

## Mudanças vivenciadas por hipertensos após o diagnóstico da doença

### *Changes experienced by hypertensive people after the disease diagnosis*

Vanessa Denardi Antonias Baldissera\*  
Diane Paludo\*\*  
Neide Martins Moreira\*\*\*  
Lucrecia Farias Garbelini\*\*\*\*  
Maria Dalva de Barros Carvalho\*\*\*\*\*

#### Resumo

**Introdução** – Os portadores de doença crônica como a hipertensão arterial experimentam a necessidade de mudanças de hábitos que podem ser acompanhados de sentimentos diversos como medo, ansiedade e negação. Esta pesquisa teve como objetivo identificar as mudanças na dinâmica da vida de hipertensos após a descoberta da doença. **Material e Métodos** – Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, utilizando-se como instrumento para coleta de dados a entrevista estruturada, composta por uma questão aberta, destinada aos cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial do Centro Saúde Escola localizado na cidade de Umuarama-PR. **Resultados** – Os resultados revelaram seis categorias de mudanças entre os pesquisados: 1) Ausência de mudanças significativas; 2) Mudanças na alimentação; 3) Mudanças de atitudes para controle do estresse; 4) Mudanças na vida diária por inclusão de tratamento medicamentoso; 5) Mudanças na vida social; 6) Dor e envelhecimento, permitindo a reflexão de que o abandono de um hábito pode significar a perda de um prazer em um contexto de vida em que as oportunidades de satisfação pessoal são poucas. **Conclusões** – Cuidar de doentes crônicos exige o entendimento do contexto em que as mudanças de comportamento estão inseridas.

Palavras-chave: Hipertensão; Estilo de vida; Acontecimentos que mudam a vida

#### Abstract

**Introduction** – People with chronic disease as arterial hypertension experienced changes in their habits that are usually accompanied by different feelings as fear, anxiety, and negation. This research aim at identifying the changes in the life of hypertensive people after discovering the disease. **Material and Methods** – This is a descriptive and qualitative research, using a structured interview as instrument to collect dates, composed by an open question made to those registered in the Program of Arterial Hypertension of the School Health Center located in the city of Umuarama, Paraná. **Results** – The results showed six categories of changes among the studied group: 1) Absence of significant changes; 2) Changes in the diet; 3) Attitudes changes to control the stress; 4) Changes in the daily life by handling drug therapy; 5) Changes in the social life; 6) Pain and ageing, allowing a reflection that abandonment of habits can turned to the loss of a pleasure in a context of life in which the opportunities of personal satisfaction are few. **Conclusions** – To take care of chronic patients requires the understanding of the context in which the changes of behavior are inserted.

Key words: Hypertension; Life style; Life change events

## Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência no país, caracterizada pela presença sustentada de níveis pressóricos iguais ou maiores a 140/90 mmHg e é associada ao estilo de vida. É um fator de risco importante para a ocorrência de distúrbios cardiovasculares, como doenças isquêmicas do coração e acidente vascular cerebral.

No Brasil, estudos estimaram a prevalência da HA em aproximadamente 30%<sup>6,15</sup>. No Estado do Rio Grande do Sul, pesquisa de base populacional realizada entre os

anos de 1999 e 2000 identificou prevalência da doença em 33,7% da população adulta<sup>13</sup>.

O tratamento da doença é farmacológico e/ou não farmacológico também denominado mudanças no estilo de vida. Ambos se associam e colaboram com os resultados de controle pressórico, evitando assim as complicações. Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial<sup>25</sup> para que o tratamento seja eficaz, diminuindo a morbi-mortalidade cardiovascular, se faz necessária a adoção de medidas que interfiram no estilo de vida dos hipertensos e que, comprovadamente, favoreçam a redução da pressão arterial. Tais medidas são a redução

\* Enfermeira, Mestre, Professora Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Paranaense (Unipar), Campus Sede. E-mail: vane@unipar.br

\*\* Enfermeira graduada pela Unipar Campus Sede 2007.

