dos indivíduos referiam fazer uso regular da medicação.

Trabalhos em que a adesão ao tratamento é autorreferida, o percentual pode estar superestimado. A adesão ao tratamento não medicamentoso é condição ainda mais difícil. O trabalho de Falcão, Guedes e Silva (2006) aponta que os relatos dos pacientes entrevistados em sua pesquisa evidenciam que o seguimento de uma dieta devidamente prescrita é negligenciado. Além disso, os pacientes tendem a suspender o tratamento não medicamentoso e também o medicamentoso. As pessoas com hipertensão justificam este comportamento com argumentos pessoais, econômicos, de relacionamento com os profissionais de saúde que os acompanham e, até mesmo, do ambiente familiar (GUEDES et al., 2011).

O grau de adesão de um paciente em tratamento pode ser avaliado e seu extremo é o abandono do seguimento. Existem várias estratégias para essa avaliação, mas nenhum consenso. Os métodos podem ser indiretos, como contagem de comprimidos e relato do paciente, ou diretos, dosagem em líquidos corporais do princípio ativo/metabólito da droga. O relato do paciente é um dos métodos mais utilizados para avaliação da adesão, em razão de sua simplicidade e baixo custo (GUSMÃO et al, 2009).

4.2 Fatores que influenciam na adesão ao tratamento

Bom, é assim né, a gente confia no médico e aí é só aquele né, que nem ginecologista é só o doutor F., cardiologista é só o doutor S. (...) todos são nota mil, todos os médicos. *E os outros profissionais da saúde que acompanham a senhora?* (...) Meu Deus, nossa nem fala, super bacana. *E faz diferença no tratamento?* Ah com certeza, com certeza, mesmo a gente não seguindo a risca o que eles mandam né, com certeza, as vezes que nem quando eu vou comer alguma coisa eu me sinto tão culpada, eu penso tanto na nutricionista (M14)

(...) Olha, eu acho que quanto mais a gente conversa com o médico, mais a gente tem mais confiança. A gente vai lá, bate um papo e sai (...). No Dr. R não vou embora se não bater um papo com ele (H17)

Relatos de participantes desta pesquisa

Os principais fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo são o sistema e a equipe de saúde; os fatores relacionados à doença; os fatores relacionados ao paciente; os fatores relacionados ao tratamento e; os fatores relacionados ao cuidador (WHO, 2003).

A influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento são aspectos a serem considerados no tratamento de pacientes com doenças crônicas, visto que um bom vínculo profissional-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento, ou seja, auxiliar no engajamento do paciente em seu próprio tratamento (GUSMÃO et al., 2009). Um relacionamento efetivo é caracterizado por uma atmosfera na qual alternativas terapêuticas significativas são exploradas, o regime é negociado, a adesão discutida e o seguimento desta é planejado (WHO, 2003). Nesse sentido, é de fundamental importância que o médico esclareça conceitos básicos quanto ao significado da hipertensão, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais em linguagem acessível ao paciente (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Outra dificuldade relaciona-se ao caráter assintomático da doença, que pode acarretar o não seguimento do tratamento devido a baixa compreensão acerca de sua importância (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). Além disso, muitos medicamentos apresentam efeitos adversos, exigem horários especiais para as ingestões diárias, significam custo adicional no orçamento doméstico, dentre outros inúmeros fatores que podem dificultar o seguimento do tratamento por qualquer pessoa (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Os fatores relacionados ao paciente podem ser as características biossociais, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais (PIERIN; STRELEC; MION JUNIOR, 2004).

O conhecimento e as crenças dos pacientes sobre sua doença, a motivação para controlá-la, sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença e suas expectativas no resultado do tratamento podem influenciar negativa ou positivamente na adesão (GUSMÃO et al., 2009).

Os aspectos psicossociais como as crenças sobre a doença e a modificação dos hábitos e costumes necessários à convivência de seus portadores no âmbito social e familiar exigem não apenas as mudanças na forma de viver, mas no entendimento relativo ao processo saúde/doença. Cada indivíduo, com base em experiências pessoais, manifesta concepções

sobre este processo, as quais apresentam estreita relação com suas crenças, pensamentos e sentimentos (SILVA et al., 2008).

O nível socioeconômico não pode ser considerado como índice independente de baixa adesão, porém alguns aspectos são significativos como baixo nível socioeconômico e pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva de suporte social, condições instáveis de moradia, longa distância do local de tratamento, alto custo do transporte, alto custo da medicação, mudanças no estado civil e desestrutura familiar (GUSMÃO et al., 2009).

Quanto aos fatores relacionados ao tratamento, pode-se citar a complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência na qualidade de vida (WHO, 2003).

Os fatores relacionados ao cuidador estão intimamente ligados ao comprometimento do mesmo, principalmente quando o portador da hipertensão é idoso, e ao grau de orientação recebido pelos serviços de saúde (GUSMÃO et al., 2009).

4.3 O atendimento multidisciplinar ao hipertenso

Ah é bom né, eles explicam o que não pode fazer né, faz controle, dá um suporte bom... se eu não tivesse vindo aqui já tinha até morrido (H10)

Porque a hipertensão está ligada com o problema emocional. E se o atendimento for ruim, contribui para piorar a alteração (H19)

(...) então tem muito cuidado com a gente (M16)

Relatos de participantes desta pesquisa

A OMS (2003) propõe uma mudança de paradigma no modo de organização dos serviços de saúde, uma ressignificação do portador de agravo crônico que contemple uma rede de apoios necessários e pertinentes e não apenas intervenções biomédicas, um cuidado planejado capaz de prever necessidades, treinamento para o autogerenciamento eficaz do agravo crônico, bem como apoio às famílias destes.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) a equipe multidisciplinar pode ser composta por todos os profissionais que atuam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Considerando que a hipertensão é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multidisciplinar de apoio ao hipertenso é procedimento desejável, sempre que possível.

Os melhores resultados em termos de adesão a tratamentos são conseguidos com equipes multidisciplinares. Esta questão pode ser explicada devido à complexidade de mudanças necessárias na vida de quem possui uma doença crônica (GUSMÃO et al., 2009).

Em sua tese de doutorado, Gusmão (2005) avaliou o controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados⁶ que participaram de programa de atenção especial com atividades multidisciplinares, assistência individualizada, personalizada, acesso facilitado ao tratamento medicamentoso e reuniões periódicas. Após três anos do término do programa, observou-se que o controle da pressão arterial caiu significativamente nos pacientes complicados de 70% para 49% e nos não complicados de 78% para 50%. Os dados corroboram a importância da equipe multidisciplinar em uma atuação individualizada, abrangente e contínua no tratamento de pacientes com hipertensão.

Considera-se que o controle da pressão arterial não se limita apenas à abordagem do corpo doente, sendo necessário considerar também a experiência de vida e a subjetividade como aspectos indispensáveis no processo de adoecer e cuidar de si (PIRES; MUSSI, 2008). Assim, ao falar de adesão, devem-se considerar as particularidades de cada indivíduo, que fazem com que, de acordo com as suas vivências, conhecimentos, crenças e valores, tenham comportamentos distintos em relação ao significado de “sentir-se doente” (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Conhecer as crenças em saúde, especificamente sobre a hipertensão arterial, possibilita mostrar indicadores de adesão ao tratamento, identificar grupos de risco e repensar as formas

⁶ Os termos hipertensos complicados e não complicados referem-se respectivamente a presença ou ausência de lesões em órgãos-alvo clinicamente evidentes ou doenças associadas.

de cuidado à saúde. A mudança no estilo de vida relaciona-se às crenças e aos comportamentos apreendidos e incorporados pelas pessoas na convivência social (PIRES; MUSSI, 2008).

Ao trazer o foco para o portador de hipertensão arterial, empoderando-o dentro do processo transformativo da atenção em saúde, a responsabilidade de saber de si e de seu tratamento passa a ser considerada fundamental. Considera-se que o empoderamento é um tema central nas políticas de saúde, possibilitando que as pessoas tenham controle sobre os fatores que afetam sua saúde.

5 COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DE HOMENS E MULHERES

As discussões quanto às diferenças de gênero são controversas. Segundo Costa-Junior (2010) a produção científica sobre a relação de gênero na saúde ainda é insuficiente tornando-se fundamental produzir conhecimentos sobre essa relação, visto que isso pode contribuir para a instrumentalização de programas de prevenção e formação profissional daqueles que devem garantir a atenção integral à saúde.

Observa-se que, frequentemente, usa-se sexo e gênero como sinônimos. Sexo relaciona-se à distinção biológica entre homem e mulher. Gênero compreende a série de significados culturais atribuídos a essas diferenças biológicas, refere-se aos atributos, funções e relações que ultrapassam o biológico e que, construídos social e culturalmente, são atribuídos aos sexos para justificar diferenças. É importante assinalar que o gênero varia de uma cultura a outra e varia também temporalmente, pois em uma mesma cultura há diferentes tempos históricos (KORIN, 2001).

As compreensões entre o masculino e o feminino influenciam tanto na forma como homens e mulheres se comportam como na forma em que percebem seus corpos e atuam junto à eles (GOMES, 2003; KORIN, 2001). O corpo é a primeira evidência da diferença humana. Porém, as formas de compreender essas diferenças pertencem a cada cultura, que constrói sua forma particular para simbolizar, produzindo várias visões sobre a dicotomia homem/mulher. Assim, a concepção de gênero é fundamentada por essas formas de compreender e simbolizar as diferenças sexuais, que se traduzem por práticas subjetivas e representações que movem as condutas tanto subjetivas como objetivas dos indivíduos (LAMAS, 2007).

O corpo é o instrumento e objeto no qual os caracteres genéticos e também as normas sociais operam, bem como é no corpo onde se destinam as intervenções em saúde. As ciências da saúde focam nele sua maior atenção, pois é nele que se manifestam as doenças e é nele que deve se promover a saúde (COSTA-JUNIOR, 2010).

5.1 Epidemiologia e diferenças entre homens e mulheres

O processo saúde-doença é regido por uma conjunção de fatores e um dos diferenciais mais reconhecidos na caracterização em saúde é a distribuição das doenças entre homens e mulheres (FIGUEIREDO, 2008).

Os dados epidemiológicos de saúde da última década constataam que ocorreram mudanças significativas na expectativa de vida, ou seja, estamos vivendo mais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (BRASIL, 2009), no período de 1998 a 2008, a população brasileira ganhou 3,3 anos de expectativa de vida média (BRITO; CAMARGO, 2011).

Os riscos de adoecimento e morte para homens e mulheres tem sido foco de pesquisas, ao longo das duas últimas décadas. A contribuição das ciências sociais passa pela ressalva do caráter relacional das problemáticas de saúde: o próprio caráter social do adoecimento, em geral, e a perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

A relação entre sujeitos do sexo masculino e o campo da saúde pode ser observada ao se analisar o padrão de morbimortalidade dessa população. A distribuição populacional das doenças não acontece uniformemente e vários fatores podem contribuir para uma maior ou menor ocorrência desses eventos em determinados agrupamentos populacionais. Tais fatores são de diversas ordens, entre as quais podem ser citadas características biológicas, psicológicas, ambientais, econômicas, religiosas e socioculturais (FIGUEIREDO, 2008).

Os estudos sobre diferenças de gênero na área da saúde apontam que as mulheres possuem uma expectativa de vida mais elevada, porém também são elas que relatam mais morbidades e problemas psicológicos e utilizam mais os serviços de saúde (MACINTYRE, FORD, HUND, 1999; PINHEIRO et al., 2002; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Segundo estudos, como os de Bird e Rieker (1999) e de Pinheiro et al. (2002), os homens sofrem mais com doenças crônicas fatais, como isquemias, aterosclerose, enfisema, acidente vascular cerebral, problema de rins, entre outros, e referem mais restrição de atividade e incapacidade de longa duração devido a problemas crônicos (BIRD; RIEKER, 1999; PINHEIRO et al., 2002).

Já as mulheres desenvolvem mais doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças agudas e transitórias, como infecções das vias respiratórias superiores e doenças infecciosas de curta duração, e doenças crônicas não fatais, como artrite, sinusite crônica, problemas digestivos, anemia, entre outros (BIRD; RIEKER, 1999; PINHEIRO et al., 2002).

Alguns autores afirmam que as diferenças entre homens e mulheres no risco de adoecer decorreriam de fatores genéticos ou hormonais (VERBRUGGE, 1989; PINHEIRO et

al., 2002). O excesso de mortalidade entre os homens também é explicado pela dimensão biológica (MACINTYRE, FORD, HUND, 1999).

A presença de fatores de risco associados a problemas de saúde varia segundo o gênero (VERBRUGGE, 1989; BIRD; RIEKER, 1999; MACINTYRE, FORD, HUND, 1999). A obesidade, o *stress*, a infelicidade e as pressões ligadas aos papéis sociais exercidos pelas mulheres são apresentadas como fatores que aumentam os riscos de doenças neste sexo, entre os homens há maior ocorrência de fumo, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho, acarretando aumento de riscos de problemas em longo prazo (PINHEIRO et al., 2002). Outra dimensão nas explicações de diferenças na saúde entre homens e mulheres, apontada por Verbrugge (1989), refere-se aos aspectos psicológicos associados à forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde.

Bird e Rieker (1999) destacam que, com a entrada da perspectiva de gênero, a maioria das doenças passou a ser considerada como uma combinação de causas biológicas e socioculturais que podem promover a ampliação (há uma base biológica que pode ser acentuada pelo contexto sociocultural) ou a supressão (que envolve diferenças biológicas que são reduzidas pelo padrão de comportamento de homens e mulheres) da ocorrência de doenças.

As desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Igualmente, indicam diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (PINHEIRO et al., 2002).

Laurenti et al. (1998) refere que existem quatro grupos de doenças que oscilam entre os países das Américas, mas frequentemente estão presentes como principais causas de morte de indivíduos do sexo masculino: 1) neoplasias malignas (cânceres de estômago, pulmão e próstata); 2) as doenças isquêmicas do coração; 3) as doenças cerebrovasculares e 4) as causas externas (destacando-se os acidentes de carro e os homicídios). Certos agravos são compreendidos como produto do comportamento masculino no ambiente social; outros, na relação trabalho-adoecimento, como produto do modo como se dá o exercício da masculinidade; e outros, ainda, como é o caso dos homicídios e violência têm uma face de sua compreensão dada como comportamento violento de gênero.

Apesar de as taxas masculinas assumirem maior peso nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Este diferencial explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto.

Outro fator apontado é o maior interesse das mulheres com relação à sua saúde (VERBRUGGE, 1989). Esse fato pode estar relacionado à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Também, a dificuldade do homem pela busca por assistência em saúde pode estar relacionada à sua autopercepção de necessidade de cuidados. Culturalmente precisar de cuidados de saúde é algo que desmerece sujeitos criados para assistir e prover (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; MACHIN et al., 2011; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Os estudos epidemiológicos apresentam propriedades importantes no adoecimento de homens e mulheres, no entanto, não problematizam as relações desses adoecimentos com seus comportamentos sociais (FIGUEIREDO, 2008).

As estatísticas nacionais sobre a prevalência de doenças crônicas são inadequadas, pois se limitam a demanda atendida em hospitais, ambulatórios e centros de saúde, próprios ou conveniados ao SUS, excluindo atendimentos realizados na rede privada, bastante ampla. Além disso, esse banco de dados não dispõe das informações necessárias para o estudo da determinação social das doenças (VIACAVA, 2002).

Para Villela (2005) o processo saúde-doença possui como pressuposto uma dimensão social, que considera a forma como os sujeitos circulam na sociedade, fator determinante dos agravos à sua saúde. Considera ainda que os sentidos e significados que o adoecimento adquire para cada um e os recursos de enfrentamento desse processo também estão relacionados aos contextos nos quais os sujeitos estão inseridos, sejam eles homens ou mulheres.

5.2 Masculinidade e feminilidade na saúde

De acordo com Korin (2001) a vida social é organizada a partir de alguns suportes primários, são eles o gênero, a classe social e a raça e etnia. As definições de gênero são influenciadas pela raça, etnia, idade, classe social, orientação sexual, momentos históricos e

região do país, por este motivo, em vez de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, este autor julga mais apropriado falar de masculinidades e feminilidades.

Os papéis masculino e feminino, atribuídos pelos discursos científicos, revelam mulheres predispostas a distúrbios orgânicos e psicológicos e homens resistentes ao adoecimento e responsáveis pela manutenção social e econômica (GOMES, 2003; KORIN, 2001; COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009). A feminilidade hegemônica apresenta como ideal a mulher fraca, passiva e dependente (BORDO, 1997). As diferenças entre homens e mulheres no adoecimento e na morte eram naturalizadas e as explicações apoiadas somente na biologia – ciência pretensamente neutra e objetiva. Atualmente, os estudos sobre homens e masculinidade e sobre a saúde da mulher, têm trazido contribuições importantes.

A produção teórica e empírica neste campo tem permitido o reconhecimento de masculinidades múltiplas e contribuído para pensar o gênero como categoria que atravessa o tecido social e se articula à classe, raça e geração. Na área da saúde, tem-se buscado demonstrar como a masculinidade hegemônica gera comportamentos danosos à saúde (AQUINO, 2005). Quanto à saúde da mulher, a elaboração de políticas dirigidas a esta população contribuem para o desenvolvimento de uma abordagem ampla e integral (BRASIL, 2010a).

O desenvolvimento de homens e mulheres é conduzido por motivações e interesses distintos como parte de papéis pré-definidos atribuídos aos sexos. Mas, as diferentes masculinidades e feminilidades são produzidas no mesmo contexto social e são essas normas que sustentam os modelos hegemônicos responsáveis pela naturalização de condutas estereotipadas (COSTA-JUNIOR, 2010). De acordo com Costa-Junior (2010) os papéis se tornam estereótipos sexuais quando determinam de modo rígido e inflexível, um conjunto de comportamentos, sentimentos e modos de ser em função do gênero.

Korin (2001) afirma que os homens são pouco cuidadosos com sua saúde e, em suas interações com o sistema de saúde, assumem uma postura de invencibilidade. Para as mulheres é socialmente aceitável que procurem os serviços de saúde sendo encorajadas a buscar a atenção da saúde preventiva em áreas como o planejamento familiar, prevenção do câncer e cuidado pré-natal. Geralmente, os homens se relacionam com o sistema de saúde de forma episódica e diante de situações agudas que provocam uma súbita perda de controle. Os sinais de alarme não são levados em consideração, pois o papel de doente é incômodo.

Ainda, Korin (2001) afirma que em sociedades que equiparam poder, sucesso e força como características masculinas, os homens buscam, no processo de socialização, o distanciamento de características relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade. Estas atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que os predispõem a doenças, lesões e mortes, pois podem culminar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a várias situações.

No modelo de masculinidade a ser seguido, ressaltam-se as ideias de que o homem de verdade é solitário e reservado no que se refere às suas experiências pessoais, ou, quando muito, superficial e prático, direcionado para agir e realizar atividades (GOMES, 2003). Tal modelo, ao construir a noção de invulnerabilidade, força e virilidade como um valor da própria cultura, dificultaria o reconhecimento nos homens de suas necessidades de cuidado à saúde, convergindo com a imagem que têm dos serviços como um espaço feminino, destinado às mulheres, crianças e idosos (FIGUEIREDO, 2005). Essa é uma das razões que transforma em desafio a participação do homem nas ações de saúde, já que o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde não são questões colocadas na educação e socialização dos mesmos (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Para os homens, ser casado é considerado, por diversos autores, um fator de proteção para doenças, pois é comum que homens dependam de suas mulheres no cuidado à saúde, o que não acontece para as mulheres (KORIN, 2001; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Um dado importante sobre a saúde do homem está relacionado ao trabalho. A falta de trabalho, culminando com a impossibilidade de prover materialmente a família, é aspecto importante relacionado aos riscos de saúde. Porém, o trabalho também pode ser considerado um obstáculo para o acesso aos serviços, quando se trata de cuidado com a saúde. Falta de tempo, impossibilidade de deixar as atividades, ou medo de que a revelação do problema de saúde e a ausência para tratamento médico possam prejudicá-los, resultando em perda do posto de trabalho, são as preocupações em homens que adoecem, por doenças ocupacionais ou não (NARDI, 1998; MARINHO, 2000).

De acordo com Brito e Camargo (2011) práticas de cuidados com a saúde, como alimentação adequada, peso ideal em função da altura, não fumar cigarros, uso moderado de bebidas alcoólicas e atividade física regular, são disseminadas de várias formas na sociedade pelos meios de comunicação. Embora esse conhecimento seja veiculado, constata-se que as

práticas adotadas de cuidados com a saúde nem sempre vêm ao encontro de comportamentos saudáveis. Isto ocorre, pois os estilos de vida podem ser determinados pelas crenças, atitudes e comportamentos relativos à saúde. Fumar ou não, realizar exames preventivos ou não, faz parte do imaginário e do simbólico que perpassam as concretas e particulares relações entre homens e mulheres (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

A identidade dos homens está marcada pela não contenção ou mesmo exacerbação, entendida como sinal de poder. Os homens podem satisfazer seus desejos, não sendo esperadas de um homem atitudes brandas, seja na área sexual seja na alimentação, no uso de substâncias, na exposição a riscos, nas expressões de agressividade ou mesmo nas ações que visam acumular dinheiro ou poder, atributo de masculinidade relacionado a um conjunto amplo de agravos a saúde (VILLELA, 2005).

Especificamente no que se refere à construção da masculinidade, um dos aspectos hegemônicos que circula amplamente no imaginário social diz respeito à formação do masculino em oposição ao feminino. Nesse sentido, homem e masculinidade são expressões que costumam significar a mesma coisa. Martinez Fernández (2001), no entanto, considera que homem é uma designação para aqueles sujeitos que possuem características sexuais específicas, designadas pela cultura, e adota determinados padrões que os fazem serem reconhecidos como homens. Em contrapartida, segundo o mencionado autor (MARTINEZ FERNÁNDEZ, 2001), o masculino – assim como o feminino – é uma categoria que assume uma maior fluidez, não se reduzindo a um corpo de homem ou de mulher de maneira estanque. Nesse sentido, homens e mulheres tanto podem ter características masculinas como femininas (BARON-COHEN, 2004).

Korin (2001) fala de um modelo normativo de masculinidade aceito por homens e mulheres, que determina relações desiguais entre os gêneros e que se manifesta com mais frequência por uma variedade de respostas negativas entre os homens, tais como tensão, mal-estar, conflito e repúdio. Esse modelo normativo apresenta os homens como ativos, fortes, capazes do trabalho físico, produtivos, competitivos e orientados ao mundo externo. Se o homem não possui tais características é considerado inferior, e até mesmo tachado como afeminado ou homossexual. Porém, poucos homens podem chegar a este modelo ao longo de suas vidas e, as consequências sociais de não se alcançar o modelo ideal são tão negativas que os homens pagam com o pouco cuidado com a saúde para tentar garantir sua virilidade (KORIN, 2001).

Ressalta-se a diferença entre masculinidade e machismo. O machismo é definido como uma atitude particular que homens e mulheres podem ter em relação a homens e mulheres; já a masculinidade está relacionada aos modelos de constituição de identidade dos homens. Embora existam conexões entre machismo e masculinidade, o comportamento machista não decorre necessariamente da masculinidade, embora seja uma das possibilidades de vivência do masculino (VILLELA, 2005).

Esta distinção é relevante, pois algumas vezes o machismo pode ser um comportamento reativo à percepção de fragilidade ou não cumprimento dos ideais de masculinidade. O modo como os homens constroem e vivenciam as suas masculinidades está relacionado aos seus modos particulares de adoecer e morrer (VILLELA, 2005). Korin (2001) sugere que os homens necessitam de modelos de masculinidade que os permitam sentir-se realizados na prática de condutas que o modelo masculino hegemônico impede.

Foram apresentados, até este momento, conceitos sobre a hipertensão arterial, sobre adesão a tratamento em doenças crônicas e sobre diferenças entre homens e mulheres nos cuidados com a saúde. Com base nesse material, será possível contribuir com dados a respeito de como homens e mulheres se comportam, em que acreditam e como se sentem diante da condição de portadores de hipertensão arterial. Além disso, busca-se apontar direções para novas pesquisas, ampliando os conhecimentos sobre comportamentos de saúde e principalmente sobre as pessoas portadoras de hipertensão arterial.

6 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Analisar os relatos sobre comportamentos, crenças e sentimentos de homens e mulheres acerca a condição de ser hipertenso e os cuidados com a saúde.

Objetivos específicos:

- Identificar atitudes e ações diante da condição de hipertensão arterial.
- Identificar crenças e sentimentos sobre a hipertensão arterial.
- Correlacionar crenças e sentimentos com comportamentos relativos à saúde e/ou doença.

7 MÉTODO

7.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa se classifica como um estudo descritivo, tipo exploratório, com análise quanti-qualitativa, pois além da quantificação dos dados, dá ênfase também ao relato dos participantes sobre seu processo de saúde/doença. Foram respeitados os procedimentos éticos, sendo o projeto submetido ao Comitê de Ética da Instituição de Ensino, o qual aprovou sua realização (Número do parecer 254.349 de 23/04/2013) (ANEXO A).

7.2 Participantes

Participaram da pesquisa 40 usuários de um serviço de saúde privada de uma cidade do interior paulista com diagnóstico de hipertensão arterial, sendo 20 homens e 20 mulheres.

A média de idade dos homens foi de 51,4 anos; 85% eram casados, 35% possuíam o ensino fundamental, 25% ensino médio, 5% ensino técnico e 35% ensino superior. A média de filhos foi de 1,7 por participante masculino.

A média de idade das mulheres foi 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. A média de filhos foi de 2,25 por participante feminino.

Os participantes foram selecionados por meio de amostragem por conveniência, isto é, um processo de seleção de sujeitos segundo o interesse científico do entrevistador, 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.

Os quadros 1 e 2 apresentam a caracterização dos participantes.

Quadro 1 – Caracterização dos Participantes Homens quanto a Idade, Escolaridade, Ocupação, Estado Civil e Número de Filhos

	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado civil	Filhos
H1	60	Médio	Dirigente sindical	Casado	3
H2	45	Médio	Funcionário público	Solteiro	0
H3	52	Fundamental	Operador de furadeira	Casado	3
H4	55	Superior	Aposentado	Casado	3
H5	50	Médio	Corretor de seguros	Casado	2
H6	80	Superior	Aposentado	Casado	0
H7	48	Fundamental	Mecânico	Casado	2
H8	29	Superior	Projetista industrial	Casado	1
H9	53	Fundamental	Mecânico	Casado	2
H10	46	Fundamental	Aposentado	Solteiro	0
H11	47	Técnico	Microempresário	Casado	2
H12	45	Superior	Vendedor	Casado	2
H13	31	Médio	Desenhista	Casado	0
H14	60	Superior	Funcionário público	Casado	3
H15	56	Médio	Vigia	Casado	3
H16	38	Fundamental	Tratorista	Casado	1
H17	65	Fundamental	Aposentado	Casado	3
H18	63	Fundamental	Operário	Casado	4
H19	30	Superior	Padre	Solteiro	0
H20	75	Superior	Aposentado	Casado	3

Quadro 2 – Caracterização das Participantes Mulheres quanto a Idade, Escolaridade, Ocupação, Estado Civil e Número de Filhos

	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado civil	Filhos
M1	41	Superior	Frentista-caixa	Casada	2
M2	53	Fundamental	Agricultora	Casada	4
M3	59	Fundamental	Aposentada	Divorciada	4
M4	54	Superior	Professora	Casada	2
M5	45	Técnico	Aux. Enfermagem	Casada	3
M6	44	Superior	Aux. Escritório	Casada	1
M7	52	Fundamental	Dona de casa	Casada	3
M8	43	Médio	Ajudante de costureira	Casada	1
M9	58	Superior	Aposentada	Divorciada	2
M10	57	Superior	Aposentada	Casada	2
M11	50	Fundamental	Dona de casa	Casada	4
M12	51	Superior	Aux. análise de solo	Solteira	0
M13	58	Fundamental	Cozinheira	Casada	4
M14	51	Médio	Dona de casa	Casada	3
M15	52	Fundamental	Dona de casa	Casada	4
M16	58	Fundamental	Beneficiária de auxílio-doença	Casada	2
M17	28	Médio	Dona de casa	Casada	1
M18	79	Superior	Aposentada	Casada	0
M19	68	Superior	Aposentada	Divorciada	0
M20	48	Fundamental	Dona de casa	Casada	3

7.3 Ambiente de coleta

A coleta de dados foi realizada em um serviço de prevenção e tratamento pertencente a uma rede privada de atendimento à saúde de uma cidade do interior paulista, isto é, no mesmo local onde os participantes foram selecionados. O serviço é destinado aos portadores de obesidade, de hipertensão arterial, de diabetes, de colesterol e para pessoas interessadas em cessar o tabagismo, além de gestantes e idosos. Os usuários são encaminhados ao serviço por médicos da rede privada e contam com o atendimento dos seguintes profissionais: nutricionistas, psicólogas, enfermeiras, fisioterapeutas, técnicas de enfermagem, orientadores em atividade física, terapeutas ocupacionais, entre outros.

No caso dos portadores de hipertensão arterial, diabete *mellitus* e obesidade, além da indicação de atividade física (musculação/condicionamento e hidroginástica) com frequência de três vezes por semana, há a obrigatoriedade de participação em um grupo denominado Programa de Síndrome Metabólica⁷, 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.

Durante o processo de permanência no grupo, os profissionais monitoram a evolução dos participantes e, se necessário são encaminhados para acompanhamento individualizado e/ou para nova participação no grupo do semestre subsequente. Os participantes dessa pesquisa frequentavam o grupo há aproximadamente três meses quando participaram do estudo.

⁷ 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.

7.4 Instrumento

O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada, cujas perguntas abrangiam aspectos relacionados à hipertensão arterial. Para a construção do instrumento, o primeiro passo foi a identificação de questões a serem abordadas, apontadas pela literatura e consideradas relevantes para responder aos objetivos do estudo.

A entrevista foi organizada em duas partes: na primeira foram elaboradas questões de identificação e dados sócio-demográficos; na segunda parte foram elaboradas questões relativas aos comportamentos de saúde, comportamentos preventivos, hábitos relacionados à saúde, crenças e sentimentos frente à hipertensão arterial. Nesta parte da entrevista havia questões do tipo abertas que exigiam respostas completas (evitando respostas do tipo sim e não e verdadeiro ou falso), buscando ampliar as possibilidades de respostas dos indivíduos; ainda, foram feitas questões fechadas, sendo questões de múltipla escolha ordinal (0 a 5) e questões com escala de gradação analógico-visual (0 a 5 e 0 a 10). O modelo de entrevista utilizado encontra-se no APÊNDICE A.

Metodologicamente optou-se por aplicar a entrevista e não solicitar seu preenchimento pelo participante, visto que este poderia tornar-se cansativo.

7.5 Procedimentos

Após o contato com os coordenadores do serviço, apresentação do projeto e autorização para realização do mesmo, foi iniciada a coleta de dados. Os participantes foram selecionados com o auxílio dos orientadores em atividades físicas, que indicavam se o usuário era portador de hipertensão arterial, para então serem convidados a participar da pesquisa.

Os participantes foram convidados pessoalmente, sendo esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, das questões éticas e da não vinculação da pesquisadora com o serviço de saúde em questão.

Apenas dois usuários convidados não aceitaram participar, justificando não fazer parte do critério de ser hipertenso: “*não tinha mais hipertensão*”, “*não era hipertenso não*”. Os demais usuários convidados aceitaram prontamente. Foram então agendadas datas para as

entrevistas, de acordo com a disponibilidade do participante e da pesquisadora, sendo as entrevistas realizadas em sala destinada no próprio serviço ou na residência do participante, conforme a sua preferência.

A maioria dos usuários do serviço de saúde eram mulheres, o que facilitou a coleta com esta parte da amostra. A amostra de homens ofereceu maior dificuldade, pois eram em menor número.

No momento da entrevista, o participante era novamente esclarecido dos objetivos da pesquisa e assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Um modelo do termo utilizado encontra-se no APÊNDICE B) que assegura sua participação voluntária. Após consentimento dos participantes, as entrevistas foram realizadas, áudio-gravadas e, posteriormente, transcritas integralmente.

7.6 Análise de dados

Pode-se dizer que a análise de dados foi quanti-qualitativa. A análise quantitativa (estatística) ocorreu por meio do programa *BioEstat*. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva (COZBY, 2003), a partir de medidas como a média aritmética e o desvio padrão. Os dados também foram submetidos à análise estatística não paramétrica, através do teste de Mann-Whitney, para comparação de respostas entre homens e mulheres. Os dados brutos agrupados individualmente podem ser observados na tabela (APÊNDICE C). Foram feitas correlações através do Índice de Correlação Linear de Spearman entre dimensões consideradas relevantes do ponto de vista teórico. No caso de questões abertas, as respostas foram contabilizadas, representadas pelas categorias elaboradas a partir dos totais das respostas apresentadas por homens e mulheres; tais dados foram analisados em termos de concentração de respostas dadas nas categorias com a utilização do teste não paramétrico de Qui-Quadrado, para uma amostra (valores significativos para $p < 0,05$).

Os dados qualitativos (APÊNDICE D) foram organizados por meio do arranjo de categorias de respostas.⁸ 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

⁸ 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.

significados gerais. Nesta fase da análise existe uma interação significativa do pesquisador com o material e muitas das impressões do contato com o participante surgem na lembrança e auxiliam na condução do procedimento (CAMPOS, 2004). Após a realização de leituras flutuantes, passou-se à fase de subcategorização, baseadas nas perguntas abertas.

Os critérios utilizados para a categorização foram o de repetição e relevância dos pontos constantes nos discursos dos entrevistados. A repetição consiste na distinção de colocações reincidentes e a 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).

