UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CLEOTILDE GARCIA REZA

O COTIDIANO DO HIPERTENSO NA PERSPECTIVA DO MODELO DE CAMPO DE SAÚDE DE LALONDE

Ribeirão Preto-SP
2007

CLEOTILDE GARCIA REZA

O COTIDIANO DO HIPERTENSO NA PERSPECTIVA DO MODELO DE CAMPO DE SAÚDE DE LALONDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Titulo de Doutor em Enfermagem

Linha de Pesquisa : Processo de cuidado do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: ***Profª. Drª. Maria Suely Nogueira***

Ribeirão Preto-SP

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Reza, Garcia Cleotilde

O Cotidiano do Hipertenso na Perspectiva do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde./ Cleotilde Garcia Reza; Orientadora Maria Suely Nogueira.

Ribeirão Preto, 2007

138p.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Titulo de Doutor em Enfermagem

1. Hipertensão 2. Fatores de risco 3. Campo de Saúde

A tese, ora apresentada é resultado do Convenio celebrado entre Universidade de São Paulo, com interveniência da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a Universidade de Guanajuato- México, através da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cleotilde Garcia Reza

O Cotidiano do Hipertenso na Perspectiva do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Titulo de Doutor em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de cuidado do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Data da Aprovação:___/____/____

Banca Examinadora

Profª. Drª. Maria Suely Nogueira

Instituição: EERP-USP Assinatura_____

Profª. Drª. Miyeco Hayashida

Instituição: EERP-USP Assinatura_____

Profª. Drª. Leila Maria Marchi Alves

Instituição: EERP-USP Assinatura_____

Profª. Drª. Claudia Bernardi Cesarino

Instituição: Faculdade Medicina S. J. Rio Preto. Assinatura_____

Profª. Dr. Evandro José Cesarino

Instituição: FCFRP-USP Assinatura_____

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes de minha vida, sem elas, certamente não seria nada do que sou hoje: Meus pais ***Andrés e Eligia****.*

Meus filhos, ***Corina, Elizabeth e Tonatiuh*** *meu grande tesouro, por seu carinho apoio e colaboração nos momentos em que precisei estar sozinha nesse caminhar.*

A minha Netinha ***Renata*** *pela alegria que me transmite.*

As minhas amigas e colegas de sempre ***Vicenta Gómez*** *e* ***Matiana Morales***

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Primeiramente a **Deus** pelo milagre da vida e por todos os dons, graças que recebo a cada dia e por tudo aquilo que tem permitido ter e ser. Obrigada, Senhor pelo refugio, pelo amor, pelas bênçãos e pela proteção em cada dia.*

*A **Dra. Prof.ª Maria Suely Nogueira**, que, nos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento cientifico e intelectual.*

*As **Profas. Dras. Eugenia Velludo Veiga e Miyeko Hayashida** pelas sugestões a este estudo por ocasião do Exame de Qualificação*

*Aos Membros da Comissão Julgadora desta Tese **Dra Claudia Bernardi Cesarno, Evandro José Cesarino, Leila Maria Marchi Alves e Miyeko hayashida** pela colaboração nas sugestões deste estudo*

*A **Dra. Maria Elena Espino Villafuerte** pela liderança por tornar possível este doutorado para a formação de doutores em enfermagem do México.*

*A Mestre. em Educação **Isabel Rojas Ortiz,** Diretora da Escola de Enfermagem e Obstetrícia da UAEM. Pelo apoio neste processo de minha formação profissional.*

*Á **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil e a Escola de Enfermagem de Celaya Guanajuato, México** pela valiosa contribuição, graças ao convênio entre estas duas escolas é que foi possível a formação de doutores Mexicanos, na área de Enfermagem.*

*A minha **Universidade Autônoma do Estado de México**, pelo apoio, colaboração e segurança para mim, muito obrigada.*

*A **PROMEP,** pelo apoio financeiro, na concessão de bolsa de estudo.*

*Aos Colegas do programa de Pós – Graduação mexicana pela interação e discussões no transcorrer das aulas que fizeram parte de uma páginas de minha vida; alguns eu jamais esquecerei,são eles: **Elizabeth, Carmen, Gloria, Francisco, Karla, Alejandra, Letícia,** obrigada pela força, carinho e apoio de sempre.*

*As **Instituições** que aprovaram o projeto e permitiram a realização desta pesquisa em suas dependências, especialmente às enfermeiras do programa de exercício pra doenças crônicas.*

*As bibliotecárias, em especial **Maria Bernadete Malerbo**, pelas orientações aos livros e pelas palavras.*

*Especialmente à **Ida Mara e a Kettleen** pelo apoio constante e simpatia de sempre.*

*A **todos** os hipertensos do grupo de exercício aeróbio em especial aqueles que participaram deste estudo, por todos os ensinamentos que me transmitiram, através de suas experiências, muito obrigada*

*A **P. Lic. Tonatiuh Sosa Garcia**, pela disponibilidade e atenção, na revisão gramatical, pelas importantes sugestões para aprimoramento deste trabalho.*

*A **Betsy Corina Sosa** por sua colaboração e apoio nesta pesquisa muito Obrigada*

*A as alunas **Doreli, Gloria, Lizbeth, Letícia, Rosalba e Mariana Oliveira**, pela apoio e contribuição neste trabalho, obrigada.*

RESUMO

Garcia Reza, C. **O cotidiano do hipertenso na perspectiva do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde**. 2007. 138p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

A presente pesquisa for desenvolvida junto a pacientes hipertensos cadastrados em um Programa de Exercício Aeróbio de um Centro de Saúde do Município de Toluca – México, tendo por objetivo caracterizá-los de acordo com as variáveis do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde e, analisar o sentir e o pensar destes pacientes sobre sua doença e os cuidados com a mesma. Participaram da pesquisa quarenta e oito pacientes, cujos dados foram obtido em duas fases; primeiramente obteve-se os dados referentes aos quatro elementos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde em seguida, por meio de cinco questões orientadoras foi possível identificar a experiência dos hipertensos com a doença, enfocando o pensar e o sentir destes pacientes, desde o diagnóstico até as mudanças e cuidados impostos pela doença; após a obtenção dos valores da PA, os pacientes, foram classificados em dois grupos: aqueles com PA controlada e aqueles de PA não controlada, de acordo com as recomendações do JNC-7 (2006). Entre os pacientes do grupo de PA controlada 77,08% eram mulheres: 54,16% tinham idade superior a 60 anos; 81,25% estavam com a PA controlada; 27,08% apresentavam sobrepeso e 68,75% possuíam RCQ maior que 90; 45,83% não sabiam indicar antecedentes familiares para a doença; 20,83% indicaram ser hipertensos há mais de dez anos; 72,91% faziam tratamento para a hipertensão arterial, 43,73% indicaram conhecer os valores de PA; 39,59% eram viúvos; 52,08% procediam do meio urbano; 68,75% possuíam nível de escolaridade baixo; 54,16% ocupavam-se dos afazeres domésticos; 70,83% indicaram realizar exercício físico, sendo a caminhada indicada por 66,67% deles; 75,0% não fumavam e 68,75% não consumiam bebida alcoólica; 66,67% indicaram apresentar estresse, sendo este mais freqüente em função de problemas familiares e no lar; 72,91% indicam fazer em média três refeições diárias e consumir alimentos com pouco sal (68,75%); 68,75% indicaram usar os serviços de saúde do sistema público, sendo que 54,16% indicaram procurar o serviço somente quando não se sentissem bem. Em relação ao que pensavam sobre sua doença e o cuidado, pode-se identificar que os hipertensos percebem como necessária a mudança de comportamento a partir da descoberta da doença, embora o início da doença não tenha gerado

nenhuma mudança significativa. Os resultados deste estudo são importantes para o universo dos serviços de saúde do México, uma vez que demanda a necessidade de aprofundar estudos que gerem novos conhecimentos que possam contribuir para a melhoria do cuidado ao hipertenso.

Palavras-chave: hipertensão, fatores de risco, modelo de campo de saúde

ABSTRACT

Garcia Reza, C. **The everyday life of hypertensive individuals from the perspective of the Lalonde's Health Field Model**. 2007, 138p Dissertation (Doctorate) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, 2007.

This study was developed with hypertensive patients registered in an Aerobic Exercise Program in a Health Care Center in the city of Toluca-Mexico. The study objective is to characterize these individuals according to the Lalonde's Health Field Model variables: human biology, environment, life style, and health service organization. The study also aimed to analyze these patients' feelings and considerations regarding their illness and their care towards it. Forty-eight patients took part in the study. Patient data was obtained in two phases: first, the data regarding the four Lalonde's Health Field Model elements were obtained, and, then, using five guiding questions, it was possible to identify the hypertensive patients' experience with the illness, focusing on their thoughts and feelings from the moment of diagnosis to the changes imposed by the illness. After obtaining the patients' blood pressure (BP) values, they were classified in two groups, according to JNC-7 (2006) recommendations: those with BP under control, and those with uncontrolled BP. Among patients in the controlled BP group, 77.08% were women, 54.16% were aged above 60 years, 81.25% did not have the BP under control, 27.08% were overweight, and 68.75% had a waist-hip ration (WHR) above 90. Among the hypertensive patients, 45.83% were unable to report any family history for the illness, 20.83% reported being hypertensive for over 10 years, 72.91% were under hypertension treatment, 43.73% reported knowing their BP values, 39.59% were widowed, 52.08% originated from the urban environment, 68.75% had a low educational level, 54.16% performed household chores, 70.83% reported doing physical exercises, with 66.67% reporting walking regularly, 75.0% are non-smokers, 68.75% do not drink alcoholic beverages, 66.67% reported having stress, which is rather often due to family problems, 72.91% reported eating at least three meals a day and eating foods with littlesalt (68.75%), 68,75% indicated using the public system's health care service, of which54.16% reported seeking the service only when they did not feel well. Regarding what the patients considerations about the illness and health care, is was possible to identify that they perceived that the change in behavior as something necessary for the change in behavior from as of the moment the illness is identified, regardless if the onset has not yet caused any significant change. The study results are important for the universe of health services in Mexico, since

the requires the need for more profound studies that would generate new knowledge that could enhance the care offered to hypertensive individuals.