\*\*\* Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Unipar Campus Sede – *in memoriam*.

\*\*\*\* Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Medicina e do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

do peso corporal, o controle na ingestão de sal e de bebidas alcoólicas, as práticas de exercícios físicos com regularidade e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial. Outras razões que tornam essas medidas úteis estão centradas no baixo custo e risco mínimo destas orientações, aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e redução do risco cardiovascular.

É importante lembrar que o portador de uma doença crônica atravessa períodos de irritabilidade e autodepreciação, onde o processo de adaptação é lento, especialmente nas doenças cujo curso é duradouro e sem sintomas, como é o caso da HA. Muitas vezes o indivíduo acometido por doença crônica apresenta sentimentos de desamparo, desesperança, raiva, depressão, tristeza e solidão que geram angústia e pesar<sup>22</sup>. O indivíduo trava uma luta consigo mesmo onde aceitar ou negar o diagnóstico implicaria em enfrentamento ou fuga da morte.

Não se pode prever, contudo, qual o tempo que os indivíduos experimentam a cada fase de adaptação, mas no caso da HA é importante que a equipe de saúde esteja apta a colaborar para que a aceitação aconteça o mais rápido possível, possibilitando assim a colaboração do paciente especialmente no tratamento não farmacológico, cujas mudanças dependem unicamente do indivíduo doente.

Socialmente qualquer doença crônica afeta a função ou o papel que o indivíduo desempenha perante os demais, de acordo com os valores, crenças e cultura, com conseqüente impacto sobre os demais setores sociais como economia, educação, trabalho e lazer<sup>5</sup>. É de se esperar, portanto, que o indivíduo acometido por HA tenha repercussões da doença no cotidiano de sua vida, podendo levá-lo ao isolamento e sentimento de solidão, ou ainda, atravessar uma sofrida tentativa de mudanças no estilo de vida provocada pela necessidade de adesão ao próprio tratamento não farmacológico, o que pode ficar comprometido e não ocorrer de fato, comprometendo todo o resultado do tratamento.

Diante do exposto e entendendo a cronicidade da HA como fator interveniente no processo da vida dos hipertensos, este estudo teve por objetivo identificar as mudanças na dinâmica da vida após a descoberta da doença.

## Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva com abordagem narrativa da enfermidade. Os sujeitos da pesquisa foram todos os 72 clientes cadastrados no Programa de Hipertensão Arterial do Centro de Saúde Escola (CSE) localizado no município de Umuarama-PR. O instrumento para coleta de dados utilizado foi a entrevista estruturada, composta por uma questão aberta norteadora: quais mudanças ocorreram na sua vida depois do diagnóstico de hipertensão arterial?

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2004 a janeiro de 2005, em visitas domiciliares, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e mediante a assinatura do termo de consentimento para participação no estudo.

As respostas foram escritas em um diário de visita e posteriormente agrupadas em categorias para permitir a análise qualitativa, utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin, utilizando técnicas de análise das comunicações para inferir conhecimentos relativos ao objeto em estudo e suas formas de produção.

## Resultados e Discussão

Foram entrevistadas 72 pessoas que equivale à totalidade de hipertensos cadastrados e acompanhados pelo Centro de Saúde Escola até 2004. Desta população 62 (86,1%) eram mulheres e 10 (13,9%) homens, com faixa etária entre 31 e 71 anos ou mais, prevalecendo a faixa etária de 51 a 60 anos (31,9%). A maioria dos sujeitos da pesquisa (45,4%) possuía como tempo de diagnóstico da doença, 16 anos ou mais.

Esta pesquisa observou um universo feminino maior entre os sujeitos entrevistados. Este fato pode ser respaldado nas características do serviço, e não apenas pela epidemiologia da doença, uma vez que se sabe da sua prevalência maior em homens até os 45 anos, e em mulheres após esta faixa etária<sup>15</sup>.