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão foram apresentados a partir das categorias e subcategorias obtidas nos relatos (QUADRO 3), de tabelas, figuras e ilustrações por meio de falas dos participantes. A identificação dos mesmos foi feita pelas letras H, para os homens e, M para as mulheres, seguidas por números (H1, H2; M1, M2). Os trechos grifados nas falas exemplificam as subcategorias.

Quadro 3 – Categorias e subcategorias do material coletado.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
História da doença	Descoberta por exames periódicos, descoberta na gestação, descoberta devida a mal estar ou problemas de saúde, descoberta devida a outros problemas de saúde, relação com a hereditariedade, relação com o emocional, relação com o envelhecimento, pouca atenção à saúde.
Conceituação sobre a doença	Desconhecimento, mal silencioso, relação com outras doenças e com a morte, relação com sintomas físicos, relação com fatores emocionais, discurso médico, relação com hereditariedade, relação com alimentação.
Concepções sobre o processo de prevenção	Relação com alimentação, atividade física, consumo de bebida alcoólica; Procura por atendimento médico; Educação; Não dá para prevenir.
Comportamentos frente à doença	Uso de medicação, mudanças na alimentação, realização de atividade física, pouco cuidado com a saúde, mudanças no consumo de bebidas alcoólicas.
Mudanças de comportamento após	Não houve mudança após diagnóstico, mudança após algum tempo, mudança na alimentação, realização de atividade física/perda de peso, preocupação da

(Continua)

(Continuação)

diagnóstico	família e preocupação com a família, maior cuidado com a saúde, outras respostas.
Sentimentos frente à doença	Minimização da doença, preocupação, relação com outras doenças, medo, preocupação com a família, tristeza/depressão, restrições, relação com a morte, relação com o emocional, outras respostas.
Tipo de vínculo com o serviço de saúde	Não procura regularmente, procura regularmente, interferência da rotina/cotidiano/trabalho.
Relação profissional da saúde-paciente	Relação positiva, dedicação/cuidado.

8.1 Como as pessoas pensam, se sentem e se comportam diante da hipertensão arterial

A *história da doença* compreendeu as formas como os participantes fizeram a descoberta de serem portadores de hipertensão arterial. Na tabela 1 é possível observar as subcategorias identificadas e as frequências entre homens e mulheres.

Tabela 1 – Fatores relacionados à descoberta do diagnóstico entre homens e mulheres.

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Descoberta por exames periódicos	8	2	10
Descoberta na gestação	0	4	4
Descoberta devida mal estar	7	9	16
Descoberta devida outros problemas de saúde	4	3	7
Relação com a hereditariedade	4	3	7
Relação com o emocional	2	7	9
Relação com o envelhecimento	1	0	1
Pouca atenção à saúde	2	1	3

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.

As subcategorias “descoberta por exames periódicos” e “descoberta na gestação” denotam uma doença que chegou sem avisar:

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 da hipertensão (H1)

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

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)

Vieira (2004) aponta que a descoberta da hipertensão pode ocorrer de forma casual e sem a presença de uma queixa específica, sendo constatada através de exames periódicos de saúde, em exames pré-cirúrgicos, no acompanhamento durante o pré-natal, em campanhas de saúde pública e através da medida da pressão em serviços de saúde. Santos et al. (2009) também identificaram, em seu estudo, que a maioria dos casos de hipertensão arterial foi detectada em consultas médicas de rotina.

A descoberta por exames periódicos ou em uma situação tão específica como a gravidez reforça o caráter assintomático e silencioso da doença hipertensiva (LESSA, 1998; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Os participantes relataram também a “descoberta devido a mal estar ou problemas de saúde” e a “descoberta devido a outros problemas de saúde”. Vieira (2004) assinala que o diagnóstico de hipertensão geralmente está associado à presença de um fator traumático, dificultando a precisão de sua origem e tempo de instalação no organismo.

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, estomago ruim né? (...) diário, dai eu peguei e fui no médico como a gente (...) ai a Dra. S. que descobriu né? Que eu tava com a pressão alta (M16)

Eu fui fazer uma cirurgia do joelho, ai eu fui na consulta pra passar com o anestesista, e chegando lá eu fiquei preocupada da minha filha entrar comigo, ai quando ele... e tava demorando também, ai eu fiquei... sabe assim...nervosa, ai quando eu entrei ele foi medir minha pressão e disse que a minha pressão tava alta, foi na época de fazer a cirurgia (M15)

Assim, o diagnóstico também foi feito em circunstâncias em que já estavam presentes sintomas ou outras doenças. Castro e Car (2000) identificaram que a descoberta do diagnóstico de hipertensão arterial estava relacionada a sintomas que levaram à busca por atendimento de saúde. Goes e Marcon (2002) apontaram que, em seu trabalho, o diagnóstico aconteceu em consultas de rotina ou durante um atendimento no pronto-socorro ou internamento por outros problemas de saúde, corroborando os resultados desta pesquisa.

Esse dado é importante para reassegurar a necessidade de investimento em campanhas de prevenção e diagnóstico precoce, ou seja, medidas preventivas de saúde (WHELTON et al., 2002).

A “relação com a hereditariedade” foi um fator apontado quando se investigava a história da doença, sendo compreendido como um dos responsáveis pelo desenvolvimento da hipertensão arterial em suas vidas.

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 Dra. O. E foi desenvolvendo devagar. Eu estou no inicio, ela falou que isso se desenvolveria de qualquer maneira por causa da hereditariedade (M17)

A hereditariedade é um fator de risco reconhecido para a hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006). No estudo de Simonetti, Batista e Carvalho (2002) 59,4% dos entrevistados relataram haver casos de hipertensão na família.

Ainda, a história da doença foi permeada pela “relação com o emocional”. O fator emocional foi associado ao processo de adoecimento, principalmente para contextualizá-lo. Pode-se perceber a concepção de resposta física aos problemas emocionais, considerando o “emocional” como determinante para a causalidade ou piora da doença.

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)

Estudos na área da saúde, como os de Marcelino e Carvalho (2005), Teixeira et al. (2006) e Fonseca et al. (2009) comprovam a relação entre fatores emocionais e o surgimento de doenças. Nos casos de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, estudos afirmam que os fatores emocionais podem atuar tanto na etiologia da doença, no seu agravamento, como também no seu controle e prevenção de complicações (MARCELINO; CARVALHO, 2005; TEIXEIRA, et al., 2006).

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)

Segundo Pires, Gagliardi e Garzoni (2004) as doenças cardiovasculares incidem com maior frequência na idade avançada, período de vida em que se observam as maiores taxas de óbito e sequelas. Ferreira et al. (2009) também mostraram, em sua pesquisa, uma alta prevalência de portadores de hipertensão arterial na faixa etária acima de 60 anos. No estudo de Nogueira et al. (2010), em ambos os sexos, quanto maior a idade, maior foi a prevalência da doença. Baldissera et al. (2008) pesquisaram as mudanças de vida após diagnóstico de hipertensão arterial e seus resultados demonstraram a mesma relação encontrada, de hipertensão e envelhecimento. Embora o aparecimento de certas doenças possa ocorrer com mais frequência durante idades avançadas, a colocação do participante reflete uma percepção negativa dessa fase do ciclo da vida, como se envelhecimento fosse sinônimo de adoecimento.

Quanto à história da doença surgiu também a subcategoria “pouca atenção à saúde”. Observa-se pelos relatos que a responsabilização pela condição atual de saúde é imputada ao indivíduo, pois interpretam o resultado como “importar-se ou não” com a doença.

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 a 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, mas agora ta (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 Dra. 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 a noite que é pra relaxar (...) (M8).

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 está relacionado ao pouco cuidado consigo mesmos.

Na *conceituação 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 hipertensão, foram identificadas as seguintes subcategorias, apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Fatores relacionados à conceituação de hipertensão arterial por homens e mulheres.

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Desconhecimento	3	2	5
Mal silencioso	5	1	6
Relação com outras doenças / morte	7	8	15
Relação com sintomas físicos	2	1	3
Relação com fatores emocionais	3	7	10
Discurso médico	2	1	3
Relação com hereditariedade	1	1	2
Relação com alimentação	2	5	7

O mesmo teste estatístico foi aplicado aos totais das respostas (*Qui-quadrado para uma amostra*) indicando uma concentração estatisticamente significativa em algumas subcategorias ($\chi^2=20,686$; GL=7; $p=0,0043^*$).

Na subcategoria “desconhecimento” percebeu-se, a partir das falas, a concepção de profissional como detentor do conhecimento (só o médico sabe) e uma preocupação com o que fazer com a hipertensão, ou seja, com o tratamento.

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. Tanto é que ele falou pra mim foi isso, que eu apresentaria esses problemas mais pra frente (...) (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)

Houve a menção ao caráter assintomático da doença, o “mal silencioso” e invisível (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007), dado observado também na pesquisa de Goes e Marcon (2002).

A hipertensão foi conceituada na subcategoria “relação com outras doenças e com a morte” como fator de risco para outros agravos e possibilidade de morte.

(...) 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 ta controlada eu 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 esta alta, eu sou muito gulosa, eu gosto de comer bastante, eu não tenho muito regime não, ate 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. 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)

Pode-se inferir que os entrevistados destacam 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 é uma doença de risco foi referida na pesquisa de Goes e Marcon (2002).

Para conceituar hipertensão a “relação com sintomas físicos” surgiu como uma visão biologicista da doença, ou seja, os sujeitos apresentam uma visão da saúde do corpo para sua conceituação.

Ah, o que eu sei é, aí e agora como que eu vou te falar, o que é, eu não sei expressar assim como que é, como a gente sente assim? A gente sente dor de cabeça, quando fica nervosa sobe, assim que eu sei né, quando fica muito ansiosa sobe, mais ou menos assim né. *E como é que sobe alguém já explicou para a senhora?* Não, não,

eu vou sempre no médico mas não entendi muito bem como que é, eu sei assim o que eu sinto, que meu coração começa a agitar muito e começa a dar dor de cabeça, aí eu percebo que subiu, aí eu tomo o remédio, assim certo falar pra você eu não sei, não, explicar bem certinho eu não sei (M2)

Ainda na conceituação, a “relação com fatores emocionais” é apontada.

(...) 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)

Nesse aspecto, consideram que o aumento da pressão arterial estaria associado a sentimentos como “nervosismo”, ao estresse e ansiedade. Vieira (2004) aponta que o desenvolvimento da hipertensão é também percebido pelos sujeitos como uma repercussão de sofrimentos e infortúnios vivenciados ao longo de suas vidas, que não tiveram como evitar.

Alguns participantes utilizaram-se de um “discurso médico” para conceituar a hipertensão.

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^{os}” fatores que causam isso, tem inúmeras. O que eu sei de forma sucinta é que é o aumento da pressão arterial que é o aumenta 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)

Percebe-se que suas explicações pautam-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.

A “relação com a hereditariedade” surge como possibilidade também de conceituação da hipertensão.

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)

É a partir do relacionamento com a hipertensão do outro que o conhecimento sobre a doença foi se construindo, principalmente quanto às complicações que a doença pode trazer.

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

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)

Já no trabalho de Simonetti, Batista e Carvalho (2002) 75,0% dos entrevistados consumiam comida gordurosa e 62,5 controlavam a quantidade de sal ingerida. Como se sabe, a alimentação saudável ocupa uma posição importante na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006; CASTRO, 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. Para a autora (CASTRO, 2012) mulheres e homens possuem padrões de consumo distintos, sendo o padrão alimentar feminino mais saudável que o masculino. Pode-se inferir que a participação no grupo de educação em saúde minimizou tais diferenças com relação aos homens e mulheres dessa pesquisa.

Nas *concepções sobre processos causais da doença* foram investigados os fatores que mais contribuíam ao aumento da pressão arterial, assim, 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 na tabela 3.

Tabela 3 – Média, Desvio Padrão (M e Dp) e comparações, através do Teste de Mann-Whitney, entre homens e mulheres com relação às concepções sobre processos causais da doença.

Resposta	Homens		Mulheres		Total		Estatística	
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
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
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

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, o que também 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.

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 e 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. 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 et al. (2002) quando destacam que o stress 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).

A questão que tratava das *concepções sobre o processo de prevenção da doença*⁹ 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. A seguir estão as subcategorias identificadas, apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Fatores relacionados à concepção sobre o processo de prevenção da hipertensão arterial.

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

Os participantes demonstraram noções sobre fatores de risco e condutas preventivas, como no estudo de Santos e Lima (2008). A maioria referiu a “relação com alimentação, atividade física e consumo de bebida alcoólica” como condições capazes de prevenir a doença. Há menção 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)

⁹ É importante destacar que os participantes da pesquisa eram portadores de hipertensão arterial, desta forma, a prevenção estava relacionada ao agravamento da doença.

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)

Magalhães et al. (2010) reforçam que as modificações de estilo de vida são eficazes em prevenir ou retardar o início da hipertensão, 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 e a alimentação saudável com ênfase na redução da ingestão de sódio e de álcool (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006). No trabalho de Santos e Lima (2008) os participantes mencionaram que um estilo de vida saudável envolve alimentação saudável, prática regular de exercício físico, controle periódico dos níveis pressóricos, controle do peso, abolição do tabaco e do álcool, entre outros.

A “procura por atendimento médico” está entre as ações de prevenção 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)

Pode-se inferir que, a partir do processo educativo a que são submetidos há a conscientização de que a procura por atendimentos de saúde é uma das ações capazes de prevenir o agravamento da doença.

A “educação” também surgiu enquanto dimensão preventiva da doença.

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)

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. A educação em saúde pressupõe práticas reflexivas, possibilitando ao indivíduo ser sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de vida, sob a visão de uma clínica ampliada por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006b).

Goes e 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. Ela tem por objetivo ainda manter as práticas saudáveis ou modificar aquelas que são indesejáveis, além de valorizar as pessoas enquanto seres ativos no cuidado com sua saúde.

Alguns participantes afirmaram que “não dá para prevenir”, embora estejam inseridos no processo de educação em saúde.

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)

Cabe refletir que as informações oferecidas não são compreendidas da mesma forma por todos os participantes, o que leva a pensar sobre a necessidade de uma maior individualização no processo de educação.

Quanto aos *comportamentos frente à doença*, buscava-se revelar o tratamento ou cuidados adotados com a hipertensão no dia-a-dia do participante. A seguir está a tabela com as subcategorias.

Tabela 5 – Fatores relacionados aos comportamentos adotados diante da hipertensão arterial.

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Uso de medicação	12	15	27
Mudanças na alimentação	8	14	22
Realização de atividade física	14	11	25
Pouco cuidado com a saúde	2	2	4
Mudanças no consumo de bebida alcoólica	1	2	3

O teste estatístico *Qui-quadrado para uma amostra* indicou uma concentração estatisticamente significativa em algumas subcategorias ($\chi^2=34,00$; GL=4; $p=0,0001^*$).

Quando indagados sobre tais comportamentos pode-se observar a concretização do que os participantes apontaram como processos de prevenção da doença, como controle alimentar, a realização de atividade física e a redução no consumo de bebidas alcoólicas. A maioria considerou que o “uso de medicação” é essencial ao controle da hipertensão arterial.

Eu tomo remédio e me sinto bem, a partir do momento que eu tomo remédio e tenho alguma alteração é porque eu me excedi na alimentação. Comecei atividade física essa semana. O que me fez fazer a inscrição aqui foi a hipertensão e a obesidade, são dois fatores de risco (H14)

Oh, o meu tratamento, a única coisa que eu levo a sério é que eu tenho que tomar meu comprimido de manhã, é isso aí que eu faço, e evitei o sal, aprendi no curso que tinha que usar menos sal (...) (M1)

Em seu trabalho, Vieira (2004) aponta que a medicação proporciona uma importante segurança e tranquilidade para a vida dos usuários, percebida como uma prática de cuidado indispensável.

Com relação a “mudanças na alimentação” os relatos apontaram redução no consumo de gorduras e sal, o que está de acordo com o que é preconizado para portadores de hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006; CASTRO, 2012).

O meu dia-a-dia é o que eu faço, eu faço atividade física e mudei o hábito de comer, isso eu mudei bastante (H4)

Diminui sal e gordura e comecei a fazer exercício (M3)

No caso é só a alimentação (M10)

A questão da “realização de atividade física” tem que levar em conta a particularidade da amostra estudada, visto que são portadores de hipertensão arterial inseridos em um serviço que proporciona, além da educação em saúde, a realização de atividades físicas orientadas.

Agora estou fazendo um pouco de exercício, estou indo na palestra que vai ter agora a pouco (...) (H7)

Ai é (...) *O que a senhora faz, como que é? Toma remédio?* Eu tomo, 3 comprimidos por dia, né? *Hum.* E caminhada eu não posso fazer por causa que eu tenho desgaste no quadril, no joelho, né? Então eu não faço caminhada, eu só faço as atividades aqui né? Que é a musculação e a hidro duas vezes na semana. Às vezes eu tento fazer uma caminhadinha, mas é pouco, por que me prejudica né? *Entendi.* Então (...) é isso que eu acho (M16)

Alguns participantes trouxeram como conteúdo o “pouco cuidado com a saúde”. Esta subcategoria é semelhante ao discurso da pouca atenção à saúde discutida na história da doença. Os relatos expressam uma percepção de que, diante do conhecimento que adquiriram sobre os comportamentos que deveriam adotar, não foram ainda capazes de aderir totalmente às mudanças com relação, principalmente, a alimentação e realização de atividade física.

Eu poderia melhorar muito, mas estou andando mais do que eu andava, estou tendo melhor percepção da comida. Eu poderia ter mais cuidado com essas coisas. (...) (H6)

(...) ai vem o pecado, qual é o pecado, a comida, que primeiro mesmo eu não gostando de me alimentar bem, mesmo quando eu trabalhava, eu ia no M. e comia no M. pelo menos uma alimentação eu comia. Agora não é sempre que eu vou sabe então eu substituo a minha alimentação. Hoje, por exemplo, eu ainda não almocei porque eu não tenho vontade (...) isso piorou (...) (M9)

Assim como os resultados dessa pesquisa, em seu trabalho Castro e Car (2000) encontraram que os portadores de hipertensão apresentavam dificuldades de seguir as orientações com relação ao consumo alimentar.

Na subcategoria “mudanças no consumo de bebidas alcoólicas” os relatos apontaram a abstenção como parte do tratamento, demonstrando compreensão da relação entre o consumo de bebida alcoólica e o aumento dos níveis pressóricos.

Oh eu to fazendo a hidro para ajudar um pouco, pra no caso não ganhar muito peso, evito assim (...) pra fazer uma alimentação com menos sal, diminuir o sal, não tomo bebida alcoólica, não fumo também, já fumei, mas vi que fazia mal e tive uma opinião de largar e, que mais que eu faço, ginástica, essas coisas e procuro não ficar nervosa né. E tomo medicação (M4)

To maneirando no sal, maneiro bastante, gordura também quase não boto na comida, o álcool mesmo também, sabe eu gostava de tomar uma cervejinha no final de semana, agora é muito raro, só numa festinha, mas é pouco porque eu sei minha meta qual é, e tabagismo nunca experimentei (M14)

Os resultados da pesquisa de Stipp et al. (2007) apontaram uma alta frequência de não usuários de bebida alcoólica e uma das hipóteses apresentadas foi o fato dos participantes serem pacientes de um ambulatório que oferece ações de educação em saúde, assim como os participantes dessa pesquisa.

A questão sobre *mudanças de comportamento* abarcou possíveis mudanças após o diagnóstico de hipertensão arterial. As subcategorias foram apresentadas na tabela 6.

Tabela 6 – Fatores relacionados a mudanças de comportamento após diagnóstico de hipertensão arterial.

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Não houve mudança após diagnóstico	8	3	11
Mudança após algum tempo	1	1	2
Mudança na alimentação	5	8	13
Realização de atividade física	5	7	12
Preocupação da e com a família	1	2	3
Maior cuidado com a saúde	0	3	3
Outras respostas ¹⁰	0	1	1

¹⁰ Na subcategoria “outras respostas” foram incluídas falas relevantes não classificáveis na categoria.

O teste estatístico (*Qui-quadrado para uma amostra*) indicou uma concentração estatisticamente significativa em algumas subcategorias também nesta questão ($\chi^2=26,089$; GL=6; $p=0,0002^*$).

Para alguns participantes “não houve mudança após diagnóstico”.

Não. Não mudei nada. A rotina continua a mesma (H6)

De acordo com Vieira (2003) os estados de saúde e doença abrangem movimentos de reestruturação e mudança de hábitos na vida dos indivíduos e, tais hábitos expressam um conhecimento radicado no corpo, fundamentado em suas experiências prévias. Também os hábitos definem comportamentos, escolhas e interpretações que podem opor-se à efetiva incorporação de novas representações e formação de novos hábitos. A mudança de hábitos é considerada o fator mais importante para o sucesso terapêutico (GOES, MARCON, 2002). Para Vieira (2003), a abordagem terapêutica desconsidera as histórias individuais e há uma homogeneização da doença, que se transforma em maior dificuldade para sua compreensão.

Mais participantes homens não relataram mudanças, se comparados às mulheres. Como justificativa, pode-se pensar tanto no fato da não sintomatologia da hipertensão quanto no que afirma Korin (2001) de que os sinais de alarme do adoecimento não são levados em consideração por homens, pois o papel de doente é incômodo.

Outros relataram uma “mudança após algum tempo” de diagnóstico.

No início não, no início não tive não, quando teve o impacto assim eu não tive, eu demorei um pouco pra aceitar, pra achar que aquilo lá ia me prejudicar. Depois com o tempo eu fui vendo que eu tinha que mudar, foi quando eu mudei (H4)

De acordo com Vieira (2004) as pessoas adotam uma posição distinta no início da convivência com a doença, utilizando vários recursos para serem excluídas daquele quadro nosológico estabelecido pela medicina tradicional. Mas, com o aparecimento de sintomas e de situações mais graves, não conseguem mais negar o que já é um fato e têm que assumir o diagnóstico. Goes e Marcon (2002) relatam que, em sua pesquisa, pessoas só buscaram ajuda algum tempo depois do diagnóstico, ou seja, quando começaram a apresentar alguns sintomas.

Nas subcategorias “mudança na alimentação” e “realização de atividade física/perda de peso” os participantes apontaram redução no consumo de alimentos considerados prejudiciais e a incorporação da atividade física como parte do cotidiano.

Olha, mudança de vida teve (...) então (...) então eu falei pra ele que eu não fazia exercício, comecei a fazer. que mais? Comida, comida gorda não como mais (H17)

Teve sim, a gente ta comendo mais verdura, menos açúcar, tirando açúcar, o café tá bem sem açúcar, ah bastante coisa, carne gorda, agora é só frango, a gente aprendeu, tá comendo só frango, ah eu acho que mudou um pouco sim, a família toda. Meu marido não gosta de carne, gosta de frango, peixe, a gente ta comendo mais peixe, então a gente ta procurando sim se cuidar (M13)

(...) controlo o peso, trabalho muito em cima disso ne, tenho frequentado aqui também que me ajuda bastante, mesmo se eu não posso vir aqui eu faço exercício em casa, a ginástica tem ajudado, todas as orientações tem me ajudado (...) (M12)

Expressou-se ainda o que foi denominado de “preocupação da família e preocupação com a família”. O relato masculino traz a preocupação da família e o quanto esta preocupação foi responsável pela conscientização da necessidade de se cuidar.

Quando tive a pressão alta eu mudei muito meu jeito (...) antigamente eu exagerava demais, abusava demais (...) assim quando não tinha esses problemas eu dormia tarde, às vezes chegava tarde em casa, as vezes ia pra alguma festa e bebia demais, você entendeu, aí depois que começou a aparecer esses problemas eu tive que dar uma mudada, agora eu durmo mais cedo, (...) não saio para lugar nenhum, fico mais caseiro, fico mais com a família, não sou de ficar envolvido com coisa, evito de estar assim é, as vezes, fumar, eu não fumo, não bebo, evito muita coisa. A minha vida foi outra coisa, ajudou bem a minha vida, graças a Deus, as vezes eu chego na casa da minha família, na família da minha esposa, eles falam olha ta diferente, mudou o jeito né, mudou a postura, até eles fica preocupado. O que o Sr. acha que o levou a conseguir essas mudanças todas? Pra mim o que levou mais foi o desespero, porque eu já vi o que minha mãe passava, acompanhei ela muito tempo cuidado de diabete, problema de pressão, e ela tava indo e não tava mais voltando, não ficava mais em casa, e mais um pouco também era mais a família que ficava preocupada. As vezes você saia que nem quando eu fiquei 4 dias internado eles ficavam preocupados.

minha mulher falava que os meninos não dormiam por causa do problema que não abaixava então eu falei o que, tenho que procurar outro caminho (H9)

A literatura aponta que homens teriam maior vantagem sobre sua saúde com o casamento, provavelmente porque se beneficiam do cuidado em saúde prestado pelas mulheres aos outros membros da família (ROOS et al., 1998).

Já a preocupação feminina reside no fato de não estar saudável para cuidar daqueles que precisam dela, o que motiva o cuidado é a saúde do outro.

Olha menina, eu só adquiri mais problema, então eu vou falar uma coisa pra você que o dr. L. fala pra mim, ele fala pra mim V. você precisa começar a interiorizar e perceber que você é um eu, então por exemplo, ele falou você tem que se preocupar com você, se notar e não se doar tanto como você faz pra você melhorar, ele fala, que nem esse caso, quando meu pai entra em crise, minha mãe entra em crise e da problema de coração, essas coisas assim, que ele fica muito ruim aí eu não durmo, aí ele fala assim você tem que se preocupar com você, o tanto de sono que você tem é tão pequeno, isso daí é dose cavalari pra um ser humano então você pode ter um colapso com isso daí, ele fala, mas na realidade eu não to pensando em mim não, eu queria poder acudir meus pais até o fim da vida e controlar que eu queria ver meus filhos felizes, (...) então eu to mais preocupada com os meus pedaços, não eu (M10)

Houve uma preocupação no meu estado. (...) por ter um neto que precisa de mim e do meu marido, precisamos nos cuidar (...) (M18)

Observa-se que as motivações para o autocuidado estão relacionadas aos papéis desempenhados por homens e mulheres. Homens são educados para assistir e prover e mulheres para cuidar, quando o homem adoece a motivação para o autocuidado reside na preocupação em não cumprir com seu papel de assistir e a mulher adoece preocupa-se em não ser capaz de cuidar do outro.

A categoria “maior cuidado com a saúde” foi apontada por mulheres. Verbrugge (1989) afirma que mulheres demonstram maior interesse com relação à sua saúde.

Ah eu já procurei mais atenção comigo né, fazendo atividade física, procurei médico, a cada 6 meses vou no médico, peço hemograma, tudo certinho, então procurei ter mais atenção para mim (M4)

Por fim, na categoria “outras respostas” está incluída a fala de uma participante que expressa uma condição de não apropriação da identidade de portadora de uma doença crônica até o momento em que ocorre essa conscientização e são instaladas as mudanças de comportamento.

Não, quando eu recebi não. Na verdade ta começando a mudar agora, que eu to começando a me cuidar, porque você tendo a hipertensão, passando mal ou não, fazendo tudo o que tem que fazer, é como que se a gente não aceita a doença, não cuida, acha que (...) acha que todo mundo pode ficar doente e cair durinha, mas a gente nem. agora eu to indo me cuidar, não sei como eu ainda não tive lesão, porque eu tenho diabete também, junta os dois (M5)

A fala expressa que ao receber o diagnóstico não ocorreram mudanças, pois ter ou não hipertensão não fez sentido a ela naquele momento. Possivelmente, com o aparecimento de sintomas e com a participação no processo de educação em saúde e contato com outras pessoas houve um movimento de tomada de consciência da necessidade de se cuidar, o que reafirma a importância do investimento em processos de educação em saúde.

Com relação aos *sentimentos frente à doença*, buscou-se compreender os significados de ser portador de hipertensão arterial. As subcategorias identificadas estão na tabela 7.

Tabela 7 – Sentimentos associados ao diagnóstico de hipertensão arterial.

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Minimização da doença	2	1	3
Preocupação	4	4	8
Relação com outras doenças	6	2	8
Medo	4	4	8
Preocupação com a família	2	3	5
Tristeza/depressão	2	1	3
Relação com o emocional	0	3	3
Relação com a morte	0	3	3
Restrições	1	1	2
Outras respostas ¹¹	1	1	2

Durante a investigação sobre sentimentos surgiu a categoria “minimização da doença”. Observa-se que a hipertensão não se configura como uma condição de doença, ainda que

¹¹ Na subcategoria “outras respostas” foram incluídas falas relevantes não classificáveis na categoria

entendida como crônica, e é comparada com condições consideradas mais graves como colesterol, diabetes e câncer.

Eu acho que eu não vejo muito (...) porque eu tenho como me cuidar, poderia ser muito pior. Como alguém que não tem o recurso de uma clínica. Eu encaro como algo normal, não vejo como problema sério. Encaro naturalmente hoje. *E tem algum sentimento ligado a isso? Por exemplo: tristeza.* No começo não, depende da fase. Quando meu pai ficava doente, eu parava e falava que eu tinha que me cuidar. Eu sentia nesses termos, negligência da minha parte por eu não estar me cuidando. Vejo ela com uma doença, é crônica, mas não é grave. Eu vejo desta forma (H5)

Até então eu não tomava nenhum remédio, eu cheguei a pensar comigo, puxa vida eu não tomo nenhum remédio né, ah menos mal porque eu tenho mais medo do colesterol, pressão alta é só tomar o remédio, é um mal silencioso né, mas eu penso já no AVC, essas coisas, então, eu sou muito encanado com doença, morro (...) sou muito encanado com doença, principalmente o câncer (H2)

Não me incomoda muito não, nem um pouco, porque a hipertensão é bem fácil se você se cuidar, eu acho ela fácil, não é igual a diabetes que você tem mais dificuldade para não comer um doce se você está numa festa, é mais fácil você reduzir o sal do que o açúcar, não é fácil pra você, igual eu passo muito bem com essa medicação. Não afeta de jeito nenhum (M5)

É possível que as características da hipertensão como a ausência de sintomas e a estabilidade dos níveis pressóricos, obtida pelo uso da medicação, garanta essa minimização. As falas demonstram a possibilidade de conviver tranquilamente com o diagnóstico. Já outros participantes relataram “preocupação”.

Eu fiquei muito preocupado, quando eu senti que eu tava com a pressão alta, que mediu e tava bem alterada mesmo, aí começou aquele complexo na cabeça, que muitos enfartos acontece, sabe como que é, começa a embolar as coisas na cabeça, fica aquele complexo, começa a misturar as coisas né, eu só pensava que a dor no peito podia ser um começo de enfarte (...) (H3)

A preocupação não reside no diagnóstico de hipertensão em si, mas está relacionada à possibilidade de agravos como infarto ou à própria morte. Há reprodução do discurso biomédico de que a hipertensão mata.

Um pouco de preocupação. Primeiramente foi assim ah, como se fosse assim, ah não to nem aí, vou beber, vou fumar, fumar não que eu nunca fumei, vou beber, vou comer, vou comer carne gorda, vou fazer isso, vou fazer aquilo, no começo é isso, a partir do momento que você se toca que não é isso mesmo aí a coisa aperta, aí você já está fora do controle, aí você começa a correr atrás, correr atrás até que você, muitos conseguem, muito não, porque hoje a coisa que mais mata é a hipertensão (...) (H16)

Nesse campo encontra-se outra categoria denominada “relação com outras doenças”, em que os participantes remetem sua preocupação também à possibilidade de complicações da hipertensão.

É uma doença perigosa por causa que, eu tive um exemplo na família, com a minha finada sogra. Ela tomava a medicação certinha e fizeram ela tomar mais remédio. Depois de um tempo ela colocou na cabeça que não precisava mais e parou de tomar. Os médicos conversaram com ela, mas não adiantou. Depois teve diarreia, vômito, ficou quatro dias internada, estourou uma veia na cabeça, por causa da pressão. Deu um derrame encefálico (H7)

Ah eu acho muito ruim né porque a gente não fica assim sossegado né, porque de repente tá bom, de repente sobe, ... eu tinha medo porque os outros falava que se subir pode dar infarto, até teve uma vez que eu achei que ia me dar infarto, que me deu até a dor, aí foi muito estranho (M2)

Para alguns participantes o “medo” faz parte dos sentimentos relacionados à hipertensão arterial.

(...) E o senhor sente medo do que? Hoje em dia dá muito infarto, AVC. Meu pai sempre foi magro, nunca fumou, bebia socialmente e teve. Não quero ser o próximo, eu quero viver, por isso tenho que me cuidar (H8)

Medo né? (...) a gente fica meio assim (...) E tem medo do que? - Do que eu tenho medo? Ah, de dar um desmaio assim em casa, de dar uma tontura (...) (M15)

Observou-se que a percepção da gravidade da doença pode ser relevante para o tratamento da hipertensão. De acordo com Vieira (2004) a ameaça imediata que essa enfermidade representa para suas vidas será determinante para o cumprimento dos cuidados necessários para a conservação de sua saúde. O medo de morrer ou ficar dependente também foi encontrado no estudo de Goes e Marcon (2002) e Barbosa e Jorge (2000).

A “preocupação com a família” novamente foi relatada. As verbalizações estão associadas principalmente às pessoas da família que necessitam de cuidados, como esposa e filhos.

Então, a gente pensa muito na família, principalmente nessa época aí eu tinha uma filha que praticamente era nenê, uma criancinha, então eu pensei nesse lado, falei poxa eu to aí me matando e tem uma criança, tanto é que essa minha filha é temporã, minha primeira filha já tem 27 anos, a outra tem 24 e essa tem 11 anos. Foi praticamente bem na época que eu fiquei doente, que eu descobri o meu problema. Aí eu tive que mudar por ela (H4)

Eu fiquei preocupada sim, na primeira vez, principalmente porque minha filha ainda estava viva, e eu tinha que cuidar dela. Na cabeça eu pensava “se eu morrer eu vou deixar a V?” e aumentava a preocupação. A questão não era “se eu morrer?” e sim “se eu morrer quem vai fazer as coisas dela?”. As vezes acordava e ficava pensando. Não era mais por causa da senhora, mas por causa dela. Sim. Eu via que ela precisava muito, e tinha que ser eu para cuidar dela (M7)

Foi possível identificar a subcategoria “tristeza/depressão”.