Keywords: hypertension, risk factors, health field model, health field model

RESÚMEN

Garcia Reza, C. **Lo cotidiano del hipertenso: desde la Perspectiva del Modelo de Campo de Salud de LaLonde**. . 2007, 138p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

La presente investigación fue desarrollada en pacientes hipertensos, matriculados en el Programa de Ejercicio Aerobio de un Centro de Salud del municipio de Toluca, México, cuyo objetivo fue caracterizarlos de acuerdo con las variables del Modelo de Campo de Salud de Lalonde: Biología humana, medio ambiente, estilo de vida, y la organización de los servicios de salud, así también, analizar el sentir, el pensar de estos pacientes y los cuidados sobre su enfermedad. Participaron de esta investigación, cuarenta y ocho pacientes, los datos fueron obtenidos en dos fases: en la primera fase, se obtuvieron los datos referente a los cuatro elementos del Modelo de Campo de Salud de Lalonde, posteriormente, en la segunda fase a través de cinco preguntas que orientaron la investigación fue posible identificar la experiencia de los pacientes hipertensos con su enfermedad, enfatizando, en el pensar y el sentir de estos pacientes, desde el diagnóstico, hasta los cambios y cuidados impuestos por la enfermedad. Después de obtener los valores de PA, los pacientes fueron clasificados en dos grupos: el primero, fueron aquellos con PA controlada y el segundo, aquellos con PA no controlada, esto fue de acuerdo con las recomendaciones de JNC-7 (2006). Entre los pacientes del grupo de PA controlada 77,08% eran mujeres; 54,16% tenían edad de más de 60 años; 81,25% no estaban con la PA controlada; 27,08% presentaron sobrepeso y 68,75% poseían RCC mayor a 90; el 45,83% no sabían indicar los antecedentes familiares para la enfermedad; 20,83% indicaron ser hipertensos por más de diez años; 72,91% hacían tratamiento para la hipertensión arterial; 43,73% indicaron conocer los valores de PA; 39,59% eran viudos; 52,08% procedían del medio urbano; 68,75% tenían un nivel bajo de escolaridad, 54,16% afirmaron dedicarse a tareas propias del hogar; 70,83% indicaron realizar ejercicio físico, el 66,67% afirmaron principalmente, ser la caminada; 75,0% no fuman y el 68,75% no consumen bebidas alcohólicas; 66,67% indicaron presentar estrés, refiriendo, la causa que más les produce estrés fueron los problemas familiares y las tareas relativas hogar; 72,91% indicaron en promedio hacer tres comidas al día, y 68,75% consumen alimentos con poca sal; 68,75% indicaron hacer uso de los servicios del sistema público; el 54,16% indicaron solicitar el servicio solamente, cuando no se sienten bien. En relación a lo que ellos piensan

sobre su enfermedad y el cuidado, se identifico que los hipertensos perciben la necesidad de hacer cambios de comportamiento, a partir de descubrirse enfermos, sin embargo, el inicio de la enfermedad no les genero ningún cambio significativo. Los resultados de este estudio son importantes para el universo de los servicios de salud de México, una vez que los resultados muestran la necesidad de profundizar en estudios que genere nuevos conocimientos que puedan contribuir para mejorar el cuidado del hipertenso.

Palabras claves: 1. Hipertensión 2. Factores de riesgo 3.Modelo de Campo de Salud.

.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Classificação da pressão arterial de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO..., 1999 35

Quadro 2 Classificação da pressão arterial de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) *e o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Blood Pressure* - JNC-6º (1997) 36

Quadro 3 Classificação da pressão arterial segundo o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure-JNC 7º …… 37

Quadro 4 Classificação da pressão arterial de acordo com a Norma Oficial Mexicana (MÉXICO, 2000) e o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure –JNC-6º (1997) 37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada, de um Programa de Exercício Aeróbio segundo a idade, sexo, Índice de Massa Corporal (IMC), e Relação Cintura Quadril (RCQ). Toluca- México, 2007..... 64

Tabela 2 Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo historia familiar. Toluca- México, 2007..... 66

Tabela 3 Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo dados referentes ao tempo da doença hipertensiva, conhecimento dos valores da PA e tratamento. Toluca-México, 2007 68

Tabela 4 Distribuição de pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada, de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo estado civil, nível socioeconômico, escolaridade e ocupação. Toluca-México, 2007 69

Tabela 5 Distribuição de pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo realização de exercício físico, tabagismo e consumo de álcool. Toluca- México, 2007 72

Tabela 6 Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controla e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo indicação de estresse, menopausa e reposição hormonal. Toluca- México, 2007 75

Tabela 7 Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Program de Exercício Aeróbio, segundo hábito alimentar. Toluca - México, 2007 77

Tabela 8 Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo informações referente a organização dos serviços de saúde. Toluca .México- 2007 78

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIFEM	Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
ENEC	Enquête Nacional de Doenças Crônicas
ENS	Enquête Nacional de Saúde
V DBHA	V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
INEGI	Instituto Nacional de Estatística, Geografia e Informática
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro social
ISSSTE	Instituto de Segurança Social para los Servicios de los Trabalhadores do Estado
ISSEMYM	Instituto de Segurança Social para os Trabalhadores do Estado de México e Municípios
ISEM	Instituto de Saúde do Estado de México
JNC	Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High blood Pressure.
mmHg	Milímetros de Mercúrio
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
RCQ	Relação Cintura Quadril
SUIVE	Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 Introdução ……. 23

1.1 Hipertensão arterial: aspectos epidemiológico, prevenção, controle e tratamento 24

1.2 Classificação dos valores de pressão arterial..... 35

1.3 Hipertensão arterial e fatores de risco..... 38

1.3.1 Fatores de riscos não modificáveis..... 38

1.3.2 Fatores de risco modificáveis..... 39

1.4 O cuidado ao hipertenso..... 41

1.5 Referencial teórico: o Modelo de Campo de Saúde de Lalonde..... 42

2 Objetivos 46

3. Metodologia 48

3.1 Delineamento do estado 49

3.2 Local do estudo 49

3.3 Participantes do estudo 50

3.4 Instrumento de coleta de dados 51

3.4.1 Primeira fase 51

3.4.2 Segunda fase 52

3.5 Procedimentos éticos 55

3.6 Estudo piloto 55

3.7 Coleta de dados 55

3.7.1 Primeira fase 55

3.7.1.1 Determinação dos valores de pressão arterial..... 56

3.7.1.2 Antropometria (peso e altura)..... 57

3.7.1.3 Circunferência abdominal e do quadril..... 57

3.7.1.4 Antecedentes familiares..... 58

3.7.1.5 Tabagismo e consumo de bebida alcoólica..... 58

3.7.1.6 Renda mensal..... 58

3.7.1.7 Escolaridade..... 59

3.8 Segunda Fase..... 59
3.9 Análise dos dados..... 60

4. Resultados e Discussão..... 62
4.1 Dados sobre a biologia humana..... 63
4.2 Dados sobre o meio ambiente..... 68
4.3 Dados sobre o estilo de vida..... 70
4.4 Dados sobre a organização dos serviços de saúde..... 77
4.5 O cotidiano do hipertenso..... 79
4.5.1 Biologia humana..... 80
4.5.1.1 Percepção sobre a doença..... 80
4.5.1.2 O momento do diagnóstico da hipertensão arterial..... 83
4.5.2 Estilo de vida..... 86
4.5.2.1 Mudanças no estilo de vida..... 86
4.5.3 Meio ambiente..... 92
4.5.4 Organização dos serviços de saúde..... 94

5. Considerações Finais..... 97

6. Referências..... 101

APENDICES 123

ANEXO..... 137

APRESENTAÇÃO

Durante minha experiência profissional com pessoas que sofrem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) surgiu uma série de inquietudes, emanadas de minha prática profissional assistencial e de docência. Após 19 anos de dedicação ao atendimento clínico de pacientes, tive a oportunidade de trabalhar na área educativa, e desta forma tive um contato muito próximo com pacientes portadores de HAS.

Nesta trajetória pela docência fui designada as práticas de enfermagem comunitária, quando tive oportunidade de conviver com hipertensos participantes do Programa de Exercício Aeróbio (PEA) dirigido a portadores de doenças crônico-degenerativas do Sistema Público de Saúde. A convivência contínua com hipertensos durante a sessão do exercício aeróbico possibilitou-me a oportunidade de observar mais de perto estes pacientes e detectar algumas inquietações que se relacionavam tanto ao surgimento da doença, seu desenvolvimento, controle e tratamento. A partir desta constatação iniciei a busca de informações sobre o desenvolvimento de pesquisas relacionadas a temática HAS.

Frente da contínua busca de informações, analisei os resultados de diversas investigações efetuadas por diferentes estudiosos, que ressaltam a freqüência do abandono do tratamento anti-hipertensivo, pelos pacientes. Apesar das propostas constantes dos programas educativos voltados para o controle da HAS, tais como: a prática de exercício físico, a dieta e o auto-cuidado, ainda existe a luta incessante para o controle da não adesão ao tratamento, que tem contribuído para a manutenção dos elevados índices de morbidade e mortalidade em todo o mundo (MOREIRA et al, 2005; REINERS, 2005).

Neste contexto, surgem constantemente questões que ainda carecem de respostas, quais sejam: porque ocorre falta de participação do paciente no tratamento? O que existe por traz desta não participação? como o paciente se sente ao deparar com a doença HAS? O que o paciente sabe sobre sua doença? Como é o seu cotidiano, considerando as restrições que a própria doença impõe?

Estas e outras questões me fizeram repensar a necessidade de buscar outras formas de abordagem ao paciente hipertenso, no sentido de conduzir minha investigação na pós–graduação; comecei a indagar e a realizar um percurso por diversos estudos relacionados com a HAS e pude constatar os diversos referenciais teóricos e metodológicos que estão sendo utilizados para abordar a

temática. Esta análise foi feita de forma exploratória e gradual, num processo participativo que partiu da leitura à reflexão, e levaram-me finalmente a conformar o referencial teórico deste trabalho, fundamentado no Modelo de Campo de Saúde de Lalonde, constituído por seus quatro elementos: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização dos serviços de saúde. Além disso também optei pelo referencial metodológico focado na análise de conteúdo de Bardin (1977).

INTRODUÇÃO

1.1 Hipertensão arterial sistêmica: aspectos epidemiológicos, prevenção, controle e tratamento

As transformações ocorridas no mundo contemporâneo, ao longo das ultimas décadas, tem colocado a humanidade em luta constante para a sobrevivência.

Atualmente, existem conhecimentos e instrumentos necessários para prevenir muitas enfermidades e várias medidas estão sendo amplamente difundidas para melhorar a saúde do homem.

A partir do segundo milênio, o homem contemporâneo começou a buscar novos valores e novos paradigmas, conectados num processo universal e dando maior importância para o conhecimento e a valorização dos cuidados com o corpo, a mente e a alma.

As mudanças econômicas, políticas sociais e culturais contribuíram de forma significativa a ponto de modificar as características da população, como também o seu perfil epidemiológico. O aumento demográfico, especialmente da população idosa, em decorrência da diminuição das taxas de mortalidade infantil e materna, queda do número de mortes por doenças infecciosas e a diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, indicam que as condições de vida e de saúde melhoraram. Por outro lado, o crescimento de problemas como a violência, as doenças e agravos à saúde de origem ambiental e ocupacional, reaparecimento de velhos problemas, persistência das grandes endemias e o envelhecimento populacional, paralelo a uma crise generalizada do sistema de assistência à saúde, com demanda crescente e insatisfeita, justificam a existência dos contrastes com as melhorias alcançadas (BARRETO; CARMO,1994).

Este panorama tem contribuído para o aumento das taxas de morbidade e mortalidade por problemas crônicos de saúde, acarretando importantes conseqüências na qualidade de vida e saúde da população.

As doenças crônicas não-transmissíveis podem ser definidas por um grupo de doenças com história natural prolongada, caracterizada por multiplicidade de fatores de risco, interação de fatores etiológicos desconhecidos, longo período de latência, longo curso assintomático com manifestações clinicas, geralmente de curso crônico (LESSA, 1994).

Pertencem a este grupo as Doenças Cardiovasculares (DCV), o Diabetes Mellitus (DM), os cânceres, dentre outros; os quais durante algum tempo, pensou-se que acometessem somente pessoas de idade avançada e sua prevalência fosse maior entre os ricos e sociedades mais desenvolvidas. Hoje, entretanto, sabe-se que estes problemas podem ocorrer em

qualquer período da vida e o aumento das taxas pode ser encontrado em sociedades subdesenvolvidas e em desenvolvimento.