O CSE é uma unidade de saúde que tem cativado mulheres na assistência a saúde sexual e reprodutiva. É também centro de referência para exame preventivo de câncer de colo-uterino, por prestar atendimento integral, bem como no período gestacional. Sendo assim, a maioria dos clientes cadastrados é constituída por mulheres. Desta forma, já se previa um número igualmente maior de mulheres entre os hipertensos, seja por busca espontânea desta clientela, ou por detecção de HA por ocasião de atendimento ginecológico e cadastramento no serviço. Neste sentido, não se pode desconsiderar a presença maior de mulheres neste serviço na faixa etária acima de 40 anos, período vivenciado de climatério, que expõe a mulher a diversas mudanças bio-psico-sociais. É possível que as mulheres que fizeram parte deste trabalho tenham encontrado no CSE um espaço para se expressar, ser apoiada e encorajada a estabelecer novos horizontes e metas para sua vida, uma vez que a consulta de enfermagem, implantada no serviço, contempla a investigação de necessidades bio-psico-sociais e favorece o vínculo mulher-unidade de saúde, o que pode ser compreendido como ponto positivo para essas mulheres.

Entretanto, a proporção maior de mulheres em serviços de acompanhamento da HA é fato já descrito, a exemplo de pesquisa realizada por Paiva *et al.*<sup>16</sup> (2006) que identificou 68,1% de mulheres entre os cadastrados no programa de hipertensão arterial.

Alfonso *et al.*<sup>1</sup> (2003) apresentaram uma possível explicação para a presença majoritária das mulheres em programas de acompanhamento da HA: segundo eles, a atividade laboral extra-domiciliar dos homens dificultam o acesso desta população, ao contrário das mulheres.

A respeito das percepções dos entrevistados sobre as mudanças na vida após a descoberta da HA, objetivo deste estudo, identificou-se seis categorias que emergiram da entrevista, a saber: 1) Ausência de mudanças significativas; 2) Mudanças na alimentação; 3) Mudanças de

atitudes para controle do estresse; 4) Mudanças na vida diária por inclusão de tratamento medicamentoso; 5) Mudanças na vida social; 6) Dor e envelhecimento.

### ***Categoria 1 – Ausência de mudanças significativas***

Alguns pacientes declararam não apresentar nenhuma mudança de comportamento, mesmo quando a PA está alterada. Esta realidade é confirmada pelas seguintes falas:

*Continua tudo normal (Esmeralda)*  
*Não mudou nada, mesmo quando a pressão ta alta (Topázio)*

Torna-se interessante analisar que esta categoria expõe a ausência de mudanças no comportamento que seriam desejáveis, pois fazem parte do tratamento da doença. As razões para esta realidade podem ser de diversas origens, já que a adesão ao tratamento, seja medicamentoso ou não medicamentoso, é uma condição pouco observada na prática. Simonetti *et al.*<sup>23</sup> (2002) estimaram que a não adesão possa ocorrer em até 40% dos hipertensos, pontuando como fatores: a assintomatologia da doença, a cronicidade do tratamento, os custos e efeitos dos medicamentos e a relação médico-paciente insatisfatória.

Em uma pesquisa de coorte, descrita por Degli Espoti *et al.*<sup>10</sup> (2002), foram acompanhados 7.312 pacientes italianos com diagnóstico recente de hipertensão, observando-se que 57,9% dos pacientes permaneceram em tratamento em um período de três anos, 34,5% interromperam o tratamento neste mesmo período, e 7,6% reiniciaram o tratamento no terceiro ano. No Brasil, Iguis *et al.*<sup>13</sup> (2004) realizaram um estudo transversal de base populacional com 918 adultos entre os anos de 1999 e 2000 e relataram que, no Rio Grande do Sul, 49,2% desconheciam ser portadores da hipertensão, 10,4% sabiam que portavam a doença, mas não se tratavam e apenas 10,4% tratavam-se e estavam com a pressão controlada.

