

## O COTIDIANO E A ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

[*Quotidian and compliance to treatment for arterial hypertensino*]

Nágela Valadão Cade\*

**RESUMO:** Estudo exploratório desenvolvido com um grupo de hipertensos que deixou de comparecer às consultas de enfermagem e com os indivíduos que ainda se consultavam no Programa para Controle da Hipertensão Arterial-UFES. O trabalho objetiva averiguar como é que o cotidiano pode ser um dificultador da aderência ao tratamento para hipertensão. Os dados foram analisados pelo método Análise de Conteúdo, utilizando-se categorias não definidas *a priori*. Constatou-se que as emoções negativas que surgem no dia-a-dia e a necessidade de realizar as atividades diárias interferem na compreensão do que vem a ser "doença" e na realização das ações que são benéficas para o controle da hipertensão, sendo esses, aspectos a serem trabalhados com vistas a aumentar a aderência ao tratamento.

**PALAVRAS CHAVE:** Hipertensão; Adesão ao tratamento; Cuidados de enfermagem.

### 1. INSERÇÃO DA PROPOSTA DE PESQUISA

Em 1993, implantou-se no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Universidade Federal do Espírito Santo, o projeto, em nível de Extensão Universitária, intitulado "Programa para Controle da Hipertensão Arterial" (PCHA). Esse programa teve suas linhas mestras no Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial (PNECHA), do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1988).

A competência do enfermeiro, em um projeto desse nível, consiste, prioritariamente, na educação para o autocuidado, a qual está centrada nos chamados fatores de risco ou predisponentes para a doença hipertensiva ou para a sua morbidade.

A educação proposta aborda, dentre outros, o tratamento não farmacológico. São orientações referentes à dieta, à prática de exercícios, ao controle da obesidade, ao tabagismo, ao uso não abusivo de álcool e à automonitorização da pressão arterial. Pretendia-se, também, conscientizar o hipertenso de sua condição clínica, e, assim, eliminar ou minimizar os fatores de risco implicados na hipertensão.

Realizou-se um balanço do referido programa em dezembro de 1994, quando completava 18 meses de funcionamento, e verificou-se que um número elevado de indivíduos, 82,70%, deixou de comparecer às consultas do PCHA.

Em relação ao número de vezes que freqüentaram o programa antes de faltarem à última consulta agendada, 43,18% dos sujeitos só compareceram à primeira consulta, 38,63% de duas a quatro consultas e 18,18% de cinco a sete consultas.

Outro problema identificado foi a dificuldade apresentada pelos indivíduos em seguirem as orientações referentes ao tratamento, de forma sistematizada e contínua.

Diversos autores têm abordado o problema da não aderência ao tratamento para a hipertensão. De acordo com

o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993 a), 40% dos indivíduos só fazem tratamento até os primeiros quatro anos após diagnosticada a hipertensão, e a Organização Mundial da Saúde cita que somente 12,5% dos hipertensos diagnosticados encontram-se com a pressão arterial controlada. (BRASIL, 1993 b, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1983).

Segundo Levine (1993), depois de um ano de tratamento, somente 50% dos sujeitos continua freqüentando o serviço de saúde, 45% ingere a medicação, 20% mantêm os exercícios físicos e 10% mantêm a dieta para controle de peso, a restrição de álcool e o consumo reduzido de sal.

### 2. HIPERTENSÃO ARTERIAL: A RELAÇÃO DO INDIVÍDUO COM O MEIO AMBIENTE

A hipertensão arterial essencial apresenta etiologia desconhecida, mas é sabido que diferentes fatores - genético, fisiológico e ambiental - contribuem para o seu desenvolvimento.

O mecanismo desencadeador da hipertensão arterial essencial que nos parece mais relevante para ser discutido neste trabalho, é o que se refere aos fatores ambientais, compreendidos não apenas nos aspectos físicos, mas também naqueles relacionados aos processos de interação social e a seus reflexos na dinâmica interpessoal. São os chamados fatores de risco para a doença hipertensiva que, segundo Costa (1983: 1642-3), "podem ser vistos ou como indicadores das experiências dos grupos em situações sócio-ambientais concretas, ou como determinados pelas interações do indivíduo com o ambiente, biologicamente incorporadas".