Estes problemas de saúde têm provocado impacto social importante, uma vez que tem sido responsáveis por altos índices de incapacidades e/ou invalidez, o que demanda cuidados específicos, cuja responsabilidade não se limita somente a pessoa e a família, mas também sobre o país, em decorrência dos gastos públicos com internações, tratamentos especializados, reabilitação, licenças médicas, aposentadorias precoces e pensões (REINERS, 2005).

Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis, destaca-se a HAS, que como entidade isolada é a mais freqüente morbidade do adulto em todo o mundo industrializado e na maioria dos países em desenvolvimento, sobretudo nos grandes centros urbanos, acometendo todas as classes socioeconômicas (LESSA, 1998)

A HAS pode ser caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (SOCIEDADE BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006). Constitui-se em doença que possui alta prevalência e se caracteriza como um dos principais fatores de risco para as DCV, sendo cada vez mais reconhecida como entidade clínica de grande impacto sócio-econômico (MARRONI, 2005).

A falta de controle terapêutico adequado da HAS é reflexo da adesão incipiente ao tratamento anti-hipertensivo. A HAS geralmente dobra o risco de DCV, sendo a doença arterial coronária (DAC) a mais comum e letal (IZZO; BLACK, 2003).

As DCV, em 1997 foram responsáveis por aproximadamente 30% de todas as mortes ocorridas no mundo, o que corresponde a cerca de 15 milhões de óbitos/ano, sendo a maioria proveniente de países em desenvolvimento (BRANDÃO, 2000). Estes dados colocam as DCV como verdadeira pandemia e para seu tratamento e controle exige-se a adoção de medidas preventivas efetivas (SIMÃO, 2005).

As DCV mesmo quando não são letais, frequentemente levam o indivíduo à incapacidade parcial ou total, além de proporcionar graves repercussões não somente na pessoa acometida, mas também à família e a sociedade (BRASIL,1988).

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) indicam que aproximadamente 80% dos óbitos por DCV ocorram nos países de baixa e media renda e até 2010, este grupo de doenças representarão a principal causa de morte nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, OPAS, 2003).

De acordo com dados do *Joint National Committee on Prevention,Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure – JNC-7º*, a HAS afeta 50 milhões de pessoas nos Estados Unidos da América; e em nível mundial estima-se que cerca de um milhão de indivíduos sejam acometidos pela doença (CHOBANIAN et al., 2003).

Considerando a ameaça que as DCV representam para a população, a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou estratégia para o seu controle, visando a redução da mortalidade com a prevenção da doença e promoção da saúde (OPAS, 2003).

No Brasil, as DCV são responsáveis por cerca de 250.000 óbitos/ano constituindo-se no primeiro grupo de causa de morte no país (FONSECA; LAURENTI, 2000). Para estes mesmos autores, as cardiopatias, especialmente a DAC registraram aumento de incidência e mortalidade nas sete primeiras décadas do século passado, entre os países industrializados.

Para Mion Júnior et al. (2006) 27,4% dos óbitos ocorridos no Brasil em 2003, foram decorrentes de DCV. Em todas as regiões do Brasil, a principal causa de morte foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que acometeu as mulheres em maior proporção. No conjunto das DCV, a HAS, DAC e insuficiência cardíaca congestiva (ICC) apresentaram taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e de 1,3% para mulheres. Apesar do declínio, a mortalidade no Brasil, ainda é elevada em comparação a outros países, para as DCV. Dentre os fatores de risco para a mortalidade, a HAS é responsável por 40% das mortes por AVC e 25% daquelas por DAC.

A HAS acomete predominantemente a faixa etária produtiva, significando um grande problema para a economia dos países. É uma doença de alta prevalência caracterizada como um problema de saúde pública não só para os países desenvolvidos, mas também para aqueles em desenvolvimento (ROCHA et al., 2002; BERWANGER; AVEZUM, 2004; FEIJÃO et al., 2005).

Trata-se de condição clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por níveis de PA elevados e sustentados, o que aumenta o risco de danos em orgãos-alvo, como coração, rins, cérebro e vasos. Estima-se que 10% da população adulta tenha sua expectativa de vida limitada em conseqüência de afecções renais, cerebrais e coronárias, devido à HAS (BRASIL,1993; FAZAN Júnior; SILVA, 2000; CONSUEGRA; ZAGO, 2004).

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRSILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006), documento elaborado por especialistas de vários estados brasileiros, na área de HAS, no que se refere a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença são considerados condição de normalidade, valores de PA

menores que 130mmHg para Pressão Arterial Sistólica (PAS), e menores que 85mmHg para Pressão Arterial Diastólica (PAD), nos indivíduos maiores de 18 anos de idade. O documento indica também que a PA limítrofe situa-se entre 130-139mmHg para PAS e 85-89mmHg para PAD.

Maciel, 2001; Batista; Oliveira; Ribeiro, 2000 a HAS é caracterizada por PA superior a 139/89mmHg nos braços apoiados em suportes na altura do coração, com o indivíduo sentado e utilizando esfigmomanômetro de mercúrio, aneróide ou eletrônico calibrado, com bolsa de borracha compatível com a circunferência do braço do paciente.

A HAS se constitui de valores de PAS iguais ou maiores a 140 mmHg e de PAD iguais ou maiores a 90 mmHg, sem o uso de medicação anti-hipertensiva (V Diretrizes..., 2006). O controle da PA em níveis abaixo de 140/90 mmHg proporcionou redução da morbidade e mortalidade atribuídas à HAS, havendo um decréscimo de 53% no número de indivíduos acometidos por DCV e aumento na expectativa de vida de aproximadamente 60%.

De acordo com a etiologia, a HAS é reconhecida como primária ou essencial quando não se conhece a sua causa específica e, secundária quando está acompanhada de uma causa associada. A HAS primária é a mais prevalente, acometendo cerca de 90% dos indivíduos portadores de HAS (BATISTA; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2000).

A HAS primária é assintomática, com evolução crônica, atingindo ao longo dos anos órgãos-alvo como cérebro, coração, rins, retina e outros. Por esta razão é comumente denominada de "assassina silenciosa" (PÉREZ RIERA, 2000; MARTIN ET AL., 2004).

Para Pérez Riera (2000) e Martin (2004) a HAS está vinculada às alterações de débito cardíaco e à resistência periférica, tendo prognóstico de tratamento favorável; entretanto são vários os agravantes a ela associados, como entidade complexa, pacientes com vários biótipos, diferentes grupos étnicos e diversas faixas etárias, além de ser detectada em múltiplas circunstâncias como gravidez, infância, idade avançada e associada a doenças coexistentes.

A HAS contribui sobremaneira para o desenvolvimento de aterosclerose, cardiopatia isquêmica e evento vascular cerebral, que se constituem em causas importantes de morbidade e mortalidade no mundo. Esta doença mostra a magnitude do problema de saúde que enfrentam os sistemas de saúde (ROSAS PERALTA, 2003; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS, 2005; RUBIO, 2005).

O estudo de Framinghan mostrou a importante associação entre o AVC e o aumento da PA, além do fato de que o risco coronário nestes pacientes é cerca de 2 a 4 vezes maior na HAS grave do que na HAS leve.

Estudos prospectivos indicam que um indivíduo hipertenso com PAS de 160 mmHg e PAD de 105mmHg ou mais, possui risco dez vezes maior de apresentar AVC e cinco vezes o de eventos coronários, com um elevado risco de neuropatia (TORALES, 2006).

O tratamento da HAS voltado somente para a diminuição dos valores de PA não modifica o risco cardiovascular (MENDOZA, 2006).

No mundo a HAS é uma doença de alta prevalência; estima-se que existam 691 milhões de pessoas hipertensas, das quais, 420 milhões vivem em países em desenvolvimento. Calcula-se que 15 milhões de todos os hipertensos morram a cada ano; sendo quee a OMS, em 2006, revelou que o AVC foi responsável por 30% das mortes ocorridas no mundo. Estes resultados assinalam aumento dos casos de AVC e, em decorrência disso as autoridades de saúde publica enfrentam um dos maiores desafios para o controle da HAS no mundo (WORLD HEALT ORGANIZATION, WHO, 2005; GUIA EUROPÉIA DE HIPERTENSÃO, 2007).

A prevalência da HAS é mais elevada em mulheres do que em homens especialmente na fase mais avançada da vida, aproximadamente entre os 45 e 50 anos; por outro lado, o envelhecimento propicia diversas alterações físicas no sistema cardiovascular tornam-se fator predisponente para o desenvolvimento de DCV (SIQUEIRA; VEIGA; COSTA Júnior, 2003).

Pesquisa realizada no Brasil, com 52 usuários hipertensos, a maioria (69,23%) mulheres com idade acima de 60 anos, casadas e com baixo nível de escolaridade, identificou dificuldades destes pacientes aderirem ao tratamento medicamentoso, não adotarem medidas higiênico–dietéticas e não controlarem a pressão arterial, o que traz repercussões na sua qualidade de vida (DANTAS,1996).

Outros estudos realizados no Brasil revelaram que a hereditariedade é um importante fator de risco para desenvolvimento futuro de HAS; sendo que entre os indivíduos pesquisados 61% eram mulheres com baixo grau de instrução (87%) e que apresentavam história familiar positiva para HAS (81,5%) (CRUZ; LIMA, 1998; SIQUEIRA; VEIGA; COSTA Júnior, 2003).

Em Lubango, Angola, estudo realizado com universitários indicou que dentre os indivíduos pesquisados 62,8% eram homens e apresentavam história familiar positiva para HAS (SIMÃO, 2005). O tratamento adequado da HAS tem sido relacionado com a redução da morbidade e mortalidade das pessoas acometidas.

O tratamento não farmacológico da HAS faz parte da terapêutica anti-hipertensiva inicial, tais como: restrição do sal na dieta, redução do peso em pacientes obesos, redução do

consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, além de controle de outros fatores de risco como dislipidemia, sedentarismo e estresse (PIERIN, 1985; LESSA, 2001; REIS; GLASHAN, 2001; STRELEC; PERIN; MION Júnior, 2004; MION JÚNIOR et al., 2004).

A adesão dos pacientes é variável, incluindo o abandono do tratamento. Estudos indicam que a não adesão à terapêutica anti-hipertensiva, especialmente entre os assintomáticos, é de aproximadamente 60%. Para melhora da adesão a introdução da equipe multiprofissional é fundamental, quanto ao seu papel educativo, tendo em vista a orientação do paciente para o auto-cuidado com possibilidade de diminuição das taxas de abandono (FERREIRA; ZANELLA, 2000; DRESSLER; DOS-SANTOS, 2001; NOBLANT et al. 2004; MION Júnior, 2004).

De acordo com Pierin (1985) o profissional de enfermagem necessita adotar condutas específicas com vistas a obter maior adesão dos hipertensos ao tratamento. Dentre estas condutas, destaca-se a orientação sistematizada de enfermagem abordando aspectos relacionados à terapêutica medicamentosa, tais como dose e horário da medicação, seus efeitos colaterais, dieta específica, como composição, quantidade de calorias e de sal, hábitos de vida, uso de cigarro, consumo de bebida alcoólica, realização de atividade física, entre outros.

Os estudos de Nakasato (2004); Rosa; Plavnik; Tavares (2004) reforçam a importância do atendimento aos portadores de HAS por uma equipe multiprofissional de saúde, com uma ação direcionada, que pode corrigir a grande limitação no tratamento e aumentar a adesão ao programa de atendimento e controle da doença.