Sob o olhar psico-emocional, pode-se supor que a não adesão esteja, ainda, vinculada à negação da realidade como mecanismo de defesa de sentimentos negativos como o medo e a ansiedade.

Cada indivíduo utiliza um determinado tipo de mecanismo que auxilia na adaptação da doença. Há três fases que caracterizam estes mecanismos: a primeira fase, de resistência, ocorre a negação da doença; a segunda fase, de conscientização, há a consciência e lamentação da doença através de depressão, choro, raiva dos demais, entre outros; a terceira fase, de aceitação, há adaptação ao novo e conseqüente equilíbrio das emoções<sup>5</sup>. É possível que os sujeitos desta pesquisa que relataram não existir mudança de comportamento estejam na fase de resistência e negação, inferindo, portanto, que a mudança desejável no estilo de vida não ocorreu colocando-os sob os riscos de complicações da doença. Há consenso da importância de se intervir no estilo de vida de hipertensos como forma de diminuir a ocorrência de eventos cardiovasculares e morte.

Também se supõe que a assintomatologia da doença possa dificultar a percepção de estar e ser doente. A HA é considerada doença silenciosa que normalmente não apre-

senta sintomas; suas manifestações, quando presentes, estão relacionadas às complicações, na maioria das vezes, o que incrementa seus riscos e justifica a necessidade do acompanhamento constante e ininterrupto<sup>25</sup>, além da necessidade de que o portador assuma a responsabilidade pelo seu tratamento, independente das suas manifestações.

### ***Categoria 2 – Mudanças na alimentação***

As mudanças percebidas na alimentação foram observadas neste estudo, conforme os relatos:

*Tive que mudar a dieta (Rubi)*  
*Cortei os petiscos (Ametista)*  
*Foi necessário tirar o sal (Cristal)*

O controle de sódio e gorduras associado a uma dieta saudável com inclusão de frutas e verduras fazem parte do tratamento não farmacológico da HA<sup>25</sup>, pois melhora os níveis pressóricos<sup>12</sup> e colaboram com a redução do risco de eventos cardiovasculares.

Afirma-se, portanto, o papel indispensável da dieta no controle pressórico e a necessidade da adesão a este tratamento. A discussão que se abre refere-se, porém, ao fato de que estes mesmos sujeitos foram alvos de um trabalho conduzido, no mesmo período, por Baldissera<sup>9</sup> (2005) e demonstrou que a adesão à dieta foi o critério não farmacológico mais negligenciado, com apenas 2,78% de adesão. Sendo assim, percebe-se que existe uma dicotomia entre percepção e seguimento: a mudança na dieta é algo que se percebe como necessária, mas ela não acontece efetivamente na prática destes pacientes. Considera-se que a aderência a dieta pode ser influenciada por fatores como a percepção de risco de doença e pela natureza de intervenções junto ao paciente, onde o desafio é manter a dieta pelo maior tempo possível<sup>24</sup>.

As restrições alimentares provocam dificuldade de assimilação por parte do doente porque, na maioria das culturas, o alimento faz parte do evento de socialização. Desta forma, Rollnick<sup>20</sup> (1996) relatou que as mudanças no comportamento alimentar requerem esforços conscientes para mudar antigos hábitos, uma vez que o ato de alimentar-se envolve diversas condições fisiológicas, psicológicas e sociais como o apetite, a motivação para comer e a necessidade fisiológica e metabólica coordenados pela atividade do sistema nervoso periférico e central. Bernardi *et al.*<sup>4</sup> (2005) relataram que as pressões psicológicas causadas pelas restrições alimentares podem gerar dificuldade em manter a dieta.

É possível que esta dificuldade tenha sido sentida pelos entrevistados desta pesquisa, havendo necessidade de repensar o papel dos profissionais de saúde para apoiar as mudanças desejáveis, acompanhá-las e incentivá-las, não perdendo de vistas o que estas mudanças representam para o indivíduo que a vivencia.