Esses fatores de risco podem ser agrupados em modificáveis e não modificáveis. Os não modificáveis compreendem a idade, o sexo, a raça, a história familiar de hipertensão, e os modificáveis são a obesidade, a ingestão aumentada de sal e o uso prolongado de bebidas alcoólicas. O estresse crônico, o tabagismo, o sedentarismo e o aumento da ingestão de gorduras saturadas, apesar de não apresentarem ligação direta e comprovada com a hipertensão, influenciam na doença, aumentando a morbidade da mesma e agravando suas lesões ateroscleróticas. (BRASIL, 1993 a).

A interferência do ambiente na pressão, também tem sido documentada através de experiências com comunidades primitivas e urbanizadas. Carvalho (1984) pesquisou 218 índios lanomani e constatou que eles não apresentavam hipertensão como as pessoas dos centros urbanizados.

Ensaio científico levantam alguns aspectos sociais capazes de desencadear hipertensão arterial essencial em pessoas predisponentes. Aqui, entram a classe social do indivíduo, a renda familiar, a ocupação e o nível de escolaridade. Indivíduos de classe social menos favorecida, com poder aquisitivo baixo, ocupação não especializada e baixa escolaridade são candidados a um maior desenvolvimento de hipertensão. (COSTA, 1983, 1985, GROSS, 1985).

Para Maciel (1994) o estilo de vida urbano contribui para o desenvolvimento da hipertensão, pois proporciona condições de trabalho permeadas de tensão e de competitividade, o que ocorre na tentativa de manter ou de elevar o padrão sócio-econômico. Além do mais, a violência e a carência de rede de suporte social que ocorrem nas grandes cidades também geram focos de estresse, contribuindo com a desregulação da pressão.

Pesquisas têm tentado relacionar fatores ambientais

\* Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem - UFES. Mestre em Psicologia.

Esse trabalho constitui parte da dissertação de mestrado "Aspectos Psicossociais No Cotidiano Dos Hipertensos: Um Estudo Sobre A Descontinuidade do Tratamento Em Pacientes Pertencentes Ao Programa Para Controle da Hipertensão Arterial - UFES", submetida ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

ligados ao trabalho com o desenvolvimento da hipertensão. Trabalho em ambiente quente ou com ruído intenso predispõem à hipertensão. (BRASIL, 1993 a).

Dessa forma, os fatores interacionais homem e ambiente apresentam relação com o aumento da pressão, quando determinam os comportamentos relacionados com a saúde e com a doença, e acredita-se que os fatores do cotidiano podem, também, influenciar no tipo de resposta emitida pelo sujeito frente ao binômio saúde - doença, fornecendo subsídios para aumentar a compreensão da adesão ao tratamento.

Pelo exposto sobre a hipertensão e a sua relação com os fatores interacionais homem e meio, pretende-se conhecer, a partir de algumas premissas, como o cotidiano interfere na realização das ações favoráveis ou desfavoráveis ao binômio saúde-doença, relacionadas com a hipertensão.

Os objetivos a que nos propomos, ao realizar este estudo, constituem-se em:

- verificar a importância e a percepção que o indivíduo hipertenso atribui ao binômio saúde-doença;
- investigar os comportamentos emitidos frente à hipertensão arterial;
- investigar os motivos atribuídos pelos sujeitos, para deixarem de comparecer ao PCHA.

### 3. METODOLOGIA

Esta pesquisa é do tipo exploratório.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir da clientela do PCHA. Escolheram-se os que faltaram à última consulta e não haviam entrado em contato com o serviço para remarcar a mesma.

Optou-se por entrevistar todos os 52 indivíduos que foram atendidos no PCHA. Constituíam-se eles de 8 hipertensos que vinham freqüentando o programa conforme agendamento, e 44 que pararam de freqüentá-lo durante os 18 meses de funcionamento.

Dos 44 sujeitos que abandonaram o PCHA, só conseguimos entrevistar, por diferentes motivos, 31 sujeitos, incluindo-se o da entrevista piloto. Os dados dessa última entrevista foram descartados da análise dos dados.

Os sujeitos foram divididos em dois grupos. Aquele que deixou de comparecer ao programa foi denominado de grupo F (faltosos) e o grupo dos oito sujeitos que continuaram a freqüentá-lo passou a ser chamado de grupo A (assíduos).

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados. Um dos instrumentos compreendeu um Roteiro de Entrevista Aberta, com questões que, a nosso ver, levantariam alguns fatores do cotidiano que poderiam interferir na adesão. Essas entrevistas foram realizadas pela pesquisadora após o consentimento dos sujeitos, gravadas, e, posteriormente, transcritas. (Vide Anexo 1).