Então eu não aceitava também, tinha que tomar medicamento, não podia comer sal, era tristeza, eu fiquei um pouco deprimido, era muita restrição, não podia comer sal, mas graças a Deus me ajudou foi vir aqui (H10)

(...) Dá uma tristeza por isso porque você pensa que, ah hipertensão, você pensa que nunca vai sarar, essa é uma preocupação, porque mexe, acelera batimento, as vezes você se sente mal, da um monte de coisa, você, puxa vida, chegar e já começara a tomar remédio de pressão, eu fiquei triste, eu fiquei assim meio inconformada (M6)

Silva, Costa e Rizzo (1980), Goes e Marcon (2002) e Junior et al. (2009) apontam que muitas vezes o indivíduo acometido por doença crônica apresenta sentimentos de desamparo, desesperança, raiva, depressão, tristeza e solidão.

Também a “relação com o emocional” configurou uma subcategoria.

Ser hipertensa, na verdade a gente não gosta de saber que tem a pressão alta porque qualquer lado emocional seu que você se envolve com qualquer coisa já sabe que a pressão vai subir. eu não gostaria de ser uma hipertensa, causa um certo desconforto (M12)

(...) e ficou preocupada? Eu fico muito preocupada, principalmente quando meu marido fala alguma coisa assim (...) ali eu já fico nervosa e a minha pressão já sobe, ele nem pode falar muito que eu já fico assim, nervosa, minha cabeça já começa a doer (M15)

O sentido atribuído é de que situações com carga emocional elevada são fatores de risco para o aumento da pressão. Outra subcategoria descrita foram as “restrições” diante da doença, para alguns participantes ter hipertensão é contrário a ter uma vida normal, é ter de renunciar principalmente aos prazeres da alimentação;

Uma pessoa que não vai levar uma vida normal, que tem restrições a algumas coisas. Que nem as pessoas ficam preocupadas com isso, querendo ajudar, você acaba levando problema pros outros ainda, mas o problema maior é esse aí, sempre na obrigação de melhorar o seu padrão de vida (H14)

É ruim, eu sinto que estou em privação. Não é tudo que pode fazer. Tem que fazer na maneira correta. Tem muita coisa que tem que deixar de comer, evitar para não ter a pressão alta. Me sentia abalada, chorava, sentia medo (M17)

Ainda está presente a subcategoria “relação com a morte” na qual está expresso novamente o discurso de que a hipertensão mata.

Ah, eu não tava sentindo nada né, ah eu fiquei preocupada, a gente escuta pressão alta mata, Deus me livre, tem que se cuidar, quando eu cheguei em casa meus filhos ligando, mãe a senhora mediu a pressão hoje, mãe a senhora tomou remédio, aí eu

fiquei preocupada, esse negócio mata mesmo, até a minha filha que mora em São Paulo, nossa todo dia ela liga, como é que tá a pressão? (M13)

Na subcategoria “outras respostas” apresentam-se algumas crenças que foram relatadas quando questionados sobre sentimentos frente à doença. Um participante apontou a influência do saber popular em relação ao cuidado com a hipertensão. Nesse sentido, descreveu uma terapia popular com o uso de frutas e plantas medicinais, como forma de auxiliar no controle da pressão arterial.

(...) aí eu liguei pra minha irmã no nordeste, falei olha eu to com uns problemas, uma dor no peito (...) ela disse toma um suco de laranja com aloe vera que você vai ver como vai controlar sua pressão, tomei o suco umas 11:30 mais ou menos quando foi 3 horas a pressão tava controlada, mas eu tive muito medo sabe, porque eu acho que mudou muito rápido sabe, que eu tava com pressão muito alta, e a gente vê os causos que acontece de infarto, derrame, tudo sobre pressão, então esse foi meu problema que eu fiquei, a minha mudança foi essa (H3)

A fala expressa a possibilidade de apoio familiar e em crenças que auxiliaram o participante a se sentir mais seguro. Uma participante destacou a religiosidade.

(...) meu dentista fala isso, R. oh, pobre se não tem psicóloga tem que ter um padre tá, ele fala assim pra mim, você tem que ter alguém pra você contar e ele te dar opinião, certo, porque melhor coisa do mundo é você ter uma religião, porque a partir do momento que você tem religião, você vai começando a descobrir saídas, porque se eu não tivesse acho que eu sei lá sabe (...) (M9)

Pode-se afirmar que a fé e a religião são fatores importantes para as pessoas, auxiliando-as a encontrarem significado em suas vidas. Além disso, representam um importante estímulo para o sujeito, incidindo diretamente na sua saúde, pois ele se reconhece mais bem preparado e forte para lutar contra os infortúnios (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008).

O *vínculo com o serviço de saúde* foi também investigado e as subcategorias estão apresentadas na tabela 8.

Tabela 8 – Fatores relacionados ao vínculo com o serviço de saúde.

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Não procura regularmente	3	5	8
Procura regularmente	16	15	31
Interferência rotina/trabalho	1	0	1

A relação entre gênero e procura por serviço de saúde está descrita em vários estudos publicados (PINHEIRO et al., 2002; TRAVASSOS et al., 2002). Sabe-se que ser do sexo feminino é um fator preditivo de maior busca por serviços de saúde. Nunes et al. (no prelo) aponta que a procura por serviços de saúde por mulheres é mensurada com magnitude de 2,43 vezes em relação ao sexo masculino, em seu trabalho os dados mostram que as mulheres utilizaram os serviços de saúde 1,9 vezes mais em relação aos homens. Os dados do IBGE também revelam que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens sendo que tais diferenças são determinantes do consumo pelos serviços entre os sexos (BRASIL, 2010b).

Na presente pesquisa os dados mostraram que homens e mulheres têm vínculo com o serviço de saúde e assim, procuram pelo mesmo. É interessante que na subcategoria “não procura regularmente” estão presentes mais mulheres do que homens

Então, pra pressão eu nunca cheguei a ir assim, eu sempre faço o controle agora, aqui tá o controle, a gente toda semana mede a pressão, até eu trouxe, na carteirinha está marcado. O médico você não tem procurado? O médico não que eu sou preguiçoso (...) eu tinha que levar o exame desde janeiro, eu tenho cálculo renal também, tinha que ir no urologista, não fiz o abençoado exame da próstata ainda, to na idade já (H2)

Só quando sobe (M10)

Eu sempre faço controle da tireoide, e quando tenho algum problema. Mas não costumo ir muito ao médico não. Com que frequência? A última consulta foi (...) faz um tempinho já (...) (M20)

E, na subcategoria “procura regularmente” o número de homens e mulheres é similar.

Eu faço “check-up” todo ano. Às vezes faço antes do final do ano ou em março. Esse último que eu fiz foi antes do final do ano, que deu a triglicérides um pouco

alta. E o doutor falou que eu estava um pouco acima do peso, e estava comendo muita massa. E tinha que fazer exercício (H8)

(...) E a cada três meses eu vou para fazer os meus exames para ver se está tudo certo, e por aí o doutor já fala como estou. E o grupo controle, todas as quartas-feiras (M7)

De modo geral, e maioria dos participantes dessa pesquisa tem o comportamento de procurar o serviço de saúde regularmente. Este fato pode ser explicado tanto pela facilidade de acesso devido ao convênio de saúde como pela inserção de todos os participantes no serviço de prevenção com conseqüente participação no grupo de educação em saúde. Desta forma, pode-se inferir que, após processo de educação em saúde, as diferenças de utilização dos serviços de saúde são minimizadas entre homens e mulheres.

Outra subcategoria descrita foi “interferência da rotina/cotidiano/trabalho”. Um participante homem revelou um dado importante quando questionado sobre o vínculo com o serviço de saúde. O trabalho assume uma posição de obstáculo ao cuidado com a saúde e para o acesso aos serviços.

Eu sempre estou vendo a pressão, mas ultimamente não tenho procurado atendimento de saúde. E por que? Por causa da correria na usina, por causa da reforma e de máquinas, o encarregado “pega no pé” por uma coisa e outra. E também agora tem aquela lei na usina que se perde um dia desconta no pagamento. Estou esperando uma chance pra mudar o dia e dar certo de ir (H7)

Nardi (1998) e Marinho (2000) apontam, em suas pesquisas, que falta de tempo, impossibilidade de deixar as atividades, revelação do problema de saúde e ausência para tratamento médico são preocupações em homens que adoecem. Levorato (2012), em sua dissertação, afirma que o horário de funcionamento dos serviços versus o horário de trabalho é um fator de risco para a não procura.

Quanto à *relação profissional da saúde e paciente* pode-se observar que foi descrita de forma positiva e influente no processo de cuidado. As subcategorias identificadas foram apresentadas na tabela 9.

Tabela 9 – Fatores relacionados à interação profissional da saúde e paciente.

Subcategorias	Homens	Mulheres	Total
Relacionamento positivo	16	18	34
Dedicação/cuidado	3	3	6

Nesta pesquisa, todos os participantes descreveram bom relacionamento entre profissional da saúde e paciente, o que pode ser observado pelo engajamento dos mesmos no grupo e nas atividades físicas oferecidas pelo serviço.

De forma geral, foi apontado um “relacionamento positivo”, com presença também de uma dimensão de “dedicação e cuidado”.

É boa, é boa. Isso faz diferença, eu falo isso porque eu tive, não na minha família, na família da minha esposa, a minha sogra ela foi num médico e não gostou do médico, aí ela não voltou mais, você entendeu. Então eu não sei, eu fui e eu gostei do médico, achei que ele foi bem profissional e continuei com ele, já faz uns 10, 12 anos e to mantendo todo ano, não troquei de médico, meu tratamento é com ele mesmo (H4)

Ah eu gosto muito deles, eu acho eles muito bons, eu gosto bastante, o médico, o professor, a professora, eu acho que eles atendem muito bem, eu gosto deles (M2)

É muito boa. Principalmente quando há uma alteração, eles mostram uma preocupação fazendo mais exames, um acompanhamento melhor. *E isso faz alguma diferença no tratamento? Qual?* Sem dúvida. Porque a hipertensão está ligado com o problema emocional. E se o atendimento for ruim, contribui para piorar a alteração (H19)

Who (2003) refere que um relacionamento efetivo é caracterizado por alternativas terapêuticas significativas, por uma adesão discutida e um seguimento planejado. Gusmão et al. (2009) complementam que um bom vínculo profissional-paciente auxilia no engajamento do paciente em seu próprio tratamento.

Na investigação sobre o comportamento de *procrastinação* os participantes deveriam escolher a frequência com que “deixavam para depois” aspectos relacionados à sua saúde. As análises estatísticas apontaram que a média aritmética e o desvio padrão para os homens

foram, respectivamente, $M=3,0$ e $Dp=1,45$ e para as mulheres $M=2,95$ e $Dp=1,28$. A distribuição de respostas está representada na figura 1.

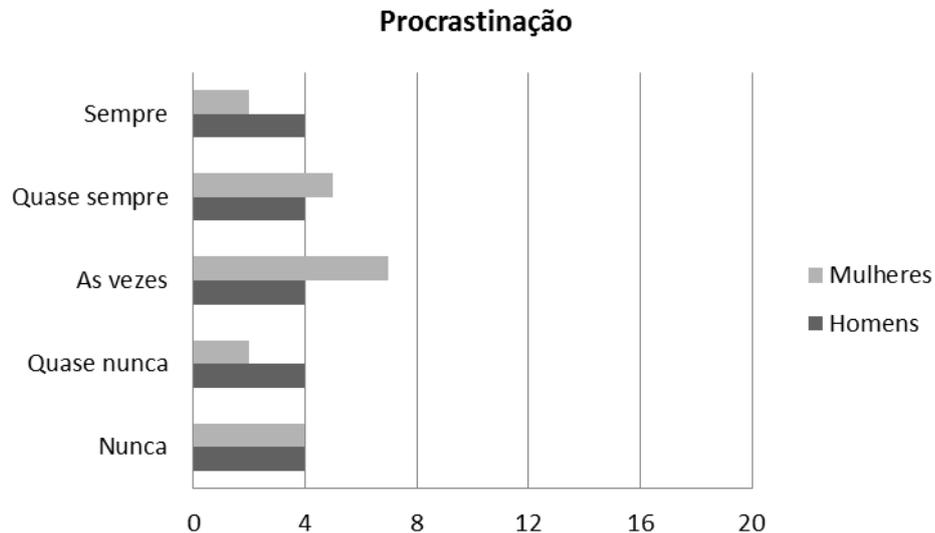


Figura 1: Total de respostas de homens e mulheres quanto à procrastinação. As barras representam a frequência de respostas apresentadas.

Os dados foram submetidos à análise estatística não paramétrica, através do teste de Mann-Whitney, para comparação de respostas entre homens e mulheres ($U=196,0$; $p=0,4569$) o que indicou não haver diferença significativa. Pode-se perceber que, no grupo pesquisado, os homens estão divididos igualmente nas frequências de respostas e as mulheres permaneceram entre “quase sempre” e “às vezes” deixando para depois.

Considera-se que a procrastinação envolve aspectos pessoais, comportamentais e ambientais e se caracteriza pelo adiamento de ações, nesse caso, da ação de cuidar da saúde. De acordo com Hamasaki e Kerbauy (2001) embora não seja um tema novo, este não é explorado de forma ampla e, basicamente, as pesquisas estão focadas em três assuntos principais: hábitos de estudo, pesquisas clínicas e procrastinação da vida cotidiana (KERBAUY, 1997).

Em sua pesquisa Hamasaki e Kerbauy (2001) objetivaram verificar se as pessoas adiavam exames periódicos e cuidados com a saúde, quais as razões fornecidas pela pessoa que adia para seu comportamento e a opinião das mesmas em relação ao adiamento em questões relacionadas aos cuidados com a saúde. De forma geral, os resultados apontaram a presença do comportamento de procrastinação em relação aos cuidados com a saúde,

atribuído ao esquecimento justificado pela variável tempo (falta de tempo, demora em agendar consultas e exames).

Não houve, nesse trabalho, a intenção de investigar razões e/ou causas da procrastinação e sim identificar sua frequência e possíveis diferenças entre homens e mulheres. Tal tema é de extrema relevância e merece aprofundamento em pesquisas posteriores.

Com relação à *mudança de hábitos*, os participantes deveriam escolher a frequência com que conseguiam mudá-los. Foi calculada a média aritmética, o desvio padrão para homens ($M=2,0$; $Dp=0,91$) e mulheres ($M=2,35$; $Dp=1,04$) e o teste de Mann-Whitney ($U=168,0$; $p=0,1934$). Também nesta questão não houve diferenças significativas entre homens e mulheres. Abaixo está a distribuição de respostas.

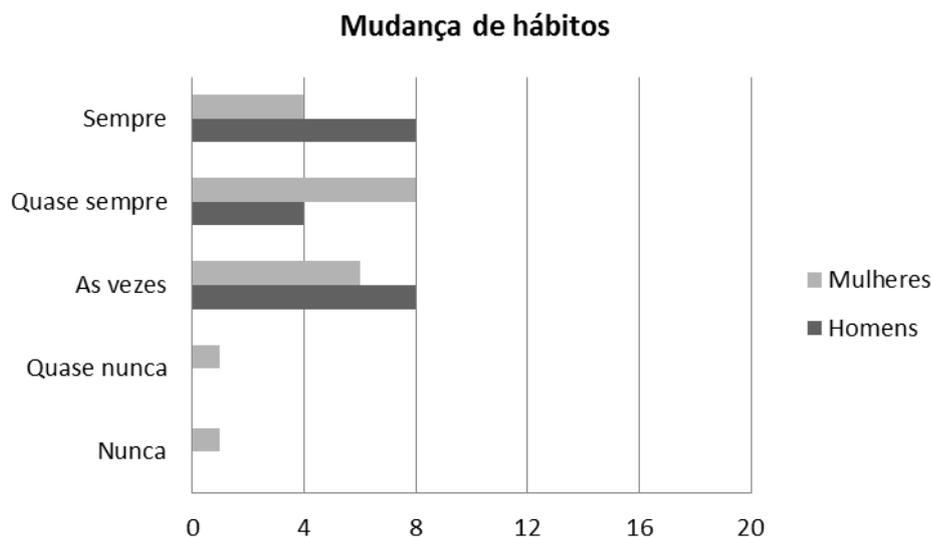


Figura 2: Total de respostas de homens e mulheres quanto à mudança de hábitos. As barras representam a frequência de respostas apresentadas.

Como se sabe, a mudança de hábitos é considerada desafio por profissionais da saúde. Embora se empreendam esforços para divulgações sobre a doença hipertensiva, eles têm sido insuficientes para sensibilizar a população em geral sobre seus riscos. De acordo com a pesquisa de Goes e Marcon (2002) essa sensibilização não apresenta os efeitos almejados, nem mesmo junto à população que possui predisposição hereditária para o desenvolvimento da doença.

De forma geral, os participantes dessa pesquisa relataram conhecimentos sobre os fatores de risco como a necessidade de mudanças com relação à alimentação, necessidade de realização de atividade física, redução no consumo de bebida alcoólica, entre outras. O grande facilitador e o que possivelmente os difere de outras amostras é a inserção no serviço de prevenção e a participação nas atividades disponibilizadas pelo mesmo.

Investigou-se também a presença de *sentimento de culpa pela não mudança de hábitos*, embasando-se no conhecimento de que as transgressões dos padrões ditos saudáveis são repetidamente associadas aos sentimentos de frustração, culpa e vergonha por portadores de doenças crônicas (MEETOO, 2004; CONDON, MC CARTHY, 2006).

Os participantes deveriam assinalar a intensidade com que se sentem culpados quando não conseguem mudar um hábito considerado nocivo à saúde. Como nas questões acima, foi calculada a média e o desvio padrão para homens ($M=3,0$; $Dp=1,12$) e mulheres ($M=2,5$; $Dp=1,35$), além do teste de Mann-Whitney ($U=146,0$; $p=0,720$). Não houve diferenças significativas entre homens e mulheres. Abaixo está a figura com a concentração de respostas.

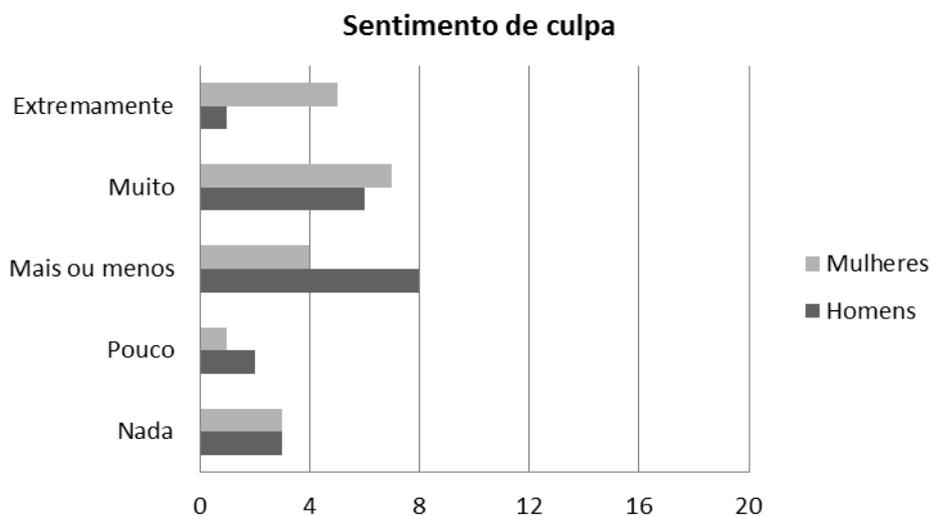


Figura 3: Total de respostas de homens e mulheres quanto ao sentimento de culpa. As barras representam a frequência de respostas apresentadas.

Para os homens a culpa permaneceu em sua maioria entre a intensidade intermediária, ou seja, sentem “mais ou menos” culpa quando não conseguem mudar um hábito. Já para as mulheres o sentimento de culpa é apontado, visto que as respostas permaneceram entre “extremamente” e “muito”.

O estudo de Condon e Mc Carthy (2006) identificou a presença do sentimento de culpa manifestado por pacientes, perante condições clínicas desfavoráveis após avaliações negativas pelos profissionais de saúde. No entanto, de acordo com Frich, Malterud e PerFugelli (2007), a culpa pode não ser relatada ou referida pelo paciente no contato com o profissional de saúde.

Na presente pesquisa, foi possível observar que os homens não se sentem culpados ao não conseguirem mudar um hábito, já para as mulheres está presente o sentimento de culpa quando não conseguem mudar um hábito.

Quanto às *dificuldades relacionadas à mudança de hábito* os participantes tinham a opção de escolher um valor entre a faixa de variação de um (1) a cinco (5), em que os maiores números significavam maior atribuição de importância ao fator apontado como relacionado a dificuldade de mudança de hábitos. Abaixo estão a média, o desvio padrão e o teste de Mann-Whitney. Os resultados apontaram que não houve diferença significativa entre homens e mulheres.

Tabela 10 – Média, Desvio Padrão (M e Dp) e comparações, através do Teste de Mann-Whitney, entre homens e mulheres com relação ao que dificulta a mudança de hábito.

Resposta	Homens		Mulheres		Estatística	
	M	Dp	M	Dp	U	p
Tempo	3,0	1,7	2,7	1,7	180,50	0,2989
Vontade	2,2	1,5	2,2	1,5	200,00	0,5000
Dinheiro	2,2	1,6	2,6	1,7	180,00	0,2943
Orientação	2,0	1,4	2,1	1,6	199,50	0,4946
Nada	1,0	0,0	1,7	1,5	160,00	0,1396

Os relatos dos participantes estavam, principalmente, associados ao tempo disponível e a condição financeira. Tempo disponível foi mais apontado por homens, o que está de acordo com a literatura (NARDI, 1998; MARINHO, 2000; LEVORATO, 2012).

Já as mulheres apontaram o tempo e o dinheiro como fatores que mais dificultariam a mudança de hábito. Muitas mulheres participantes da pesquisa estão empregadas e enfrentam a mesma dificuldade apontada pelos homens.

Em questões discutidas acima, o relato dos participantes apresentou uma dimensão de preocupação da família como responsável pela conscientização da necessidade de se cuidar. Também foi apontado que a motivação do autocuidado estava situada na necessidade de

cuidar do outro. Investigou-se a *intensidade com o que participante se sentia importante na vida de familiares e amigos* e, coincidente com os relatos, homens e mulheres sentiam-se “muito” importantes para familiares e amigos.

Foi calculada a média e o desvio padrão para homens ($M=2,0$; $Dp=1,07$) e mulheres ($M=1,6$; $Dp=0,75$), além do teste de Mann-Whitney ($U=157,0$; $p=0,1224$), indicando não haver diferenças significativas entre homens e mulheres. A figura 4 ilustra a concentração de respostas.

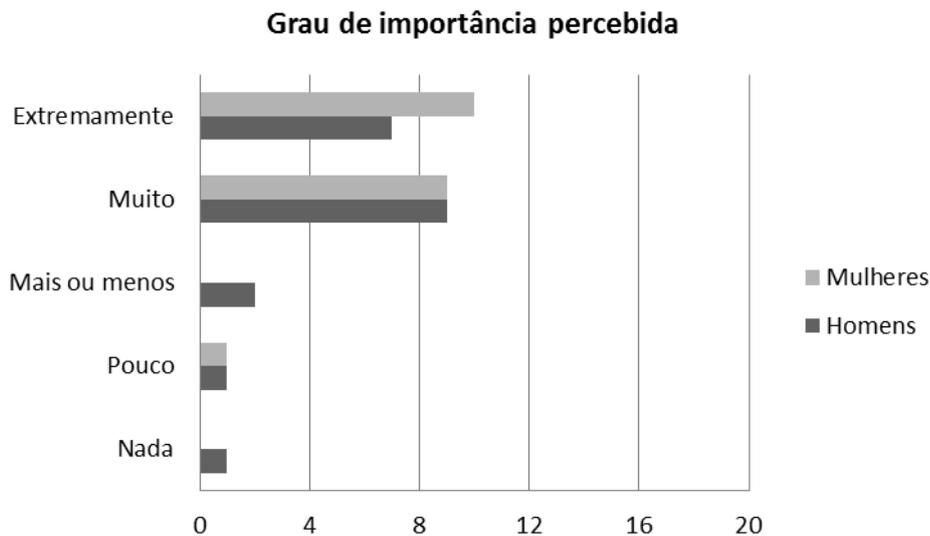


Figura 4: Total de respostas de homens e mulheres quanto ao grau de importância percebida. As barras representam a frequência de respostas apresentadas.

Quanto ao *medo da morte*, embora a relação com este evento tenha surgido nos relatos dos participantes em outras subcategorias, quando investigada a intensidade do medo, os homens responderam ter “mais ou menos” e as mulheres “pouco” ou nenhum medo da morte. A média aritmética e o desvio padrão para os homens foi $M=3,55$ e $Dp=1,14$ e para as mulheres foi $M=3,45$ e $Dp=1,35$. O teste de Mann-Whitney ($U=195,5$; $p=0,4516$) apontou que não houve diferenças significativas entre homens e mulheres. A concentração de respostas está representada na figura 5.

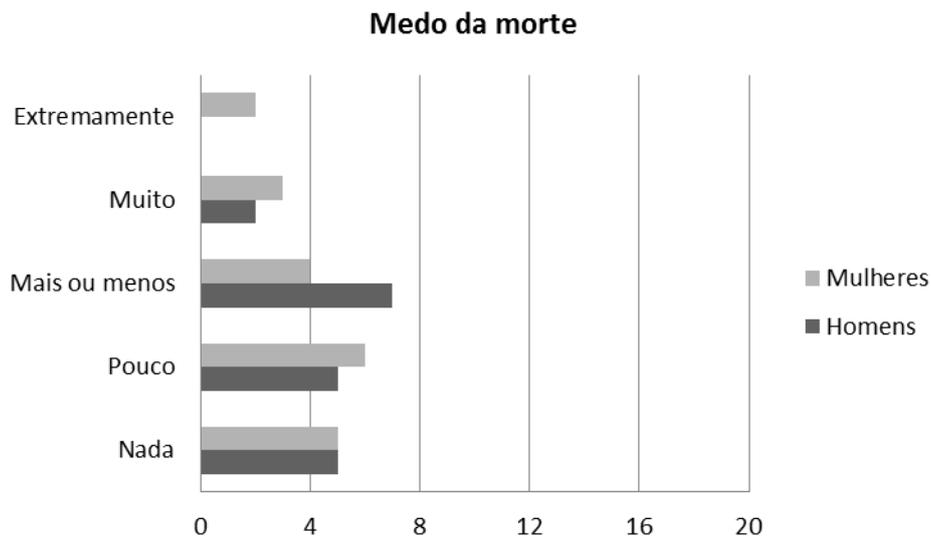


Figura 5: Total de respostas de homens e mulheres quanto ao medo da morte. As barras representam a frequência de respostas apresentadas.

A hipótese para tal resultado pode estar relacionada a dificuldade em responder objetivamente sobre a morte.

Foi investigada também a *preocupação com a invalidez* ou perda da liberdade. Incapacidade ou invalidez está relacionada a dificuldades no funcionamento social e no desempenho de atividades cotidianas e de papéis socialmente definidos dentro de um contexto particular social, cultural e físico (LAMB, 1996).

Calculou-se a média e o desvio padrão para homens ($M=1,30$; $Dp=0,47$) e mulheres ($M=1,75$; $Dp=1,25$), além do teste de Mann-Whitney ($U=178,0$; $p=0,2759$) e igualmente nesta questão não houve diferenças significativas entre homens e mulheres.

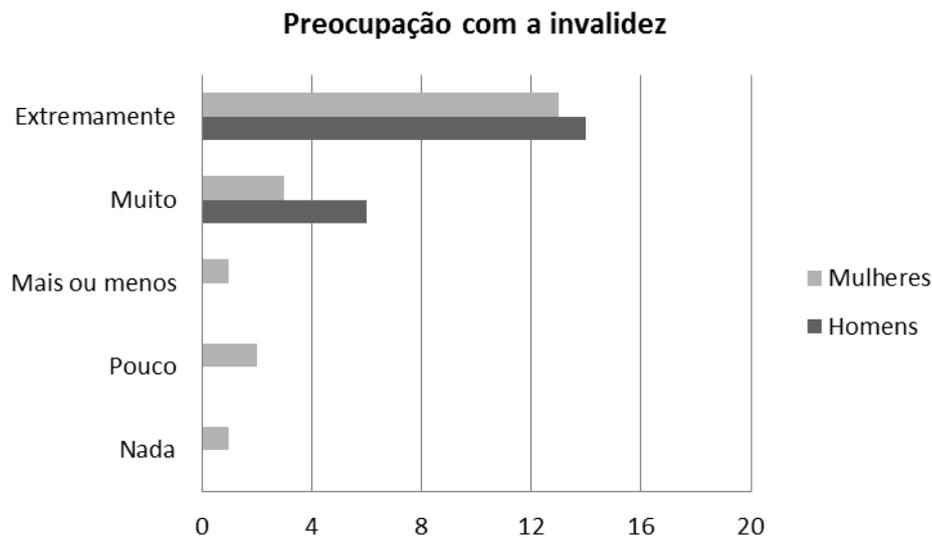


Figura 6: Total de respostas de homens e mulheres quanto preocupação com a invalidez. As barras representam a frequência de respostas apresentadas.

As respostas dos homens a essa questão permaneceram entre “extremo” medo e “muito” medo de ficar inválido. Já para as mulheres houve maior variação de respostas, embora a maioria tenha apontado também “extremo” medo da invalidez.

Quanto à identificação do *fator causador de maior medo*, foi solicitado aos participantes pontuar o medo diante de alguns fatores. Os participantes tinham a opção de escolher um valor entre a faixa de variação de um (1) a cinco (5), onde os maiores números significavam maior atribuição de medo ao fator apontado. A mesma análise estatística já descrita foi realizada. Também nesta questão não foi observada diferença significativa entre homens e mulheres.

Tabela 11 – Média, Desvio Padrão (M e Dp) e comparações, através do Teste de Mann-Whitney, entre homens e mulheres com relação ao fator causador de maior medo.

Resposta	Homens		Mulheres		Estatística	
	M	Dp	M	Dp	U	p
Morte	3,0	1,6	3,1	1,6	190,00	0,3934
Invalidez	4,9	0,5	4,6	0,8	161,50	0,1488
Ser internado	3,5	1,1	3,3	1,7	193,50	0,4302
Perder fala	4,3	1,2	4,6	0,9	171,00	0,2164
Perder visão	4,6	1,0	4,9	0,5	170,00	0,2085

Pode-se perceber o predomínio das questões de perdas, como a perda da liberdade (invalidez), da fala e da visão. Todas são consideradas condições incapacitantes, o que está de acordo com a questão apresentada logo acima, acerca da preocupação ou medo da invalidez.

Alguns dados obtidos durante o processo de coleta não foram considerados para análise, mas permearam todo o processo de construção do trabalho. Foram os “comentários” ou “diálogos” produzidos fora do contexto da entrevista, em momentos de encontro pelos corredores do serviço, quando os participantes diziam “*nossa, a entrevista me fez tão bem*”, “*todo mundo devia conversar sobre hipertensão*”, “*me fez pensar em tudo que eu estava fazendo para me cuidar*”. Tais comentários provocaram a reflexão acerca de qual o tipo de benefício que uma entrevista estruturada poderia trazer aos participantes e concluiu-se que poder organizar o pensamento, falar, expressar, questionar foi o que possibilitou situar a experiência da doença.

Participar de um grupo de educação em saúde, em um serviço destinado ao tratamento e prevenção de doenças (como comentado no método) foi, para esta amostra, um dos fatores determinantes na aquisição de conhecimentos e compreensões sobre a hipertensão arterial, que incidem nas modificações de comportamento e alterações nos estilos de vida. Este fato denota e reafirma a importância de iniciativas como a promovida pelo Programa de Síndrome Metabólica.

As crenças, sentimentos e comportamentos identificados representaram um pouco de quem é o portador de hipertensão arterial que participa de grupos de educação em saúde, que faz atividade física e sabe qual é a dieta alimentar que deve seguir, ou seja, o portador que de forma geral possui comportamentos saudáveis. Porém, a possibilidade de olhar individualmente para os conteúdos apreendidos nas palestras e encontros do grupo, em um momento de reflexão e análise, também se mostrou relevante e deveria se tornar parte do processo de educação em saúde. Os grupos de educação em saúde devem oferecer espaço para o autoconhecimento e o conhecimento dos próprios limites, pois somente desta forma possibilitarão o tão importante empoderamento.

8.2 Correlações entre questões

Investigou-se a correlação de crenças e sentimentos com comportamentos relativos à saúde e/ou doença a partir do Índice de Correlação Linear de Spearman. As correlações foram

feitas separadamente, entre homens e mulheres, buscando a identificação de possíveis diferenças.

Para *sentimento de culpa e mudança de hábitos*, de acordo com o Índice de Correlação Linear de Spearman, não houve correlação entre as questões para homens ($rs = -0,1120$ e $p = 0,6383$) e nem para mulheres ($rs = -0,2704$ e $p = 0,2488$). Verifica-se que, tanto para homens como para mulheres, a presença ou ausência de sentimento de culpa pela não mudança de hábitos não está relacionada à possibilidade de mudança de hábitos.

Para *percepção de importância na vida de familiares e amigos e mudança de hábitos* o Índice de Correlação Linear de Spearman mostrou que não houve correlação, tanto para homens ($rs = -0,3905$ e $p = 0,0887$) como para mulheres ($rs = -0,0433$ e $p = 0,8562$). Pode-se perceber que a percepção de importância na vida de familiares e amigos não possui relação com a mudança de hábitos.