Para Mello Filho (2000) o portador de HAS precisa estar informado sobre sua situação de saúde e conscientizar–se sobre a importância do tratamento, além do que o êxito do tratamento depende do desenvolvimento das relações interpessoais entre os profissionais de saúde e o portador de HAS.

Estudos de Nobre e Coelho (2003), Santos e Silva (2003) e Souza (2004) em pesquisas indicando a eficácia do tratamento não farmacológico, destacam a diminuição dos fatores de riscos cardiovasculares a partir do seguimento das recomendações terapêuticas não medicamentosas.

Pérez Riera (2000) destaca também a importância do relacionamento interpessoal, além do tratamento não farmacológico. Em estudo comparativo realizado num grupo de 50 portadores de HAS leve e moderada, sendo um grupo acompanhado por médicos e outro por assistentes sociais, verificou-se, após dez meses de acompanhamento, que o segundo grupo apresentou melhores resultados quanto à redução das cifras tensionais, ao índice de abandono

e também houve redução dos custos com o tratamento.

De acordo com Almeida et al.(2002), Hernandez Melendez e Palmera Chavez (2003) e Rezende et al.(2003) quanto mais precocemente a HAS for detectada, maiores as chances e oportunidades para se educar o paciente e consequentemente, estabelecer um estilo de vida pertinente às suas condições.

Segundo Ribeiro; Zanella (2000) e Simão et al. (2004) educar o portador de HAS exige uso de estratégias de aprendizado para um adulto, que apreende os conhecimentos com base na sua experiência e como meio de enfrentar seus problemas reais.

No México, nas últimas décadas se observaram mudanças no panorama epidemiológico relacionadas com a diminuição das doenças infecciosas, e que, combinadas com outras mudanças no estilo de vida, deram lugar ao aumento progressivo das doenças crônico-degenerativas, particularmente as DCV, entre as quais a HAS é uma das mais prevalentes. De acordo com a Enquete Nacional de Saúde (ENSA) a prevalência de HAS, no México, no ano 2000, foi de 30,05%, o que a classifica como um dos mais importantes problemas de saúde pública do país, sobretudo porque grande parte desta população hipertensa encontra-se na fase economicamente ativa. A prevalência da doença é maior no grupo dos homens com idade entre 35 e 54 anos, portadores de DM e com índice de massa corporal (IMC) maior que 30Kg/m² (VELASQUEZ et al, 2002).

Segundo González (2006) entre os hipertensos destacam-se alguns aspectos relevantes como maior prevalência na população jovem e a freqüente associação com outros fatores de risco cardiovasculares; aliada a estes fatores, importante porcentagem da população hipertensa desconhece o diagnóstico e aqueles diagnosticados, frequentemente não realizam o tratamento adequadamente (GONZÁLEZ, 2006).

Atualmente, no México existem 15,2 milhões de pessoas hipertensas; de um total de pacientes diagnosticados como hipertensos, 46,9% estão recebendo algum tratamento anti-hipertensivo, dos quais somente 13,6% apresentam sua pressão arterial controlada; enquanto 53,1%, apesar de saberem ser hipertensos, não fazem uso dos medicamentos indicados pelo médico. Entre os pacientes diabéticos, 46,2% sofrem de HAS (ROSAS PERALTA, 2003; RUBIO, 2005; MENDOZA GONZALEZ, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHÁVEZ" DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE CARDIOLOGÍA, CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARIA DE SALUD, 2007).

As DCV no México constituem a primeira causa de morte sendo anualmente, responsáveis por cerca de 70.000 morte, das quais 26.000 são devido as DCbV sendo sua

maior prevalência, entre os homens (ROSAS PERALTA, 2003; RUBIO, 2005; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS, 2006).

Segundo Rosas Peralta (2003), estudos epidemiológicos mexicanos demonstraram que a prevalência de HAS entre idosos, à semelhança da observada em todo mundo, é bastante elevada. Estima-se que a porcentagem de idosos hipertensos seja de aproximadamente 69,4%, com predomínio entre mulheres com mais de 69 anos.

Guerrrero-Romero; Rodríguez-Morán (1998), em estudo transversal comparativo sobre a prevalência de HAS e fatores associados, realizado junto a uma população rural marginalizada na cidade de Durango-México. De um total de 627 comunidades rurais, estudaram 5.802 indivíduos, dos quais 76,7% eram mulheres e 23,3% homens; 21,9% apresentavam HAS, sendo identificados como principais fatores de risco relacionados com a HAS: a obesidade, o DM tipo II, o consumo de bebida alcoólica e o uso de fumo.

Outros estudos epidemiológicos mexicanos, mostraram que a obesidade, a HAS e o DM tipo II são as doenças crônicas de maior prevalência, pois 70 a 80% dos indivíduos adultos apresentam, pelo menos, um destes três fatores de risco cardiovasculares. Das variáveis que influenciam a ocorrência de HAS, a obesidade é uma das mais importantes, devido a sua alta prevalência, especialmente na área urbana e entre as mulheres. Por outro lado, na população rural, a freqüência de obesidade tem sido relatada como baixa, correspondendo a 9,4% da população total. Observou-se elevada freqüência, entre os hipertensos, do antecedente familiar de HAS relacionado ao componente materno (GONZALEZ-CAAMAÑO et al., 1986, CRUZ, 2002).

A HAS não tem causa específica e conhecida, mas possui na sua história uma série de indicadores de risco que podem ser explicados ou não e apresentam forte associação com a doença. Dentre eles estão o sexo, a idade, a história familiar, a obesidade, o sedentarismo, a sensibilidade ao sódio, a baixa ingestão de potássio, o estresse, a hipercolesterolemia e DM (CRUZ, 1998; ROSAS PERALTAS, 2003; MENDOZA GONZALEZ, 2006).

Tal problema de saúde tem um impacto social importante considerando seus múltiplos fatores de risco; entre eles: a dislipidemia, obesidade, hipercolesterolemia, o abuso do fumo, do álcool, a inatividade física e os fatores genéticos que elevam a probabilidade de isquemias, DCV e DCbV, que constituem atualmente um dos problemas de saúde prioritários na sociedade, devido as graves repercussões, tanto para o paciente como para as instituições de saúde (MONTOVANI, 1999; FRIAS, 2000; SIMÃO, 2005).

Sem dúvida a correção destes fatores influenciam o controle do paciente hipertenso, bem como os fatores ambientais a que está exposto; tais como, o desconhecimento

da doença, aspectos econômicos e sociais que impedem o seguimento de um regime terapêutico adequado para o controle da PA em cifras normais (CORDEIRO; LIMA Filho; ALMEIDA, 1998; CRUZ, 2002).

Alvarez (2003) indica que um caminho que pode melhorar o controle terapêutico dos hipertensos refere-se aos programas de exercícios físicos que ajudam a reduzir os custos do tratamento, reduzindo o consumo de fármacos caros e danosos, além de diminuir os custos para os sistemas de saúde da América.

Ressaltando o sucesso do controle da HAS para milhões de pacientes, que por meio de modificações nos estilos de vida, conseguem reduções importantes, pois está claramente estabelecida a influência da perda de peso no controle da HAS; além da possibilidde de redução da quantidade da dose de fármacos anti-hipertensivos. Entretanto, estas estratégias são lentamente assimiladas pela população (TRINDADE et al., 1998; APPEL, 2006; DIAZ SOTO, 2006; GUIA EUROPÉIA, 2006).

O sedentarismo é um fator de risco modificável, pois com exercício físico aeróbico e a hidroginástica o indivíduo pode ter sua PA controlada desde que o exercício seja bem orientado pelo profissional de educação física (PORTES et al, 2001; YUCHA, 2005). Os resultados de pesquisas apontam que o exercício físico de baixa intensidade promove o equilíbrio seguro da PA e pode constituir-se, em alguns casos, numa forma de tratamento não farmacológico auxiliando no controle da HAS e, contribuindo para a redução das doses de medicamentos (FORJAZ MOARÉS, 2003; FORJAZ, 2006).

O exercício físico previne os efeitos secundários das doenças crônicas, interferindo em fatores de risco como HAS**,** dislipidemia, obesidade e o DM, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos pacientes, podendo auxiliar na redução do custo do tratamento (ARAÚJO, 2001; MENEZES; BARRETO; GARRONE, 2003; BARBOSA et al., 2005).

O estresse é outro fator de risco para a HAS; sendo que indiscutivelmente a manifestação emocional do paciente hipertenso afeta de forma importante a sua PA; pois já foi descrito que indivíduos que apresentam níveis de estresse discreto, moderado ou severo, acrescidos de emoções como preocupação, raiva, tristeza, ansiedade ou insônia, podendo apresentar aumento nos níveis tensionais (BARROS et al., 2005).

Outro aspecto a ser considerado em relação ao estresse é que alguns pacientes utilizam bebidas alcoólicas para a sua atenuação, entretanto, o consumo do mesmo pode favorecer o sedentarismo (DANTAS, 1999; CASTRO; SCATENA, 2004; MENDOZA GONZÁLEZ, 2006).

O estresse é um fator de risco que contribui para o aumento da PA, agravado pela

pressão no trabalho, pressões do meio social ou mesmo transtornos emocionais.

O consumo de fumo e bebida alcoólica aumenta o risco para a mortalidade por DCV (REGO et al., 1990).

A dieta do paciente hipertenso é outro aspecto a ser controlado visando principalmente a redução do sal nos alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006). Atualmente a indústria alimentícia, tem procurado reduzir os níveis de sódio contidos nos alimentos industrializados em pelo menos 50% (BARROS et al., 2005).

Aquino e Silva (2005) analisaram 476 alimentos, entre eles chocolates, salsicha, tabletes de caldo de carne e constataram que em alguns alimentos industrializados não contém informações sobre a quantidade real de sódio contido em sua composição. Esta é uma informação importante para os pacientes com HAS; ou mesmo outros, que necessitam de dieta restrita em sódio, caso contrário pode levar a uma descompensação metabólica. A recomendação refere-se a limitação no consumo de sal até 6g/dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Por outro lado, de acordo com o *Joint National Committee on Precvention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure-JNC 7°*, a maioria dos hipertensos acompanhados por um médico ainda não adotam mudanças suficientes no estilo de vida, não tomam medicação ou não fazem uso de medicação suficiente para atingir o controle de sua doença.

Por tratar-se de doença inicialmente assintomática, há uma alta percentagem de pacientes que não seguem nenhum tipo de controle e, nem sequer estão conscientes da repercussão da doença. Por esta razão deve-se intensificar ainda mais as medidas educativas de acompanhamento tendo em vista melhorar o escasso ou nulo cumprimento de tratamento destes pacientes. Neste aspecto, os grupos de convivência são importantes tanto para os pacientes, quanto para os profissionais. Estudo realizado entre pacientes hipertensos constatou que o compartilhar de conhecimentos e a vivência entre os hipertensos, propicia o crescimento mútuo e favorece o interesse pelo cuidado (MANTOVANI et al, 1999; CADE, 2001; CAJA, 2003; SILVA, 2006).

A atuação da equipe de saúde multidisciplinar nos cuidados individuais e em grupo favorece a adesão ao tratamento por meio de estimulação e motivação no intercâmbio de experiências (OLIVEIRA, et al, 2002).

Estudo entre mulheres participantes de um programa de controle da HAS mostrou que elas experimentam dificuldades, com limitações sociais na vida familiar, e apresentam problemas que vão desde a incapacidade até a morte, o que lhes causa sofrimento, tristeza e raiva (PEREZ; MAGNA; VIANA, 2003; BARBOSA, 2005).