O outro instrumento utilizado foi o Roteiro de Entrevista Estruturada, com abordagem de itens cujo objetivo era averiguar a caracterização pessoal e familiar dos sujeitos.

O tratamento escolhido para os dados consistiu na Análise de Conteúdo. Trabalhou-se com categorias não definidas, *a priori*, as quais foram retiradas do material transcrito.

### 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na apresentação de alguns resultados, serão exibidas tabelas contendo as categorias formadas a partir dos recortes das falas dos sujeitos, e verificou-se que o universo de respostas correspondeu ao número total de respostas dadas, ultrapassando, em muitos casos, o número

de sujeitos. Não se atribuiu significado às "respostas não obtidas", presentes em alguns quadros.

#### 4. 1. CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E FAMILIAR DOS SUJEITOS

O sexo feminino predominou entre os sujeitos (68,42%), e a maioria deles apresentam idade de 50 a 69 anos.

A renda, a ocupação e a escolaridade dos sujeitos indicam que eles fazem parte da classe sócio-econômica de baixa renda, com nível educacional deficitário e trabalho pouco especializado, provavelmente, pela baixa qualificação.

#### 4. 2. VERIFICAÇÃO DA PERCEPÇÃO SOBRE O BINÔMIO SAÚDE - DOENÇA

##### 4. 2. 1. Concepção de "estar com saúde" e "estar doente"

Quando questionados sobre a percepção de estar com saúde, a maioria das respostas do grupo F (80,64%) referiram saúde como ausência de sensação ruim no corpo, seja ela de ordem física, emocional ou relacionada com disposição. (Vide Tabela 1).

Disposição, nesse caso, foi citada no sentido de "estar animado para realizar as atividades do dia-a-dia" como trabalhar, passear, entre outros. O sinal/ sintoma físico que predominou nos relatos foi a "dor" e depois citaram problemas no corpo do tipo "azia, falta de ar e mioma". Os de ordem emocional incluíram "ausência de tristeza, estar em paz, estar de bem com a vida e não estar nervoso".

O estado emocional também foi citado em outros momentos da entrevista, não só como um indicador de saúde-doença, mas ainda como o responsável pela elevação da pressão.

TABELA 1 O que significa estar com saúde para os sujeitos

Categorias de Respostas	Frequência de respostas nos grupos	
	F	A
Presença / ausência de sinais:		
a) Relacionadas com disposição	09	03
b) Físico	08	04
c) Emocional	08	-
Não ter hipertensão / cardiopatia	04	03
Não ter que tomar remédio diariamente	01	01
Estar com Deus	01	-
Total de respostas	31	11
Respostas não obtidas	06	-

Para a metade dos sujeitos do grupo F, saúde significa ausência de alguma coisa no corpo que prejudique as ações diárias ou que interfira em seu cotidiano.

No grupo A, 50% dos sujeitos deram respostas nas quais predominaram a concepção de saúde como ausência de doença ou não terem que fazer uso contínuo de medicação.

Em relação ao que é estar doente, a grande maioria não se considera enferma e as respostas citadas, em maior frequência, evidenciaram que doença se relaciona com a "impossibilidade de andar e de trabalhar; é estar acamado". Portanto, para os sujeitos, estar doente é ficar impossibilitado de exercer suas atividades diárias, indicando que saúde está diretamente ligada ao conceito de poder ou estar apto para produzir. (Vide Tabela 2).

TABELA 2 O que os sujeitos consideraram como estarem doentes

Respostas	Frequência de respostas nos grupos	
	F	A
Quando há impossibilidade de andar, trabalha, estar acamado	13	05
Estar desanimado, triste, amargurado	08	-
Quando portador de doença ou de estados situações decorrentes de doença	04	02
Quando há presença de sinais físicos	03	01
Total de respostas	28	08
Respostas não obtidas	03	01

A concepção de saúde-doença foi associada pelos sujeitos à presença, quando saúde, e à ausência, quando doença, de condições, principalmente físicas, para realizar as ações do cotidiano.

Doença foi colocada como alguma coisa no corpo, interferindo nas atividades, e, em segundo lugar, os sujeitos do grupo F fizeram referência à saúde-doença, quando há alteração do estado emocional (tristeza, amargura, nervoso).

Observa-se, aqui, a subjetividade do termo "doença," e sua definição está relacionada com a percepção e com as situações de vida com as quais a pessoa se envolve.