O *medo da morte e mudança de hábitos* também não está correlacionado, tanto para homens ($rs = -0,2064$ e $p = 0,3826$) como para mulheres ($rs = -0,2496$ e $p = 0,2886$). Para a correlação entre *preocupação com a invalidez e mudança de hábitos* não houve resultados significativos para homens ($rs = 0,0000$ e $p = ns$) e para mulheres ($rs = 0,1824$ e $p = 0,4414$).

Quanto ao *comportamento de procrastinação e medo da morte* para homens ($rs = -0,2133$ e $p = 0,3665$) e mulheres ($rs = 0,1840$ e $p = 0,9560$) os resultados não se mostraram estatisticamente significativos. Verifica-se que o medo da morte não provoca alterações no comportamento de procrastinação. Ainda o comportamento de procrastinação foi correlacionado a *preocupação com a invalidez*. Não houve correlação entre as questões para homens ($rs = -0,2315$ e $p = 0,3261$) e para mulheres ($rs = 0,1840$ e $p = 0,4374$). Também a preocupação com a invalidez não é fator relevante no comportamento de procrastinação.

As correlações entre *percepção de importância na vida de familiares e amigos e medo da morte* / *percepção de importância na vida de familiares e preocupação com a invalidez* apresentaram não haver correlação entre as questões, para homens ($rs = 0,3346$ e $p = 0,1492$ / $rs = 0,2947$ e $p = 0,2072$) e mulheres ($rs = 0,2227$ e $p = 0,3453$ / $rs = 0,3822$ e $p = 0,0962$). O resultado mostra que a percepção de importância na vida de outros não possui relação nem com o medo da morte e nem com preocupação com a invalidez.

Por fim, correlacionou-se *medo da morte e preocupação com a invalidez* e os resultados demonstraram não haver diferença significativa para as mulheres ($rs = -0,2490$ e $p = 0,2886$), mas para os participantes homens, os resultados foram significativos ($rs = 0,5497$ e

$p= 0,0120^*$). Os homens expressaram correlação positiva, isto é, quanto maior o medo da morte, maior é o medo da invalidez.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

Em outro trabalho, Vieira (2004) ressalta que a possibilidade de narrar sobre as suas doenças, traz às pessoas uma reorganização de seus conhecimentos e experiências sobre a forma como encaram o cotidiano. Assim, não somente os discursos médicos são incorporados, mas também os de outras pessoas com os mesmos problemas, objetivando a aproximação com as situações e as explicações que são importantes, mesmo que desconhecidas.

Este estudo abordou comportamentos, crenças e sentimentos de portadores de hipertensão arterial sobre a doença, a prevenção, os processos causais, o tratamento e a relação profissional/paciente. Buscaram-se ainda diferenças entre homens e mulheres com relação à temática hipertensão arterial.

Quanto às diferenças entre homens e mulheres, evidenciou-se que no grupo pesquisado estas estão minimizadas, ou seja, não foram encontradas diferenças significativas. Tal resultado pode ser atribuído ao tamanho da amostra, ou simplesmente a não existência de diferenças.

Na categoria história da doença os participantes relataram suas experiências acerca do diagnóstico, procurando estabelecer algum sentido a esse momento de descoberta. A presença ou ausência de sintomas foi um fato relevante. Outro dado relevante foi a atribuição da doença a causas externas como a relação com situações que causam estresse, ansiedade ou nervoso; a relação com a hereditariedade e com o envelhecimento foram apontados, como formas de sentença ao problema, sem relacionar a condição do envelhecimento com o estilo de vida adotado. Relacionaram ainda a doença com pouco cuidado com a própria saúde, assumindo sua “parcela de culpa”.

A categoria conceituação sobre a doença revelou desconhecimento por parte de alguns participantes, como se não lhes fosse possível se apropriarem do conhecimento sobre sua

doença, deixando a terceiros – o médico – a responsabilidade de saber sobre o assunto. A invisibilidade da doença e o silêncio que ela carrega também foram metáforas utilizadas para sua descrição. Parece a apropriação de um discurso de aviso sobre os riscos da hipertensão não controlada. Em diversos momentos a medicação entra como ator principal no cuidado da hipertensão.

Também foram destacados os agravos ou complicações da hipertensão, quando solicitados a conceituá-la. É a partir das complicações que a hipertensão se concretiza como doença. Para outros a conceituação trouxe um olhar biológico, com destaque para os sintomas físicos. O fator emocional foi considerado tanto como causador, quanto complicador quando já se está com a doença instalada. Outros utilizaram o discurso médico para contar a história da doença expressando a apropriação de uma linguagem científica para falar da hipertensão.

Quando questionados sobre o que sabiam sobre a hipertensão, a alimentação surgiu como dado importante. A relação entre dieta e doenças crônicas é assunto discutido nos meios científicos e mídia popular. Assim, também o processo de prevenção da doença carregou o discurso científico em seu bojo, expressando que as informações estão sendo difundidas e que este discurso foi apreendido por alguns participantes. O mesmo ocorreu com conhecimentos sobre fatores de risco descritos como causadores ou complicadores da hipertensão. Estes participaram de toda entrevista, sendo apontados em diversos momentos. Quando se estabeleceu uma pontuação para tais fatores, pode-se observar que os grandes vilões: peso, sal, gordura, álcool, tabaco, sedentarismo, genética e emocional apresentaram médias altas também expressando que as informações sobre a doença estão sendo divulgadas.

Quando se abordou os comportamentos diante da doença, observou-se que comportamentos e estilo de vida, embora fortemente influenciados por fatores socioeconômicos e culturais, são determinantes sociais proximais por serem passíveis de controle e modificação por parte dos indivíduos. A condição de estarem inseridos em um serviço de saúde destinado a prevenção e tratamento e participarem de um grupo de educação em saúde faz pensar que este é um grupo instruído quanto à importância de aderir ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso) e controle da hipertensão, para evitar possíveis complicações. Ainda assim encontraram-se pessoas que relataram desconhecimento sobre a doença, como se estivessem delegando ao profissional o cuidado com a própria saúde. Uma das hipóteses levantadas é que o fato de receber informações acerca da doença não promove mudanças em comportamentos de cuidado com a saúde. Seria importante investigar

de que forma as informações veiculadas pelo grupo estão sendo apreendidas por cada um dos participantes.

O uso de medicação, mudanças na alimentação e realização de atividade física foram reconhecidos como pilares do tratamento para a hipertensão arterial. Pode-se perceber que o tratamento medicamento não foi visto isoladamente, os participantes revelaram um olhar mais abrangente para o processo saúde / doença.

Os sentimentos relacionados a ser portador de hipertensão arterial passaram pelo “não sentir nada”, como um processo de minimização do diagnóstico, a sentimentos de preocupação, medo e associação com outras doenças. A associação com outras doenças está relacionada a materialização do problema hipertensão arterial, já que pressão alta não é uma condição vivenciada concretamente e suas complicações sim.

A amostra estudada 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, talvez por fazerem parte do grupo.

As investigações sobre frequências e intensidades de comportamentos e sentimentos (procrastinação, mudança de hábitos e dificuldades relacionadas à mudança, sentimento de culpa, importância percebida na vida de familiares e amigos, medo da morte, preocupação com a invalidez e situações que provocam maior medo) buscaram identificar quais dessas dimensões estavam relacionadas à hipertensão arterial e se haveriam diferenças entre homens e mulheres. Para tanto foram utilizadas análises estatísticas que indicaram não haver relação entre as dimensões estudadas, exceto para medo da morte e preocupação com a invalidez para os homens. Indicaram também não haver diferenças entre homens e mulheres.

Ao olhar para cada dimensão, pode-se perceber que há o comportamento de procrastinação no grupo estudado, com resultados semelhantes para homens e mulheres. Quando responderam a frequência com que conseguiam mudar os hábitos, afirmaram, de forma geral, consegui-la, sendo o tempo considerado o maior dificultador da mudança de hábitos, tanto para homens como para mulheres. Atualmente as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho, com cargas horárias compatíveis com as dos homens.

A dimensão sentimento de culpa foi mais relevante às mulheres, sendo pouco considerada por homens. A importância percebida na vida de familiares e amigos foi uma dimensão apontada de forma positiva tanto por homens como por mulheres. Este sentimento

de importância foi relatado em outros momentos da entrevista e se configurou como fator de motivação para o autocuidado.

Entre o medo da morte e preocupações com a invalidez ou perda da liberdade observou-se que os participantes, em geral, apontaram a invalidez como fator causador de maior medo. Para este grupo, ficar dependente de outros é considerado de forma negativa. As mulheres referiram também a perda da visão, considerada situação de perda de liberdade, como a invalidez.

Devido às particularidades do grupo estudado a questão da adesão não foi considerada problemática. Percebe-se, como afirmam Goes e 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.

Cabe ressaltar alguns pontos observados, considera-se que os dados dessa pesquisa são dependentes da amostra ou da condição particular da mesma (inserção em serviço de saúde e participação em grupo de educação em saúde), configurando-se, junto ao tamanho da amostra, em limitações do estudo. Ainda, com relação ao instrumento de coleta (entrevista) sugere-se que ao ser replicado as questões sejam ampliadas e promovam a possibilidade de outras respostas.

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 e capaz de promover mudanças e sustentar um estilo de vida saudável.

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

10 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. F.; CANTAL, C.; COSTA JÚNIOR, Á. L. Prontuário psicológico orientado para o problema: um modelo em construção. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 430-442, jun. 2008.
- ALVES, T. C. T. F.; WAJNGARTEN, M.; BUSSATO FILHO, G. Fatores de risco cardiovascular, declínio cognitivo e alterações cerebrais detectadas através de técnicas de neuroimagem. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, mai-jun 2005.
- APÓSTOLO, J. L. A.; VIVEIROS, C. S. C.; NUNES, H. I. R.; DOMINGUES, H. R. F. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 575-582, jul./ago. 2007.
- AQUINO, E. M. L. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 18-34, jan./mar. 2005.
- ARAÚJO, G. B. S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo**: análise conceitual. 2002. 118f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.
- BALDISSERA, V. D. A.; PALUDO, D.; MOREIRA, N. M.; GARBELINI, L. F.; CARVALHO, M. D.B. Mudanças vivenciadas por hipertensos após o diagnóstico da doença. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 304-309, jul./set. 2008.
- BARBOSA, M. R. J.; JORGE, M. S. B. Vivenciando a hipertensão arterial: construção de significados e suas implicações para a vida cotidiana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 574-83, 2000.
- BARON-COHEN, S. **A diferença essencial**: A verdade sobre cérebros de homens e de mulheres. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.
- BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl 2), p. 38-47, 2009.
- BIRD, C. E.; RIEKER, P. P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. **Social Science and Medicine**, Oxford, n. 48, n. 6, p. 745-755, Mar. 1999.

BLOCK, K. V.; MELO, N. A.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, dez. 2008.

BORDO, S. R. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 21 -41.

BRAGA, A.A.D; BARLETA, V.C.N. Alimento Funcional: Uma Nova Abordagem Terapêutica das Dislipidemias como Prevenção da Doença Aterosclerótica. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, ano2, n.3, mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15; Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas completas de mortalidade**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/ambossexos.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da Mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte_seindicsoais2010/SIS_2010.pdf. Acesso em: 8 out. 2011.

- BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 283-303, 2011.
- CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set/out, 2004.
- CARACIOLO, J. M. M. **Caracterização das atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no Estado de São Paulo**. 2010. 222f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- CASTRO, R. A. A.; MONCAU, J. E. C.; MARCOPITO, L. F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 3, p. 334-339, 2007.
- CASTRO, R. S. A. **Padrão de consumo alimentar e diferenças de gênero**. 2012. 98f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 145-153, jun. 2000.
- CONDON, C.; MC CARTHY, G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, Amsterdam, v. 5, n. 1, p. 37-44, Mar. 2006.
- COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Editora Atlas, 2003.
- COSTA-JÚNIOR, F. M. **Concepções de médicos/as e enfermeiros/as sobre questões de gênero na saúde**. 2010. 121f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2010.
- COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009.

COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Corporeidade e gênero: relações entre homens e mulheres com os cuidados com a saúde. In: VALLE, T. G. M.; MELCHIORI, L. E. **Saúde e desenvolvimento humano**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. p. 17-32.

DANTAS, J. Patologia cardiovascular relacionada ao trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1295-1328.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; PESSUTO, J.; BOCCHI, S. C. M.; ANJOS, R. C. P. M. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 43-48, jul. 1997.

DEWULF, N. L. S.; MONTEIRO, R. A.; PASSOS, A. D. C.; VIEIRA, E. M.; TRONCON, L. E. A. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 4, p. 575-584, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n4/a13v42n4.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2013.

FALCÃO, L. M.; GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F. Portador de hipertensão arterial: compreensão fundamentada no Sistema Pessoal de Imogene King. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 44-50, 2006.

FERREIRA, S. R. G.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C.; SARNO, F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 98-06, 2009. Suplemento 2.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 782-787, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p.105-109, 2005.

FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidades e cuidado**: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária. 2008. 279f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FONSECA, F. C. A.; COELHO, R. Z.; NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, L. F.; SILVA FILHO, H. C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009.

FRICH, J. C., MALTERUD, K., PERFUGELLI. Experiences of guilt and shame inpatients with familial hypercholesterolemia: a qualitative interview study. **Patient Education Counseling**, Limerick, v. 69, n. 1/3, p. 108-113, 2007.

GIOIA-MARTINS, D.; ROCHA JÚNIOR, A. Psicologia da Saúde e o novo paradigma: novo paradigma? **Psicologia: teoria e Prática**, São Paulo, v. 3, n.1, p. 35-42, 2001.

GOES, E. L. A.; MARCON, S. S. A convivência com a hipertensão arterial. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 819-829, 2002.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?: as explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GUEDES, M. V. C.; ARAUJO, T. L.; LOPES, M. V. O.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P. C. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1038-1042, Nov./dez. 2011.

GUSMÃO, J. L. **Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados**. 2005. 104f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 38-43, 2009.

GUSMÃO, J. L.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento - conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HAMASAKI, E. I. M.; KERBAUY, R. R. Será o comportamento de procrastinar um problema de saúde? **Revista Brasileira de Terapia Cognitivo Comportamental**, São Paulo, v. 3, n. 2, dez., 2001.

JUNIOR, F. J. G. S.; BARBOSA, L. D. C. S.; SOUZA, A. J. P.; DANTAS, A. L. B.; SILVA, M. E. D. C.; MOURA, M. E. B. Conhecimentos, sentimentos, renúncias e limitações do idoso portador de hipertensão arterial. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 9-15, jan-fev. 2009.

KERBAUY, R. R. Procrastinação: adiamento de tarefas. In: R. A. Bacaco (org.) **Sobre comportamento e cognição**, 1, p. 445-451, 1997.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latino-Americana**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 1-16, 2001.

LAMAS, M. O gênero é cultura? In: **CAMPUS EUROAMERICANO DE COOPERAÇÃO CULTURAL**, 5., 2007, Almada. Almada: [s.n.], 2007.

LAMB, V. L. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 42, n. 3, p. 363-377, Feb. 1996.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; MELLO JORGE, M. H. P.; LEBRÃO, M. L.; GOTLIEB, S. L. D. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero**. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1998.

LESSA I. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: LESSA, I. (Org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998a. p. 77-96.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: LESSA, I. (Org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998b. p. 29-42.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 383-392, 2001.

LEVORATO, C. D. **Fatores associados à procura por serviços de saúde: diferenças entre homens e mulheres**. 2012. 117f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

LIMA, S. O. (Coord.). Dislipidemia. **Saúde & Economia**, Brasília, v. 3, n. 6, out. 2011.

Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6011a5804897a24e8831a8fa35813921/Saude_e_Economia_Dislipidemia_Edicao_n_6_de_outubro_2011.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 20 jan. 2013.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, jul./ago. 2004.

MACHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N.; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. S.; VALENÇA, O. A.; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MACINTYRE, S.; FORD, G.; HUND, K. Do women “overreport” morbidity?: men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 48, n. 1, p. 89-98, Jan. 1999.

MAGALHÃES, M. E. C.; BRANDÃO, A. A.; POZZAN, R.; CAMPANA, E. M. G.; FONSECA, F. L.; PIZZI, O. L.; BRANDÃO, A. P. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 93-97, 2010.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.2, n. 7, p. 165-176, out./dez. 2006.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 72-77, 2005.

MARINHO, M. F. S. **Um estudo de prevalência e risco para as lesões por esforços repetitivos (LER/DORT) entre trabalhadores e trabalhadoras em processamento de dados bancários**. 2000. 157f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MARKS, D. F.; MURRAY, M.; EVANS, B.; WILLIG, C. **Health psychology: theory, research and practice**. London: Thousand Oaks, 2000.

MARTINEZ FERNÁNDEZ, P. Masculinidad: nuevas construcciones o más de lo mismo? **Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales**, Caracas, v. 7, n. 2, p. 13-34, 2001.

MATARAZZO, J. D. Behavioral health and behavioral medicine. **American Psychologist**, Washington, v. 35, n. 9, p. 807-817, Sept. 1980.

MEETOO, D. Dietary pattern of self-care among Asian and Caucasian diabetic patients. **British Journal of Nursing**, London, v. 13, n. 18, p. 1074-1078, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MIYAZAKI, M. C. O. S.; AMARAL, V. L. A. R. Instituições de saúde. In: RANGÉ, B. (Ed.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva**. Campinas: Editorial PsyII, 1995. p. 235-244.

MOCHEL, E. G.; ANDRADE, C. F.; ALMEIDA, D. S.; TOBIAS, A. F.; CABRAL, R.; COSSETTI, R. D. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luís (MA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 90-101, 2007.

NARDI, H. C. O *ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 95-104.

NOBRE, F.; MION JUNIOR, D. MAPA - monitorização ambulatorial da pressão arterial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 123-126, jun. 1998 .

NOGUEIRA D.; FAERSTEIN, E.; COELI, C. M.; CHOR, D.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 2, p. 103-109, Feb. 2010.

NUNES, A. A.; LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, [2014-?]. No prelo. Disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12756>. Acesso em: 20 maio 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Epidemias mundiales desatendidas**: tres amenazas crecientes. Ginebra, 2003.

OGDEN J. **Psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 25-38, 2002.

PASSARELLI JUNIOR, O.; SOUZA, M. G.; AMODEO, C. Fluxograma na abordagem diagnóstica da hipertensão resistente. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 16, p. S7-S9, 2009. Suplemento 1.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION JUNIOR, D. 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. Barueri: Manole, 2004. p. 274-289.

PINHEIRO R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2257-2267, 2008. Suplemento 2.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3-B, p. 844-851, 2004.

REACH, G. Observance in diabetes: from therapeutic education to therapeutic alliance. **Annales de Medicine Interne**, Paris, v. 154, n. 2, p. 117-120, 2003.

ROOS, E.; LABELMA, E.; VIRTANEN, M.; PRATTALA, R.; PIETINEN, P. Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour. **Social Science Medicine**, New York, v. 46, n. 12, p. 1519-1529, June 1998.

SANTOS, A. J. M.; ROSA, C.; OLIVEIRA, E. L.; ALMEIDA, J. R.; SCHNEIDER, R. M.; ROCHA, S. S. L.; COUTINHO, R. M. C. A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em Unidade Básica de Saúde (UBS). **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 330-337, out./dez. 2009.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 90-97, jan./mar. 2008.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCHROEDER, K; FAHEY, T.; EBRAHIM, S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care?: systematic review of randomized controlled trials. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 164, n. 7, p. 722-732, Apr. 2004.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e evolução da psicologia numa perspectiva Latino Americana. In: ANGERAMI-CAMON, A. (Ed.). **Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 201-222.

SILVA, M. E. D. C.; BARBOSA, L. D. C. S.; OLIVEIRA, A. D. S.; GOUVEIA, M. T. O.; NUNES, B. M. V.; TEIXEIRA, A. E. L. M. As representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 500-507, ago. 2008.

SILVA, A. L. C.; COSTA, H. G.; RIZZO, L. M. G. O enfermeiro e o paciente em tratamento de longa duração. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 356-62, 1980.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p.415-22, maio/jun. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 126-164, 2002. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/revistas/2002_N4_V5/revista4Hipertensao2002.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretrizHA.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 23 jan. 2013.

SPINK, M. J. P. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 125-139, 1992.

STIPP, M. A. C.; ASSIS, L. S.; LEITE, J. L.; ANDRADE, M. P.; CUNHA, N. M.; SIMÕES, R. D. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares – uma análise sob o olhar da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 581-585, dez. 2007.

TAYLOR, S. E. **Health psychology**. 4. ed. New York: McGraw-Hill International Editions, 1999.

TEIXEIRA, E. R.; LAMAS, A. R.; COSTA E SILVA, J.; MATOS, R. M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 378-84, dez. 2006.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, jul./ago. 2008.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, jun. 2007.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. A utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 11, n. 5/6, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VERBRUGGE, L. M. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of Health and Social Behaviour**, Thousand Oaks, v. 30, n. 3, p. 282-304, Sept. 1989.

VIACAVA F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

VIEIRA, V. A. Hipertensão arterial e aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos: implicações para a área da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n. 4, p. 481-488, out./dez. 2003.

VIEIRA, V. A. **Narrativas sobre a hipertensão arterial e de diabetes mellitus e os sentidos nelas por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento**. 2004. 141f. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

VILELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.18-34, 2005.

WHELTON, S. P.; CHIN, A.; XIN, X.; HE, J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. **Annals of Internal Medicine**, v. 136, n. 7, p. 493-503, 2002.

WHO. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2013.

WHO. **Preventing chronic disease: a vital investment**. Genev, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

11 APENDICES

Apêndice A - Entrevista

Características sócio-demográficas

Nome:

Telefone:

Grau de escolaridade:

Ocupação:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Nº de filhos:

Questões relativas aos comportamentos de saúde, comportamentos preventivos, hábitos relacionados à saúde, crenças e sentimentos frente a Hipertensão Arterial

1) Como você soube que tem Hipertensão Arterial?

Objetivo: Coletar a história da doença

2) O que é Hipertensão Arterial para você? O que você sabe sobre ela?

Objetivo: Identificar a concepção sobre a doença

3) O quanto você acha que esses fatores listados abaixo contribuem para o aumento da sua pressão arterial? Atribua um valor sendo 0 nada importante e 10 extremamente importante.

Objetivo: Identificar as crenças sobre os processos causais da doença

Excesso de peso e obesidade

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Consumo de sal

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alimentação rica em gordura

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ingestão de álcool

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Consumo de tabaco

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sedentarismo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Variáveis genéticas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fatores emocionais (estresse, nervoso)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) É possível prevenir a hipertensão arterial? Como?

Objetivo: Identificar as informações sobre o processo de prevenção da doença

5) Eu gostaria que você falasse um pouco como é o tratamento para a Hipertensão no seu dia-a-dia.

Objetivo: Identificar os comportamentos frente a doença

6) Houve alguma mudança na sua rotina após o diagnóstico de Hipertensão? Qual?

Objetivo: Identificar mudanças de comportamento

7) Para você, o que significa ter hipertensão arterial? Quais os sentimentos frente a esta doença?

Objetivo: Identificar os sentimentos frente a doença

8) Você tem acesso aos serviços de saúde? Você procura os serviços de saúde regularmente ou quando aparecem os sintomas da pressão alta?

Objetivo: Identificar o tipo de vínculo estabelecido com os serviços de saúde

9) Fale-me sobre a relação com os profissionais que acompanham seu tratamento.

Objetivo: Identificar a relação profissional da saúde/paciente

10) O quanto “você deixa para depois” aspectos relacionados à sua saúde:

- sempre
- quase sempre
- as vezes
- quase nunca
- nunca

11) O quanto você consegue mudar seus hábitos:

- sempre
- quase sempre
- as vezes
- quase nunca
- nunca

12) O quanto você se sente culpado quando não consegue mudar seus hábitos:

- extremamente
- muito

- mais ou menos
 - pouco
 - nada
- 13) Agora responda atribuindo valores de 01 a 05, sendo 01 menos importante e 05 mais importante. As dificuldades que encontro para mudar meus hábitos estão relacionadas a:
- falta de tempo
 - falta de vontade
 - falta de dinheiro
 - falta de orientação
 - não acho muito importante mudar nada
- 14) O quanto você acha que é importante na vida de seus familiares e amigos:
- extremamente
 - muito
 - mais ou menos
 - pouco
 - nada
- 15) O quanto você tem medo da morte?
- extremamente
 - muito
 - mais ou menos
 - pouco
 - nada
- 16) O quanto você se preocupa em perder sua liberdade ou ficar inválido?
- extremamente
 - muito
 - mais ou menos
 - pouco
 - nada
- 17) Agora responda atribuindo valores de 01 a 05, sendo 01 menos importante e 05 mais importante. O que produz mais medo em você?
- Morte
 - Invalidez
 - Ser internado
 - Perder a fala
 - Perder a visão

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: A Hipertensão Arterial sob o olhar da psicologia: o objetivo e o subjetivo nas questões de gênero

O presente projeto pretende entender as imagens e conceitos associados a Hipertensão Arterial; compreender o impacto que estas construções cognitivo-afetivas têm sobre os comportamentos ligados à saúde e/ou doença; investigar o lugar da relação profissional de saúde/usuário encontrada no processo de escolhas e percurso relacionado ao tratamento, comparando as diferenças entre homens e mulheres.

A participação é voluntária. A não aceitação em participar sem expor os motivos e a desistência a qualquer momento não acarretará prejuízos. A identidade do participante será mantida em sigilo. As informações serão analisadas coletivamente e divulgadas apenas em apresentações formais e em literatura especializada.

Eu, _____, RG _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, expressei meu consentimento para inclusão, como participante da pesquisa. Estou ciente ainda que poderei retirar meu consentimento, excluindo minhas informações do conjunto de dados.

Participante voluntário

Pesquisadora responsável: Mariana Giroto Carvalho da Silva
Orientador: Sandro Caramaschi
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Apêndice C - Tabelas com dados brutos – questões fechadas

	Q10	Q11	Q12	Q14	Q15	Q16
H1	5	1	3	1	3	1
H2	4	3	5	1	3	1
H3	1	3	3	1	3	1
H4	5	2	4	4	4	1
H5	4	1	1	2	5	1
H6	2	1	3	2	4	2
H7	5	3	2	2	3	2
H8	1	1	5	2	4	1
H9	5	3	2	1	4	1
H10	1	1	2	5	5	2
H11	3	1	5	2	1	1
H12	4	3	2	1	3	1
H13	4	2	3	3	3	1
H14	2	1	3	1	3	1
H15	3	1	2	3	5	2
H16	2	2	4	2	5	1
H17	2	2	3	2	2	1
H18	1	3	2	2	5	2
H19	3	3	3	1	4	2
H20	3	3	3	2	2	1

	Q10	Q11	Q12	Q14	Q15	Q16
M1	3	3	2	2	1	4
M2	3	1	2	1	3	1
M3	5	2	1	1	4	1
M4	2	2	3	1	5	1
M5	2	2	3	2	4	3
M6	1	3	2	1	4	1
M7	4	2	2	2	4	2
M8	4	4	5	2	5	1
M9	4	1	5	1	5	1
M10	5	5	1	1	2	5
M11	4	2	4	2	4	4
M12	3	1	1	1	2	1
M13	3	3	2	1	2	1
M14	4	3	1	1	3	1
M15	3	3	2	2	3	2
M16	1	1	3	2	4	2
M17	1	2	2	2	1	1
M18	3	2	3	4	5	1
M19	1	2	5	2	5	1
M20	3	3	1	1	3	1

Q3 - Homens								
	Excesso de peso e obesidade	Consumo de sal	Alimentação rica em gordura	Ingestão de álcool	Consumo de tabaco	Sedentarismo	Variáveis genéticas	Fatores emocionais
H1	7	9	7	5	6	8	7	7
H2	10	10	10	10	10	10	10	10
H3	10	10	10	9	10	10	5	10
H4	7	9	7	5	6	8	7	7
H5	6	8	9	9	10	7	8	9
H6	10	10	8	7	6	8	8	8
H7	8	10	9	7	8	9	6	10
H8	8	9	9	7	9	9	8	9
H9	8	8	10	6	7	10	10	10
H10	10	10	10	10	10	10	10	10
H11	5	5	5	5	5	7	3	9
H12	10	10	10	6	10	10	8	5
H13	8	10	10	8	10	8	9	6
H14	10	10	10	5	10	10	10	10
H15	8	7	8	7	9	8	9	8
H16	9	9	9	9	6	7	10	8
H17	8	10	10	9	8	1	9	10
H18	7	10	10	5	0	10	7	5
H19	9	9	9	8	8	9	8	10
H20	8	10	8	6	10	9	7	10

Q3 - Mulheres								
	Excesso de peso e obesidade	Consumo de sal	Alimentação rica em gordura	Ingestão de álcool	Consumo de tabaco	Sedentarismo	Variáveis genéticas	Fatores emocionais
M1	6	9	9	5	8	10	9	9
M2	10	10	10	9	8	10	10	10
M3	0	3	3	0	10	2	0	10
M4	7	7	6	7	6	7	5	9
M5	10	9	10	8	9	10	8	10
M6	8	5	9	7	8	10	4	10
M7	9	10	10	10	9	8	8	10
M8	10	10	10	10	10	10	7	10
M9	6	10	10	7	10	10	9	10
M10	9	8	9	6	9	8	9	10
M11	6	8	9	8	7	4	9	7
M12	10	10	10	10	8	10	10	10
M13	9	9	10	9	10	10	10	10
M14	10	10	10	10	10	10	8	10
M15	8	5	9	10	10	10	8	9
M16	10	10	10	10	10	10	9	9
M17	10	10	7	0	8	8	10	8
M18	8	10	8	6	7	9	8	9
M19	10	10	10	10	10	8	10	8
M20	8	10	10	10	10	10	9	10

Q13 - Homens					
	Falta de tempo	Falta de vontade	Faltade dinheiro	Falta de orientação	Não acho muito importante mudar nada
H1	1	1	1	1	1
H2	5	5	2	1	1
H3	5	1	5	1	1
H4	2	2	2	2	1
H5	1	2	2	1	1
H6	3	4	1	1	1
H7	5	3	3	4	1
H8	3	1	1	1	1
H9	5	1	1	5	1
H10	5	5	5	1	1
H11	1	1	1	5	1
H12	5	5	1	3	1
H13	1	2	5	3	1
H14	3	1	1	3	1
H15	3	1	1	1	1
H16	2	1	3	1	1
H17	2	1	1	3	1
H18	1	1	5	1	1
H19	4	3	2	1	1
H20	1	3	1	2	1

Q13 - Mulheres					
	Falta de tempo	Falta de vontade	Faltade dinheiro	Falta de orientação	Não acho muito importante mudar nada
M1	1	5	1	1	1
M2	5	2	1	1	1
M3	1	1	3	1	1
M4	3	1	1	4	1
M5	4	3	5	2	1
M6	5	3	3	1	1
M7	1	1	5	1	1
M8	1	1	5	1	1
M9	1	5	1	5	3
M10	1	4	1	1	1
M11	3	4	5	2	5
M12	3	2	1	5	5
M13	3	3	2	4	1
M14	3	3	4	1	1
M15	5	4	5	5	1
M16	1	4	1	4	5
M17	5	1	1	1	1
M18	1	1	2	1	1
M19	1	3	1	1	1
M20	5	4	3	1	1

Q18 - Homens					
	Morte	Invalidez	Ser internado	Perder a fala	Perder a visão
H1	3	5	3	5	5
H2	3	5	3	5	5
H3	2	5	5	5	4
H4	5	5	3	5	5
H5	2	5	5	3	5
H6	2	5	4	4	4
H7	4	5	5	5	5
H8	5	5	3	5	5
H9	5	5	5	5	5
H10	1	5	5	5	5
H11	1	3	3	1	1
H12	5	5	4	5	5
H13	4	5	4	5	5
H14	5	5	3	5	5
H15	1	5	4	5	5
H16	1	5	3	4	5
H17	5	5	2	3	3
H18	1	5	1	5	5
H19	2	4	2	2	4
H20	3	5	3	4	5

Q18 - Mulheres					
	Morte	Invalidez	Ser internado	Perder a fala	Perder a visão
M1	5	4	5	5	5
M2	5	5	1	5	5
M3	3	5	2	5	5
M4	1	4	1	5	5
M5	3	2	1	2	5
M6	1	5	5	5	5
M7	3	5	5	5	5
M8	1	5	3	5	5
M9	1	5	1	5	5
M10	5	4	2	3	3
M11	5	5	4	5	5
M12	3	4	5	5	5
M13	5	5	1	5	5
M14	3	5	3	5	5
M15	3	5	5	5	5
M16	5	5	5	5	5
M17	5	5	5	5	5
M18	1	5	3	3	4
M19	1	4	4	4	5
M20	4	5	5	5	5

Apêndice D - Respostas às questões abertas

1) Como você soube que tem Hipertensão Arterial?

H1 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 da hipertensão. Vão fazer uns quatro anos que fiz uma cirurgia, foi um pouco antes, vamos por uns cinco anos atrás.

H2 Então, eu vinha sentindo um cansaço, eu inchava, não tomava água, aí viu, mediu a pressão e ele mandou eu fazer aqueles teste eu fica 24 horas, aí contatou que tava meio alto mesmo. Foi no ano passado ou retrasado.

H3 Olha essa história de chegar esse nível de ter pressão alta dá muita dor de cabeça, é dor no peito e aquela dor de cabeça sempre frequente né, aí eu fui na farmácia e tava com a pressão alta, aí no dia seguinte o S. me chamou ... aí depois que eu vim pra cá acabou tudo isso daí, melhorei o alimento, to fazendo exercício, to seguindo as regras que eles pediram né, eu to me sentindo muito bem, não tenho mais dor de cabeça, eu trabalho normal, coisa que eu não fazia porque sempre tinha aquela dor de cabeça chata, sempre tomando doril, tomando analgésico pra passar, mas é uma coisa que não passa né, dor de cabeça da pressão ela é, você sabe que ela não passa né e hoje eu to bem sabe. *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 a 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, mas agora tá.