Estudo realizado por Maciel e Araújo (2003) com o objetivo de investigar as atividades desenvolvidas por enfermeiras identificou que a consulta de enfermagem ainda se desenvolve baseada no modelo médico curativo tradicional, sendo que as atividades desenvolvidas por elas junto aos pacientes, se restringem à anamnese, exame físico sumário e orientações sobre dietas, medicamentos, atividade física; sendo que entre as atividades da enfermagem ocorre o predomínio do atendimento individual, sem considerar a importância da família e da abordagem grupal, junto ao paciente hipertenso.

Queiroz et al.. (1997) em estudo realizado entre portadores de HAS com o objetivo de identificar o que pensam sobre sua doença e o processo de comunicação com a equipe de profissionais responsáveis pelo atendimento, utilizando também para análise o Referencial da Analise de Conteúdo de Bardin, identificou que os participantes ainda fazem pouca correlação com o conceito de HAS e que, apesar de grande número deles, fazerem referência a doença, não significa que as orientações recebidas foram aprendidas: daí ressaltando a importância do papel do enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, tendo em vista a identificação de possíveis barreiras que possam estar dificultando ou impedindo a compreensão necessária para que o cliente assuma o seu auto-cuidado.

De acordo com Marroni (2005) deve se considerar as questões sócio-culturais e as reais condições em que vivem grande parte da população, especificamente a de hipertensos, devem ser consideradas uma vez que as dificuldades encontradas pelo paciente para a realização do tratamento são inúmeras. Portanto, é preciso levar em consideração a condição de saúde, a necessidade do controle da PA, o acesso aos serviços de saúde para a realização do tratamento anti-hipertensivo, a orientação para a conscientização de que o tratamento é para toda a vida, a fim de que se possa atingir e manter os níveis tensionais controlados.

Desta forma, o controle da PA arterial torna-se um desafio para os profissionais de saúde, que devem proporcionar informações e acompanhamento necessário e oportuno ao paciente para que este possa contribuir de modo significativo , para o sucesso do tratamento.

1.2 Classificação dos Valores de Pressão Arterial

Segundo a OMS, de acordo com os níveis de PA, esta pode ser classificada em: ótima, normal, normal alta, hipertensão grau 1 (leve), hipertensão grau 2 (moderada), hipertensão grau 3 (severa) e hipertensão sistólica isolada, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO..., 1999)

Classificação	**Pressão sistólica (mmHg)**	**Pressão diastólica (mmHg)**
Ótima	< 120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensão grau 1(leve)	140-159	90-99
Hipertensão grau 2 (moderada)	160-179	100-109
Hipertensão grau 3 (severa)	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Subgrupo: borderline	140-149	< 90

Fonte:WHO...(1999)

Quando as pressões sistólicas e diastólicas do indivíduo encontram-se em categorias diferentes, aplica-se a categoria mais elevada.

De acordo com o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 6º) e as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a pressão arterial pode ser classificada de acordo com os dados apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) *e o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Blood Pressure* - JNC-6º (1997)

Classificação	**Pressão Sistólica (mmHg)**	**Pressão Diastólica (mmHg)**
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	<85
Limítrofe	130 – 139	85- 89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	> 180	> 110
Sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte: JNC - 6 º (1997); V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006)

O valor mais alto de sistólica e diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, o maior valor estabelece o estágio para a classificação.

Com a revisão em 2003, foram reafirmados alguns conceitos relativos aos valores e classificação da PA dando origem ao 7º Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JCN-7º), em que foi introduzida a expressão pré-hipertensão para valores de PAS entre 120-139 mmHg e de PAD entre 80-89mmHg, como mostra o Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação da pressão arterial segundo o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure-JNC 7º

Classificação	**Pressão Sistólica**	**Pressão Diastólica**
Normal	< 120	< 80
Pre-Hipertensão	120 a 139	80 a 89
Estágio I	140 a 159	90 a 99
Estágio II	≥ 160	≥ 100

Fonte: CHOBANIAN et al., 2003.

Para Rubio (2005) indivíduos com cifras de PAS ou PAD na faixa de pré-hipertensão, apresentam duas vezes mais risco de desenvolver a HAS que os pacientes com cifras menores, daí a importância desta classificação.

A Norma Oficial Mexicana (MÉXICO, 2000) preconiza a classificação dos valores de pressão arterial, de acordo com o descrito no Quadro 4.

Quadro 4 - Classificação da pressão arterial de acordo com a Norma Oficial Mexicana (MÉXICO, 2000) e o Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure –JNC-6º (1997)

Classificação	**Pressão Sistólica**	**Pressão Diastólica**
Otima	< 120	<80
Normal	<130	<85
Normal Elevada	130-139	85-89
Hipertensão-ESTÁGIO I	140-159	90-99
Hipertensão-ESTÁGIO II	160-179	100-109
Hipertensão-ESTÁGIO III	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Diário Oficial da Federação (2000); JNC. (1997)

Embora os valores de pressão arterial sejam fundamentais no sentido de avaliar o grau de comprometimento da doença, caso já esteja instalada, deve-se atentar para que os

valores encontrados sejam analisados dentro do contexto em que o indivíduo se encontra. Por esta razão é fundamental que na abordagem do indivíduo sejam consideradas suas condições fisiológicas e intrínsecas próprias, além dos fatores de risco que contribuem para o surgimento da doença hipertensiva.

1.3 Hipertensão Arterial e Fatores de Risco

Os fatores de risco para a doença hipertensiva podem ser classificados em constitucionais ou não modificáveis, que compreendem a idade, sexo, raça e história familiar e aqueles que são passíveis de modificação como: a ingestão excessiva de sal, de gordura, uso de bebida alcoólica, consumo de cigarro e outros fatores relacionados ao trabalho e classe social (BRASIL,1993).

1.3.1 Fatores de riscos não modificáveis

Estes fatores estão relacionados com a biologia humana e referem-se à herança genética, ao sexo, à idade e à raça (DEVER, 1988).

Herança: apresentam maior predisposição para o desenvolvimento de HAS os filhos de pais com HAS; desconhece-se, no entanto, o mecanismo exato desta ocorrência, entretanto a experiência acumulada, tem mostrado que quando uma pessoa tem um progenitor (ou ambos) hipertensos, aumenta a possibilidade de desenvolver HAS no futuro (FRIAS 2000; SIMÃO, 2005).

Sexo: os homens possuem maior predisposição para desenvolver HAS que as mulheres; estas apresentam tendência aumentada na menopausa; a partir daí a prevalência em ambos os sexos, se equipara (DANTAS et. al., 1999; LIMA et al. 2001).

Idade: a idade vai influirá sobre as cifras de PA, de maneira que tanto a PAS quanto a PAD aumentam com a idade; evidentemente vamos encontrar maior número de hipertensos entre os indivíduos com idade mais avançada. Nos países industrializados a freqüência de hipertensos entre a população maior de 65 anos é de aproximadamente 60% (PALMERO, 2000).

Raça: a HAS é mais freqüente entre os negros, os quais, em comparação com os brancos têm o dobro de possibilidade de desenvolver HAS (MACIEL, 1997; FRIAS, 2000;

KARDAS, 2004).

1.3.2 Fatores de riscos modificáveis

Aqui estão incluídos diversos aspectos relacionados aos fatores ambientais e ao estilo de vida, incluindo a obesidade, ingesta excessiva de sal, consumo de bebida alcoólica e de cigarros, sedentarismo, além daqueles relacionados à organização dos serviços de saúde (DEVER, 1988).

Obesidade: na grande maioria dos casos, a HAS se associa com a obesidade, devido ao aumento do débito cardíaco e sua relação com o aumento de risco de morte súbita ou angina pectoris. Um indivíduo com sobrepeso está mais exposto a ter PA elevada do que um indivíduo com peso normal (WITTCHEN, 2003; ARROYO, 2005; KULLER, 2006).

O excesso de peso contribui para um maior trabalho cardíaco, e a diminuição do peso contribui com a diminuição da PA, além de prevenir as DCV (SANTELLO, 2000; GUTIERREZ, 2001).

Ingesta de Sal: as necessidades diárias de sal estão ao redor de 6 gramas/dia, o que equivale a uma ingesta abaixo de 30 mEq/dia; sabe-se, entretanto, que os povos do ocidente consomem até oito vezes esta quantidade, por meio do consumo de queijos, embutidos, enlatados e outros alimentos industrializados. O sal excessivo na dieta causa retenção de líquidos e contribui para o aumento da PA. Para a redução da PA, o primeiro passo é a diminuição do consumo de sal na alimentação; outro aspecto a ser considerado é o hábito de leitura dos rótulos dos produtos industrializados, especialmente para aqueles que necessitam de dieta restrita em sódio (ARRIOJA MORALES; ALONSO CASTILLO, 2004; AQUINO; SILVA, 2005).

Sedentarismo: diversos estudos realizados entre indivíduos sedentários indicam o aumento da PA relacionada ao sedentarismo. A falta de exercício contribui para aumentar a obesidade, que por sua vez aumenta a PA. Os resultados de estudos assinalam que um paciente submetido a um programa de exercício físico controlado reduz a PA, além de aumentar sua capacidade cardiovascular (PORTES et al, 2001). Portanto, um programa de exercício aeróbio ajuda a fortalecer o coração, a reduzir o peso e a controlar a PA. Não se sabe o mecanismo exato envolvido nesta queda dos valores da PA, no entanto, o exercício deve ser realizado de acordo com a idade de cada pessoa, com duração mínima entre trinta e quarenta e cinco minutos, dois ou três dias por semana (MENEZEZ; BARRETO; GARRONE, 2003; DELBIN; ZANESCO, 2005; PINHEIRO; CHAKUR, 2005; ARAUJO;

GARCIA, 2006).

Alcoolismo e Tabagismo: o fumo e o álcool, bem como as bebidas ricas em cafeína atuam, aumentando a PA. Sabe-se, entretanto, que o uso do fumo pode acelerar o processo de arterosclerose em pessoas com HAS; da mesma forma, o uso abusivo de bebida alcoólica pode contribuir para desenvolvimento e manutenção da HAS. A ingesta de álcool deve se limitar a 30g de etanol diários, para o homem e a 15g para as mulheres, pois com consumo até estes níveis o risco para o desenvolvimento de DCV pode diminuir ou não se manifestar (MACIEL, 1997; CHOR, 1998; FRIAS, 2000; SIMÃO, 2005).

Estresse: o estresse é definido como a sensação de ameaça física ou psicológica experimentada pelo indivíduo em forma aguda ou sustentada que pode provocar HAS, através de elevações tensionais repetidas, determinadas pela estimulação adrenérgica e liberação de hormônios vasoconstrictores. As terapias de relaxamento para o manejo da HAS mostraram bons resultados e junto com o tratamento farmacológico provocaram importantes diminuições da PA (FRIAS, 2000; RUBIO, 2005). As emoções são estados anímicos que podem ser originados por causas externas e internas, que podem persistir apesar de desaparecer o estímulo que acompanha em menor ou maior grau uma conduta emotiva. Estas emoções podem ser classificadas em oito categorias: temor, tristeza, desgosto, ira, esperança, alegria e aceitação. Estas emoções nos ajudam a adaptarmos às demandas do meio ambiente, sendo que a intensidade das emoções varia de um indivíduo a outro (CHAVEZ CORREA; CADE, 2004; GONZALEZ VALDEZ, 2006).