Há autores, Sampaio (1995), Singer (1981), que fazem ligação da percepção da doença com o desenvolvimento de ações, principalmente, as que dizem respeito ao trabalho. O "adoecer" relaciona-se com sintomas que comprometem o trabalho e o meio de subsistência dos indivíduos e pode ser entendido, quando o corpo já não responde satisfatoriamente às exigências do meio social.

*"Os pacientes geralmente definem doença como qualquer impedimento de seu bem estar físico que esteja conforme o que a sociedade considera 'estar doente'. Sentir-se mal apenas não é suficiente enquanto o indivíduo não está seriamente incapacitado para o trabalho ou interação"* (DREITZEL apud SINGER, 1981, p. 53).

Para Sampaio e colaboradores (1995), o trabalho se sobrepõe a todas as situações da vida social, pois ele consome a metade do tempo de vigília, considerando-se uma jornada de oito horas diárias, e, ainda, mostra a capacidade individual para vender serviços, venda essa que é transformada em moradia, vestimenta, lazer, educação e saúde. Por meio do trabalho, o indivíduo se localiza nos vários níveis da hierarquia social, seja por meio do prestígio que certas atividades laborais oferecem ou pela capacidade de aquisição de bens de consumo, de lazer e de adoecer, obtidos como produto do trabalho realizado.

Essa forma de perceber a doença, ou seja, de associar doença à incapacidade física para o trabalho, pode ser um dos dificultadores para o seguimento do tratamento que ocorre na hipertensão, pois os sujeitos continuam desenvolvendo as atividades, tanto no seio da família, como no trabalho.

Dessa maneira, na hipertensão, há diminuição do limite entre o "estar doente" e o "estar com saúde", pelo fato de os indivíduos continuarem a manter suas posições dentro da sociedade, até que venham as complicações e, conseqüentemente, as limitações físicas, psicológicas ou

sociais delas decorrentes.

No que diz respeito à correlação entre o binômio saúde-doença e as alterações emocionais, o que esses sujeitos estão querendo dizer? A tristeza, a amargura e o nervoso referidos são estados emocionais decorrentes de problemas, estresse e aborrecimentos do cotidiano, e, aparentemente, não guardam relação direta com a doença.

Minayo (1988) em referência ao assunto, diz que:

*"Essa doença inespecífica, e meio vaga (chamada nervoso) ganha de todas as outras, nos depoimentos de homens e mulheres. Gerador de outros males, associado a uma série de sintomas, síntese de uma quantidade enorme de queixas, 'o nervoso da vida' revela particularmente um sentimento de opressão e de dificuldade insana para levar adiante o projeto familiar, todo ele constituído sobre a sobrevivência do dia a dia".* (MINAYO, 1988, p. 368).

Entende-se, assim, que as freqüentes associações de doença com emoções negativas que apareceram nas respostas, podem indicar o elevado nível de insatisfação com a vida e de estresse social experienciado pelos sujeitos. O "estar doente" sai do âmbito fisiológico e passa a representar a relação do homem, não só com os fenômenos macrosociais, mas também com a capacidade de enfrentamento e de resolução dos problemas diários. Dessa forma, o nervoso representa a maneira de os indivíduos apreenderem a vida. É a expressão do cotidiano refletindo na concepção de saúde e doença e, conseqüentemente, interferindo no enfrentamento da mesma.

Bezerra (1994) corrobora a asserção acima, quando explicita que o emocional, como um indicador de saúde-doença, mostra-nos o 'estado de carência' do indivíduo, as dificuldades no viver. Acrescenta que essa colocação pelos sujeitos pode ser entendida como um estado intermediário entre saúde-doença, pois são condições que causam sensação desagradável nas pessoas, impossibilitando-as, assim, de se considerarem saudáveis, mas que, ao mesmo tempo, não as impedem de exercerem as atribuições diárias, por não se considerarem como pessoas doentes.

Que características a hipertensão apresenta, que fazem com que os sujeitos não a percebam como doença, ou como algo que necessita ser cuidado? Levantamos algumas considerações para esse fato e dentre elas, enumeramos:

- grande parte dos hipertensos é assintomática, principalmente, nos primeiros anos da doença, até que começam a aparecer os sintomas decorrentes do comprometimento dos órgãos alvo, ou seja, nos órgãos acometidos pela doença hipertensiva;
- quando a hipertensão é acompanhada por sintomas, esses são comuns a outras situações do cotidiano, em especial, às alterações emocionais. Alguns sintomas apontados pelos sujeitos, em outros momentos dessa pesquisa, foram: dor de cabeça e no pescoço, nervoso, irritação, coração batendo rápido, tonteira, sintomas esses, que por suas características, não podem ser associados diretamente à hipertensão, pois ocorrem em outras circunstâncias;
- a hipertensão arterial essencial surge de forma lenta, não tendo um início nítido, bem delimitado. Na maioria das vezes, acompanha o sujeito por toda a vida, alternando períodos de estabilidade com instabilidade de pressão;
- a labilidade de pressão, que ocorre em alguns hipertensos,

está associada, muitas vezes, aos problemas e aborrecimentos que experienciam no dia-a-dia, ou seja, como consequência do viver. Ela tende a elevar-se, quando o indivíduo está sob tensão, estresse ou outras situações ambientais. (VIEIRA, 1993);

e) e por fim, a hipertensão não impõe limites importantes ao indivíduo, e eles, praticamente, mantêm o mesmo padrão de hábitos no que diz respeito ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as complicações provocadas pela doença.

#### 4. 3. LEVANTAMENTO DE AÇÕES RELACIONADAS À HIPERTENSÃO

##### 4. 3. 1. Atitude frente à elevação da pressão

Averiguou-se o que os sujeitos fazem quando acham que a pressão se encontra elevada, segundo os sinais/sintomas apresentados.

Os sujeitos foram agrupados em: a) sujeitos que nada fazem, quando a pressão se encontra elevada (07 suj.) - procuram não pensar no assunto e não fazem nada, e b) sujeitos que tomam alguma atitude frente à situação (23 suj.) - realizam práticas para reduzir os sintomas, verificam a pressão, usam medicação anti-hipertensiva e procuram controlar-se emocionalmente.

Dos sujeitos que fazem alguma coisa quando acham que a pressão encontra-se elevada, dez sujeitos do grupo F (33,33%) referiram quanto a fazerem o uso de práticas que consideramos como "paliativas", pois não atuam na pressão elevada, mas, somente, reduzem os sintomas apresentados.

Dentre esses últimos, citaram o uso de chás de ervas de efeito tranqüilizante, a ingestão de água açucarada e de analgésicos, a imersão da cabeça em água fria e o repouso.

Em relação aos sujeitos do grupo A, 12,5% fazem uso de chá, 12,5% resolvem tomar a medicação conforme prescrita e fazer a dieta hipossódica recomendada, 25% não fazem nada e 50% verificam a pressão arterial, quando suspeitam que ela se encontra elevada.

##### 4. 3. 2. Conhecimento das ações de saúde benéficas para a hipertensão

Tentou-se levantar qual o conhecimento dos sujeitos sobre as práticas de saúde necessárias para reduzir a pressão ou minimizar os riscos da doença.

Os indivíduos demonstraram conhecer essas práticas, quando citaram todas as medidas capazes de auxiliarem na redução da pressão e na morbidade da hipertensão.

Considerando-se os dois grupos de sujeitos, as práticas citadas em maior frequência foram: diminuir o sal alimentar (36,66%), tomar chás (30%), ingerir a medicação anti-hipertensiva (26,66%), evitar aborrecimento (21,66%) e reduzir a gordura da dieta (20%). (Vide Tabela 3).

##### 4. 3. 3. Realização das ações de saúde e vantagens encontradas

Dando continuidade ao item anterior, perguntava-se aos sujeitos se praticavam o que estavam relatando e quais os benefícios ocorridos com a ação.

Alguns sujeitos do grupo F realizam todas as práticas que citaram e outros só algumas, como, por exemplo, E-9 que evita aborrecimento, mas não segue com rigor a dieta hipossódica e o uso do medicamento. E-24 utiliza o chá com regularidade, mas negligencia o uso da medicação.

Outros sujeitos (10,52%) referem mal-estar ao realizarem algumas práticas, principalmente, o uso da medicação, mas mesmo assim, não deixam de tomá-la.

A fala dos sujeitos do grupo F também evidenciou que as ações relatadas, ora são colocadas em ação, ora não, mesmo reconhecendo as suas vantagens.