H4 Então tive alguns problemas cardíacos, começou com um problema cardíaco. Tive um princípio de infarto, daí que começou, aí que descobriu a hipertensão, o colesterol alto, foi a partir daí que iniciou. Faz tempo, tem uns, foi em 1998 mais ou menos, depois da aposentadoria.

H5 Fiquei sabendo quando fui ao médico porque estava sentindo pressão na cabeça. Fiz alguns exames, o colesterol estava no limite (...). Fiz mais alguns exames, fiz até aquele que tem que ficar 24 horas, é até estranho porque a noite altera bastante. Mas depois comecei a tomar o remédio, e manteve. (...) mas assim, normal, indo fazer exames de rotina. *E quando foi?* Uns 2 ou 3 anos acompanhando com medicação. Mas eu vou medindo, depois que eu comecei a medir ela foi se mantendo. Acho que o remédio está funcionando. *Primeiro o senhor começou com o remédio e depois começou com atividade física?* Há um tempo atrás eu sofri acidente que machucou esse joelho, então eu estava sentindo muita dor. Fui ao médico, e agora já estou fazendo as duas coisas. Aproveitando para fazer academia para o joelho e para diminuir o peso. *Você começou primeiramente por conta do joelho?* Sim. Sem a informação que deveria procurar o médico por causa da hipertensão. *Não tinha relação da atividade física com a hipertensão.* Não. Agora que estou tentando fazer para diminuir a pressão, junto com a comida e medicação. (...)

H6 Foi no acompanhamento médico, eu fazia exame a cada 4, 5 meses, apareceu uma pressão um pouco mais alta. Então recomendaram um remédio para manter a pressão a 12 por 8. *E a quanto tempo foi isso?*

Há 25 anos. *E o senhor toma medicação desde então?* Eu tomava a um ano atrás bastante medicação, mas deu um “probleminha” no rim que dificultava a filtração. Fui ao neurologista que cortou todos os remédios e receitou apenas um, que resolveu tudo. (...)

H7 Fui no médico fazer um “check-up”, (...) fiz o exame e deu que eu tinha hipertensão. *Foi no ano passado?* Foi em janeiro do ano passado. *E o senhor tomou algum remédio?* Tomei um certo remédio. E foi o médico que mandou parar, porque voltou ao normal.

H8 A minha mãe tem. E eu com 12 anos tive uma vez pressão alta, e com o passar dos anos fiz uns exames e não acharam nada. Os sintomas sumiram, mas todo ano eu vou fazer “check-up”. Meu pai teve infarto, e todo ano comecei a fazer exames. Chegava no consultório e a minha pressão estava alta, quando media na farmácia estava normal. O médico falou “é a síndrome do jaleco branco”. 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. *Quando você está ansioso a sua pressão sobe?*

Agora não por causa do remédio. Comecei a vir aqui no S. (...) e de lá pra cá nunca mais deu a alterada, mas continuo tomando remédio. *Você começou a tomar o remédio agora? Depois desta consulta?* Não, estou tomando remédio há quase um ano. 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. Depois de um tempo não fez mais efeito e voltei nela e ela trocou o remédio. Quem acertou mesmo foi o Dr, (...) que receitou a sertralina. *Você toma sertralina e o outro remédio?* Sim. *E você nunca passou por um psiquiatra?* Não. Só cardiologista mesmo. Devido a minha mãe ter a pressão alta, ele fez todo e qualquer tipo de exame de causa primária e secundária para a hipertensão. *E não deu nada?* Não deu nada.

H9 Pelos exames que eu tive que fazer com meu médico né, e aí por causa de eu tá perdendo muito peso ele achou que tinha alguma coisa errada nesse meio, aí ele pediu pra eu fazer uns exames e foi onde que eu fui fazer os exames e apareceu... eu tratava com ele com outro problema, aí surgiu esse problema da diabetes e ele me encaminhou pra outra médica, a Dra. F. e quando eu fiquei sabendo eu fiquei meio desorientado porque eu já tinha esse problema de hepatite e tem que conviver com isso, aí aumentou mais um pra poder conviver, aí foi onde que eu, em um momento da consulta deu aquele desespero, que tinha que me internar, e também era uma coisa normal, que eu não tava sentindo nada, eu levantava cedo, ia pro serviço, voltava normal, comia normal, dormia normal, fazia tudo normal, aí eu tive que ficar 4 dias internado, na base de medicamento, sempre ela acompanhando pra ver como tava, porque tinha vez que ela passava e tinha vez que ela subia, ela não controlava. *A diabetes? É a diabetes, ela tava muito descontrolada. Aí ela me encaminhou pra cá, aí fui fazendo acompanhamento aqui e com ela de três em três meses... e hoje graças a Deus, com a ginástica que nós faz aqui já deu uma melhorada boa. E quando descobriu?* Foi em agosto do ano passado. *Vai fazer um ano. E junto com a diabetes veio a pressão alta?* A pressão alta eu já tinha. *E quando descobriu a pressão alta?* Ah, isso aí já faz tempo. No tempo que o Brasil foi tetra, aquela ansiedade de ver o avião abaixar e o avião não abaixava, aquilo lá foi, e aí começou, era meio dia mais ou menos, comecei a sentir frio, frio, falei pra minha mulher eu vou deitar e você joga uma coberta em cima de mim, ela disse uma hora dessas? Aí eu deitei, ela esperou um pouquinho... não melhorou nada, ela disse não levanta e vamos pro postinho, aí cheguei no postinho foi medir a pressão e foi outro susto, tava 20. Aí tive que ir pro médico. Eu tomo remédio e graças a Deus tá controlada, aí não me preocupo mais, ... ao médicos cobra.

H10 Então, na verdade foi silenciosa que eu peguei, eu fazia tratamento com endocrinologista e ela falou que eu podia ter a pressão, mas eu nem ligava porque eu me sentia bom, aí dava alterada e foi aí que entrou... eu já tinha diabetes.

H11 Há anos, faz mais de dez anos. Foi de perda de reflexo. Eu tenho uma situação da hipertensão meio incomum. A minha pressão sobe para 13 por 9 e eu perco o reflexo. Quando eu estou dirigindo e bato o retrovisor do carro no outro quando eu estou estacionando. A coordenação de reflexo diminui, e é por pouca coisa, 13 por 9 já dá alteração. *E descobriu o porque desta alteração?* Exames, tratamentos que eu venho e continuo fazendo, pode ser que seja uma conclusão minha com as informações médicas. O estresse psicológico do trabalho e do dia a dia, pode ser 60% psicológico e 30% de hábito alimentar, atividades físicas, bebidas, cigarros, e 10% genético. E o que posso te dizer que a maior parte é psicológico, e tem uma boa parte que é o hábito.

H12 Há uns 27 anos eu estava caminhando no lago, e tinha uma tenda da U. E aí parei para ver a minha pressão. Quando mediu perguntou “o senhor está se sentindo bem?” eu falei “estou sim, por que?”, responderam “está 17 por 10, faz tempo que o senhor está caminhando?” “não, acabei de sair de casa, ela está a 200 m daqui”. Aí eu procurei o cardiologista. Ele falou que era hipertensão. Primeiro ele fez aquela avaliação completa, colocou o (...), hemograma completo, neles não deram nada, era só hipertensão mesmo. *Isso quando você tinha 27 anos?* Sim. E eu, quando estava em Pirassununga, nos meus 17 aos 19 anos, quando estava na academia, nunca falaram que eu tinha pressão alta. (...). nunca falaram, eu não sei se eu desenvolvi de lá para cá ou se foi a gota d'água, daqui pra frente dos 27 em diante. Que eu realmente vi foi com 27 anos. *A partir daí o senhor já começou a tomar remédio?* Sim.

H13 Eu era paciente do serviço da U. entrei em contato com o cardiologista, que constatou que eu sou hipertenso. *Faz tempo isso?* Ano passado. *Mas você é bem jovem para ter hipertensão, o que eles falam?* Falaram para eu ir ver. (...) fiz uns exames e deu que eu sou hipertenso mesmo, minha pressão estava 14 por 9, então passaram medicamento. *Você toma medicação então?* Tomo remédio para controlar.

H14 Porque eu tinha muita dor na cabeça. Numa pescaria no Mato Grosso eu comecei a me sentir mal, a dor de cabeça não passava, tomei a medicação e voltei e procurei um neurologista achando que era problema na cabeça, algum problema de enxaqueca, ..., depois que eu fui no cardiologista que eu descobri que era hipertensão. Tava surgindo a hipertensão, já faz 15 anos.

H15 Eu já fui operado, há uns treze anos. E desde então minha pressão começou a subir. *Então o senhor já infartou?* Sim. *E o senhor já tomava remédio?* Tomava só o de pressão, mas não sabia que o colesterol estava alterado. O meu é hereditário mesmo, minha mãe também tem, é de família.

H16 Eu soube porque um dia eu tava na lavoura me preparando eu senti uma queimação na nuca sabe e eu comecei a suar frio aí como na usina que eu trabalho eles tem o pessoal, um enfermeiro que passa na lavoura e eu fui através dele medir a pressão, ela tava 19/10 tava super alta e a minha pressão tem esse problema que eu, ela é das mais perigosas porque ela é silenciosa, ela sobe e eu não sinto nada, quando vai ver ela já ta nas alturas, então eu tomo remédio controlado pra isso, então foi isso daí eu tava trabalhando, senti essa, esse suor frio e essa dor na nuca, tipo de uma dorzinha chata na nuca. *E quanto tempo faz que aconteceu isso?* Faz 10 anos, eu descobri com 28 anos de idade, mas eu acho que antes, a minha pressão sempre foi na faixa de 14/09, 14/10, raras vezes ela ta 12/08, é muito raras vezes pelo excesso de peso, essas coisas, então é por isso que eu resolvi eliminar o peso porque um dos fatores mais agravantes da hipertensão é o obeso, é obesidade e da família né, se você já tiver como eu tenho todos os familiares com esse problema é uma coisa a mais.

H17 Olha se for analisar a minha pessoa (...). Um dia aqui, fazendo exercício, minha pressão subiu para 15 (...) por 10. *Fazendo exercício?* É. E daqui por diante minha pressão ficou alta. (...) *E nenhum médico diagnosticou?* Não, e eu tomo remédio. *O que aconteceu para o médico receitar?* Eu fiz três pontes de safena e operei um aneurisma. E eu não sei, de pensar no (...) aneurisma que me deu (...). *O aneurisma onde?* (...) e eu mesmo sabendo que era perigoso, que era cirurgia de alto risco, essas coisas. Fortalece, comecei a me (...). Peguei e fui para Ribeirão Preto, conversei com o médico de Ribeirão, o médico que tinha feito minha ponte de safena. Ele falou “olha, eu (...)” tem uma equipe médica lá que são muito bons. Eu tenho um cunhado que é terapeuta em (...). Por incrível que pareça, é de risco, é de “pá pá pá” Ai o doutor não quis operar, ficou com medo. *Quantos anos faz isso?* Cinco anos, e ele não quis operar. Ai conversando com (...) da UNESP, o meu amigo que há oito anos conhecia. E batendo um papo com ele, fazia muito tempo que conhecia. Ele falou que tinha um cunhado médico em Sertãozinho e no consultório dele tem um médico que se não me engano é cardiovascular. Cirurgião cardiovascular. Ligou, o cunhado dele falou com esse médico e no outro dia me ligou pra eu ir lá. (...) Chamava Dr. V. Cheguei lá conversei com o médico, expliquei, levei a radiografia tudo. (...) conversei com ele bastante. Muito bacana, gostei dele bastante. Ele falou que realmente eu tinha um aneurisma e falou que era o seguinte, que o normal dele era três cm, ela cresceu assim, ela abriu e fechou de novo. Então ela ia estourar. É o que o médico falou (...) para uma cirurgia urgente é perigosa pelo seguinte, ela está muito encostadinha com o (...) e a poucos centímetros também. Ele falou “olha, você está a fim de operar?” eu falei “Estou!”. Falou deste jeito, “eu estou acostumado a fazer isso daí, é de risco (...) eu faço essa cirurgia e não precisa esquentar a cabeça.” Vou marcar numa quinta aqui”. Ele nem na U. não é, ele é da S. Ele falou “já operei” (...) Ai conversamos, batemos um papo, ele falou “daqui pra frente não precisa esquentar a cabeça, vai fazer os exames que te pedi e você volta aqui pra continuar a cirurgia”. Ele me ligou na quinta e falou “é meio complicado mas estou acostumado com isso”. Bom, fiz os exames (...) e marcou o dia e já operei. Fiquei doze dias no hospital. Graças a Deus foi uma beleza. (...) você acredita que nem a consulta primeira ele cobrou? E desde essa época a minha pressão começou a subir. *E desde essa época o senhor toma remédio?* Isso é. Que eu estou tomando remédio. Isso ai não foi de hoje pra amanhã que eu operei não. Depois de três anos. Estava passando mal, e eu chego lá com uma dor nas costas (...). Foi num domingo (...) parei numa farmácia. E ele falou “você está com uma cólica de rim” e mandou remédio pra cólica de rim (...) e falou que era pedra de rim (...) ai vai daqui, vai de lá, não opera, não opera, ai o Doutor (...) fala que pode morrer de outra coisa e que isso aqui ia ficar do mesmo jeito. (...) Ai Dr. R. fala “isso ai vai ter que operar. Se o Doutor (...) não quer, procura outro. Não pode ficar desse jeito não, tem que operar”. Eu fui atrás de outro, e o Doutor (...) não quis operar porque não tinha nem hemodiálise na época. Então isso daí foi tudo o que já me aconteceu, já faz 3 anos e 5 que operei. *São oito anos então?* Ou mais um pouco até. Porque tomo remédio. Já parei de tomar remédio porque (...) demais. Eu pesava 60. 60? Não 60 não! Estou confundindo as coisas. (...) Então liguei para o Dr. R. a mais de um mês pra tomar um comprimido (...).

H18 (...) *Nunca tinham falado para o senhor procurar?* Não. Depois que eu entrei aqui que comecei a me tratar e a tomar remédio. *E a quanto tempo aqui?* Uns três anos. *Então faz três anos que o senhor tem o diagnóstico de*

hipertensão arterial? Sim. *E a três anos que o senhor toma remédio?* Sim. É herança da idade. *Mas por que?* Porque nesta idade vários conhecidos já estão com diabetes e outras coisas.

H19 *Através do check-up que faço todo ano. E pela tendência genética pela minha mãe. Há quanto tempo você sabe?* Há dois anos. O mais preciso foi há sete anos. (...) *E está fazendo uso de medicação?* Não, só exercício físico e alimentação. *Nunca tomou remédio para isso?* Só quando está no pico.

H20 *Na verdade eu sempre tive pressão baixa. E na (...) corporativa, senti uns sintomas e achei que fosse a pressão baixa, medi e deu um pouco alta. e “de lá pra cá” tive que mudar a alimentação, e de uns tempos pra cá tive que começar a tomar remédio. Faz cinco anos que comecei a tomar. Como o senhor descobriu?* Na consulta normal. Na verdade estava com problema na coluna, e ao ir no médico dava uma alteração por causa do nervoso.

M1 *Já tem algum tempo já, já tem mais de anos, na época eu vivia fazendo dieta com remédio pra emagrecer, mas antes disso, eu acho que veio de hereditariedade porque minha mãe e minha avó já faleceu com negócio de pressão alta, a minha mãe é hipertensa, até então eu nunca tinha, porque eu não era tão assim, eu não tava tão fora do peso, então já tem algum tempo, eu soube porque eu procurei um cardiologista, fiz um exame. A senhora estava se sentindo mal?* Não, não tava mas ela já ta não tava normal, sempre pra alta, aí eu comecei a tomar remédio, já tem mais de 6 anos, ou mais viu porque ta passando tão rápido e já faz tempo.

M2 *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 saber 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, desmaiaava, foi uma dor de cabeça que me deu, aí as vistas foi escurecendo, eu desmaiei e fiquei sem saber de nada, aí eu tive ela, ela ta com 35 anos hoje, aí que eu fui saber, não sabia. E desde então a senhora trata da pressão alta?* É, desde esse tempo que eu to, mas eu nem tratava direito né, morava no sítio, não cuidava nada, mas agora que eu to cuidando, faz uns 6,7 anos que eu to cuidando bem. *Quantos anos a senhora tinha quando teve a primeira filha?* Quando eu tive ela tava com 17 anos, só que assim, eu fiquei sabendo quando eu tive ela, quando eu tive outro filho também subiu, só que depois que eu tive ele, eu tive com 21 anos aí depois eu não tratei mais, aí ficou muitos anos sem tratar, aí depois comecei a tratar direito, depois que eu comecei fazer certinho o tratamento, mas antes levava assim sem tratar.

M3 *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 tempo 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 tao 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.*

M4 *Ah foi quando uma vez eu fui no médico porque estava com a vista embaçada, dor de cabeça meio constante, tava dando aula e ficava meio escura a vista, dava ânsia de vomito e eu fui no pronto atendimento e lá constatou que eu estava com pressão alta. Aí então eu procurei um médico né, um cardiologista e vi que minha pressão estava alta e também da vista também, além da pressão estar alta, arterial, da vista também estava alta.*

M5 *Tem tempo já, 15 anos já, eu fiquei com tontura, na época eu era bem leiga, não tinha feito curso nenhum, eu fiquei com tontura, procurei, acho que esperei uns 3 dias para procurar atendimento médico, no terceiro dia fui no pronto atendimento e tava com a pressão em 18/10.*

M6 *Com os sintomas que foi aparecendo, eu comecei e me sentir mal, foi logo várias crises de formigar a boca, dor no peito forte, e assim sempre com dor forte e formigar a boca e as mãos, mais era a boca, aí teve um dia que foi muito forte, era quase meia noite, aí eu acordei meu marido e falei acho que vai me dar um enfarte ou alguma coisa, porque o que eu to sentindo é forte demais aí ele disse vamos no centro de referencia, mas aí fiquei com tanta dó do meu menino, que na época tinha 7, 8 anos, de tirar ele dormindo da cama, ir lá, centro de referencia,*

negócio de doença, eu não quis, era época de gripe, muita gente com gripe, eu falei não, vai melhorar, vai melhorar, aí foi assim com calma foi melhorando, mas aí no outro dia eu já marquei com o cardiologista pra atenção, eu falei deve ser porque a vida da gente é muito agitada, meu serviço é muito intenso de prazo, nervoso, você mexe assim com valores altos, não em termos de dinheiro, mas em termos de números que se reflete em dinheiro, se erra paga multa, tem tudo isso, então é aquela vida agitada, acordo 5:30 da manhã, vou dormir mais de 10:00, aquela correria, da hora que acorda só vou parar na hora de deitar e o almoço também, é 1:30 mas a gente mora tão longe que eu vou mas é meia hora só de percurso aí é tudo, minha vida é correria, acho que isso também, e eu sempre sou muito ansiosa e tudo isso levou a esse estado que eu já estava me sentindo de nervoso acumulando, estresse, aí eu fui no Dr. F. e ele fez um eletro, na hora que fez o eletro, que a moça fez e levou pra ele ele falou tem uma coisinha sim, mas não é nada no coração, você está com sintomas tudo de tireoide, ele falou vou já assim, mas na hora ele foi assim tão atencioso que ele mesmo pediu a ligação e tentou encaixar no outro dia a profissional, a Dra. S. já me atendeu, isso já faz uns três anos, porque a minha pressão ela tava direto 16, quase 17 e eu tava me sentindo muito mal e eu cheguei lá com pressão alta mas por que, tudo por causa da tireoide, ela me passou a medicação, fiz o exame primeiro né, e deu que era tireoide, passei já a tomar o remédio de pressão ... e foi o tratamento que té hoje eu to, aí melhorou, mas eu tive que tomar remédio pra ansiedade que eu so muito ansiosa, só pra vir aqui parece que eu derreto do corpo inteiro de tanto que eu transpiro, eu sou muito ansiosa e nervosa, não com as pessoas, mas comigo mesma, que se retrai dentro da gente, então acho que isso acelera tudo ... mas ela já deu alta do remédio de pressão, porque eu não sou de esquecer nem um dia o remédio, então marcou é horário certinho pra mim e deu tudo certo, a pressão regularizou naquela época, suspendeu o remédio de pressão e ficou só com o tapazol, depois de um tratamento de quase 1 ano e meio ela sumiu. Aí depois de 6 meses ela voltou, agora já faz mais de um ano que eu to tomando remédio de pressão, nem pensei que era isso, mas tava assim uns picos de pressão, sentia mal, aí eu vinha era pressão alta, aí teve um dia que eu passei muito mal no escritório, eu não sentia o chão, nunca me deu isso, aí chamaram o moço no serviço da farmácia que é cliente lá, minha pressão foi a 21 naqueles aparelhos, quando eu cheguei aqui no centro de referencia ela já tinha caído pra 17 aí nisso eu já marquei de novo com o Dr. J., fiz aquele aparelho que mede, que fica uma noite inteira, eu peguei e fiz num sábado porque é muito difícil a gente trabalhar com um aparelho desse ... e deu mesmo, até dormindo tem pico de pressão aí ele passou, depois disso que ele passou o remédio, eu tomo atenolol, é isso que fala, de pressão, ... agora a pressão ta certinha, 12/08 e até na minha gestação a minha pressão foi tudo 12/08, normal, a minha pressão sempre foi boa, mas acho que é toda essa agitação, nervoso, leva o emocional da gente né.

M7 (...) foi quando eu estava na APAE, (...) comecei a passar mal, e as meninas mediram a minha pressão e disseram que eu estava com a pressão alta. Depois disso comecei a perceber que (...) fui para o pronto-socorro e tomei aqueles remédios para ver se abaixava. Aí vim aqui e comecei a tomar os remédios. *Quanto tempo faz isso?* Fiquei um ano e pouco tomando remédio. Eu vi que melhorei, e por mim parei com o remédio, fiquei muito tempo sem tomar. Estava tudo bem até que (...) ela operou, e depois disso eu comecei a medir a minha pressão de novo, fui ao médico que falou “ela parou de tomar o remédio, e veio pra ficar.(...)” depois disso não deixei mais de tomar o remédio. (...) agora está sempre controlada.

M8 A partir do momento que comecei a me sentir mal. Na época eu trabalhava numa locadora, faz uns 15 anos, fui no pronto socorro, mediram minha pressão e estava 20 por 7. Eu fui na Dra, L., na época era em frente ao hospital, e falou pra mim que eu era hipertensa, que andava preocupada, saia tarde do trabalho, na época na locadora tinha bastante movimento, hoje nem tanto. Então eu trabalhava direto, não tinha férias, e vai acumulando (...) foi nesse momento que descobri quando passei mal que (...) depois de um tempo melhorou, só que minha pressão sempre foi alta, só que não tanto quanto agora. Era geralmente 14 por 9, as vezes 16 por 10, só que agora está alta demais. O normal, o mais baixo é 16 por 10. Agora está mais baixa sem eu tomar o remédio, tomando o remédio fica 13 por 9, 14 por 9. *Você não tratou os 15 anos sem parar então?* Teve uma época que melhorou. 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 que...* Agora voltei a fazer regime a um ano atrás com a Dra. 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 a noite que é pra relaxar, (...).

M9 No meu primeiro parto eu tive pré-eclampsia e aí depois né a própria profissão da gente que exige muita, muito da gente vai fazendo com que a pressão acelera, numero de aulas muito grande. Eu tinha pressão baixa. Eu desmaiava e eles pensavam que o meu desmaio era algo relativo de foco ou alguma outra coisa, mas como o

médico me explicou é assim, a pressão chega num topo tao alto que ela não consegue, é como se fosse um curto circuito certo, então ela, eu desmaio, é uma carga elevada. Mas tratar direito mesmo só depois que eu me aposentei, porque antes eu levava mais naquela bagunça, não antes de eu aposentar um pouquinho certo, porque eu aposentei faz um mês, mas a gente que dá aula é muito complicado pra gente tratar, que teria que vir no Sempre fazer as atividades físicas e eu não fazia nenhuma atividade física né, remédio eu não tomava direito também, ah não dá tempo, você acorda de manhã e você já tem um monte de coisas para fazer, depois você tem que pesquisar para dar aula no outro dia, a preparação da aula, a correção das coisas, então o trabalho de casa pra você que é dona de casa, mãe, então é um monte de atividades, então não dá para você pensar em você. Agora que eu comecei a fazer tudo o que o médico manda, agora nem tudo o que o Sempre manda, porque a dieta alimentar daí é de chorar, eu não faço não porque eu gosto muito de comer, eu não gosto de comida, mas eu gosto de refrigerante, doce.

M10 Olha, foi através de problemas que foram acontecendo dentro do meu lar certo, a primeira coisa que eu fiquei sabendo quando eu iniciei foi quando minha filha, ela, o marido pediu o divórcio, arrumou outra, então foi aquela, ver o filho sofrer, aquela coisa assim, a minha filha não queria mais ter vida, ela entrou numa depressão sabe, e eu queria salvá-la, ela era professora também, eu queria salvá-la e eu não conseguia, aí também juntamente com esses problemas graves o meu marido ficou com câncer na próstata, então ele precisava ir todo dia para Ribeirão né, e eu precisava assim, eu precisei largar um período de aula né, pra poder dar assistência pra todo mundo, na realidade, como é que fala, eu não conseguia atender todo mundo e eu comecei assim ficar sem dormir, eu tinha medo que a minha filha morresse, eu tinha medo que o meu marido morresse, então aquele pavor foi me deixando assim tao agitada, tao agitada, que eu não tava conseguindo trabalhar também, houve uma época que eu tirei licença, aí eu comecei assim, o ouvido estourava, eu dormia quando chegava uma hora da manhã, duas horas da manhã eu acordava e não dormia mais então era aquele sono picado aí eu não tinha resistência durante o dia, aí eu fui do doutor L. e ele, ele que atende toda a minha família, aí então ele falou assim que era proveniente disso. Ele me deu um medicamento que se chama atenolol e eu comecei tomar, e o ouvido também, eu tive muita labirintite sabe, mas muito muito mesmo, aí ele falou assim que a hora que eu aceitasse as coisas, que se ajustassem as coisas dentro do meu lar aí ia amenizar e foi se ajustando tudo. O meu marido sarou né, e eu fui melhorando, aí ele falou pra eu dar continuidade ao medicamento, mas eu comecei a notar, porque minha pressão sempre foi muito baixa, depois que eu tive esses problemas começou a alterar, mas quando eu vi que estava estabilizada, aí ele falou você continua com o medicamento, aí eu comecei a enxergar na parede um monte de pontinhos pretos que parecia pintura moderna, tudo umas coisas branca e preta, umas bolas, esquisito, era branco e preto, parecia pintura moderna sabe, aí eu falei pra ele e ele disse você continua e eu achei melhor não continuar, eu parei por conta própria, agora quando eu tenho, quando eu percebo que eu começo a ter isso daí eu tomo por minha conta. Eu tomo totalmente errado... e pra labirintite, eu tomo, eu me médico, eu faço tudo errado você entendeu, eu não gosto de dar continuidade direto né, agora no presente momento no começo do ano agora eu to começando a ficar abalada de novo porque o meu pai, que era maravilhoso pra gente, ele ta com Alzheimer, inclusive as meninas vão lá fazer terapia pra ele em casa e ta com uma ferida, teve dois infartos, operou da ponte de safena, teve outro infarto e não pode operar, tem que operar de novo, mas ele não aguenta entendeu, minha mae ta numa cadeira de rodas e eu durante a semana eu que cuido deles, então eu larguei também a aula, de manhã dou banho nos dois, aí dou café, aí chega uma mulher que chama Vera, ela fica ate uma hora, depois ela vai embora e no final de semana meu irmão fica, eu tenho um irmão, e ele fica com eles, mas é assim, os acontecimentos de agora são acontecimentos que me abala mas não tanto que eu entendo que a idade vai chegando e os problemas vao chegando... e eu tenho uma compulsão, por exemplo todo mundo que fica nervoso ou nervosa, sei lá, nem como, faz mal a comida né, agora eu não, se eu estou ansiosa eu abro a geladeira, fornhos, cato tudo, como tudo o que você puder imaginar, eu não consigo me controlar, de jeito nenhum, aí me doi as pernas, eu to aqui faz tempo e não consigo me controlar a ansiedade, aí eu saro de um problema e entro em outro ta entendo, então eu to sempre assim, alterando, alterando, porque os problemas não acaba, eu que precisava aprender a me controlar, mas essa parte eu não consigo, não consigo, se eu consigo emagrecer um quilo em uma semana na outra eu recupero, é assim, eu não consigo manter assim sabe, eu to totalmente desajustada mentalmente eu acho. *E há quanto tempo foi o primeiro pico de aumento da pressão, faz muito tempo?* Foi em 2009.

M11 Depois da ultima gravidez, que eu fui no médico. (...) e ele receitou remédio. *E o filho mais novo tem quantos anos?* 19 anos. *Então já faz dezenove anos do dia do diagnóstico.* Dezenove anos. *E sempre a senhora toma todo remédio?* Todo remédio.

M12 Então, porque a minha família já vinha já de uma família hipertensa, minha mae é hipertensa, meu pai, minha mãe mais né, e eu acho que a minha, eu acredito que a minha descambeou porque eu tive problemas

emocionais, então é, problema de doença, então eu acho que tudo isso foi desencadeando pra uma pressão alta, eu tive uma sobrinha que eu perdi com 18 anos que a gente lidou muito com ela com problema de câncer, então foi todo o meu lado emocional que depois de um certo tempo veio a tona. *Como a senhora descobriu a hipertensão?* Então, porque a minha pressão chegou, quando a gente tava lidando com toda a situação eu acho que ela subia e eu não percebia, eu sentia que meu rosto ficava vermelho quando eu ficava muito preocupada, muito nervosa, o rosto ficava vermelho, era 14 ai teve uma, depois de um tempo ela foi pra 22 ai eu precisei procurar um médico, ai eu passei mal mesmo, foi pra 22, ai juntou uma série de problemas, ai precisei procurar um medico e quando foi medir tava 22. Ai a partir desse momento eu comecei a tomar o medicamento da pressão eu tomo até hoje. *Quantos anos faz isso?* Ah ta pra fazer, deixa eu ver, uns 7 ou 8 anos... então ela sobe assim, eu acho que é o meu lado emocional que tem mais influencia na pressão.

M13 Então a gente vem aqui né... eu nunca tive assim, ai eu cheguei aqui e fui medir a pressão e falaram nossa a senhora está com a pressão muito alta, ai eu fui sentar lá, estava 16/10... mas só que daquele dia não deu mais, é 12/08, 13/08, nunca mais subiu daquele jeito

M14 Como eu soube... eu tava grávida de três meses do meu segundo filho, que hoje está com 23 anos, e eu perdi minha mae, ela morreu com 64 anos, então foi um choque pra mim, porque ela não tava doente nada. *Ela morreu de que?* De AVC. Talvez ela tinha pressão alta e não sabia, então depois o medico teve um acompanhamento porque eu tava fazendo o pre-natal, tudo, e ele começou me acompanhar mais de perto, preocupado porque eu perdi minha mae, ate ele nem queria que eu fosse no velório da minha mãe, porque eu fiquei, foi um choque muito grande pra mim, ai ele foi monitorando tudo e ele descobriu que eu tava com pressão alta devido ao fato da morte da minha mãe. *E desde então a senhora se trata?* Desde então eu tomo remédio, nunca deixei de tomar.

M15 Eu fui fazer uma cirurgia do joelho, ai eu fui na consulta pra passar com o anestesista, e chegando lá eu fiquei preocupada da minha filha entrar comigo, ai quando ele... e tava demorando também, ai eu fiquei... sabe assim...nervosa, ai quando eu entrei ele foi medir minha pressão e disse que a minha pressão tava alta, foi na época de fazer a cirurgia. Entendi... - ...que eu fiz a cirurgia do joelho... *E quando foi?* - Faz tempo, ah faz uns 6 anos já. Ai foi disso pra cá foi 22 (nossa) acho que por 9 parece, ai o medico me mandou procurar um cardiologista né, pra ver se eu podia fazer a cirurgia foi onde eu fiquei tratando, tomando o remédio. *Ai começou a tomar o remédio nessa época?* - É foi nessa época.

M16 -Ah, eu né, assim, eu sentia mal, dor de cabeça, estomago ruim né?... diário, dai eu peguei e fui no médico como a gente (...) ai a Dr Sonia que descobriu né? Que eu tava com a pressão alta. *E faz tempo isso?* - Ah faz, faz uns oito anos que eu tenho ...bastante tempo.

M17 Meu pai e minha mãe são hipertensos. Então já faz cinco anos que faço exame com a Dra. Olga. E foi desenvolvendo devagar. Eu estou no inicio, ele falou que isso se desenvolveria de qualquer maneira por causa da hereditariedade, principalmente por causa da gordura, porque eu engordei bastante. Então estou fazendo os exames, ano passado eu fiz e deu tudo normal. (...) para eu dar uma controlada. E como eu engordei muito ano passado pra cá, eu comecei a sentir bastante diferença, foi ai que comecei a sentir mudança na pressão. Quando procurei ele, marquei uma consulta. *O que piorou então foi ano passado?* Foi esse ano. Comecei a ter um controle bem grande da pressão e passar mal mesmo, sentir mal estar. Foi assim que eu descobri. Ele falou que é o inicio, que não tem cura mas tem controle. (...)

M18 Foi em J, mas não foi agora. Antes a pressão era controlada, e também acho que passei por umas fases tão complicadas da minha vida, que não tive tempo de, por exemplo, deixava de atender problemas ginecológicos (...) e a parte de hipertensão e diabetes, que constavam nos exames que eu tinha feito. Mas a hipertensão eu não sabia direito. *A senhora lembra a quanto tempo teve este diagnóstico?* O mais preciso foi há sete anos. (...)