### ***Categoria 3 – Mudanças de atitudes para controle do estresse***

Outra categoria identificada por este trabalho foi a mudança de atitudes para controle do estresse, conforme declarado:

*Tem que cuidar do estresse porque senão... (Pérola)  
Tento não me estressar com os problemas da vida, porque o médico já explicou, mas é difícil (Rubi)*

*Tento cuidar do estresse, do nervosismo, mas é difícil porque não é só os problemas da gente, tem os filhos, os netos e fica difícil (Esmeralda)*

*Tive que cuidar do estresse, mas o tratamento da doença me deixou mais estressada. Antes eu cuidava da horta e do jardim quando eu tava muito nervosa, mas daí o médico falou que eu não podia mais fazer estas coisas porque cansa muito e aumenta a pressão, então fiquei triste demais (Topázio)*

As falas dos sujeitos sugerem que eles enfatizam o emocional como fator que dificulta o controle da PA, pois manifestaram o controle do estresse como mudança percebida após o diagnóstico da doença, possivelmente porque foi entendida como necessária.

As preocupações sociais, econômicas e familiares são fatores que elevam a pressão arterial<sup>17,19</sup>. Estudos buscam as influências sociais e culturais para o surgimento do estresse<sup>11</sup> e sua relação com risco de doença; assim, sugerem que os indivíduos buscam aproximar seus comportamentos aos modelos culturais da comunidade, o que se chama de consonância cultural. Quanto maior a consonância cultural, menor a pressão arterial<sup>11</sup>.

Roitman<sup>21</sup> (1994) afirmou que quanto menos tensa e estressante for a vida do paciente mais fácil será, então, o controle da sua pressão arterial. O estresse parece ter relação com níveis pressóricos, especialmente por considerar a resposta fisiológica do organismo em situações de estresse, que provoca descarga simpática aumentando níveis pressóricos. Praticamente não há estudos nesta temática, mas controlar o estresse é uma medida não farmacológica para controle da HA.

#### **Categoria 4 – Mudanças na vida diária por inclusão de tratamento medicamentoso**

Esta categoria emergiu na entrevista apoiada na identificação de que quando há uma doença crônica inclui-se o uso diário de um medicamento. De acordo com as falas abaixo, observa-se esta condição:

*Tive que começar a usar medicamento, né. A vida daí mudou (Cristal)*

*Nunca tinha tomado remédio e daí comecei a usar (...) às vezes a gente esquece porque não tava acostumado (Pérola)*

A preocupação com a utilização freqüente de medicamentos é antiga, pois na década de 70, Podell relatou que apenas um terço dos pacientes tomava medicação conforme prescrição e o outro terço raramente, ou nunca, o fazia<sup>17</sup>. Tal realidade ainda persiste e pode ser atribuída ao fato de que ingerir um medicamento o faz lembrar da sua situação crônica de saúde, contribuindo para as sensações de medo, ansiedade e tristeza, levando o paciente a evitar esta situação e não aderir ao tratamento seja ele medicamentoso ou não. Assim, deixar de tomar medicamentos ou tomá-los quando julgar necessário é uma forma de negação ou de controlar sua doença, con-

dições perigosas para o controle pressórico e que continua sendo um problema para a adesão ao tratamento, especialmente entre aqueles portadores de doença assintomática como a HA, que dificulta a adesão à terapia farmacológica.

Em relação à dose de medicamento, há uma discussão sobre a importância da substituição de medicamentos regulares, que necessitam de mais de uma tomada diária, por aqueles de liberação lenta e dose única, reduzindo a quantidade ou freqüência de ingestão de medicamentos<sup>18</sup>. De acordo com o relato dos entrevistados por este trabalho, percebem-se as vantagens que esta orientação traria, pois a ingestão dos medicamentos foi vista como uma condição que requer adaptação e reorganização dos hábitos de vida diários.