**TABELA 3 Práticas de saúde citadas pelos sujeitos, as quais reduzem a pressão e/ ou seus riscos**

Respostas	Frequência de respostas nos grupos	
	F	A
Reduzir o sal	19	03
Usar a medicação anti-hipertensiva	14	02
Evitar aborrecimento	12	01
Reduzir a ingestão de gordura	11	01
Usar chás	11	07
Fazer caminhadas	08	-
Relaxar / lazer	04	-
Reduzir a ingestão de álcool e fumo	04	02
Reduzir o peso corporal	03	-
Melhorar a qualidade das relações pessoais	03	-
Deus	01	-
Outros: café, arroz e maracujá	04	-
Total de respostas	44	16
Respostas não obtidas	-	01

Na análise dos resultados, a automanipulação do tratamento medicamentoso apareceu como um dado a mais. Exemplificando, um dos sujeitos, quando acha que a pressão se encontra alterada devido aos sintomas físicos apresentados, tem o seguinte comportamento: "Eu uso o remédio. Quando a pressão está boa, eu não tomo o remédio todo dia, não" (E-24).

Com os sujeitos do grupo A, também foi observado o comportamento de manipular o tratamento medicamentoso, pois três deles (37,5%) interromperam o tratamento por conta própria, guiando-se pelos sinais/sintomas atribuídos à hipertensão.

Os sujeitos mostraram conhecer as ações de saúde para a doença cardiovascular. Alguns citaram várias ações, outros menos, mas no geral, demonstraram conhecê-las. Quando perguntados sobre a realização dessas práticas, já familiarizadas pelos sujeitos, constatou-se que o conhecimento não guarda relação com as ações. Os sujeitos selecionam quais serão realizadas, quando executá-las ou interrompê-las.

É como se as pessoas apresentassem predisposição a aceitarem determinadas práticas, de acordo com as prioridades do momento. Alguns sujeitos do grupo F controlam as práticas ligadas à saúde conforme as condições de vida pelas quais estão passando: caminham com regularidade e param, devido a estarem construindo uma casa para morar; outros param de comparecer ao ambulatório, quando começaram a trabalhar.

Sobre as ações de saúde que os sujeitos dos dois grupos consideram benéfica para a hipertensão, o uso de chá ficou em segundo lugar. A literatura reporta sobre a existência de ervas que atuam nos vasos sanguíneos, com o provável efeito de reduzir a pressão, porém, as mais usadas pelos sujeitos têm sido o capim e a erva cidreira, as quais não apresentam esse efeito. A erva cidreira é indicada para acalmar as cólicas intestinais, e o capim cidreira, além de fazer efeito no trato digestivo, é considerado por alguns, como

tranquilizante. (ESPÍRITO SANTO, 1992).

Isso confirma os primeiros resultados dessa pesquisa, nos quais o "nervoso da vida" passa a ser entendido como algo de significância para os sujeitos e em que a tranquilidade proporcionada pelos chás leva não só ao controle da pressão, mas também abranda as sensações desagradáveis decorrentes dos problemas do dia-a-dia. Na fala dos sujeitos, o nervoso passa a ter *status* de doença e é um importante fator que contribui para o desenvolvimento da hipertensão.

Laplantine (1991) enfoca o assunto por outro ângulo. Para o autor, quando os indivíduos usam a medicina popular, como, por exemplo, a ingestão de chás, significa que eles percebem a doença de modo mais abrangente, associando-a a várias condições, que não, somente, à química-biológica enfocada pela medicina oficial. Para eles, a doença associa-se, não só aos aspectos somáticos, mas psicológicos, sociais, espirituais e existenciais, havendo a necessidade de combatê-los como um todo.

A hipertensão, ao ser uma doença crônica, é uma condição que irá acompanhar os indivíduos por toda a vida e faz-se necessário que eles criem mecanismos para se adaptarem à condição de doente. Dessa forma, a cronificação da doença pode ser um fator importante que propicia os sujeitos a terem comportamentos de auto-regulação do tratamento. Regulam o uso do medicamento, a realização das ações de saúde e, ainda, o momento de procurar o serviço de saúde, pois os acontecimentos que advêm da doença crônica se tornam familiares pelo tempo em que estão instalados no corpo.

#### 4. 4. MOTIVOS PARA OS SUJEITOS DEIXAREM DE COMPARECER AO PCHA

##### 4. 4. 1. Causas do não comparecimento às consultas do PCHA

Os motivos listados pelos sujeitos do grupo F, que os levaram a não mais freqüentarem o PCHA, foram: 20% alegaram mudanças em sua vida, que por sua vez, ocasionaram incompatibilidade de horário com o atendimento do programa; 16,66% esqueceram o dia da consulta, não tendo interesse em remarcá-la; 10% mantêm o tratamento para hipertensão em outras instituições de saúde; 6,66% apresentaram alterações físicas que dificultaram a marcha e, conseqüentemente, sua ida até ao ambulatório; 6,66% não viam a necessidade de comparecer ao programa, devido a encontrarem-se bem, sem nenhuma anormalidade; 3,33% não tinham dinheiro para o transporte e 3,33% revoltaram-se com a instituição de saúde, abandonando todos os tratamentos que faziam. (Vide Tabela 4).