M19 Eu tinha uma cirurgia e o procedimento era numa quinta-feira, e quando foram medir minha pressão, estava 18 por 8. Deram um remédio e me encaminharam para um cardiologista, e estava mais alta ainda, estava 20. Ele perguntou se eu não sentia nada, mas disse que não. Coloquei o remédio embaixo da língua, e abaixou. *Faz quantos anos isso?* Exatamente seis anos. *E a senhora continua tomando remédio?* Continuo. É para a vida toda. Continuei indo no cardiologista, e com o tempo minha pressão foi abaixando. *E a senhora nunca mais teve pico de pressão?* Nunca mais.

M20 Fazendo exame de rotina. Fiz o (...) o eletro, (...). E como a hipertensão é devido a (...) tinha dor de cabeça (...). Mas não era muito forte, tanto que o médico passou um remédio bem fraquinho. Que não é nada sério. *E a quanto tempo que a senhora teve o diagnóstico?* 2 anos. *E a senhora toma remédio?* O remédio comecei a tomar agora, depois do último exame que eu fiz. E ele falou que é mais emotivo. (...) que é devido ao problema que eu tenho no coração, numa válvula, mas é de nascença, não é nada sério.

2) O que é Hipertensão Arterial para você? O que você sabe sobre ela?

H1 Ihh...eu não sei falar pra vc...

H2 É pressão alta né, é um mal silencioso, né, então to tomando remédio agora, ta 13, não ta passando de 12, 13. As vezes sobre um pouquinho, na semana passada, no sábado passado deu mal estar na cidade, a pressão tava um pouco baixa, tava 11, mas é raro isso, geralmente é alta. Quando eu fico sem tomar o remédio ela sobe muito, mas agora com o exercício sempre é só mais assim, eu comecei fazer em março, então eu to vendo uma melhora, tenho mais disposição, parece que aquele cansaço que eu tinha... não é mais nada extremo... com exercício melhora, eu não fazia nada... eu pedi para o médico encaminhar.

H3 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.

H4 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.

H5 Meu irmão morreu de AVC, com 44 anos. Ele estava trabalhando e nem deu tempo de socorrer (...) pelo menos no óbito consta que era AVC. (...) por isso eu fiquei preocupado por causa da família (...)

H6 A hipertensão é de herança genética, minha mãe tinha e posso dizer que herdei isso dela. E também por preocupação, a pressão de responder por três fábricas e ficava o dia inteiro preocupado, e com isso, acredito que ajudou a minha pressão oscilar e eu não percebi porque era mais jovem. E depois com acompanhamento médico, não sentia a necessidade de tomar remédio, e também acredito que hoje a pressão alterada hoje seja pela necessidade das pessoas, preocupação com os filhos, (...). O que as pessoas não percebem também é a alimentação, não fazem exercícios. (...) Bebida alcoólica também não é boa.

H7 Eu sei que ela prejudica, que dá infarto.

H8 Eu sempre procuro elucidar ao máximo. Ela causa AVC, basicamente é isso. *O senhor sabe que existem causas primárias, secundárias. Como é que o senhor sabe disso?* O médico na época comentou, que hoje a minha era a ansiedade e estou acima do peso também. Melhor eu tratar agora para que depois não apareçam outras causas. Então foi o que controlou bem.

H9 Eu sei que ela prejudica muitas coisas, ela desestabiliza o corpo da gente, o sistema da gente, é um outro sistema diferente, cai tudo, a temperatura, então acho que é isso.

H10 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.

H11 O que eu sei é da hipertensão arterial. A pressão das artérias se alteram, 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.

H12 Pelo menos da minha, a pressão geralmente sobe a noite, deitado dormindo que ela (...). Durante o dia, mesmo se eu tomar o remédio, e não tomar ela (...). Agora eu levanto de manhã, tomo remédio e minha pressão já está 14 por 10, 14 por 9. Aí quando é umas 10 horas a minha pressão já está 12 por 8. E eu já tomei um agora, tomo 2 de manhã e um a noite. E a minha frequência, que eu sei, é que é uma doença silenciosa, se não cuidar pode matar. Pode dar um dano muito grande, pode ser irreversível. Então eu cuido, eu já vim pra cá para poder

cuidar melhor. *Há quanto tempo o senhor está aqui?* Aqui vai fazer umas 2, 3 semanas. *O senhor fazia atividade física antes?* Fazia mas não muito, mas o tempo não era o que iria me salvar. Achei que estava caminhando na beira da obesidade mesmo. *E o senhor estava tratando só com medicamento?* Só com medicamento, e ia caminhando. Moro a 4 quadras daqui, mas nada que possa falar que seja exercício mesmo. Joguei muita bola quando era mais jovem, joguei 10 anos no profissional. Joguei basquete, mas fiz uma cirurgia muito forte no joelho e parei com as atividades. Hoje tenho medo, mas o dr.(...) falou que eu precisava vir aqui, emagrecer, cuidar do seu problema de coluna. Fui fazer um exame e deu bico de papagaio. *Então o fator principal foi da coluna e não a hipertensão?* Na verdade eu vim por causa da coluna e do peso também. (...) Meu peso era por volta de 90, 91 quilos. Mas com o tempo fui deixando e agora aumentou. Trocou o remédio também, que deu uma melhorada. Não sinto mais dor nenhuma, só dor de cabeça por causa de uns componentes de alguns medicamentos.

H13 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.

H14 Eu acho que eu to com hipertensão quando eu me sinto mal, com uma dor de cabeça, tontura, quando eu me sinto, quando eu to nervoso, quando eu to atarefado, estressado, sobrecarregado, passando a demonstrar nervosismo, impaciência, sonolência, e as vezes há perda de sono também, certo, quando tá assim eu costumo medir a pressão e já acusa um pouquinho alterada.

H15 No começo tinha muita dor de cabeça, e depois da operação essa dor sumiu. E quando a pressão começa a subir eu começo a suar. De uns tempos pra cá, há uns oito anos, minha pressão varia geralmente para 14 por 8. *E o senhor sabe o que aumenta a pressão, o que sabe sobre isso?* (...)

H16 O que eu sei é o básico, eu não vou falar pra você que eu sei tudo, ela é silenciosa, perigosa no caso se você não tiver usando medicamento em dia, tudo certinho, medindo uma ou duas vezes por semana e ta acompanhando ela é fatal, se ela chegar a subir e você não perceber ela dá um infarto fulminante então o perigoso dela é isso daí, tem pessoas que, minha esposa no caso, ela tem mas a dela estando 14/10, 15/10 ela já começa doer a nuca e a frente da cabeça assim ela sente antes disso daí, meu avô mesmo, meu avô chegou em 22/10 a pressão... e o que eu sei dela é isso daí, se você toma cuidado, é perigoso pra sua saúde, é fatal... a medicina ta assim, não é taxativa, mas é ou você cuida ou vai ter consequências, se você não levar a sério isso é super perigoso

H17 Olha, a pressão alta tem (..) O que eu sei. *Que causa derrame...* Que uns tempos pra cá eu venho controlando muito bem a minha. E eu ultimamente entrei num quadro que pesava 107 quilos. Hoje eu estou com 100 quilos. *Está controlando o peso também...* Estou controlando o peso. Estou me tratando agora com a Dra. G. A pressão é isso ai, é 14 por oito. *Só não pode descuidar.* Só não posso descuidar (...).

H18 Nada. Na verdade sei que pode até tomar remédio e não tomar é a mesma coisa. *E o que o senhor sabe da pressão?* O que eu sei é que nem um marca-passo (...) e que de três batidas, uma é negativa e as outras positivas. (...) e tem o colesterol que trata com remédio. *O senhor toma remédio para o colesterol?* Colesterol, afinar o sangue, diabetes. 20 anos, vai “dar um treco”em mim qualquer dia e eu nem vou saber porque. *E o senhor toma remédio?* Nunca tomei remédio. Médico mandou e agora vou tomar. *Mas o senhor não tem sentido nada?* Não. (...). *Mas o senhor não toma de sábado e domingo?* De sábado cedo eu tomo. O da pressão eu tomo todo dia. Mas de diabetes não. Nunca deu nada.

H19 Eu sei que (...) pode causar um infarto, AVC.

H20 É silenciosa, (...) o problema da pressão é que com o nervoso ela aumenta um pouquinho. (...)

M1 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 ta controlada eu não fico muito assim, mas eu sei que ela é crônica, afeta, dá parada cardíaca, eu sei é isso também, não sei muito não.

M2 Ah, o que eu sei é, ai e agora como que eu vou te falar, o que é, eu não sei expressar assim como que é, como a gente sente assim? A gente sente dor de cabeça, quando fica nervosa sobe, assim que eu sei né, quando fica muito ansiosa sobe, mais ou menos assim né. *E como é que sobe alguém já explicou para a senhora?* Não,

não, eu vou sempre no médico mas não entendi muito bem como que é, eu sei assim o que eu sinto, que meu coração começa a agitar muito e começa a dar dor de cabeça, aí eu percebo que subiu, aí eu tomo o remédio, assim certo falar pra você eu não sei não explicar bem certinho eu não sei.

M3 O que eu sei sobre a hipertensão é que é um caso muito grave que tem que ser tratado, tanto com medicamento quanto com alimentação, exercício.

M4 Olha eu não percebo as vezes quando ela esta alta, eu sou muito gulosa, eu gosto de comer bastante, eu não tenho muito regime não, ate 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. Quando eu passo muito nervoso, as vezes na escola, já viu professor não passar nervoso né, aí a pressão da alterada. O que eu sei dela é que é meio perigoso né, ela pode levar a morte. 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 controlado, quando eu deixo de tomar eu vejo que no outro dia a pressão está alta, então não pode ficar sem tomar os remédios.

M5 Não sei muita coisa não, tipo assim eu tenho, mas eu nem ponho na minha cabeça, entendeu, cuido de um monte de gente que tem, oriento, mas eu sei tipo assim, sua pergunta é como, se é biológica mesmo ou mais emocional? *É, o que a senhora sabe sobre a doença.* Eu sei que ela pode dar muito AVC, infarto, te causar infarto, pode prejudicar o rim, insuficiência renal, mais ou menos isso, não sei muita coisa não.

M6 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, e os exercícios né tem que fazer, eu faço aqui a hidro né e eu também tenho assim parte já de problema de coluna 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 poe pra fora, não consegue por pra fora na hora e depois vem a tona, acho que isso tudo faz mal né.

M7 Eu vejo falar que causa derrame. Meu cunhado teve, e falaram que a pressão estava alterada. E ouvi falar que muita gente tem depressão também, aí fiquei com medo. (...) as vezes quando começo a ficar muito nervosa tendo me acalmar, quando sinto que meu pé está começando a formigar já começo a fazer massagem. É estranho, quando fico nervosa já tenho aquela cisma. Quando dá nervoso ela pode subir de uma vez. Meu marido que nunca teve pressão alta começou a medir também. (...)

M8 Eu sei o seguinte, vamos supor, quando não sente é a pior, que é a minha. Que nem meu pai, teve um AVC e morreu faz 10 anos, ou ter um infarto fulminante, ou ficar paralisada uma parte ou outra, cadeira de rodas. O que eu costumo ouvir em entrevistas, no bem-estar ou domingo espetacular, (...) é que o dr. T. disse, que tenho distúrbio de personalidade. Eu sou uma pessoa assim, na mesma hora que estou bem, que estou brincando e rindo, eu fecho a cara, não converso mais. Se eu continuasse assim era para eu procurar um psiquiatra, mas eu não fui não. Mas eu continuo assim, com esse estado de humor, uma hora estou bem, quero conversar e falo até demais, uma hora quero ouvir musica, quero dançar, outra hora não sei explicar, tenho vontade de chorar. Se eu chorar é porque tem alguma coisa que está me fazendo muito mal.

M9 Eu acho assim, cada pessoa, pelo menos o que eu já estudei, tem um tipo médio de pressão, né, e as vezes, por exemplo, 14 é bom pra mim, mas pra você não é, certo e assim, por exemplo, 12 pra você é bom, pra mim ela é muito baixa, então, relativamente, a pressão relativa tem que ser de cada pessoa, pelo menos foi o que eu vi aí. E, o que é a hipertensão, é essa pressão estar sempre acima da média daquilo que está acostumado a estar em nós, cada um.

M10 Meus pais são, no caso meu é hereditário, eu sei o que acontece porque eu que levo minha mae no medico, eu que levo meu pai no médico, assim direto né, então minha mae tem um coração crescido, enorme, por causa da hipertensão, outra coisa, minha mae tem uma deficiência renal que ela pode começar a fazer hemodiálise por causa da hipertensão, então eu sei levando ela no médico a causa, só que mesmo sabendo, vendo isso eu não consigo me controlar entendeu, agora meu pai ele já ta, você olha ele assim, ele já ta cadavérico sabe, é uma cor sabe, ele teve o segundo infarto foi há um mês, então a cor cadavérica, as pernas toda preta, e a hipertensão aumentou muito o coração, então pra você ver, ele infartou, tudo ele corre risco, mas ele já ta em outro mundo, ele não ta aqui...

M11 A única coisa é o sal. (...)

M12 O que eu tenho aprendido é aqui na, porque a gente tem sempre aquele horário, toda segunda-feira tem um grupo e também fala um monte de coisa sobre a pressão, então eu to mais por dentro por causa disso. *E o que você sabe?* Da pressão? Olha aquilo que eu te falei, que eu sei da pressão é que a pressão muito alta é perigosa, que a gente precisa tomar cuidado, tem que se prevenir, quanto a da emocional eu não tenho como controlar isso, não existe só pressão emocional né, existem vários fatores né, a obesidade é um fator que contribui pra pressão alta, são vários fatores né, o meu eu acredito que foi meu lado emocional.

M13 Eu não sei nada... eu sei assim de ouvir falar... uma amiga minha ficou com o lado paralisado... essas coisas assim, mas eu graças a Deus nunca tive nada não.

M14 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... e quando a gente fica nervosa a primeira coisa que sobe é a pressão né, que até eu mesma já senti isso, quando eu fico nervosa me falta o ar, ataca dor de cabeça então é onde que eu sei que minha pressão está alta.

M15 - Assim da pressão alta, sei que a gente não pode ...assim... comer coisas muito salgadas né, que a gente não pode, assim, comer comida que faz mal (...) comida mais assim sem sal mesmo. *Entendi, tem alguma outra coisa que a senhora saiba da pressão alta?* - Não, só sei disso mesmo. *Que precisa controlar o sal.* - É...

M16 - De informações, o que eu sei assim né, que ela da um mal estar que é o que eu falei, e dá o derrame, o enfarte também, né? Dá varias coisas né? E a gente evita tudo o que é salgado, pra num... Porque sabe que pode prejudicar... - É. Mas assim mesmo, ainda com o medicamento que eu tomo três vezes no dia, ainda tem dia que ela altera, né? Não é muito controlado... depende do nervosismo né, porque tem dia que a gente passa nervoso, queira ou não queira você fica nervosa, ai ela aumenta e nem o remédio faz efeito.

M17 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, diagnostico, qual que é a qualidade de vida daqui pra frente, mas saber o que trouxe não. Tanto é que ele falou pra mim foi isso, que eu apresentaria esses problemas mais pra frente, só que (...).

M18 Que a hipertensão é um problema grave, que pode trazer certos problemas, como o infarto, derrame e outras coisas. E precisa ter um controle do sal, ter uma vida mais tranquila, pois o emocional mexe muito com a pressão. Eu acho que é isso. O sal que é um predominante no alimento, e alimentos gordurosos. Eu adorava comida mais salgada, mas não sabia que era tão perigoso.

M19 Eu sei que acarreta uma série de problemas, como o AVC. Minha mãe começou a tratar quando estava na menopausa, (...) ela não tomou mais remédio, ela diz que não é por causa do remédio que está baixa, é por conta do antibiótico. O médico tirou o remédio dela da pressão, e não teve problemas depois.

M20 Que não pode comer comida muito gordurosa, com sal (...). Às vezes você nem precisa comer, um dia que esteja mais irritada, e eu sou muito.

4) É possível prevenir a hipertensão arterial? Como?

H1 Acho que dá pra prevenir com alimentação e exercício.

H2 É, se não for genético né... porque tem essa porcentagem, tem a comida, o sedentarismo, acho que uma forma de equilibrar um pouquinho esse problema.

H3 Acho que seja. *De que forma?* 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.

H4 Sim, eu acho que sim. Eu acho que praticando esportes, fazendo atividade física, a alimentação, a reeducação alimentar, fazendo uma reeducação alimentar eu acho que é possível.

H5 Se tiver condições é. *E como que é isso?* Ter tempo, ter condições para se alimentar, fazer exercício, tomar o remédio certo. Porque quando você está num momento de ansiedade para resolver um problema, você esquece de tudo isso. *E como é que é se cuidar?* Fazendo todos os exercícios, tomando remédio na hora certa, alimentação na hora certa, tudo que vem corrigir isso aí. Dessa forma seria a melhor maneira e sempre procurando médico para fazer avaliação e para acompanhar, que seria a única forma de prevenir hoje.

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

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

H8 Alimentação, controle de peso, atividade física, isto tudo colabora.

H9 Sim, é não beber bebida alcoólica, não comer muitas coisas gordurosas, excesso de alimentação e fazer a caminhada e estar se movimentando e eu acho que o fato mais importante é estar mais ligado com a família, esse apoio da família já te ajuda bastante sobre isso... se não fosse a minha família eu já estava meio acabado viu... ah é que a família né, assim, por exemplo, eu gosto de ficar assim mais sossegado e ela fica assim me cutucando, olha você tá assim, aí as vezes eu vou comer qualquer coisa diferente eles fala cuidado, olha sua diabetes, sua pressão, tá sempre cuidando, puxando a orelha. O que eu acho que ajuda muito também é os exames, o retorno do médico, que eles tá sempre cobrando também, que se ela passa, na médica, passa um pouquinho da média ela já pega no pé da gente.

H10 Sim, exercício, diminuir o sal, não ficar parado...

H11 É. *De que jeito?* Com alimentação e exercício. E também a aprender a conviver de aceitar, ter tolerância com as questões da vida, que estressam. Então a disciplina de saber que vai ter algum estresse em alguma situação, em todas as questões, comportamentais, sociais.

H12 Eu acho. Se eu tivesse descoberto isso antes, se eu tivesse um melhor acompanhamento que nem em Pirassununga, como piloto de avião, não estaria nesse fator, com 100 quilos. Teria feito mais exercício. *É que a obesidade é um fator de risco?* Sim, eu nunca fui gordo. Se for ver foto minha de Pirassununga, eu tinha 60 quilos, nos meus 22, 23 anos. Eu sei que não foi só o fator de obesidade, outras coisas interferiram, não sei o que pode chamar isso. Minha mãe, meu pai e meu irmão não são. Na família do meu pai ninguém tem, então eu não sei de onde vem. *A hipertensão tem múltiplas causas. É uma doença que é desvalorizada, que não se conhecem muito bem os riscos.* Concordo com você, porque se for associar o que eu tenho, a pressão alta, com o excesso de peso, que é o fator de obesidade, isso compromete. *Você não toma outras atitudes além da medicação?* Se eu tivesse tomado outras atitudes quando fiquei sabendo com 27 anos, me cuidado melhor, vai muito da boa vontade. Eu acho que deixei, devia ter feito melhor, estaria cuidando dela, mas não da obesidade.

H13 Acho que sim. Com remédio. *Só o remédio?* Acredito que só o remédio.

H14 É, é. Uma boa dieta, com atividade física, horário para tudo, procurar levar uma vida mais tranquila, se envolver com lazer. *O senhor toma remédio?* Tomo, tomo um pela manhã.

H15 Dá. Diminuindo bastante o sal, beber mais água, remédio.

H16 Olha, prevenir se você não tiver na família ou, é possível sim, mas se você tiver você não consegue sem medicamento você tá entendendo, agora a prevenção eu acho que é o melhor caminho, você tem que procurar, é, como quando você pediu as notas, eu acho que você tem que ter um trabalho porque tá dentro da pressão alta, você não deve fazer esse tipo de coisa você entende, mas prevenir você pode prevenir sim tendo uma vida saudável, não comendo coisa gordurosa, não se enchendo de álcool, tem muitas coisas, muitos fatores que você poderia tá evitando pra poder não ficar com a pressão alta, só que a pessoa não se toca que ela tem uma doença, ela acha que o corpo dela é um super homem e não é, ah não eu vou combater com o meu próprio corpo, não né, você não consegue combater com seu próprio corpo. *E isso acontecia com o senhor?* Acontecia, acontecia, inclusive eu comecei a tomar remédio a primeira vez eu parei, ela normalizou eu parei, então ela tornou a voltar,

so que tem, aí que ta o problema, aí que mora o perigo, que você para, você começa, você para, você começa, o seu corpo vai ficando imune àquele remédio que você ta usando, então quer dizer você volta a tomar já não adianta mais, porque já aumentou daquilo que tava, isso daí foi o que eu coloquei na cabeça

H17 Olha que eu sempre falo, parei de beber, o sal diminui bastante. (...) Mas minha meta é chegar no (...). Mas eu diminui bastante o sal. Estou fazendo exercício.

H18 Não dá. (...) como quando a pressão vai subir você não vai ingerir sal. (...) *Então um jeito de prevenir seria diminuir o sal?* Sim.

H19 Sim. Fazendo dieta, exercício físico. São fatores para que não surja a pressão alta no indivíduo.

H20 É. Eu acredito que sim (...) cuidando da alimentação.

M1 Eu acho, ah não sei, é possível, mas eu não sei ainda que forma é possível, evitando todas essas coisas aí, tendo uma vida mais saudável, com qualidade, eu acho que é por aí o caminho.

M2 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.

M3 Acho que sim, fazendo exercício, alimentação saudável...

M4 Só na alimentação, porque problema emocional... de repente você esta numa boa no outro minuto já está passando mal, ou você esta dando aula e um aluno briga com o outro, aí... não dá... é uma coisa assim... não dá para prevenir.

M5 Eu acho, fazendo exercício, comendo pouco sal, não comendo tanta gordura igual a gente come, uma forma de procurar não passar tanto nervoso, quando eu descobri mesmo foi uma época que meu marido, eu passava muito nervoso, ele saia e chegava a hora que bem queria e conforme eu ficava esperando ele chegar, a pressão subia. Eu ficava seis horas esperando ele chegar, até meia noite, uma hora, ele não chegava eu ficava nervosa, a primeira vez foi assim eu fiquei com tontura, depois eu tive dias de ir com 23 a pressão, e eu era bem nova mesmo, 30 anos.

M6 Eu acho que dá, e dá sim, se você tiver uma alimentação certinha, não levar tudo no estresse, eu acho que o cotidiano da gente, a vida da gente o serviço, não vou falar que eu vou mudar de serviço, eu gosto do que eu faço, mas eu não queria que fosse tanta pressão ... então isso ta me matando por dentro e eu não to botando pra fora, é uma coisa assim angustiada, então acho que é a gente que consegue melhorar isso.

M7 Dá para prevenir sim. Não pode comer alimentos com muito sal, fritura, tem que fazer atividade física, tem que fazer tudo certinho porque tem muito com o que ganhar com isso.

M8 Eu não sei. Eu sinceramente acho difícil responder porque, eu tomo muitos remédios. E por exemplo, estar abalada emocionalmente, você não consegue evitar o nervosismo, o estresse, é difícil você prevenir. Falam “você tem que desligar, deixar pra lá”, mas a questão é, você que está sentindo. Acho que você pode cuidar, mas prevenir não sei.

M9 Lógico, atividade física é o principal pra mim, foi, olha menina a melhor coisa que aconteceu, nunca mais fui parar no hospital. Mas também essa atividade física controlada, porque você fazer de uma maneira qualquer não leva a nada. Alimentação, você distrair, eu falo, você não tem nada o que fazer, está encucada vai no shopping, anda, vai ver loja, anda, eu acho que isso é muito bom, ler, pegar o computador, facebook, brincar lá, vai descansa pega, que a parte emocional influi demais, então se você está insatisfeito então vai, ou abaixar demais se você tem tendência a abaixar ou subir demais.

M10 Prevenir sim ne, que no caso o sal que eu, por exemplo assim, sedentarismo, eu procuro assim me controlar mentalmente mas realmente eu não consigo de jeito nenhum. Outra coisa, quando eu fui ao medico ele também me receitou pra evitar tanto a pressão como o emocional tudo, ele me deu calmante, eu sempre convivi com pessoas que são da família que ficou viciado em remédio de dormir, eu não quero, eu ate comprou o remédio, ai

eu tomo uma semana aí eu começo a achar que eu não vou dormir se eu não tomar, aí eu vou parando e quando eu vou ver eu paro por minha conta, eu faço isso, e remédio pra emagrecer também eu não tomo, agora eu acho assim.

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

M12 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 aumenta e se prevenir na alimentação, controlar o peso, ter uma vida mais saudável pra não ficar tão sobrecarregada como no trabalho, problemas emocionais, na sua casa, familiares, tudo isso, procurar viver de uma forma melhor, eu acredito que isso ajuda bastante, e atividade física, atividade física, bastante atividade física, eu acho que ajuda muito.

M13 Ah... eu acho que dá... eu acho assim, que tem que fazer exercício, tirar sal, tirar bebida de álcool, se alimentar melhor, mais legumes, mais verduras, eu acho que dá para prevenir sim.

M14 Com certeza, eu to tentando fazer isso todo os dias (risadas). *E quais são as formas?* Então, a atividade física, a alimentação também que eu não consigo fazer de jeito nenhum... de jeito nenhum, mas eu to tentando, vou chegar lá, você sabe que quando eu entrei aqui eu estava com 95 Kg, agora eu to mais leve, é 85, 86 Kg, eu cheguei nos 80Kg, mas agora eu dei uma relaxada, mas agora eu voltei a caminhar todos os dias, aqui, então eu to tentando.

M15 - Prevenir?? Ah acho que depende do esforço da gente pra gente conseguir, por que não é fácil mas das sim.. Da pra prevenir? - Da, da sim... E como que é esse esforço que tem que fazer? O que a senhora me diria assim... - Pra gente não comer muita coisa que faz mal, comer menos sal e comer mais coisas né, que não aumenta a pressão.

M16 - Ah, eu creio que sim né? Desde que você comece os exercícios, fazer uma boa caminhada, uma boa alimentação, né? Tem tudo isso que ajuda, né? Eu acho.

M17 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.

M18 Sim. Medindo a pressão (...) procurar a não ter aborrecimentos, alimentação controlada, controle emocional, manter um clima razoável quando possível.

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

M20 Sim. Melhorando alimentação, fazendo atividade física. Se controlar dá para comer tudo que tiver vontade. Aprendi a beber água. (...)

5) Eu gostaria que você falasse um pouco como é o tratamento para a Hipertensão no seu dia-a-dia.

H1 Ah, eu tomo a medicação né, acho que é isso.

H2 ...a gente muda um pouquinho, os doces também, e o remédio né, eu continuo tomando pouca água, eu to tentando, mas eu não tenho vontade de tomar água, mas aquele pouquinho só pra manter o funcionamento, mas é o remédio mesmo e a alimentação.

H3 O meu tratamento? Eu to tratando ... *não está tomando remédio?* Não, eu nunca tomei remédio de pressão, eu tive pressão alta tudo mas acho que eu nunca tomei, que eu lembre não ... faz uns 4 meses que não como fritura, não tomo mais guaraná, como fruta, emagreci 15 kg, agora falta o cigarro ...

H4 O meu dia-a-dia é o que eu faço, eu faço atividade física e mudei o hábito de comer, isso eu mudei bastante, e tomo remédio, tomava assim uma concentração mais alta e agora to tomando menos e o médico disse que a tendência é parar... tanto é que tomava 2 remédios e agora tomo um só e tomava uma concentração de 50mg e agora tomo de 25mg só a noite.

H5 Meu tratamento posso falar que esta bem. Mesmo com as correrias do dia-a-dia e do trabalho, posso dizer que fisicamente e com o remédio estou bem controlado. *Então quer dizer que o que você considera tratamento são a atividade física, medicamento e alimentação?* É o que tem para controlar. Tem casos mais sérios que deve ter outras formas, mas para o meu caso é isso que eu estou fazendo.

H6 Eu poderia melhorar muito, mas estou andando mais do que eu andava, estou tendo melhor percepção da comida. Eu poderia ter mais cuidado com essas coisas. (...)

H7 Agora estou fazendo um pouco de exercício, estou indo na palestra que vai ter agora a pouco. Mas em geral não faço muita coisa.

H8 No meu dia-a-dia está tudo normal, agora que acertou mesmo. É tudo em conjunto, eu ter perdido peso, fazer atividade física, que fazia muito tempo que não praticava, alimentação também. *Então o teu tratamento envolve alimentação, atividade, tudo relacionado.* Até pelo motivo da ansiedade, eu percebo que fazendo exercício a ansiedade fica a zero. E se eu fico dois ou três dias sem caminhar, eu já sinto os sintomas de ansiedade. *Os exercícios contribuem para controlar a ansiedade, então.* Sim.

H9 No dia-a-dia meu eu evito de tá alimentando muito tarde, comendo as coisas fora de hora, como as coisas mais leve... e mantenho sempre meus remédios no horário certo. Sempre quando eu posso eu to aqui fazendo a minha atividade ou outro lugar passeando... pra não ficar muito alterado, porque quando fica alterado sobe um calor aqui no corpo e aí fica tudo diferente.

H10 Então eu faço atividade aqui três vezes por semana e tomo medicamento.

H11 No meu caso, eu vivi no S. faz muito tempo, então eu tive um tratamento mais evoluído e um apoio para a hipertensão arterial, com o acompanhamento no S. Eu tive resultados muito bons, minha disciplina evoluiu muito, consegui fazer as metas e objetivos. Mas sempre houve mudanças, eu tive fases em que as atividades físicas eram o dia todo. As reuniões com o psicólogo eram semanais individuais e em grupo de oito pessoas. E as mudanças foram ocorrendo nesse período, até que, sem uma preparação prévia do atendimento para o paciente, para eu aceitar a tolerância do sistema, eu que coloquei o nome e recebi a alta supervisionada, nome dado por mim que eles acataram. Fiquei sem atividade física acompanhada, sem acompanhamento psicológico e sem atendimento com nutricionista. Isso foi interrompido em dezembro, então agora que eu estou recondiçãoando minha vida fora do S., não houve uma adaptação para que isso ocorresse. Então hoje estou numa fase de adaptação sem a orientação que tive. *E o senhor está fazendo uso de remédio?* Sim. *Está fazendo alguma atividade física?* Quase nada. *E a pressão como é que está?* Está controlada. Com o acompanhamento no setor do cardiologista, venho fazendo exames. Meu colesterol bom diminuiu por falta de exercício físico, meu triglicérides aumentou também por conta disto. Mas já está ocorrendo mudanças por causa desta adaptação que tenho feito. *O senhor pretende voltar a fazer atividade?* Pretendo. Eu estou buscando uma nova programação.

H12 Essa é minha duvida por enquanto. Porque eu estou tratando da obesidade, mas não da hipertensão, ela está controlada. A minha ansiedade é de subir o peso e as causas dela. Porque o que me incomoda são as dores nas costas. A hipertensão é um ponto a mais para eu controlar melhor minha alimentação. Penso que se abaixar o peso o remédio fará mais efeito. *Entendi. Porque o foco principal é a alimentação.* Percebi também que depois que comecei a fazer atividade melhorou muito mais. Percebe que se medir a pressão três vezes por dia, pode ver que não vai estar 14 por 9 em nenhum momento, eu não vou ficar tenso. (...)

H13 Hoje uso (...) 2 mg. É esse remédio que me ajuda, tomo todo dia. *E você faz mais alguma coisa?* Agora que comecei a frequentar, fiquei mais esperto com algumas coisas. (...) na família meu pai teve infarto, então estou tentando prevenir, fazendo atividades físicas, por pressão da família. *Quanto tempo faz que o senhor começou a fazer?* Vai fazer duas semanas. *E o senhor acha que isso faz parte do tratamento para a hipertensão?* Acredito que sim.

H14 Eu tomo remédio e me sinto bem, a partir do momento que eu tomo remédio e tenho alguma alteração é porque eu me excedi na alimentação. Comecei atividade física essa semana. O que me fez fazer a inscrição aqui foi a hipertensão e a obesidade, são dois fatores de risco.

H15 Eu tomo três remédios por dia. Um cedo, a tarde e a noite. *O único tratamento é a medicação?* Não, faço caminhada dia sim e dia não.

H16 Hoje, eu vou falar pra você hoje, hoje é atividade física, medicamento, o meu medicamento que eu tomo, procurei sair do sedentarismo, alimentação balanceada, reduzi óleo, pra você ver eu gastava uma média de 4 litros de óleo por mês em três pessoas, hoje pra mim eu nem uso, carne, essas coisa é tudo cozido na água, então eu cortei, uma coisa que eu to um pouquinho adepto ainda é o sal, ta difícil mas devargarzinho eu já to conseguindo, mas ta meio difícil ainda, eu to muito acostumado,

H17 Olha que eu sempre falo, parei de beber, o sal diminui bastante. (...) Mas minha meta é chegar no (...). Mas eu diminui bastante o sal. Estou fazendo exercício. Eu aposentei, mas não parei, tenho sempre alguma coisa pra fazer. O quê mais? Agora, como que é (...) o tratamento. Não sei te responder viu? *Mas o senhor respondeu isso sim, né? O que o senhor considera tratamento. Parar de beber, parar de fumar, fazer exercício, não trabalhar, isso é um tipo de tratamento. É o que eu estou fazendo. A maioria o senhor respondeu certo, (...) o senhor mostrou outra compreensão. É porque parei de beber eu fiquei sem tomar para cirurgia, eu fiquei 90 dias sem tomar nada. A gente sempre toma quando vai pescar.*

H18 Nem pensei no tratamento. Só tomo o remédio. A única coisa que como também, que comia era um pãozinho e uma maçã. (...) e agora com o aumento de peso, diminui o pão ou substitui com o pão integral.