As emoções são sempre acompanhadas de reações somáticas, pois ocorrem de forma simultânea com as respostas corporais; as reações somáticas que o organismo apresenta com maior freqüência são: alterações na circulação, mudanças respiratórias e das secreções glandulares, que dão origem às doenças psicossomáticas mais freqüentes dos aparelhos respiratório, gastrintestinal, dermatológico, geniturinário e cardiovascular (HERNANDEZ MELENDEZ; PALMERA CHAVEZ, 2003; MARTI TUSQUETS, 2004).

Medicamentos: deve-se considerar que certos medicamentos promovem vasconstricção aumentando a resistência vascular periférica ou através da retenção de líquidos, elevando a PA. Entre eles estão os antiinflamatórios não esteróides, os contraceptivos, os simpatomiméticos e os esteróides.

Os sintomas que podem caracterizar a HAS aguda são: a ansiedade, a tontura, fadiga e cefaléia. Se a HAS é grave, os sintomas que podem surgir são: confusão, náuseas, vômitos, dor précordial, alteração da visão (visão imprecisa ou escotomas visuais), zumbidos, epistaxe, sudorese excessiva, hemiparestesia, tonturas posturais e ritmo respiratório irregular

(CASTRO, 2006)

O diagnóstico da HAS é realizado por meio da medida dos valores da PA com o uso de um aparelho manual ou dispositivos digitais. O JNC-7° (2006) considerou, em sua classificação, o termo pré-hipertensão, para valores de PAS entre 120-139 mmHg e de PAD entre 80-89 mmHg. Estas cifras alertam a possibilidade de que indivíduos com esses níveis tensionais possam desenvolver a HAS num curto prazo de tempo. Em geral o tratamento farmacológico para a HAS deve ter um objetivo central: reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular. Neste sentido, além dos fármacos, é necessário um manejo integral de todos os fatores de risco cardiovasculares apresentado pelo hipertenso (VERDECCHIA, 2003; GUIA EUROPÉIA, 2007).

Os diuréticos são freqüentemente utilizados no tratamento da HAS. A HSA essencial, de causa desconhecida, não tem cura e o paciente terá que receber tratamento com dieta e com fármacos por toda a vida (MOREIRA, 2005). A disponibilidade dos serviços de saúde e o acesso à informação são fundamentais para garantir o tratamento ou adoção de hábitos de vida saudáveis que ajudem no controle da PA (CHOR, 1998).

À luz destes dados pode se verificar a complexidade na detecção precoce, controle e tratamento da HAS; havendo interesse e motivação para o desenvolvimento do presente estudo, com a finalidade de identificar entre um grupo de hipertensos acompanhados em um serviço de saúde do município de Toluca, México, como eles percebem sua doença e como é a sua convivência com o diagnóstico e tratamento.

1.4 O Cuidado do Hipertenso

Dentro das linhas do Plano Nacional de Saúde, promove-se a adoção de estilos de vida saudáveis por meio do autocuidado, termo presente desde 1978, quando da Conferência Internacional de Alma Ata, até os tempos atuais (FRIAS, 2000).

O autocuidado se define como um conjunto de ações intencionadas que os indivíduos realizam para manter sua vida, saúde e bem-estar (OREM, 1993).

O cuidado do indivíduo teve inumeráveis facetas, mas principalmente uma maior consciência na necessidade de realizar atividade física, disciplinar a dieta, o controle do estresse e de forma geral cuidar do estilo de vida individual. Como resultado disto surgiram os centros de atendimento holístico, os centros de descanso ou de férias, e os indivíduos

começaram a se preocupar com sua saúde física e mental, através da prática de exercícios aeróbios, como tênis, ciclismo e manejo de técnicas de controle do estresse.

É por isso que o cuidado individual visa transformar um bem-estar que faça parte da vida diária, isto é, colocar a ênfase principal na saúde e não na doença, fazer uma mudança nos programas de saúde dedicados à doença. Em lugar de prevenir risco nos hipertensos e diabéticos, demandamos aumentar a necessidade de cuidar da saúde de indivíduos aparentemente sãos, pois o cuidado desenvolvido mediante a participação nos grupos de convivência propicia um crescimento individual no processo de ensinar e aprender.

Naturalmente, quando a doença está presente, o cuidado é focado para o tratamento; no entanto, quando se trata de doença crônica como a HAS, a atuação dos profissionais de saúde necessita estar voltada para a prevenção, controle e terapia. Neste contexto, ações de prevenção devem fazer parte do cotidiano dos pacientes. Por constituir-se, na maioria das vezes, de doença assintomática, os portadores, muitas vezes, negligenciam os cuidados necessários. Por conseguinte não estão conscientes da repercussão da doença e da importância do controle. Por esta razão é que se pretende que o paciente seja o protagonista de seu próprio cuidado, assim a participação da equipe de saúde multidisciplinar propicia uma melhor adesão ao tratamento, proporcionando para o sistema de saúde um melhor controle da HAS de seus usuários (CAJA, 2003; SILVA, 2006).

1.5 Referencial Teórico: o Modelo de Campo de Saúde de Lalonde

Segundo Dever (1988) a importância da prevenção das doenças e da promoção da saúde é melhorar o nível de saúde da coletividade humana, ampliando a compreensão dos problemas de saúde pelos prestadores de serviços e adotando uma abordagem integral ao indivíduo.

De acordo com Capra (2000) existem soluções para os problemas que enfrentamos, no entanto, há a necessidade de mudança em nossas percepções, pensamentos e valores; trata-se de uma mudança de visão na ciência e na sociedade, o que resulta em uma mudança de paradigma. Para este autor, a adoção de uma visão holística é fundamental, pois só assim pode se conceber o mundo como um todo integrado e não como partes separadas.

Desta forma, a saúde deve ser vista como um indicador de qualidade de vida, que é determinada pelas condições gerais da existência (DUCHIADE, 1995; GUIMARÃES, 2001).

Nesta perspectiva é que temos assistido o crescimento do campo da promoção da saúde, em que a educação se constitui em instrumento fundamental para sua efetivação.

Segundo Finkelman (2002) a associação da promoção da saúde com a atuação sobre determinantes ambientais e de estilos de vida veio com a segunda revolução epidemiológica, representada pelo movimento de prevenção de doenças crônicas. Em 1943, a medicina social inglesa já se preocupava com a epidemiologia das doenças crônicas prevalentes e, considerando suas correlações com as condições sociais e ocupacionais, elas deveriam ser, em maior ou menor grau, previsíveis pelos estudiosos da área.

As melhorias na nutrição, no saneamento e modificações nas condutas da reprodução humana, há muito tempo são reconhecidas como os principais fatores responsáveis pela redução da mortalidade, bem como as vacinações e o advento da antibioticoterapia (BECKER, 2001; FINKELMAN, 2002; NONINO-BORGES; DOS-SANTOS, 2004).

A característica da medicina social inglesa se fez sentir profundamente no Canadá, refletindo se na consagração dos princípios de universalização da assistência médica e na centralidade da prevenção e da promoção da saúde no sistema de saúde daquele país. A constatação do papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, veio qualificar a moderna promoção da saúde, que deve muito à atuação da saúde pública canadense e à sua posterior influência internacional (CHOR; FAERSTEIN, 2000; MOREIRA et al., 2004).

O Informe Lalonde (1974) caracteriza o marco inicial da moderna promoção da saúde no Canadá, sendo considerada a primeira declaração teórica abrangente na saúde pública. Utilizando o Modelo de Campo de Saúde, proposto por Laframboise, em 1973, o documento foi publicado por Lalonde em 1974 intitulado "Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses" e nasceu de uma preocupação sobre a falta de uma estrutura conceitual para analisar os problemas de saúde dos canadenses. Segundo o referido documento a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias:

- **biologia humana** - que envolve todos os fatos que se manifestam como conseqüência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação; inclui aspectos tanto relacionados a saúde física como a mental;
- **meio ambiente** - agrupa fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle; são, portanto, parte do ambiente físico: a qualidade da água, o ar, o ruído, as rápidas mudanças ocorridas no ambiente social, que implica em múltiplas doenças, como é o caso das

doenças infecciosas e mutações genéticas;

- **estilo de vida** - que significa um conjunto de decisões que o indivíduo adota a respeito de sua saúde, no que se refere, por exemplo, às suas atividades de lazer, alimentação, sono e repouso estando, portanto, parcialmente sob seu controle. Do ponto de vista da saúde, compreende hábitos e decisões pessoais que geram riscos autocriados. Esses riscos resultam de uma doença ou até de morte e pode-se afirmar que o estilo de vida do indivíduo causou essa doença ou morte. As doenças e mortes prematuras são resultados de riscos autocriados (DEVER, 1991).

O conceito de estilo de vida proposto pelo "Modelo de Campo de Saúde", inclui o conceito de tomada de decisões pelo indivíduo e que afetam sua própria saúde. As decisões errôneas ou incorretas, também chamadas "risco autocriado", incrementam o nível de doença ou morte prematura. Para este autor os efeitos dos riscos autocriados relacionados com as DCV ou outro grupo de doenças reflete-se nos hábitos destrutivos presentes nos estilos de vida, tais como: a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas que favorece a produção de doenças como a cirrose hepática, encefalopatias, acidentes automobilísticos, obesidade e má nutrição; o tabagismo que causa desde uma bronquite crônica, enfisema pulmonar, até um câncer pulmonar, e agravamento da HAS; abuso de medicamentos que leva à dependência e aos efeitos colaterais; dieta e falta de exercícios que resulta na obesidade e suas conseqüências decorrentes de alta ingestão de alimentos gordurosos, que contribui para o aparecimento de aterosclerose e doença coronariana, alta ingestão de carboidratos que contribui para o surgimento da obesidade e da cárie dentária, falta de exercício que ajuda a agravar a HAS e a falta de recreação e de relaxamento das tensões diárias que geralmente associam-se ao estresse (DEVER, 1988).

- **organização dos serviços de saúde** - que envolve disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde e inclui médicos, enfermeiras, hospitais, farmácias, serviços de saúde públicos e privados, ambulatórios e serviços odontológicos; geralmente é definido como o sistema de atendimento à saúde.

O Boletim Epidemiológico da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) descreve que o Modelo de Campo de Saúde foi aplicado em 1988 por Dever, epidemiólogo norte-americano. Em suas investigações realizadas no Estado de Geórgia (EUA), demonstrou que o elemento mais importante na ocorrência das DCV estava relacionado ao "estilo de

vida". Para o autor, as intervenções dos programas preventivos não reduzem os danos e estas devem estar dirigidas para a mudança dos comportamentos que prejudicam a saúde e a manutenção de hábitos saudáveis (DEVER, 1991; HORTALE; CONILI; PEDROZA, 1999; SIMÃO, 2005).

Blum (1988) utilizou o modelo epidemiológico e propôs o modelo "Ambiente de Saúde", posteriormente denominado "O campo de forças e os paradigmas de bem-estar da saúde". Para este autor os quatro fatores: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e a organização dos serviços de saúde, relacionam-se entre si e se integram num círculo; além de, tem outros fatores tais como: população, sistemas culturais, saúde mental, equilíbrio ecológico e recursos naturais, que também necessitam ser considerados (DEVER, 1991).