Alguns sujeitos (10%) não lembraram o motivo, o que se justifica, pois 16 deles (53,3%) tiveram a última consulta há mais de um ano, antes da realização das entrevistas, já tendo esquecido a razão do não comparecimento.

Em relação aos motivos para deixarem de comparecer ao PCHA, os sujeitos pontuaram, em primeiro lugar, indicadores de ordem temporal, como por exemplo, o tempo gasto para o deslocamento da residência até o serviço de saúde e para as atividades ligadas ao trabalho, como sendo capazes de prejudicar ou impedir o seu comparecimento ao programa.

**TABELA 4 Motivo alegado pelos sujeitos para deixarem de comparecer ao PCHA**

Respostas	Nº de sujeitos do grupo F
Modificação nas atribuições diárias	06
Perdeu a consulta por esquecimento	05
Em tratamento em outras instituições	03
Problemas físicos	02
Estava sentindo-se bem	02
Falta de dinheiro	01
Resolveu abandonar todos os tratamentos	01
Não lembrou o motivo	03
Total de respostas	23
Respostas não obtidas	07

Em segundo lugar, citaram aspectos de ordem física do tipo tonteira, fraqueza nas pernas, diminuição da acuidade visual e esquecimento do dia agendado, como uma dificuldade a ser vencida para freqüentarem o PCHA.

A seguir, referiram aspectos que compreendemos serem fatores ligados à concepção de saúde-doença-tratamento ou que podem estar associados ao desconhecimento da hipertensão, pois acharam que por estarem sentindo-se bem não precisavam ir ao ambulatório e, ainda, porque cuidam da hipertensão em mais de uma instituição de saúde, ao mesmo tempo.

Por último, explicitaram aspectos de ordem econômica e outros, como sendo a causa de terem parado de comparecer ao PCHA.

O elevado índice de não comparecimento a um programa desse tipo, que visa à educação para o autocuidado, pode ser entendido como um grande desafio para os profissionais que atuam em nível educacional, pois nesse tipo de trabalho, os benefícios são alcançados a longo prazo e não há como os sujeitos terem certeza, se esses ocorrem pela modificação de seus hábitos em relação à hipertensão.

Tudo indica que os sujeitos não priorizam a utilização dos serviços de saúde para fazerem prevenção de doenças, das complicações causadas por elas ou para fazerem a manutenção da saúde, porque é um tipo de vínculo que não apresenta um efeito imediato, visível, ou porque as pressões do cotidiano e as condições de vida são mais importantes para os sujeitos do que a manutenção da saúde.

Bezerra (1994) dá outro enfoque a essa temática. Para o autor, as representações sobre o sucesso da terapia podem ser diferentes entre cliente e profissional e o abandono do tratamento pode significar "que as expectativas do cliente já tinham sido satisfeitas, pelo menos, até aquele momento". (p. 158).

#### 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a compreensão do fenômeno saúde-doença pelos sujeitos desta pesquisa, conclui-se que eles apresentam uma concepção mais ampla do que, simplesmente, a existência ou não de um desvio biológico no organismo. A definição de doença para os leigos encontra-se em um contexto mais abrangente, estando associada às condições sócio- econômicas e existenciais, e distantes do campo físico.

Outro aspecto observado, foi quanto ao fato de os sujeitos comparecerem ou não ao PCHA não significar que eles estejam dando continuidade ao tratamento. A realização ou não de ações que beneficiam a hipertensão ocorre, independentemente de os sujeitos estarem indo às

consultas, e sim, de acordo com o que estão experienciando e com seus valores.

As práticas voltadas para a saúde, os comportamentos como pessoa doente e as formas de enfrentamento da doença guardam relação com uma série de fatores que permeiam a vida dos sujeitos, inclusive as emoções negativas que aparecem no intercurso da vida. Essas práticas relacionam-se com as condições de vida, com a maneira de enfrentá-la e com o significado atribuído a esse modo de enfrentamento.