H19 A reeducação alimentar e o exercício físico. Eu ainda estou muito sedentário, carro e escritório. Estou tentando sair dessa rotina. *Há quanto tempo está fazendo isso?* Há um ano e meio. Praticamente logo após o diagnóstico.

H20 Eu tenho feito muito exercício, medicamento eu tomo dois por dia (...) *O tratamento tem sido só a medicação então?* Sim, tenho feito exercício também. *E controle alimentar?* Ah sim, controle alimentar também. Tenho controlado o sal(...)

M1 Oh, o meu tratamento, a única coisa que eu levo a sério é que eu tenho que tomar meu comprimido de manhã, é isso aí que eu faço, e evitei o sal, aprendi no curso que tinha que usar menos sal, mas eu como de marmitta, as vezes eu como fora, então nem sempre é possível, aí quando, eu comprei aquele sal marinho que eles falam que é bom e assim, não to abusando no sal não. E outra coisa que eu fiz, que eu aprendi foi tomar bastante água, isso eu faço, é a única coisa boa que eu faço, só.

M2 Com remédio você fala? *Como é a rotina de tratamento da senhora?* Eu tomo um remédio só de manhã e antes disso eu tava tomando remédio a noite também mas quando eu comecei a fazer o Sempre eu tomo só um de manhã, eu tomava dois a noite, até calmante eu tava tomando, aí não to tomando mais, só tomo um de manhã, foi o que me ajudou muito. *E em relação a alimentação, tem algum cuidado?* A alimentação também eu to fazendo, não muito certinho, mas eu to fazendo, porque no sítio não tem horário certo, mas.

M3 Diminui sal e gordura e comecei a fazer exercício.

M4 Oh eu to fazendo a hidro para ajudar um pouco, pra no caso não ganhar muito peso, evito assim... pra fazer uma alimentação com menos sal, diminuir o sal, não tomo bebida alcoólica, não fumo também, já fumei mas vi que fazia mal e tive uma opinião de largar e... que mais que eu faço... ginastica, essas coisas e procuro não ficar nervosa né. E tomo medicação.

M5 Eu to começando agora com exercício, demorei muito, e eu procuro comer menos sal, procuro não comer tanta gordura igual eu queria né, porque se a gente for comer tudo o que quer e as coisas mais saudáveis, frutas, legumes, tomo remédio.

M6 To tomando remédio, tomo de manhã, tomo a tarde, a pressão ta certinha, quando dá uma diferença, quando eu venho na reunião, é que eu corro muito, eu saio 5:20, vou em casa, me troco e venho e quando eu chego aqui já é 10 pras 6:00, minha pressão ta lá no alto porque eu acelerei demais, mas fora isso graças a Deus ta

controlada até eu vou agora mês que vem no médico né e vamos ver se ele corta um pouco esse remédio e acho que eu também se eu conseguir emagrecer eu acho que eu vou conseguir sair do remédio, mas to tentando, agora eu to pondo na minha cabeça que eu vou emagrecer.

M7 *A senhora já falou que toma os remédios todo dia de manhã, mas existem outros tratamentos? Seria as outras atividades que eu tenho feito, e também tirar o sal da comida, que antes era bem temperada.*

M8 Eu faço (...) tento evitar sal e gordura. (...) mas hoje não estou muito assim não, (...) posso até estar pesando de comer alguma comida com sal, mas doce não. (...) *Então o tratamento é a dieta e a medicação?* É a dieta e a medicação eu acho.

M9 Bom, pra começo de conversa tudo o que eu não queria fazer eu to fazendo, o que eu não queria não, o que eu não podia, o que eu queria mas não podia. Eu odeio levantar cedo e eu sempre levantei cedo, 35 anos levantando cedo, então agora eu acordo 9:30, 10:00, 10:30 certo, não tem hora pra dormir, sempre detestei dormir cedo, mas nunca consegui também não dormir cedo, eu gosto de dormi 2 horas da manhã, 3, assistir as coisas que passa, fico na internet muito tempo, olho, pesquiso, vejo, jogo, brinco, converso com meus filhos tudo na internet, aí vem o pecado, qual é o pecado, a comida, que primeiro mesmo eu não gostando de me alimentar bem, mesmo quando eu trabalhava, eu ia no Mama mia e comia no Mama mia, pelo menos uma alimentação eu comia. Agora não é sempre que eu vou sabe, então eu substituo a minha alimentação. Hoje, por exemplo, eu ainda não almocei porque eu não tenho vontade...isso piorou. E a minha pressão, mesmo eu tendo essa alimentação toda errada, ela ficou boa, ta dentro, sabe, não ultrapassa de 14, coisa que ela ia a 23 e pouco, muito alta, chegou a ta em 25.

M10 No caso é só a alimentação. *E o remédio é só quando a pressão sobe?* Só, o da labirintite também só quando eu to em crise, agora meus pais é direto.

M11 O meu é o remédio. E cortando sal.

M12 Ah eu tomo remédio e faço atividade física, não como muito sal e gordura. Não faço nada frito. Eu nunca deixo de tomar a medicação.

M13 Eu não faço tratamento, só o exercício físico, caminhada.

M14 Eu não deixo de tomar os meus remédios de jeito nenhum, quando eu to vendo que ta dando algum problema, que nem eu tava tomando, certa medicação pra mim me dá tosse, o remédio me provoca tosse, então eu já tive que mudar meu remédio de pressão três vezes, sabe quando o organismo não acostuma aí começa me da uma tosse, aí eu posso correr que é o remédio de pressão, aí eu tenho que mudar. Agora faz muito tempo que eu to tomando a atensina e minha pressão ta super regularizada. *E além da medicação o que mais a senhora faz?* To maneirando no sal, maneiro bastante, gordura também quase não boto na comida, o álcool mesmo também, sabe eu gostava de tomar uma cervejinha no final de semana, agora é muito raro, só numa festinha, mas é pouco porque eu sei minha meta qual é, e tabagismo nunca experimentei.

M15 - De manha eu tomo o medicamento, o comprimido eu tomo no café da manhã, dai eu já pego e já tomo o remédio, ai tomo o remédio também da diabetes, tomo dois e um outro lá que eu tomo pro estomago, seria 3 que eu tomo... *3 todo dias?* - Durante o dia assim, a gente come de 3 em 3 horas (...) come uma fruta, comer bastante verdura... *Entendi... e agora ta fazendo atividade física?* - To... *E quando começou? Faz tempo?* - Não, faz umas duas semanas...

M16 - Ai é... *O que que a senhora faz, como que é? Toma remédio?* Eu tomo, 3 comprimidos por dia, né? *Hum.* E caminhada eu não posso fazer por causa que eu tenho desgaste no quadril, no joelho, né? Então eu não faço caminhada, eu só faço as atividades aqui né? Que é a musculação e a hidro duas vezes na semana. Às vezes eu tento fazer uma caminhadinha, mas é pouco, por que me prejudica né? *Entendi.* Então...é isso que eu acho.

M17 Tem que tomar remédio, fiquei ligada a esse remédio todo dia. Não posso comer nada de sal. Não posso ficar muito nervosa porque sobe. A alimentação tem que ser bem balanceada, nada de gordura nem salgado e atividade física para poder perder peso e eliminar essa gordura. E eu acompanho (...) toda semana para ver qual que está reagindo com a medicação.

M18 Eu tomo medicação, duas ou três vezes por dia. Tomo diurético e controlo na alimentação e movimento. (...)

M19 Eu tomo dois comprimidos, evito excesso, faço exercício. *E a senhora acha que isso é tratamento?* Eu acho que isso é mais uma prevenção, mas também uma forma de tratamento. (...)

M20 Na alimentação, não que eu abuse muito, (...) *A senhora acha que dificultou para tratar da hipertensão?* Acho que sim porque eu sou muito preocupada. (...) *Esse remédio é para hipertensão ou é calmante?* É para hipertensão, não é calmante. *Então a senhora faz tratamento com medicação e exercício aqui?* Aqui é em grupo 3 vezes por semana (...)

6) Houve alguma mudança na sua rotina após o diagnóstico de Hipertensão? Qual?

H1 Não muita, diminui a comida.

H2 Não. Eu evito, que nem agora eu acho que eu que tenho que fazer senão isso lá na frente, da parte do meu pai e da minha mãe é todo mundo cardíaco, tem problema vascular, meu pai não tem uma perna por causa de problema vascular, então eu tenho que me cuidar.

H3 Não, a mudança que eu to tendo foi agora que vim pra cá que me explicaram como que tem que se alimentar, to comendo 6 vezes por dia e não to engordando, então é isso que eu to fazendo, to tomando café de manhã, 10 horas eu como, almoço meio dia, três, quatro horas eu como uma fruta, na janta como salada, três quatro horas antes de dormir eu sempre tomo uma cha com uma bolacha, meu filho fala você não ta comendo demais não, eu falo não, to comendo do jeito que a minha nutricionista falou pra mim, é que você sai todo dia de manhã pra trabalhar com uma parafernália na mochila, é latinha pra cá, baldinho pra lá, falei não, mas é o que a gente tem que fazer, a gente não tomava nem café de manhã, sempre acordava atrasado, levava uma marmitta desse tamanho cheinha, ia almoçar meio dia, aquilo enchia a barriga, lotava né, então ficava aquele peso no estomago, porque não alimentava, só machucava o intestino isso aí, agora eu to comendo aquele pouquinho várias vezes por dia, que satisfaz a minha fome né, bastante líquido.

H4 No inicio não, no inicio não tive não, quando teve o impacto assim eu não tive, eu demorei um pouco pra aceitar, pra achar que aquilo lá ia me prejudicar. Depois com o tempo eu fui vendo que eu tinha que mudar, foi quando eu mudei.

H5 No sentido de querer saber, mas no início não mudou nada. (...) *Você achou que estava associado com a obesidade?* Que estava associado com a alimentação, atividade física (...) com o fato de ser obeso.

H6 Não. Não mudei nada. A rotina continua a mesma.

H7 Eu tive que assumir que tomava pinga e parei de tomar. Faz uns dois anos que parei de beber. *E houve alguma outra mudança fora esta?* Acho que não.

H8 Há um ano controlou mais a alimentação. Já não comia muita comida salgada, mas diminui mais ainda, comia muita carne de porco e carne gorda, cortou bastante. E agora de 3 meses pra cá estou vindo aqui e controlando o peso. Neste final de ano e antes do carnaval que eu subi na balança, eu vi que precisava “dar um jeito”.

H9 Quando tive a pressão alta eu mudei muito meu jeito... antigamente eu exagerava demais, abusava demais... assim quando não tinha esses problemas eu dormia tarde, as vezes chegava tarde em casa, as vezes ia pra alguma festa e bebia demais, você entendeu, aí depois que começou a aparecer esses problemas eu tive que dar uma mudada, agora eu durmo mais cedo, ... não saio para lugar nenhum, fico mais caseiro, fico mais com a família, não sou de ficar envolvido com coisa, evito de estar assim é, as vezes, fumar, eu não fumo, não bebo, evito muita coisa. A minha vida foi outra coisa, ajudou bem a minha vida, graças a Deus, as vezes eu chego na casa da minha família, na família da minha esposa, eles falar olha ta diferente, mudou o jeito né, mudou a postura, até eles fica preocupado. *O que o Sr. acha que o levou a conseguir essas mudanças todas?* Pra mim o que levou mais foi o desespero, porque eu já vi o que minha mãe passava, acompanhei ela muito tempo cuidado de diabete,

problema de pressão, e ela tava indo e não tava mais voltando, não ficava mais em casa, e mais um pouco também era mais a família que ficava preocupada. As vezes você saia que nem quando eu fiquei 4 dias internado eles ficavam preocupados, minha mulher falava que os meninos não dormiam por causa do problema que não abaixava então eu falei o que, tenho que procurar outro caminho.

H10 Mudou porque aí não podia, assim, na verdade tive que fazer atividade física porque eu era sedentário... e também de não aceitar também, no começo eu abusava, não a pressão, mas mais a diabetes, eu não aceitava, aí eu comia doce, eles colocavam soro e eu jogava fora, as vezes abria aquela par sair mais rápido, eu era meio louco, dá um choque térmico aí... hoje não, depois que eu comecei a frequentar aqui, aí mudou quase 100%, eu comecei a fazer nutricionista particular, reeducação alimentar...

H11 Sim. Minha mudança alimentar, em atividade física, em comportamento de estresse, acompanhamento psicológico, orientação sobre isso, pode-se dizer que mudou completamente.

H12 Teve, de alimentação, tanto que depois que eu descobri, até hoje não como sal. Não usar não me incomoda, uso mais o azeite, do que o próprio sal. Tem tarefas pra cá que eu descobri, que só tenho feito pra melhorar. Só que eu falei pra você, vai engordar. (...) *A maior mudança está sendo agora?* Sim.

H13 Não, não houve nenhuma mudança. A única mudança que teve foi semana retrasada, que fui afastado do serviço. Com isso a pressão voltou a subir, então marquei cardiologista para sexta-feira agora para ver o que está acontecendo. *Você acha que tem alguma relação?* Eu acho que tem algum fator emocional envolvido.

H14 Teve porque eu passei a ser dependente de medicação, psicologicamente eu já to condicionado a isso, não esqueço o remédio de forma nenhuma, a primeira coisa que faço é tomar o remédio, religiosamente, a cabeça ta condicionada.

H15 Depois que enfartei mudei muito meu jeito de viver. *As mudanças não foram por causa do diagnóstico, mas por causa do infarto?* Dos dois. (...) tomo remédio pra pressão e para o colesterol, e diabetes. E mesmo tomando remédio ainda fica alto. (...)

H16 Teve, oh primeiramente o que muda é tua autoestima, a primeira coisa que muda é tua autoestima, segundo você se sente melhor, fica disposto, você se sente mais tranquilo, você vê que ta tendo resultado, que eu venho medir minha pressão aí ela, na semana passada ela já tinha baixado pra 12/08, eu consegui uma coisa que em meses eu não conseguia, eu tava com 145 kg, eu sai pra andar 2 metros sentia falta de ar, a perna doía tudo então ia acarretando tudo isso daí, hoje eu me sinto super bem, bem demais, e pretendo sentir melhor, chegar a atingir minha meta, porque eu tenho uma meta aqui dentro e chegar nessa meta, que eu tenho uma meta de até em março emagrecer 126 kg, vou ter que baixar pra 126 kg, em três semanas eu perdi 8 kg e a pressão minha eu sinto que melhorou, mudou 100%. *O que aconteceu que despertou o senhor a realizar as mudanças?* Eu acho assim, um pouco era relaxo, um pouco descuido, não vou falar relaxo que é uma coisa meio, um pouco descuido, a gente descuida muito da vida da gente principalmente quando a gente casa, é um fator, porque eu te falo você casa, trabalha, comida, cama, dorme, trabalha, comida, cama, dorme, você não faz atividade física, você não faz um nada, não sai nada, aquilo você vai ficando com um corpo preguiçoso, você entende, e é aí que mora o perigo, porque você se acostuma, ah não vou fazer nada hoje porque eu to cansado, eu trabalhei e já perdi tudo que eu tinha que perder, não você não perde, você perde assim, mas pra mim, com a atividade física você perde muita coisa, você perde peso, você ganha em resistência e eu andava antigamente 2 metros, hoje eu ando 2 km e meio, faço caminhada de 2km e meio...

H17 Olha, mudança de vida teve (...) então (...). A UNESP, nós fazíamos churrasco todo fim de semana. Toda sexta-feira (...). E a rotina que o pessoal trabalhava (...). Tinha um rapaz bem mais novo que eu, ele tinha uma (...) e ele gostava de fazer churrasco. Mas nós brigamos com ele e o pessoal (...) então eu falei pra ele que eu não fazia exercício, comecei a fazer, que mais? Comida, comida gorda não como mais. Minha mulher tira tudo, às vezes tem que ter cuidado com ela porque ela tira muita gordura. (...) e carne, picanha eu não como inteira, deixo uma beiradinha não vai fazer mal, só um pedaço, não como mais que isso. Carne vermelha eu praticamente como um pedacinho, mas estou comendo uma ou duas vezes por semana. Estou comendo muita verdura. (...) eu não gosto muito de carne, faz mal pra mim e para os meus filhos (...) mais de 50% a carne. *Teve bastante mudança então.* A gente pensa por causa do outro lado também. Por causa do colesterol, diabetes, pressão alterada. Então se for ver melhorou tudo. Até a diabetes caiu. (...) Faz tempo que sou diabético, faz mais de 20 anos, 25 anos, por ai. E sempre estou tomando remédio (...).

H18 Não, a mesma coisa. (...)

H19 Sim. (...) quando fui no médico e vi que a pressão estava 13 por 8, e se manteve. Tive que mudar a alimentação. (...)

H20 Não. (...)

M1 Só uma vez quando eu tomei remédio pra emagrecer eu fiquei bem porque eu emagreci, só que me deu arritmia cardíaca, aquela época que eu fumava parecia que eu tinha morrido porque eu não respirava, então no começo fica assustada aí eu fui né fazer academia, depois relaxei... eu eu não sei até, acho que agora vai direto né, não sei né, porque uma época se eu tivesse melhorado podia parar de tomar remédio, não sei, eu sei que até hoje eu tomo.

M2 Assim, como você fala? *Alguma mudança na rotina.* Ai e agora como eu te falo. *A senhora me falou que quando fez o diagnóstico a senhora não cuidou muito né.* Não, não. *Aí faz uns 6 ou 7 anos que começou a cuidar.* É. *Então a mudança na vida da senhora foi há mais ou menos 6 ou 7 anos.* Ah eu acho que sim, mais ou menos né, mudou bastante, assim ainda mais quando eu comecei a fazer aqui né. *Mudou mais quando veio para cá?* É, mudou mais. *E há quanto tempo a senhora está no Sempre?* Olha eu não marquei, mas é desde quando começou, que tava lá em cima ainda, eu fiz lá e depois comecei a fazer atividade física aqui né, não lembro quando começou certo agora, eu acho que faz mais ou menos uns dois anos.

M3 Eu vim encaminhada pelo oncologista, foi o início dos exercícios físicos.

M4 Ah eu já procurei mais atenção comigo né, fazendo atividade física, procurei médico, a cada 6 meses vou no médico, peço hemograma, tudo certinho, então procurei ter mais atenção para mim.

M5 Não, quando eu recebi não. Na verdade ta começando a mudar agora, que eu to começando a me cuidar, porque você tendo a hipertensão, passando mal ou não, fazendo tudo o que tem que fazer, é como que se a gente não aceita a doença, não cuida, acha que ... acha que todo mundo pode ficar doente e cair durinha, mas a gente nem, agora eu to indo me cuidar, não sei como eu ainda não tive lesão, porque eu tenho diabetes também, junta os dois.

M6 Não, de rotina, teve porque eu vim pra cá, eu procurei o S., o próprio, eu pedi pra Dra. me encaminhar e vim pra cá, pra mim foi bom fazer uma atividade, uma hidro, que eu precisava fazer há muitos anos atrás por causa da coluna porque eu tenho um problema grave na coluna, hoje eu to fazendo tratamento, to com muita dor, to fazendo 10 sessão de fisioterapia ... então tudo levou pra mim vir pra cá e pra me ajudar, porque a hidro é o que tá me ajudando.

M7 Acho que teve. (...) Estou indo em médico, fazendo acompanhamento, se ele achar que vai ter que aumentar o remédio eu vou ter que aumentar, não vai ser por minha conta. (...) mas quando está alterada tem que ser por minha conta (...) *E na rotina? você falou que retirou o sal, o que mais?* Percebi que tenho retirado bastante o óleo. (...)

M8 Eu tentei mudar sim a alimentação, que ela falou, caminhada, condicionamento físico, (...).

M9 É que eu não sou muito de escutar o médico, se eu escutasse, se eu fosse uma pessoa mais assim dedicada ao que o médico fala certo, mas eu não sou muito encucada, ele fala tudo, e eu tá bom, mas ele sabe que eu não vou fazer, eu não sou muito assim rigorosa não, mas a parte da atividade aqui do sempre eu to sendo, do que eu sou, eu to sendo muito mais direita, to conseguindo fazer, consumindo menos sal, não falto nas atividades físicas.

M10 Olha menina, eu só adquiri mais problema, então eu vou falar uma coisa pra você que o dr. L. fala pra mim, ele fala pra mim V. você precisa começar a interiorizar e perceber que você é um eu, então por exemplo, ele falou você tem que se preocupar com você, se notar e não se doar tanto como você faz pra você melhorar, ele fala, que nem esse caso, quando meu pai entra em crise, minha mãe entra em crise e da problema de coração, essas coisas assim, que ele fica muito ruim aí eu não durmo, aí ele fala assim você tem que se preocupar com você, o tanto de sono que você tem é tão pequeno, isso daí é dose cavalari pra um ser humano então você pode ter um colapso com isso daí, ele fala, mas na realidade eu não to pensando em mim não, eu queria poder acudir

meus pais até o fim da vida e controlar que eu queria ver meus filhos felizes, meu filho não tem nada sabe, ele só trabalha muito longe, mas assim não tem nada, é gordo, ta pesando 140Kg mas ele tem 1,94 então não aparenta tanto, agora minha filha ta engordando, ela já voltou a trabalhar, voltou tudo, mas ela ta engordando... inclusive esse mês ela recebeu uma notícia que ela foi classificada pra uma das professoras mais legal dentro da escola, é particular então eles fazem um levantamento, então pra ela ela se ajustou mentalmente mas eu vejo que de corpo, ansiedade, ainda permanece, mas ela não mais dentro do quarto, que ela não queria nem ver ninguém, acabou essa fase, então eu to mais preocupada com os meus pedaços, não eu.

M11 De diminuir o sal eu já diminuía, não gosto de comida salgada. Mas depois que comecei a frequentar aqui, depois que a nutricionista falou, eu fui cortando tudo em casa. *Quando a senhora entrou aqui?* Um ano e meio. Faz pouco tempo.

M12 Ah mudou, que nem no caso eu não tomava nenhum remédio, agora eu tenho que todos os dias tomar o remédio, porque eu procuro o medico sempre, quando eu tenho retorno eu vou ao médico, faço todos os exames que eu preciso fazer, de colesterol, tudo, eu faço exame de 6 em 6 meses, e eu não gosto muito de tomar remédio, mas se é pro meu bem eu tomo né, pra não acontecer algo futuramente mais grave, eu sempre procuro tomar meus remédio, fazer os exames, ir nas consultas, e mudou nisso, eu controlo o sal, controlo o peso, trabalho muito em cima disso ne, tenho frequentado aqui também que me ajuda bastante, mesmo se eu não posso vir aqui eu faço exercício em casa, a ginástica tem ajudado, todas as orientações tem me ajudado, porque agora eu sempre procuro saber o que vai me ajudar, então mudou nesse sentido, é ter consciência que eu sou uma hipertensa e buscar ter uma vida mais saudável né

M13 Teve sim, a gente ta comendo mais verdura, menos açúcar, tirando açúcar, o café tá bem sem açúcar, ah bastante coisa, carne gorda, agora é só frango, a gente aprendeu, tá comendo só frango, ah eu acho que mudou um pouco sim, a família toda. Meu marido não gosta de carne, gosta de frango, peixe, a gente ta comendo mais peixe, então a gente ta procurando sim se cuidar.

M14 Não, até que não, eu tomava meu remédio direito, tudo, durante a gravidez eu tive um acompanhamento, depois fiquei grávida do meu terceiro filho né, também preocupado com a pressão alta o medico... também não tive problema nenhum.

M15 - Ta mudando agora.., na época a gente não ligava para o que a gente comia, mas agora não.. *Agora ta diferente?* Agora tá, agora já sabe que é pra diminuir é o que a gente aprende mais. *E as mudanças que aconteceram foram com relação a alimentação?* - Isso. Até em casa mesmo, eu já falo pro meu marido que também tem pressão alta, ele toma remédio também... *Ele ta fazendo atividade fisica também?* - Não ta, ele não faz. *Porquê?* Então ele não liga pra fazer não...

M16 - Ah teve né? Porque muitas coisas você deixou de(...) não é sempre, por exemplo, que você come uma massa no final de semana, que você toma um refrigerante por que engorda, né? Tem tudo isso, a alimentação é outra...né?

M17 Não (...)

M18 Houve uma preocupação no meu estado. (...) por ter um neto que precisa de mim e do meu marido, precisamos nos cuidar. (...)

M19 Não, só o remédio.

M20 Sim. Eu fiquei mais cautelosa comigo. Procuro não ficar irritada.

7) Para você, o que significa ter hipertensão arterial? Quais os sentimentos frente a esta doença?

H1 Ah, eu não sei o que falar (...).

H2 Até então eu não tomava nenhuma remédio, eu cheguei a pensar comigo, puxa vida eu não tomo nenhum remédio né, ah menos mal porque eu tenho mais medo do colesterol, pressão alta é só tomar o remédio, é um mal

silencioso né, mas eu penso já no AVC, essas coisas, então, eu sou muito encanado com doença, morro ... sou muito encanado com doença, principalmente o câncer.

H3 Eu fiquei muito preocupado, quando eu senti que eu tava com a pressão alta, que mediu e tava bem alterada mesmo, aí começou aquele complexo na cabeça, que muitos enfartos acontece, sabe como que é, começa a embolar as coisas na cabeça, fica aquele complexo, começa a misturar as coisas né, eu só pensava que a dor no peito podia ser um começo de enfarte, alguma coisa, aí eu liguei pra minha irmã no nordeste, falei olha eu to com uns problemas, uma dor no peito ... ela disse toma um suco de laranja com (...) que você vai ver como vai controlar sua pressão, tomei o suco umas 11:30 mais ou menos quando foi 3 horas a pressão tava controlada, mas eu tive muito medo sabe, porque eu acho que mudou muito rápido sabe, que eu tava com pressão muito alta, e a gente vê os causos que acontece de infarto, derrame, tudo sobre pressão, então esse foi meu problema que eu fiquei, a minha mudança foi essa.

H4 Então, a gente pensa muito na família, principalmente nessa época aí eu tinha uma filha que praticamente era nenê, uma criancinha, então eu pensei nesse lado, falei poxa eu to aí me matando e tem uma criança, tanto é que essa minha filha é temporã, minha primeira filha já tem 27 anos, a outra tem 24 e essa tem 11 anos. Foi praticamente bem na época que eu fiquei doente, que eu descobri o meu problema. Aí eu tive que mudar por ela.

H5 Eu acho que eu não vejo muito (...) porque eu tenho como me cuidar, poderia ser muito pior. Como alguém que não tem o recurso de uma clínica. Eu encaro como algo normal, não vejo como problema sério. Encaro naturalmente hoje. *E tem algum sentimento ligado a isso? Por exemplo: tristeza.* No começo não, depende da fase. Quando meu pai ficava doente, eu parava e falava que eu tinha que me cuidar. Eu sentia nesses termos, negligência da minha parte por eu não estar me cuidando. Vejo ela com uma doença, é crônica, mas não é grave. Eu vejo desta forma.

H6 Eu acho que (...) é que nem dor, você não vê, mas sente. Eu acredito muito nisso, o homem criou (...). *E o sentimento diante de ter uma doença crônica?* Eu tive câncer, e faço tratamento a dez anos. Não sou temeroso da morte. Só espero que, se existe um Deus, que me dê uma morte sem ser dolorosa. (...)

H7 É uma doença perigosa por causa que, eu tive um exemplo na família, com a minha finada sogra. Ela tomava a medicação “certinha” e fizeram ela tomar mais remédio. Depois de um tempo ela “colocou na cabeça” que não precisava mais e parou de tomar. Os médicos conversaram com ela, mas não adiantou. Depois teve diarreia, vômito, ficou quatro dias internada, estourou uma veia na cabeça, por causa da pressão. Deu um derrame encefálico. *E o senhor tem medo, fica preocupado em relação a isso?* Não tenho medo. Tenho um pouco de sisma, mas medo não.

H8 Sim, porque eu nunca sentia (...) quando medi estava 16 por 10 e eu não estava sentindo nada, esperei um pouquinho e abaixou para 14 por 10 e eu não sabia. Depois que eu comecei a tomar remédio, subiu umas duas, três vezes. Uma delas era uma quinta-feira, véspera de feriado, começou a dar uma crise de ansiedade e quando vi estava 17 por 10, desta vez senti os sintomas, mas foi depois que comecei a tomar o remédio. *Você sentiu medo, ansiedade...* Sim, foi o que me fez motivar a me cuidar. Comer direito, fazer exercícios. *E o senhor sente medo do que?* Hoje em dia dá muito infarto, AVC. Meu pai sempre foi magro, nunca fumou, bebia socialmente e teve. Não quero ser o próximo, eu quero viver, por isso tenho que me cuidar.

H9 Foi assim oh, eu chegava em casa, meu negócio era chegar e sentar no sofá, televisão, sossegado, não me preocupava em fazer nada, e de uma hora para outra eu comecei a sentir muita dor no corpo, na pernas, perder peso, eu achava que era normal e não era normal, e a vontade, eu perdi a vontade de sair, perdia tudo, até de ficar com a família, conversar com a família, tomava banho e ficava jogado(...) aí que descobriu e foi fazer tratamento foi outra coisa, bem diferente(...) voltou à rotina normal, fica bem mais fácil tocar a vida. Naquele momento eu falei acabou né, porque minha mãe morreu com diabetes... naquele momento veio aquele flash, vish minha mãe morreu com isso e a minha já esta nessa altura, era 600, a sorte minha é que a médica viu aquele desespero e disse não se preocupa que não é coisa de outro mundo, tem cura, você vai poder seguir direitinho o tratamento e ter uma vida normal. Aí eu já fiquei mais despreocupado, mas só que você fica, um baque que você nunca teve, você já teve na família e tem a mesma doença a gente fica mais com a pulga atrás da orelha, a gente fica mais esperto.

H10 Então eu não aceitava também, tinha que tomar medicamento, não podia comer sal, era tristeza, eu fiquei um pouco deprimido, era muita restrição, não podia comer sal, mas graças a Deus me ajudou foi vir aqui.

H11 Nem tanto. Trouxe um alerta, mas não de certo ponto traumático, medo. Trouxe um alerta, tanto é que houve mudança com o tempo.

H12 Não, não tenho não.

H13 Significa? Não sei se é genética ou alimentação. Significa a vida mesmo e se eu não cuidar disso, eu não sei até quanto tempo eu tenho até sofrer o que meu pai sofreu. *E você teve algum sentimento relacionado com a descoberta deste diagnóstico?* No começo sim. Quando perdi meu pai comecei a levar mais a sério. *Você teve medo?* Eu tive muito medo. É muito forte perder alguém pela doença, então eu me toquei que tenho esposa e tenho filhos (...). *Foi isso que o levou a se cuidar?* Foi isso. A perda do meu pai. *Quando?* Foi em 2010. *Foi há pouco tempo então.* Sim, (...) nem fumava, (...) mexeu com a família inteira.

H14 Uma pessoa que não vai levar uma vida normal, que tem restrições a algumas coisas. Que nem as pessoas ficam preocupadas com isso, querendo ajudar, você acaba levando problema pros outros ainda, mas o problema maior é esse aí, sempre na obrigação de melhorar o seu padrão de vida.

H15 Acho que devemos controlar a vida normal. Muitos da minha família tem diabetes, e eu também e eu controlo. *O senhor nunca teve medo ou preocupação?* Não.

H16 Um pouco de preocupação, primeiramente foi assim ah, como se fosse assim ah não to nem aí, vou beber, vou fumar, fumar não que eu nunca fumei, vou beber, vou comer, vou comer carne gorda, vou fazer isso, vou fazer aquilo, no começo é isso, a partir do momento que você se toca que não é isso mesmo aí a coisa aperta, aí você já está fora do controle, aí você começa a correr atrás, correr atrás até que você, muitos consegue, muito não, porque hoje a coisa que mais mata é a hipertensão, você vê a minha mãe ela tinha hipertensão mas ela morreu de uma coisa totalmente diferente que é o câncer, outra coisa que eu falo, cuidado com esses produtos enlatados que tem agrotóxico. *O senhor chegou a se sentir triste?* Ih muitas vezes, desculpa eu falar, mas a gente ta numa entrevista e eu tenho que falar, isso me interferiu até na minha intimidade sexual porque se você ta acima do peso, se você faz força, se você vai fazer uma atividade você já sente e você sabe que a gente gasta muitas calorias nesse tipo de coisa então o que acontecia, eu chegava quase a desmaiar, você ta entendendo, então teve uma época que eu tinha encerrado esse tipo de atividade, chega a um certo ponto que, eu vou falar pra você, até isso encerra, é demais, hoje normalizou, mas se eu fico na angústia ah sou homem, sou isso, e isso vai muito, de quem é casado, da esposa que você tem em casa da pessoa que você tem do seu lado, te ajuda muito, ter com quem conversar, a gente conversa, bate papo sobre isso, sobre doença, que você tem que se prevenir, tem que cuidar então em casa hoje a gente tem uma cabeça muito focada nisso, primeiro a saúde, depois o que vier é lucro

H17 Não. Graças a Deus não tenho. (...) Não, não tenho. Quero viver, isso eu quero. Mas nunca pensei que diabetes pode matar, que hipertensão pode matar. Não, eu falo para os outros. *Mas isso faz você ter algumas ações, pelo fato de não pensar, como o senhor lida com isso?* Como posso falar? Medo sabe? (...)

H18 Não, a mesma coisa. (...) *E o senhor já ficou preocupado por ter pressão alta?* Não. Nem com pressão alta e nem com diabetes. Só preciso cuidar, ir ao médico, mas não me preocupar tanto.

H19 (...) *O senhor teve preocupação ou medo depois do diagnóstico?* Sim. Tanto que comecei imediatamente o tratamento. *Despertou o cuidado.* Sim. Não posso ficar muito tempo sozinho, dirigir de carro sozinho, diminuir a alimentação.

H20 Que tem mais riscos, (...)