Estes quatro fatores apresentam o mesmo valor, entretanto é necessário manter um equilíbrio para que as condições de saúde do indivíduo se mantenham em harmonia. Assim, Blum (1988) estabelece que os fatores ambientais, seguidos dos comportamentais, relativos aos estilos de vida, são os mais importantes, seguidos dos fatores biológicos e por último, dos serviços de saúde.

Este modelo, dada a sua pertinência, tem sido utilizado em diversas pesquisas envolvendo indivíduos portadores de doença crônica (DANTAS, 1999; SIMÃO, 2005).

Diante do exposto e considerando que no presente estudo, o foco é o paciente portador de HAS, cuja finalidade é a de explorar o cotidiano destes pacientes em relação à percepção de sua doença, entendemos que o Modelo de Campo de Saúde de Lalonde se constitua em referencial teórico que favoreça a compreensão e melhor interpretação dos achados.

OBJETIVOS

1. Caracterizar os pacientes hipertensos cadastrados em um Programa de Exercício Aeróbio de acordo com as variáveis: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde, do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde.

2. Analisar o sentir e o pensar dos hipertensos sobre sua doença e os cuidados com a mesma no cotidiano.

METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido junto a um grupo de pacientes hipertensos cadastrados em um programa de Exercício Aeróbio para portadores de doenças crônico-degenerativas.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida junto a um grupo de pacientes hipertensos cadastrados em um Programa de Exercício Aeróbio para portadores de doenças crônico-degenerativas de uma Instituição de Saúde, do setor público da cidade de Toluca - México.

O México é um país cuja população é de aproximadamente 103.263.388 habitantes, a maioria (51,3%) mulheres. É constituído por 32 estados e um Distrito Federal, localiza-se no continente americano, limita-se ao norte com os Estados Unidos da América e ao sul com Guatemala e Belize, a leste com o Golfo do México e a Oeste com o Oceano Pacífico (MÉXICO, 2006).

Dados recentes divulgados pela Enquete Nacional do Estado do México indicam o aumento do número de hipertensos na cidade de Toluca, especialmente em indivíduos maiores de 50 anos (SUIVE, 2006).

A alimentação desta população é à base de carne, frutas e verduras, mas grande parte desta população adota uma porção complementar de alimentos a base dos derivados do milho (MÉXICO, 2006).

Os resultados da Enquete Nacional indicaram a necessidade de esforços para instituir medidas preventivas voltadas para uma alimentação saudável, realização de atividade física, abandono do consumo de fumo e álcool, especialmente na população de alto risco (TOLUCA, 2006).

Na área da saúde, conta com vários centros hospitalares, como: Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE), Instituto de Segurança Social para os Trabalhadores do Estado de México e Municípios (ISSEMYM), Instituto de Saúde do Estado de México (ISEM) e Desenvolvimento Integral da Família do Estado do México (DIFEM), além de uma gama de consultórios médicos e hospitais particulares. Existe uma proporção de um médico e uma enfermeira para

cada 1.840 habitantes. As unidades de saúde pública proporcionam atendimento de medicina geral: prevenção de doenças e conservação da saúde, através de atividades de promoção, proteção específica, diagnóstico precoce e tratamento oportuno de doenças freqüentes. Nas instituições de saúde, tanto do setor público como do privado conta-se, em alguns deles, com instrumental e equipe de alta tecnologia para atendimento à população (MÉXICO SECRETARIA..., 2006).

Para cada uma das instituições de saúde há programas de prevenção derivados do Plano Nacional de Saúde (MÉXICO, 2005) e baseados na Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2005, Para a Prevenção, Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial, que foi aprovada pelo Comitê Consultivo Nacional de Normatização de Prevenção e Controle de Doenças (2001).

Na Cidade de Toluca, cada instituição de saúde da rede pública conta com um "Programa de Exercício Aeróbio" em que estão inscritos pacientes com doenças crônico-degenerativas, como: DM, HAS, osteoporose e artrite. Estes programas são coordenados e dirigidos por enfermeiras. Os pacientes cadastrados podem freqüentar este programa três dias por semana, no horário de 8 às 10 horas (segunda, quarta e sexta-feira) ou terça e quinta-feira, e sábado, após receber avaliação médica e serem liberados para a atividade. Durante o programa de exercício aeróbio são acompanhados de forma contínua, tendo seu peso e PA avaliados, bem como o seguimento do tratamento proposto.

3.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo 48 pacientes hipertensos de um universo de 200 indivíduos com HAS, cadastrados no Programa de Exercício Aeróbio do Centro de Saúde, São Bartolomeu. Foram considerados critérios de inclusão para participação na pesquisa: ser hipertenso, com diagnóstico confirmado pelo médico do Centro de Saúde; de ambos os sexos; participar de forma regular do Programa de Exercício Aeróbio, ter idade superior a 18 anos, estar freqüentando o programa há mais de três meses e fazer referência a algum sintoma, que sob seu ponto de vista fosse decorrente da hipertensão arterial. Este grupo foi subdividido em dois, aqueles com PA controlada e os de PA não controlada.

Após um período de dois meses de convivência da pesquisadora, tendo participação ativa no grupo, durante o desenvolvimento de suas atividades de ensino junto a

alunos de graduação; foram fornecidas informações aos pacientes sobre a pesquisa sendo convidados a participar. Foi assegurado que a participação dos indivíduos seria voluntária e que parte dos dados seriam obtidos naquele serviço, quando da participação no Programa de Exercício Aeróbio, de acordo com a disponibilidade de horário do paciente e da pesquisadora.

Foram excluídos desta amostra, pacientes que além de hipertensos possuíam também o diagnóstico de DM, três pacientes que não puderam terminar a entrevista e cinco pacientes que abandonaram o programa.

3.4 Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, respectivamente para as duas fases do trabalho. Na primeira, buscaram-se dados quantitativos e na segunda, dados qualitativos.

3.4.1 Primeira Fase

Foi utilizado instrumento de coleta de dados, adaptado de Simão (2005), que contemplava os quatro elementos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde, para o qual foi necessário uma versão para o espanhol (APÊNDICE A).

Assim, o instrumento continha os seguintes itens:

a) Biologia humana: indica dados de identificação e antropométricos, como peso, altura e valores de PA, além de antecedentes familiares;

b) Meio ambiente: abordava dados sobre formação, atividade profissional, estrutura familiar e condição financeira;

c) Estilo de vida: envolve aspectos ligados à prática de atividade física, hábitos alimentares, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, entre outros;

d) Organização dos serviços de saúde: reuniu informações relacionadas à utilização de serviços de saúde, tratamento de enfermidades e uso de medicamentos.

3.4.2 Segunda Fase

Nesta fase, os dados foram obtidos por meio de entrevista conduzida pela pesquisadora, por meio de cinco questões norteadoras, que tinham por finalidade compreender o "sentir e o pensar" dos hipertensos sobre sua doença e os cuidados com a mesma (APÊNDICE B).

A entrevista tinha por objetivo a coleta de informações baseadas no discurso livre do sujeito, onde este pudesse manifestar sua experiência cotidiana com a doença (MINAYO, 1993).

Para compreensão das mensagens emanadas deste discurso utilizou-se o referencial metodológico da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), pois este método permite análise dos diálogos descritos pelos pacientes, possibilitando recolher conteúdo complexo de conhecimentos, que ao responder uma pergunta aberta, completa-se a análise de conteúdo (JARRA, 1999; MERIGHI; PRAÇA, 2003; FLICK, 2004).

3.4.2.1 Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo é uma técnica útil na investigação social, que nos ajuda a explorar e assinalar os elementos relevantes do discurso verbal e não verbal.

> É "um conjunto de técnicas de análises das comunicações para obter de maneira objetiva e sistemática a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência dos conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (BARDIN, 1977).

Partindo de uma visão mais ampla, pode-se localizar a análise de conteúdo no extenso campo formado pelos métodos e técnicas de investigação sociológica, considerando que a investigação e a observação podem ser feitas seguindo métodos diferentes para analisar os elementos mais relevantes do discurso verbal e não verbal (ALVAREZ-GAYOU, 2004).

A análise de conteúdo qualitativa é um tipo de análise que permite verificar a presença de temas, de palavras ou de conceitos em um conteúdo; favorece interpretar o material estudado com a ajuda de algumas categorias analíticas destacando e descrevendo suas particularidades (ALVAREZ-GAYOU, 2004).

3.4.2.2 Etapas da Análise de Conteúdo

a) Organização da análise

As diferentes etapas da análise de conteúdo, tais como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: fase de organização da leitura dos documentos, que permite uma indispensável familiarização do pesquisador com o conteúdo e os diferentes temas possíveis; chamada geralmente **"leitura flutuante**", que consiste em estabelecer contato com os documentos a serem analisados impregnando-se pouco a pouco pelas leituras para deixar nascer as impressões e as orientações; **escolher os documentos:** o universo dos documentos pode ser determinado a priori, para constituir o *corpus,* "conjunto de documentos para serem analisados". É importante considerar as regras, tais como: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e formulação de hipótese e de objetivos. Da formulação de hipótese e dos objetivos surgem as afirmações provisórias que serão investigadas, suposições cuja origem é a intuição. Por fim, o autor recomenda preparar todo o material nesta etapa, entrevistas tanto na forma escrita como na gravada, com a finalidade de manipular as informações para a análise (BARDIN, 1977).

b) Exploração do material (análise quantitativa e/ou análise qualitativa)

Nesta fase o pesquisador faz uma leitura cuidadosa e de forma sistemática. Trata-se de uma fase que consiste essencialmente em operações de codificação, desconto ou enumeração em função das instruções previamente formuladas. A principal função é codificar o material.

De acordo com Bardin (1977, p. 101),

> a codificação corresponde a um tratamento dos dados brutos do texto. Transformação que por decomposição, agregação ou numeração permite chegar a uma representação do conteúdo, ou de sua expressão, susceptível de deixar claro ao analista as características do texto.

Toda análise de conteúdo supõe a decomposição do material tratado em elementos de análises. Estes elementos devem ser classificados em categorias. Sua determinação é, portanto mais delicada quando o número e a forma das categorias podem ser variáveis segundo os objetivos da investigação. A análise de conteúdo é uma ferramenta de aprofundamento das diversas produções que são as impressões da vida individual e coletiva.

O autor recomenda fazer a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores.

Consideram-se os textos como manifestações contidas nos índices que a análise vai possibilitar o trabalho preparativo na seleção e organização sistemática dos indicadores. Isto é, as frases repetidas freqüentemente são aqueles que servirão de indicador (BARDIN, 1977).

Uma vez selecionados os índices procede-se à construção dos indicadores de forma precisa e segura. Desde a pré-anáise devem ser determinadas as operações de *recorte de texto*, elegendo as unidades de análise. *A codificação* para o registro dos dados comparáveis corresponde a uma transformação dos dados e permite uma representação do conteúdo das expressões, susceptíveis para deixar claro as características do texto que podem servir de índices. A codificação compreende o recorte, a enumeração e a classificação das conversas.

Para isso é importante ter unidades de registro e unidades de contexto. *A categorização* para a análise temática ou as unidades de significação consiste em descobrir os temas e as unidades de registro. Nesta técnica de análise há uma regra de recorte. Posteriormente, procede-se a contagem das unidades de significação para a codificação e por último faz-se a classificação em categorias.

c) Tratamento do material e interpretação dos resultados

Nesta fase os dados brutos foram tratados de maneira significativa e avaliados de forma que permitam estabelecer quadros e resultados. Por outro lado, os dados podem confrontar de maneira sistemática com o material e o tipo de inferências atingidas, como também podem servir de base para outra forma de análise disposta em torno das novas dimensões teóricas. É importante desprender os componentes das mensagens e compor as categorias num processo que consiste na seleção das unidades de análises.