#### **Categoria 5 – Mudanças na vida social**

A doença foi abordada com reflexos na vida social. A este respeito relataram os sujeitos:

*Depois que a gente fica doente e tem que se cuidar fica difícil sair de casa porque tudo tem que ser muito certinho e a gente acaba sendo chata (Ametista)*

*Não dá pra sair de casa, e receber gente em casa só se for da família e bem de perto, porque a comida não é assim, gostosa (Rubi)*

Nestes relatos ficam evidentes as perdas sociais vivenciadas pelos hipertensos. Infere-se sobre o impacto desta doença nas atividades sociais desta população e suas repercussões. De acordo com "World Health Organization<sup>29</sup> (2002) os determinantes de qualidade de vida da pessoa com condições crônicas de saúde, como é a HA, dependerão da perda ou anormalidade, temporária ou permanente, nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo, da inaptidão para exercer uma tarefa ou desempenhar uma atividade resultante de uma deficiência e do grau de prejuízo resultante da deficiência ou incapacidade, que leva à necessidade de adaptação do indivíduo para o desempenho de papéis em seu meio ambiente. Desta forma, cumpre considerar que a qualidade de vida nesta população está prejudicada pela dificuldade de adaptação a esta condição.

Relata-se que mudar um estilo de vida, bem como um hábito alimentar, pode levar ao isolamento social em função dos pacientes deixarem de ir a festas e reuniões para evitar ingerir alimentos inadequados<sup>26</sup>, o que foi percebido nesta pesquisa. Assim, a condição crônica de saúde pode levar as diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer como beber, fumar e comer, perdas das capacidades físicas levando ao desânimo, tristeza e depressão, tornando-se um agravante mudar um hábito ou estilo de vida. Em relação aos sujeitos entrevistados por esta pesquisa puderam-se relacionar as mudanças sociais provocadas pela restrição da dieta.

Infere-se que esta categoria converge para aspectos subjetivos da morte e do morrer, apoiando-se na premissa de "morte em vida" conforme exposto por Kovács<sup>14</sup> (1996). A morte concreta, do corpo, tem um significado diferente e culturalmente histórico em distintas socieda-

des. Mas, além da morte física há a morte da essência, que acontece durante a morte iminente. É o que acontece frente à doença; pode-se inferir que as condições de doença, especialmente as doenças crônicas, colocam o indivíduo em situação de enfrentamento da morte, porque o coloca frente a sua finitude. Outro ponto da morte em vida é a falta de controle sobre si e sobre a realidade, que também é experimentada pelos doentes crônicos que sentem a sua impotencialidade frente a cronicidade. Conforme descreve Combinato e Queiroz<sup>8</sup> (2006) “pode-se afirmar que existem várias “mortes” em vida. Embora não ocorra a morte concreta, essas experiências possibilitam a reorganização e a resignificação da vida”.

Neste sentido, há de se considerar que a experiência da doença para estes sujeitos provoca a adaptação a esta nova etapa da vida, e que o luto é evidente; não o luto pela perda de alguém, mas pela perda daquilo que tinha antes e daquilo que era antes. É uma fase de morte porque “é preciso matar o outro dentro de si”<sup>14</sup>, e nascer para uma nova vida, diferente e desconhecida. Segundo Kovács<sup>14</sup> (1996) “o risco da separação depende da possibilidade de se perder, junto com o perdido, o significado da vida”. E por este motivo, é uma fase sofrida e que precisa de apoio para a reconstrução e descobertas de valores significativos.

Mesmo sabendo que as mudanças no estilo de vida sejam fatores indispensáveis ao controle da HA, não se podem negar as questões psicossociais indissociáveis da adesão a estas medidas.