M1 No começo eu fiquei meio assim assustada, mas hoje eu não me abalo não, eu convivo com ela normal. Também não me atrapalha, eu não sei quais são os outros sintomas de pressão alta, se é dor de cabeça, o que que é sintoma assim, porque eu só me sinto mal no meu ciclo menstrual, fora isso eu não tenho.

M2 Ah eu acho muito ruim né porque a gente não fica assim sossegado né, porque de repente tá bom, de repente sobe, porque eu mesma sou assim, se eu ficar nervosa, eu to boa, to normal, se eu ficar nervosa aí eu já sinto que sobe, aí eu já sinto mal, tudo, aí eu acho ruim né, eu não sei me expressar certo. *A senhora já sentiu medo ou preocupação?* Ah teve uma vez que eu senti, assim medo de dar alguma coisa, chegou a adormecer, porque antes

de eu começar a fazer aqui de vez em quando eu tava no centro de referência, por isso me chamaram aqui, porque qualquer coisinha que eu passava eu tinha que correr pra lá, porque ela subia, tinha que ir pra lá, tomar remédio, tudo, colocar remédio de baixo da língua, ficar lá, até controlar, aí as vezes eu tinha medo porque os outros falava que se subir pode dar infarto, até teve uma vez que eu achei que ia me dar infarto, que me deu até a dor, aí foi muito estranho.

M3 Ah, eu fiquei assustada, sempre subia, mas não tão alta.

M4 O que significa... ah... uma coisa assim meio estranha (silêncio)... ah... a gente não previne, acontece de repente, tem horas que está tudo bem e quando você olha já começa esquentar, ficar vermelha, aí você já começa a formigar a mão... daí isso acontece de repente. Eu sinto vontade de chorar, dá tipo uma depressão né, aí começa a lembrar das coisas tristes suas, passadas né, angústia mágoa, então você começa a se lembrar de tudo, então é isso que acontece.

M5 Não me incomoda muito não, nem um pouco, porque a hipertensão é bem fácil se você se cuidar, eu acho ela fácil, não é igual a diabetes que você tem mais dificuldade para, não comer um doce se você está numa festa, é mais fácil você reduzir o sal do que o açúcar, não é fácil pra você, igual eu passo muito bem com essa medicação. Não afeta de jeito nenhum.

M6 Assim saber que você tem hipertensão, pressão alta, já te dá uma preocupação grande, porque você já entra numa medicação, tudo bem a medicação, mas poxa vida, eu já to com 44 agora você vai cada vez mais, você vai só remédio, remédio, remédio e o que será de mim daqui pra frente? Eu penso assim sabe, quando eu tiver 60, quando eu tiver 50, será que eu seria uma pessoa tão doente, tomando tanto remédio? Não é melhor eu cortar agora, tentar controlar essa hipertensão? Dá uma tristeza por isso porque você pensa que, ah hipertensão, você pensa que nunca vai sarar, essa é uma preocupação, porque mexe, acelera batimento, as vezes você se sente mal, dá um monte de coisa, você, puxa vida, chegar e já começara a tomar remédio de pressão, eu fiquei triste, eu fiquei assim meio inconformada, eu fiquei porque quando eu vi meu marido tomando remédio de pressão, ele toma de manhã e a noite, deu já achava muito, agora chegou a minha vez, eu to no mesmo estado dele né e ele também fala isso (...) então não é bom ter pressão alta, bom é estar bem com a gente mesmo, não ter problema nenhum né.

M7 Eu fiquei preocupada sim, na primeira vez, principalmente porque minha filha ainda estava viva, e eu tinha que cuidar dela. Na cabeça eu pensava “se eu morrer eu vou deixar a Vani?” e aumentava a preocupação. A questão não era “se eu morrer?” e sim “se eu morrer quem vai fazer as coisas dela?”. As vezes acordava e ficava pensando. *Não era mais por causa da senhora, mas por causa dela.* Sim. Eu via que ela precisava muito, e tinha que ser eu para cuidar dela.

M8 Eu tenho sentimentos, porque minha família é pequena, sou eu minha irmã, minha mãe e meu marido. Se eu cair numa situação onde (...) é um pouco relutante porque, ou vou ter que ir para um lugar onde cuidem de mim ou vou ter que ficar sozinha, porque minha filha trabalha, meu marido trabalha e já mais vai abrir mão da situação dele, da vida dele, para viver a minha vida. *Isso te provoca algum sentimento?* É o que eu estou falando, que ele tem que abrir mão da vida dele para viver a minha, e eu não quero! Eu abri mão da minha vida para viver a dele, com certeza. Mas eu não aceitaria ele abrir mão para viver a minha, porque eu tive uma filha. Ela está com 25 anos agora, pode estudar, tem um bom emprego.

M9 Emocional, muito emocional. Eu tive uma separação trágica assim sabe, e isso fez com que, acabou assim sabe, porque eu era assim muito ligada ao meu marido, sabe aquela coisa de amor maravilhoso, aquela pessoa ser assim, você nunca brigar, nunca ter brigado, as coisas ser tudo certo e de uma hora pra outra ele falou que ele queria ir embora, que ele queria ser livre, que ele queria ser, certo, então isso tudo mexeu porque eu tinha uma vida tal e passei a ter outra vida, não monetariamente, mas eu nunca fui por gasolina no carro, eu não sabia o que era pagar IPVA, IPTU, imposto, essas coisas, a nossa conta sempre foi conjunta, ele mexia com meu dinheiro, né, então, eu passei a ter outra vida, e meus filhos não aceitaram a separação, então não aceitou o pai de jeito nenhum longe de casa, eu tive que ser pai e mãe dos filhos e voltar a uma vida que eu não imaginava existir dentro da minha casa entendeu, (...) administrar tudo, aí meu filho entrou na faculdade e como minha filha com um ordenado só você vai bancar um filho na faculdade fora, sabe, então é muita carga emocional dentro de você, da tua família e você também, e eu tinha o pensamento assim, os meus filhos são meus, eu tenho que cuidar, né, já que o pai quis viver a vida dele, quis ser livre, então eu tenho que cuidar, então eu não posso deixar mais meu filho na minha mãe enquanto eu tiver lecionando, eu não posso empurrar meus filhos pra minha mãe, então e

levar os filhos, leva pra um lugar, leva pro outro, leva pro outro, e você tem que trabalhar, tem suas horas de serviço, e eles tem inglês, ballet, natação, teclado, né, e tudo isso daí você tem que, certo, então tudo foi em cima de mim, eu fiquei muito magra, porque se alguém te contar que, por exemplo, olha você vai se separar eu falava olha ta brincando porque, sabe uma pessoa que nunca briga, por isso eu falo pra qualquer pessoa, faça sua vida, não faça sua vida em cima do casamento que você nunca conhece o outro, faça sua vida, eu tive pra largar a escola, se eu tivesse largado tinha morrido de fome, meus filhos também, você já pensou, então eu acho que tudo isso daí inclui para o seu, para essa pressão, pro estresse, porque já pensou você ter que fazer tudo na sua casa, não ter condição de pagar uma empregada, porque era só o seu pagamento, você tinha dividir tudo isso daí ... meu dentista fala isso, R. oh, pobre se não tem psicóloga tem que ter um padre tá, ele fala assim pra mim, você tem que ter alguém pra você contar e ele te dar opinião, certo, porque melhor coisa do mundo é você ter uma religião, poque a partir do momento que você tem religião, você vai começando a descobrir saídas, porque se eu não tivesse acho que eu sei lá sabe ...

M10 Olha eu vou falar uma coisa, quando eu entro em crise, que é sempre quando começa a girar tudo, começo a me sentir mal, a gente tem medo, eu sinto medo, eu tenho insegurança pra dirigir, eu tenho insegurança, ate as vezes eu to dando aula e to percebendo que ta alterando ne que eu vejo esses negócios na parede ne então ali eu começo a ter medo, medo de acontecer alguma coisa comigo porque na verdade eu acudo todo mundo mas não tem ninguém por perto pra mim, tenho medo mesmo, é isso aí.

M11 Eu acho ruim. Porque para andar, você está bem, mas fica com medo de andar na rua. De dar pressão alta e dar alguma coisa. Eu acho ruim o fato de ter pressão alta.

M12 Ser hipertensa, na verdade a gente não gosta de saber que tem a pressão alta porque qualquer lado emocional seu que você se envolve com qualquer coisa já sabe que a pressão vai subir, eu não gostaria de ser uma hipertensa, causa um certo desconforto.

M13 Ah, eu não tava sentindo nada né, ah eu fiquei preocupada, a gente escuta pressão alta mata, Deus me livre, tem que se cuidar, quando eu cheguei em casa meus filhos ligando, mãe a senhora mediu a pressão hoje, mãe a senhora tomou remédio, aí eu fiquei preocupada, esse negócio mata mesmo, até a minha filha que mora em São Paulo, nossa todo dia ela liga, como é que tá a pressão?

M14 Significa a morte se eu não me cuidar, porque aconteceu com a minha mãe.

M15 - Medo né? (...) a gente fica meio assim... *E tem medo do que?* - Do que eu tenho medo? Ah, de dar um desmaio assim em casa, de dar uma tontura (...). *Entendi... e ficou preocupada?* Eu fico muito preocupada, principalmente quando meu marido fala alguma coisa assim (..) ali eu já fico nervosa e a minha pressão já sobe, ele nem pode falar muito que eu já fico assim, nervosa, minha cabeça já começa a doer.

M16 Não sinto nada não (...).

M17 É ruim, eu sinto que estou em privação. Não é tudo que pode fazer. Tem que fazer na maneira correta. Tem muita coisa que tem que deixar de comer, evitar para não ter a pressão alta. Me sentia abalada, chorava, sentia medo. O médico conversa bastante sobre se eu continuar com o tratamento no centro, continuar com as atividades fora do S., tomar a medicação, se alimentar bem, mudar os hábitos de vida, não vai morrer, não vai ter um infarto. Então isso depende mais da gente do que da doença. Eu aprendi que se eu fizer tudo certinho.

M18 Isso tudo, eu acho que precisa ser forte e pensar, eu não tenho medo de nada que poderá vir. Só tenho medo de depender.

M19 Eu tenho antecedentes, a família do meu pai, então tem uma preocupação maior em me cuidar. *A senhora já teve medo, já se preocupou?* Não. Eu sou agitada, eu sou sozinha, mas está tudo controlado. Se um dia sair do meu controle eu sei o que fazer.

M20 Eu acho que (...) procurar se cuidar. (...)

8) Você tem acesso aos serviços de saúde? Você procura os serviços de saúde regularmente ou quando aparecem os sintomas da pressão alta?

H1 Só as vezes.

H2 Então, pra pressão eu nunca cheguei a ir assim, eu sempre faço o controle agora, aqui tá o controle, a gente toda semana mede a pressão, até eu trouxe, na carteirinha está marcado. *O médico você não tem procurado?* O médico não que eu sou preguiçoso ... eu tinha que levar o exame desde janeiro, eu tenho calculo renal também, tinha que ir no urologista, não fiz o abençoado exame da próstata ainda, to na idade já.

H3 Eu faço acompanhamento com o meu médico que eu faço tratamento, faz um ano que eu to tratando, que eu tive um problema nas pernas de má circulação, mas três meses, quatro meses, eu faço um exame de sangue pra ver como tá, mas sempre quando eu to em casa que eu sinto algum probleminha eu vou no médico sabe, e sempre faço exame, check up direto, to sempre acompanhando tudo ... porque desse 5 anos pra cá eu comecei a ver que, parei de beber, parei de fumar também, de fumar faz 20 anos que parei já, e bebida alcoólica faz uns 4 anos que eu zerei né, e eu vou indo, eu não vou beber mais porque é uma coisa que não faz bem, só leva pro mal caminho, (...), tá em porta de boteco sendo que não perdeu nada né, (...) fim de semana não podia sair com o carro porque a muié não tinha confiança ne, geralmente o bêbado não tem confiança, se prevalece porque tá bêbado, você sabe como que é, fica causando problema, pra ele e pros outros que não tem nada a ver, então é isso daí, eu não quero mais né, as vezes eu tomo assim né, uma taça de vinho (...) o meu caso foi esse. Em todos os casos eu acho que eles vai tirar eu (rs), porque chega uma meta e eles cancela e eu to muito bem. *Mas o senhor pode procurar em outro lugar não é?* Meu filho falou, oh pai se você parar de ir lá no S., você não vai ficar aí parado encostado na televisão, procura outra academia e vai fazer atividade.

H4 Eu tenho. Eu faço meus exames periódicos todo ano, todo ano eu faço. Final de ano eu faço a parte cardiológica e início de ano eu faço os outros exames.

H5 Pelo menos uma vez por ano eu procuro médico. Depois que eu perdi um tio com câncer de próstata, eu passei a procurar médico duas vezes por ano, pelo menos uma eu vou. *E da hipertensão?... Tudo. (...) Há quanto tempo o senhor está aqui (S.)?* Desde o início de Janeiro. Fisioterapia eu venho desde outubro, por causa do meu joelho. Melhorou bem e vim para a primeira consulta para acompanhar.

H6 Eu vou muito ao médico. E lá no S. eu vou toda semana acompanhar a pressão e o peso.

H7 Eu sempre estou vendo a pressão, mas ultimamente não tenho procurado atendimento de saúde. *E por que?* Por causa da correria na usina, por causa da reforma e de máquinas, o encarregado “pega no pé” por uma coisa e outra. E também agora tem aquela lei na usina que se perde um dia desconta no pagamento. Estou esperando uma chance pra mudar o dia e dar certo de ir.

H8 Eu faço “check-up” todo ano. As vezes faço antes do final do ano ou em março. Esse último que eu fiz foi antes do final do ano, que deu a triglicerídeos um pouco alta. E o doutor falou que eu estava um pouco acima do peso, e estava comendo muita massa. E tinha que fazer exercício.

H9 Tenho, procuro. Olha eu venho aqui toda terça-feira, a gente faz a medição, pressão e glicemia, com a doutora eu faço todo tipo de exame que ela pede, ela vê como é que tá, se tá alta, se tá baixa, aí desde quando comecei a tratar com ela sempre dá normal, agora que deu uma baixada, uma caidinha... pra mim graças a Deus tenho um bom acesso, pra mim está excelente.

H10 Tenho, eu procuro, que nem a parte da nefrologia cada seis meses eu vou, e a diabetes também é a cada dois meses, e tem aqui também.

H11 *O senhor disse que tem procurado um serviço de saúde, mais especificamente um médico e os outros serviços o senhor está se organizando agora para procurar.* Sim.

H12 Tenho feito consultas frequentes ao cardiologista. (...)

H13 (...) só quando a pressão sobe. Eu tive uma crise ano passado. *Crise do que?* Síndrome do pânico. Por isso que passei a fazer acompanhamento com psicólogo, com terapeuta ocupacional e com a psiquiatra que me passa os remédios. (...) a hipertensão (...) e comecei a aproveitar as oportunidades também, como fazer atividade física, eu estava muito sedentário. O afastamento do serviço foi devido a síndrome do pânico, não sabia desta

relação de tratamento que eles dão para hipertensão. *Não sabia que atividade física melhora a pressão?* Não sabia.

H14 Tenho. Faço o chek up todo ano. Eu to sempre fazendo exame pra ver como tá colesterol, triglicérides, e medindo a pressão regularmente, uma vez por mês eu vou.

H15 Trato tanto para diabetes quanto para a hipertensão. *Não deixa para tratar só quando está passando mal?* Não deixo, vou a cada seis meses. E depois da cirurgia comecei a tomar hormônio para repor. (...) *E que cirurgia o senhor fez?* Do coração.

H16 Tenho, eu vou em farmácia, eu faço médico de 6 em 6 meses, o cardiologista...

H17 Eu em três em três meses vou no Dr. L., que é meu cardiologista. Em três em três meses. E fazemos um pacote. “não precisa voltar em três meses, muda pra quatro”. *Por que tá bem controlado?* É.

H18 Com frequência. Por causa da diabetes. E cardiologista uma vez por ano.

H19 Tenho feito o check-up normal, uma vez por ano. *Mas o check-up não é um acompanhamento, você tem medido a pressão?* Semanalmente. *Então tem feito um acompanhamento regular.* Sim.

H20 (...) eu vou com frequência mas (...) *Mas é no endócrino e não no cardiologista?* No cardiologista eu vou (...) para pegar receita. (...)

M1 Ultimamente eu vou ao cardiologista com frequência, faço os exames, mas não porque eu tenho a pressão, vou pra fazer um exame de rotina, como ele já sabe que eu tenho pressa alta ele me dá o diagnóstico, eu não sei, eu não vejo, no começo eu fiquei assim mas hoje. *E com que frequência assenhora vai ao médico?* Duas vezes por ano.

M2 Ah eu faço acompanhamento com o médico né, cardiologista né, mas assim, as vezes a cada 6 meses ou mais, no Dr. H. que é de pele eu vou também, mas assim só mesmo na última hora, eu não vou muito não, mas faço o controle a cada 6 meses porque pediram né, ate a moça, como que fala, a nutricionista, me mandou no Dr. Pra fazer exame da mama né, que é bom fazer, mas eu não fui ainda, eu fui faz mais de dois anos né, mas eu não fui ainda, vai deixando, vai deixando, vai passando né, mas o certo é fazer né, então mas eu não fui ainda.

M3 Tenho sim, aqui tem mensuração toda segunda e eu sempre venho.

M4 Sim, porque eu tenho a unimed né e quando eu precisei do pronto socorro também fui bem atendida. Eu tenho sempre na minha casa o aparelho de medir pressão, to sempre controlando a pressão, tenho acesso fácil.

M5 Tenho, agora eu tenho. Agora eu to sendo bem acompanhada, cada um mês assim, mas eu já fiquei dois anos sem ir, tipo assim um paciente rebelde, já fiquei dois anos sem ir, só tomava medicação, tipo assim, ta bem tá, não tá, amém. Mas agora eu to me cuidando, verifico sempre a pressão e sempre ta boa.

M6 Só, é difícil, você fala assim quando teve eu procurei, mas eu sou assim, por causa da pressão não, agora eu to aqui, to indo na Dra., no cardiologista, então eu to controlada, mas em termos de saúde você fala? Outros problemas? Ah eu sempre vou, se tiver que ir eu vou, se eu to com uma dor eu vou, sabe, eu vou uma vez por ano no ginecologista ...

M7 Não. Ultimamente eu vou quando precisa. E a cada três meses eu vou para fazer os meus exames para ver se está tudo certo, e por aí o doutor já fala como estou. E o grupo controle, todas as quartas-feiras.

M8 Tenho acesso muito fácil. Pela U., não puxando saco nem nada. O medo que eu tenho quando meu marido aposentar é de perder esse plano, porque é um dos melhores planos que eu já tive. Mas nenhum tem o tratamento que eu tenho aqui. Quando eu preciso eu procuro. *E você procura com regularidade?* Não. Agora que eu marquei uma consulta, mas faz um ano que eu não consulto com nenhum médico. *Você estava pegando só a receita da medicação?* Só a receita da medicação. *No procurar médico, como você é?* No cardio eu não preciso. Porque tem a farmácia popular e já sabe que é o (...) e não precisa pegar a receita sempre. Mas procurar médico porque estou procurando, sabe aquela obsessão? Não.

M9 Posto de atendimento, posto saúde, essa coisas eu não procuro tá, na Unimed eu vou quando eu já desmaiei tá, agora no ginecologista fazia desde 2002 que eu não ia, aí eu fui agora que eu me aposentei, o que eu vou com mais frequência é no Dr. L, cardiologias, assim mesmo eu demoro mais de um ano.

M10 Só quando sobe.

M11 Só quando a pressão aumenta. Porque eu tenho um médico (...) *Então a senhora faz acompanhamento?* Faço acompanhamento.

M12 Eu procuro não só quando aparece os sintomas, eu to sempre indo

M13 Eu tenho a U. né, eu venho aqui toda semana. Toda vez que precisa a gente procura e tem

M14 Que nem desde quando eu comecei a vir aqui no S., que eu tratava de diabetes, eu vim aqui no S. porque eu tinha diabetes, e foi com a morte do meu pai que eu descobri, porque acho que foi outro baque, você entendeu, faz 4 anos que eu perdi o meu pai e quando eu perdi minha mãe foi a pressão alta, quando eu perdi meu pai foi a diabetes, então eu descobri aqui que eu tava com diabetes. Quando eu descobri que tava com a diabetes mudou bastante, mas a hipertensão não. Então e eu vou no médico, eu to sempre aqui toda semana e como minha pressão ta normal eu não to precisando, no médico eu to indo só pra pegar a receita que é de uso contínuo.

M15 Não, eu faço tratamento com o Dr. (...) e então sempre eu vou né, sempre tem que ir de novo (...). *E com que frequência a senhora vai?* Por mês assim, é uma vez por mês a cada dois meses, 3... É por que assim, vai acabando o remédio e eu tenho que ir. *Ai vai la, pra dar a receita?* É buscar a receita... De 3 em 3 meses...

M16 Não, eu já tenho, é de 4 em 4 meses, eu vou ao cardiologista, uma vez por ano eu faço o ECG, né e o eletro (...) que é a Dra L inté que cuida de mim né? *Então não deixa faltar do médico?* Não!

M17 Procuro sim (...)

M18 Eu procuro sempre. O médico disse que está bem controlada, e se eu sentisse sintomas em dois ou três meses para procura-lo.

M19 A minha mãe vai há muito tempo, nunca deixou de ir. A gente marca pra ela geralmente de seis em seis meses, e eu acabo marcando junto com ela. (...)

M20 Eu sempre faço controle da tireoide, e quando tenho algum problema. Mas não costumo ir muito ao médico não. *Com que frequência?* A ultima consulta foi (...) faz um tempinho já. (...)

9) Fale-me sobre a relação com os profissionais que acompanham seu tratamento.

H1 É ótima.

H2 É excelente.

H3 Ah são ótimos viu, são pessoas educadas tranquilas, se a gente ta fazendo errado ele manda voltar pra fazer certo, então aqui dentro eu só tenho coisas boas, são uns pessoal dedicado pra gente sabe. Quando eu tava em casa com esse problema parece que deu certinho, eu fiquei de férias né, porque eu ia tirar férias trabalhando né, meu patrão disse não deixa o A. tirar férias em casa descansando que ele ta muito cansado, que ele ta muito atarefado, porque au acordo as 4 da manhã, volto as 10 da noite, acarreta muito, dai chega o fim de semana trabalho de sábado até o meio dia ... ai as meninas me ligaram pra eu comparecer aqui, aí deu tudo certo.

H4 É boa, é boa. Isso faz diferença, eu falo isso porque eu tive, não na minha família, na família da minha esposa, a minha sogra ela foi num médico e não gostou do médico, aí ela não voltou mais, você entendeu. Então eu não sei, eu fui e eu gostei do medico, achei que ele foi bem profissional e continuei com ele, já faz uns 10, 12 anos e to mantendo todo ano, não troquei de médico, meu tratamento é com ele mesmo.

H5 É boa. (...)

H6 A relação é muito boa. Eu gosto de conversar.

H7 É boa.

H8 Eu acho que faz diferença. Se vai várias vezes parece que está conversando com alguém da família, então fica mais fácil de conversar. (...)

H9 É normal. Interfere pra poder melhorar porque sempre ela tá ... aí você que sabe, nós não vai poder te acompanhar fora daqui, depende de você se você quiser seguir, tem tudo, tem os professores, se a minha diabete tiver a baixa a menina vem aqui falar comigo, não deixa eu fazer pra não me prejudicar, então eu acho que são muito competentes.

H10 Ah é bom né, eles explicam o que não pode fazer né, faz controle, dá um suporte bom... se eu não tivesse vindo aqui já tinha até morrido...

H11 Minha relação com eles, eu procuro ser de respeito com o profissional, e também com os critérios que o sistema impõe para eles trabalharem. *Eu estou entendendo que a relação com o profissional as vezes é contaminado por outras questões.* Por um sistema que não permite. Eu já vivi situações que você está trabalhando dentro de uma entidade junto com profissionais, na qual estes forçam um atendimento externo e particular. E a entidade permitiu ele forçar isto. Como também em outra situação, onde o profissional queira realizar um trabalho mais profissional, mais direcionado dentro da entidade, mas o sistema não permite que ele desenvolva isso. Então tem os dois lados. Portanto a minha relação é: respeitando o profissional e aceitando o sistema tentando usufruir da melhor forma possível. *E isso interfere no tratamento?* Se você não tiver disciplina e equilíbrio, com certeza. Tanto é que eu estou nesta situação meio desarrumado por causa disso. Faz seis, sete meses que estou tentando me encaixar no sistema por causa disso.

H12 Acho que teve um respaldo muito grande. É fantástico. *Interfere no tratamento a relação com o profissional?* Já tive atendimento com amigos médicos (...) *No seu caso as experiências foram boas.* (...)

H13 Normal. O que tem mais relação é com o médico, que faz os exames, passa os remédios.

H14 É bom, pega no pé, mas (risada). Todo lugar que a gente vai a recomendação é emagrecer né, tudo que eu tive que procurar médico aí é por excesso de peso, é criar vergonha e mudar.

H15 É normal. (...)

H16 São ótimos, são profissionais excelentes, mas você vai me desculpar, porque você também é excelente no que está fazendo, mas desde que você assumiu essa carreira você tem uma responsabilidade muito grande na mão, vocês estão lidando com seres humanos, eu já tive casos de pessoas novatas, que estão começando agora não ter um pingão de, sabe, não saber nada, a pessoa chegou no ponto de apertar na minha unha pra ver se eu tava com anemia, isso é coisa do tempo da mamãe, a mãe chegava e apertava o dedinho, ah você tá amarelinho, hoje tem que evoluir né...

H17 Muito boa. Dr. L. é um amigão. É muito bom médico e um amigão. Doutor (...) também muito amigo meu, gente muito boa, muito correta. *E essa relação com os profissionais muda a forma como encara o tratamento?* Olha, eu acho que quanto mais a gente conversa com o médico, mais a gente tem mais confiança. A gente vai lá, bate um papo e sai (...). No Dr. R não vou embora se não bater um papo com ele. *É diferente.*

H18 A relação é boa. (...)

H19 É muito boa. Principalmente quando há uma alteração, eles mostram uma preocupação fazendo mais exames, um acompanhamento melhor. *E isso faz alguma diferença no tratamento? Qual?* Sem dúvida. Porque a hipertensão está ligado com o problema emocional. E se o atendimento for ruim, contribui para piorar a alteração.

H20 É boa. (...) nunca tive problemas, menos com a dra. (...) que era neurótica (...)

M1 Então, eu tive várias experiências assim né, porque eu tinha um outro convenio, não era da u., era do m., eram outros médicos, nada de anormal, era a mesma coisa, controlar a alimentação, fazer exercício, não engordar e tomar o remédio, é única coisa que eu sei assim.

M2 Ah eu gosto muito deles, eu acho eles muito bons, eu gosto bastante, o médico, o professor, a professora, eu acho que eles atendem muito bem, eu gosto deles.

M3 Todos os profissionais são maravilhosos, quando a gente é bem tratado faz diferença.

M4 Eu graças a Deus escolhi um bom médico, o dr. L., eu acho um médico ótimo, dá muita atenção pra gente e deixa a gente ficar a vontade, então ajuda bastante a confiança do médico e quando você escolhe um médico da sua confiança ajuda no tratamento.

M5 É bom. Porque se você vai num médico e ve que ele tem atenção com o ser humano é uma coisa, se você vai e é simplesmente automático, só fala, e a receita ta quase pronta, só carimba, a gente não se sente tipo amado, como se não valesse a pena e eu tenho sorte com médico, os médicos que eu vou se preocupam mais comigo do que eu.

M6 Ótima, eu adoro, tenho amizade mesmo assim sabe, eles me tratam super bem.

M7 Eu acho boa, porque é uma segurança a mais. Se caso aconteça alguma coisa, alguma alteração maior, já sei para onde ir. E eles já estão prontos para tratar. *É como se a senhora confiasse então.* É a confiança.

M8 Eu acho que eles tem bastante cuidado. Tem bastante gente (...) o dr. T. é bastante severo mas acho que faz parte do profissionalismo dele, acho que é severo por saber do problema da pessoa. Eu não tenho queixa nenhuma. Acho que são profissionais e tem que cuidar. *E isso interfere no tratamento? A relação dos profissionais?* Acho que não. Porque não tenho nada que possa interferir. Chego no médico e falo que tenho isso e acabou. (...)

M9 Ah eu sou apaixonada por todos eles, a única coisa que faz a gente demorar de ir é a demora do atendimento né, então você tem que marcar, Dr. L menos, mas o Dr. X tem que marcar 2 meses com antecedência, aí você tem que ficar lá esperando das 9:00 horas da manhã até meio dia, então é por horário de chegada, eu falei coloca isso dai pelo menos 4 clientes na mesma hora, se um deles faltar dá para encaixar ou por horário de atendimento, é muita humilhação para o paciente gente, esse paciente para, eu pago quase mil reais por mês né, então você fala assim como que você paga esse tanto para ter fila de SUS, ah não dá né. E o nervoso que você fica ali esperando, escutando cada conversa, porque cada um fala cada barbaridade ... primeiro eu achava que eu não era humilde, agora eu me acho muito arrogante, porque olha tem coisa que eu não consigo aguentar, é burrice menina, me dá nervoso, e você não pode falar nada, você tem que ficar quieto porque você não tem nada a ver com isso, não ta nem dentro da conversa.

M10 Olha aqui quando chega o dia do grupo eu tenho vergonha de vir porque eu não emagreço, essa é minha relação, vergonha mesmo no duro, eu só lembro de dizer que não tenho vergonha quando eu tenho que me pesar, aí aquilo dói naquele dia, no outro dia eu já esqueço, parece que eu não tenho vergonha na cara, mas assim aqui o pessoal é muito 10 ... todo mundo me trata muito bem ... eu acho ate que o pessoal tem carinho por mim, é uma relação de carinho, eu só que parece que não tenho vergonha na cara, porque por exemplo, eu vou chegar em casa eu já vou ligar pros meus filhos, que nem meu filho ta pra estrada, ele vai chegar, foi embora hoje, então eu já to ligada na rodovia, é 12 horas de viagem, aí eu vou chegar e minha filha você ta tudo bem, todo dia, como é que foi hoje, pra saber se hoje ela teve uma recaída, uma coisa assim ne.

M11 É boa. É que é assim, eu estou no médico há um ano. (...) deu alta. E estou com outro médico na parte do Estado. *E a relação é boa? É.*

M12 Olha o médico que eu fui desde a primeira vez, até eu falo pra minha mãe ele é um ótimo médico, eu acho ele muito profissional, você tem aquela confiança nele, eu acho que pra mim ele é excelente, muito atencioso. *E os outros profissionais que acompanham você no tratamento da hipertensão?* Não, eu só tenho um que me acompanha.

M13 ... pra mim eu gosto dos médicos da U.(...)

M14 Bom, é assim né, a gente confia no médico e aí é só aquele né, que nem ginecologista é só o doutor F., cardiologista é só o doutor S. ... todos são nota mil, todos os médicos. *E os outros profissionais da saúde que acompanham a senhora?* Então, eu quase não procuro os outros, é muito difícil eu procurar. *Eu digo os professores de educação física, nutricionista?* Ah, esses profissionais você fala? Meu Deus, nossa nem fala, super bacana. *E faz diferença no tratamento?* Ah com certeza, com certeza, mesmo a gente não seguindo a risca o que eles mandam né, com certeza, as vezes que nem quando eu vou comer alguma coisa eu me sinto tão culpada, eu penso tanto na nutricionista.

M15 - Quem cuida? O medico o (..) eles cuidam muito bem da gente, eles tem paciência né? Outro dia eu fui fazer, na quinta-feira passada..aquele (exame?) de andar, dai começou a me dar tontura e o médico (...).eu disse: aí eu to com um pouco de tontura”, e ele não deixou, ele: “não dona M., a senhora está muito preocupada”. *Uhum, ele entende...* - É ele entende...não ..olha ele é muito bom, porque ele não deixou eu fazer... e eu queria fazer, ele falou assim que não podia fazer. *Cuidando da senhora.* - É ele tava..tava cuidando, dai eu falei pra ele nossa que bom, era pra mim ta aqui fazia tempo...

M16 - Eles são muito bão, né? Graças a Deus são todo eles, né? Quando a pressão...que nem, teve um dia mesmo, segunda-feira, terça-feira, que minha pressão tava alta, eu já não participei, que ela achou melhor não deixar participar, então tem muito cuidado com a gente.

M17 É boa.

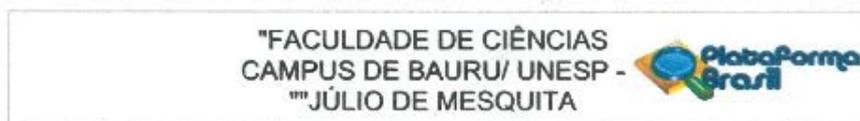
M18 É bom. O único problema é a secretária.

M19 Eu acho ótima. A gente veio pra cá e procurou o P., um excelente profissional. Nós fomos bem atendidas.

M20 É boa. (...)

12 ANEXO

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética da Instituição de Ensino



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Hipertensão Arterial sob o olhar da psicologia

Pesquisador: Sandro Caramaschi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04933112.7.0000.5398

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 254.349

Data da Relatoria: 23/04/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico, com o objeto da pesquisa bem delineado. A revisão da literatura é atual e sustentam os objetivos do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, com também não haverá benefício para os pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Está em linguagem adequada, clara para a compreensão do sujeito.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
 Bairro: CEP: 17.033-360
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (143)103-8087 Fax: (143)103-6087 E-mail: arimala@fc.unesp.br

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado.

BAURU, 24 de Abril de 2013

Assinador por:
Ari Fernando Maia
(Coordenador)

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CEP: 17.033-360
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (143)103-6087 **Fax:** (143)103-6087 **E-mail:** arimaia@fc.unesp.br