Entendeu-se que a realização de ações voltadas para o binômio saúde - doença sofre influência de alguns fatores do cotidiano, e, dessa forma, com vistas a criar condições para aumentar a adesão ao tratamento, propõe-se:

- a) permitir que os usuários participem das metas e das decisões sobre o tratamento, proporcionando meios para que eles modifiquem sua condição de saúde, de acordo com suas problemáticas de vida;
- b) criar formas alternativas de tratamento, procurando atender as necessidades dos sujeitos;
- c) oferecer suporte emocional à clientela atendida, incentivando a verbalização dos problemas, auxiliando na reorganização das emoções, na reestruturação das dificuldades do cotidiano e encorajando os indivíduos a participarem da resolução dos problemas a serem vencidos.

**ABSTRACT:** This is a descriptive study developed with a group of individuals with HBP who stopped to attend nursing consultations as well as with those who were still consulting in the Arterial Hypertension Control Program. The purpose of this study is investigate how the quotidian can be an adherence inhibitor to the treatment. The data was analysed by the content analytic method using non-specified categories *a priori*. We found out that the daily negative emotions and the need of making the routine activities interfere in the disease conception comprehension and in the accomplishment of acts which are beneficial to hypertension control. Therefore, these aspects should be considered in order to increase the adherence to hypertension treatment.

**KEY WORDS:** Hypertension; Compliance to treatment; Nursing care.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEZERRA, JR. B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A., COSTA, N. R. (Org.) **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1994. p. 134-169.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de saúde. **Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle a Hipertensão Arterial (PNECHA)**. Brasília, 1988. 87 p. (mimeografado).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino serviço**. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 1993 a 233 p. (mimeografado).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Doenças cardiovasculares no Brasil: Sistema Único de Saúde, Dados Epidemiológicos, Assistência Médica**. Brasília, 1993 b. 36 p.
5. CARVALHO, J. J. Aspectos epidemiológicos e preventivos da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Clin. Terap.**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 55 - 61, jun. 1984.
6. COSTA, E. A. Hipertensão arterial como problema de massa no Brasil: caracteres epidemiológicos e fatores de risco. **Ci. Cultura**, São Paulo, v. 35, n. 11, p. 1642 - 1649, nov. 1983.
7. COSTA, E. A., KLEIN, C. H. Meio urbano e doenças cardiovasculares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n. 3, p. 297 - 304, jul./ set. 1985.
8. ESPÍRITO SANTO. Secretaria Municipal de Vitória. **Plantas Medicinais**. Vitória, 1992. 39 p.
9. GROSS, F. et al. **Tratamiento de la hipertension arterial: guia práctica para el medico y otros agentes de salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985. cap. 4: Causas de la hipertension. p. 18 - 23.
10. LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
11. LEVINE, D. M. Adherence to Antihypertension Therapy. In: IZZO, J. L., HENRY, R. B. (edit.). **Hypertension Primer** AMERICAN HEART ASSOCIATION, Council for High Blood Pressure Research. Dallas: Library of Congress, 1993. p. 291-293.
12. MACIEL, C. L. C. Emoção, Doença e Cultura: O caso da hipertensão essencial. In: Romano, B. W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 2-38.
13. MINAYO, M. C. de S. Saúde - Doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363 - 381, out./ dez. 1988.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Prevención primária de la hipertension esencial**, Genebra, 1983, p. 5 - 46. Série de informes técnicos 686.
15. SAMPAIO, J. J., HITOMI, A. H. RUIZ, E. M. Saúde e Trabalho: uma abordagem do processo e jornada de trabalho. In: CODO, W., SAMPAIO, J. J. (Org.). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes. 1995.
16. SINGER, P., CAMPOS, O., OLIVEIRA, M. E. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.
17. VIEIRA, F. H. **Reatividade Pressórica em Testes de Estresse Mental em Indivíduos Normotensos com Hiperreatividade Pressórica ao Teste Ergométrico**. 1993. Dissertação (Mestrado em Ciências Fisiológicas) - Universidade Federal do Espírito Santo.

#### ANEXO 1 ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Para você, o que significa estar com saúde? Você se considera uma pessoa com saúde?
2. Para você, o que significa estar doente? Você se considera uma pessoa doente?
3. Quando a pressão se encontra elevada, você faz alguma coisa? O que você faz?
4. O que é capaz de reduzir a pressão? Já tentou realizar o procedimento citado? Por quê? Na sua opinião, quais as vantagens ou desvantagens de fazer isso?
5. Alguma vez já interrompeu o procedimento citado? Por quê?
6. Por que você deixou de comparecer ao ambulatório para controle da hipertensão?

Endereço do autor:  
Avenida Marechal Campos, 1468  
29040-090 - Vitória - ES