### **Categoria 6 – Dor e envelhecimento**

Outra categoria que emergiu desta pesquisa foi o surgimento de dor após a descoberta da HA. A dor foi descrita pelos entrevistados como uma condição própria da terceira idade, assim como o surgimento da HA, como se observa:

*Junto com pressão alta veio um monte de dor, que é tudo normal de gente velha (Rubi)*

*Primeiro veio a idade avançando e ganhei de presente a pressão alta, que é coisa de gente velha mesmo. Do mesmo jeito que as dor nas costas, nas pernas, nas cadeiras (...) (Pérola)*

*Depois que apareceu a pressão alta também apareceu muita dor: é dor na cabeça, nas costas, tudo junto. Fica difícil até mesmo pra caminhar, que a gente sabe que faz bem. (Cristal)*

Observa-se, portanto, o conceito deste grupo quanto ao envelhecimento, suas conseqüências e repercussões na vida, traduzindo a percepção negativa desta fase da vida.

Estudo conduzido por Trentini *et al.*<sup>27</sup> (2005) revela, nos discursos dos seus entrevistados, a fala “tenho pressão alta, diabetes, colesterol, essas coisas da velhice” mostrando que existe a crença de que a velhice é sinônimo de doença, tal como encontrado por este trabalho.

A terceira idade é caracterizada por uma fase especial da vida, cuja qualidade depende, especialmente, dos valores culturais. É fase de mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento biológico, e acompanhada de alterações psicossociais. Por ser momento em que ocorrem as

degenerações teciduais, muitos experimentam processos acompanhados de dor.

A dor pode ser considerada uma experiência subjetiva, particular, e cuja percepção e tolerância variam significativamente conforme o grupo social. A sensação da dor, incluindo sua intensidade e comportamentos frente a ela, está intimamente relacionada com as experiências e bagagem cultural<sup>2</sup>. Sendo assim, a dor é “...culturalmente elaborada, interpretada e vivenciada....”<sup>2</sup>. É possível que a dor relatada pelos sujeitos desta pesquisa tenha, portanto, estreita relação com a fase de vida que se encontram e revelam a representação social que possuem da terceira idade: momento sofrido, de dor, de pesar. Desta forma, reforçam a “morte em vida”<sup>14</sup> apoiando o argumento de que a morte também se manifesta nas fases do desenvolvimento humano: na medida que cresce e envelhece, o ser humano vivencia a morte de uma fase e nascimento da outra, inferindo que, para os sujeitos desta pesquisa, o momento é de luto pela fase findada da idade adulta jovem.

Também foi mencionada a dor provocada pela doença, como as dores de cabeça freqüentes, um sintoma que pode estar presente na HA e descrito por Carvalho *et al.*<sup>7</sup> (1998) como uma das causas de se procurar por consultas médicas entre idosos hipertensos.

A prática de exercícios físicos, embora considerada como parte do tratamento, não surgiu como uma mudança de hábito entre os sujeitos que participaram da pesquisa, e por isso não categorizada por este trabalho. Alguns relataram, durante sua fala, sentir dor ao fazer exercício, e por isso não o realizam freqüentemente. O estresse cotidiano vivenciado por indivíduos na faixa etária acima dos 50 anos, que coincide com a maioria percentual deste estudo, provoca diminuição da prática de exercício físico, além de modificações na dieta<sup>28</sup>. Também não se pode desconsiderar a prevalência da inatividade física na população em geral já demonstrada por estudo no sul do Brasil com percentual de 80,7%<sup>9</sup>.

### **Conclusões**

O fator mais observado como determinante na escolha de estilos de vida é o prazer, sentido individualmente ao praticar comportamentos desejáveis. Nesse sentido, o abandono de um desses hábitos pode significar a perda de um prazer em um contexto de vida no qual as oportunidades de satisfação pessoal são poucas.

Sem compreender como as pessoas pensam e se sentem diante de seus problemas não se pode concretizar um processo educativo que vislumbre a mudança e sustentação de estilo de vida saudável. Uma estrutura composta por uma equipe multiprofissional e recursos da comunidade podem contribuir no suporte educacional e nas atividades práticas desse tipo de tratamento. Embora seja difícil alterar os hábitos de vida, todos os pacientes deveriam ser encorajados a adotar hábitos de vida saudáveis. Sob esse ponto de vista caberia, aos profissionais que atuam no campo da saúde, a defesa de propostas de educação em saúde voltadas para as mudanças de comportamentos, pautada na compreensão de significados sobre a realidade em que o indivíduo está inserido.

Consideram-se, como aspectos fundamentais, o desenvolvimento de habilidades que permitam ao portador de uma doença crônica uma postura mais crítica diante

dos seus problemas de saúde, com capacidade de exercer um controle sobre si mesmo e o ambiente em que vivem.

## Referências

- Alfonso LM, Agramonte MS, Vea HDB. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2003;19(2).
- Arcanjo GN, Silva RMDA, Nations MK. Saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):389-97.
- Baldissera VDA. Análise da adesão ao tratamento não-farmacológico anti-hipertensivo entre usuários de um centro de saúde escola [Dissertação de Mestrado]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2005.
- Bernardi F, Cichelero C, Vitolo, MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutr (Campinas).* 2005 [acesso 5 jun 2008]; 18(1). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000100008&lng=pt&nrm=iso)>.doi: 10.1590/S1415-52732005000100008
- Black JM, Matassarini-Jacobs E. Luckmann & Sorensen: enfermagem médico-cirúrgica – uma abordagem psicofisiológica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, Pozzan R. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 2003;13(1): 7-19.
- Carvalho F, Telarolli Junior R, Machado JCM da S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública.* 1998;14(3):617-21.
- Combinato DS, Queiroz MDS. Morte: uma visão psicossocial. *Estud Psicol. (Natal)* 2006;11(2):209-16.
- Costa JSD da, Hallal PC, Wells JCK. Epidemiologia da atividade física no lazer: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):275-82.
- Degli Esposti E, Sturani A, Di Martino M, Falasca P, Novi MV, Baio G. *et al.* Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *J Hum Hypertens.* 2002;16(6):439-44
- Dressler WW, Santos JE. Social and cultural dimensions of antihypertension in Brazil: a review. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(2):303-15.
- Gates PE, Tanaka H, Hiatt WR, Seals DR. Dietary sodium restriction rapidly improves large elastic artery compliance in older adults with systolic hypertension. *Hypertension.* 2004;44(1):35-41.
- Igus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2004;83(5):424-8.
- Kovács MJ. A morte em vida. *In: Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMMJ, Carvalho VA, organizadores. Vida e morte: laços da existência* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p.11-33.
- Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Paiva DCP de, Berusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(2):377-85.
- Péres DS, Magna JM, Viana LA. Arterial hypertension patients: attitudes, beliefs, perceptions, thoughts and practices. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(5):635-42.
- Pierin AMG, Gusmão JL, Carvalho LVB de. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. *Rev Hipertens.* 2004; 7(3):100-3.
- Rocha JC. Stress, hipertensão arterial e Qualidade de vida: Um guia de tratamento para a hipertensão. São Paulo: Papyrus; 1994.
- Rollnick S. Behavior change in practice: targeting individuals. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1996;20(Suppl 1):22-6.
- Rotman F. Pressão alta. A comida salva. Rio de Janeiro. 2ª ed. São Paulo: Imago; 1994.
- Silva ALC, Costa HG, Rizzo LMG. O enfermeiro e o paciente em tratamento de longa duração. *Rev Bras Enferm.* 1980;33(3):356-62.
- Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev Latinoam Enferm.* 2002;10(3):415-22.
- Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico cirúrgica, 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(4):260-312.
- Trentini M, Silva DGVD, Leimann AH. Mudanças no estilo de vida enfrentados por pacientes em condições crônicas de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 1990;11:18-28.
- Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas. *Rev Latinoam Enferm.* 2005;13(1):38-45.
- Turra K. As repercussões da doença cardiovascular na qualidade de vida de adultos: relato de experiência. *Cogitare Enferm.* 2001;6(1):32-6.
- World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2002.

Recebido em 6/6/2007

Aceito em 17/8/2007