Unidade de análise é o levantamento dos dados produzidos e sua relação com os itens propostos para análise, sendo que no presente estudo refere-se aos quatro elementos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde, caracterizando o que se chama de *corpus* (BARDIN, 1977). Posteriormente, compõem-se as Unidades de Significação, que consiste no agrupamento das unidades de análise, que guardam relação entre si.

3.5 Procedimentos Éticos

De acordo com os preceitos éticos vigentes, dispostos na Lei Geral de Saúde (2004) no que refere à matéria de investigação para a saúde, artigo 14, inciso VII, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Bioética da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya – México, órgão responsável pela análise e aprovação do presente projeto, o qual foi classificado no artigo 17, inciso II, considerando a pesquisa de risco mínimo para o sujeito. Posteriormente a esta aprovação, o referido projeto foi apresentado às autoridades do Centro de Saúde e obteve-se autorização do campo para estudo (ANEXO A).

3.6 Estudo Piloto

Com o objetivo de adequar o conteúdo do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), bem como as questões norteadoras para a segunda fase da coleta de dados (APÊNDICE B) foi realizado um estudo piloto entre doze pacientes hipertensos. Este estudo piloto permitiu identificar que algumas perguntas não estavam bem formuladas, levando a dificuldades de entendimento e interpretação por parte dos participantes; sendo modificadas, o que permitiu a elaboração dos instrumentos definitivos.

3.7 Coleta dos Dados

3.7.1 Primeira Fase

Nesta fase a pesquisadora integrou-se ao grupo de hipertensos que freqüentava o Programa de Exercício Aeróbio para conhecer os pacientes portadores de HAS, tendo desta forma acesso aos informantes, fato conseguido com a colaboração incondicional da responsável pelo programa.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de agosto de 2006 a maio 2007, no próprio Centro de Saúde São Bartolomeu onde freqüentavam o Programa de Exercício Aeróbio, ocasião em que foi utilizado instrumento específico (APÊNDICE A); para tanto foi reservado um local privativo, com dia e hora convenientes à pesquisadora e ao paciente. Estes

encontros possibilitaram vínculos de confiança fundamentais para o desenvolvimento das entrevistas. Anteriormente à coleta de dados, foram informados sobre os objetivos da pesquisa, afirmando o direito de interromper a participação no estudo a qualquer momento, sendo os dados coletados somente sob autorização prévia, mediante assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). Os dados foram obtidos individualmente pela pesquisadora, com a colaboração de cinco alunas do oitavo semestre do curso de licenciatura em enfermagem, que receberam treinamento prévio para a atividade, tendo em vista a padronização dos procedimentos. Durante a obtenção dos dados por meio de entrevista foram determinados também dados antropométricos, como: peso, altura, circunferência abdominal e do quadril, circunferência braquial, além de valores da PA.

3.7.1.1 Determinação dos valores da PA

Os valores da PA foram determinados pelo método indireto auscultatório, utilizando um esfigmomanômetro aneróide, previamente testado e devidamente calibrado e manguitos com largura de bolsa de borracha compatíveis com a circunferência braquial do indivíduo, conforme recomendações de Perloff et al. (1993**);** Mion Júnior e , Pierin (2000) e México (2000) e Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia (2006).

A determinação dos valores de PA foi obtida no membro superior direito (MSD), após a entrevista, o procedimento foi realizado de modo a permitir ao sujeito repouso mínimo de cinco minutos. Foram realizadas duas medidas consecutivas, com intervalo de 60 segundos entre cada uma, com o paciente sentado, o braço apoiado sobre a mesa e ao nível do coração. O paciente foi orientado quanto ao esvaziamento da bexiga; a não alimentação, ingestão de bebida alcoólica, uso de cigarro e realização de atividade física nos trinta minutos anteriores à medida dos valores de PA, e não falar nem cruzar as pernas durante o procedimento da aferição.

Os valores de PAS e PAD foram obtidos pela média de duas leituras consecutivas dos valores de PA. Os critérios adotados para a classificação dos valores de PA seguiram as recomendações do *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (CHOBANIAN, 2003) e Norma Oficial Mexicana (MÉXICO, 2006), que definem como HAS cifras de PA iguais ou maiores a 140 mmHg para PAS e de 90 mmHg para PAD. Para fins deste estudo considerou-se como hipertensos os indivíduos com diagnóstico prévio de HAS, independentemente dos valores de PA na ocasião da coleta de

dados. Os valores da PA obtidos durante a coleta de dados subsidiaram a classificação do hipertenso na condição de PA controlada ou não controlada.

3.7.1.2 Antropometria (Peso e Altura)

O peso corporal foi obtido por meio de uma balança antropométrica calibrada e com capacidade de 150 kg. Inicialmente, com o sujeito sem calçado e na posição ereta; aferimos a altura com uso de uma fita métrica inelástica de 150 cm, afixada de forma invertida em parede plana e sem rodapé, posicionada a 50 cm do chão.

A partir da determinação do peso e altura calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo usado como critério para a classificação dos valores e recomendações da OMS (WHO, 2000), quais sejam:

- ✓ Baixo Peso: IMC < 18,5 Kg/m^2;
- ✓ Peso Normal: IMC entre 18,5 Kg/m^2 a 24,9 Kg/m^2;
- ✓ Pré-obesidade: IMC entre 25 Kg/m^2 a 29,9 Kg/m^2;
- ✓ Obesidade: IMC ≥ 30 Kg/m^2; Nível I: IMC entre 30Kg/m^2 a 34,9 Kg/m^2; Nível II: IMC entre 35Kg/m^2 a 39,9 Kg/m^2; Nível III: IMC ≥ 40 Kg/m^2

3.7.1.3 Circunferência abdominal e do quadril

A circunferência abdominal e do quadril foram aferidas com fita métrica inelástica, estando o paciente em posição ereta, com os braços estendidos e os pés juntos. A circunferência abdominal foi obtida tomando o ponto médio entre o final dos arcos costais à altura da cicatriz umbilical e a circunferência do quadril, na altura dos trocânteres femorais, passando pela porção mais saliente dos glúteos. A partir da aferição da circunferência abdominal e do quadril, obtivemos a relação cintura quadril (RCQ). A literatura científica estabelece vários pontos de corte para discriminar valores adequados da RCQ; assim, optou-se por utilizar, nesta investigação, duas categorias dos pontos mais usados. A primeira define valores adequados de RCQ, em centímetros, sendo os inferiores a 80 para o sexo feminino e 90 para o sexo masculino (ROSA; FRANKEN, 2000). A segunda categoria estabelece valores adequados da RCQ, sendo os inferiores ou iguais a 85 para as mulheres e inferiores a 100 para os homens (OMS, 2000).

Em relação à circunferência abdominal, utilizaram-se os pontos de corte

estabelecidos pela OMS (2005), que a classifica como aumentada quando o valor em centímetros é maior ou igual a 80 cm para as mulheres e maior ou igual a 94 cm, para os homens. Considerou-se muito aumentada quando o valor foi maior que 88 cm para as mulheres e maior ou igual a 102 cm para os homens (VERDECCHIA, 2000).

3.7.1.4 Antecedentes familiares

Considerou-se como antecedente familiar para HAS a existência de, pelo menos, um familiar de primeiro grau (pais ou irmãos) que padecessem da doença diagnosticada.

3.7.1.5 Tabagismo e consumo de bebida alcoólica

A história de tabagismo foi estabelecida com base no número de cigarros consumidos ao dia e a duração do hábito; desta forma, construiu-se o indicador cigarros/dia. Considerando a freqüência, a intensidade e a duração do consumo da bebida alcoólica de preferência, bem como o conteúdo de etanol presente na mesma, constituiu-se o indicador gramas de etanol/dia; considerou-se como sendo consumidor leve de bebida alcoólica aqueles que informaram consumir aproximadamente de 1 a 49 g de etanol/dia; moderado, quando a ingesta era de 50 a 99 g. etanol/dia; e grave, quando o consumo era maior que 100 g etanol/dia; a quantidade foi calculada considerando que 30 g de etanol corresponde a 15 ml de tequila e a 500ml de cerveja.

3.7.1.6. Renda mensal

O nível sócio-econômico foi classificado em:

- ✓ *Baixo*: renda entre $1000.00 a $3500.00 pesos mensais (R$ 190,00 a R$ 665,00)
- ✓ *Médio*: renda entre $3501.00 a $5000.00 pesos mensais (R$ 666,00 a R$ 950,00)
- ✓ *Alto*: renda entre $5001.00 e maior que $10,000.00 pesos mensais (R$ 957,00 a mais de R$ 1900,00)

Estes valores foram encontrados considerando o salário mínimo de $50.00 pesos

diários, que corresponde a $1500.00 pesos mensais; a partir de então transformou-se os pesos em dólares de acordo com a cotação do dia 25 de julho de 2007. (O valor de um dólar correspondia a R$ 1,89).

3.7.1.7 Escolaridade

A escolaridade foi classificada segundo Frias (2000) como se segue:

- ✓ *Escolaridade baixa*: quando o indivíduo possui menos de oito anos de escolaridade (analfabeto, ensino fundamental e médio incompletos);
- ✓ *Nível médio* (ensino médio completo e superior incompleto);
- ✓ *Nível alto* (curso técnico ou universitário).

3.8 Segunda Fase

Nesta fase os dados foram obtidos por meio de cinco questões norteadoras, conduzidas por entrevistm feita pela pesquisadora, tendo em vista compreender como o paciente hipertenso sente e pensa a sua doença e o seu cuidado no cotidiano (WOOD-LOBIONDO; HABER, 2001).

De acordo com Trivinos (1987), Wood-Lobiondo (2001) e Haber (2001) e Duarte e Barrios (2005), a entrevista é uma forma para compreender a condição humana e técnica para obtenção de dados em ciências sociais, técnica qualitativa, que explora um fenômeno a partir da busca de informação, percepção e experiência dos informantes. Além de ser flexível, permite aos informantes definir os termos das respostas e ao entrevistador ajustar livremente as respostas.

Nesta fase foi organizada uma agenda para definir o local, dia e hora entre o pesquisador e paciente para agendamento das entrevistas. As entrevistas foram realizadas numa sala privativa, onde a entrevistadora e o entrevistado pudessem sentir-se confortáveis e em ambiente de confiança e tranqüilidade para a obtenção dos dados.

Da mesma forma, nesta etapa, solicitamos a permissão dos pacientes para que a entrevista pudesse ser gravadas, assegurando a confidencialidade dos dados relatados. Neste

momento surgiram algumas perguntas manifestadas pelos entrevistados, que foram esclarecidas pela pesquisadora. As entrevistas tiveram a duração média de 40 minutos.

É necessário ressaltar que a pesquisadora foi bem aceita pelo grupo de pacientes que participavam do Programa de Exercício Aeróbio, os quais mostraram disponibilidade na realização das entrevistas. Foi assegurado o compromisso de apresentar os resultados da investigação quando estes forem concluídos.

3.9 Análise dos Dados

Após a coleta dos dados na primeira fase, estes foram codificados numa base de programa estatístico (SPSS versão 11 em espanhol) que permitiu as medidas de freqüência e percentagens. Foi utilizada a estatística descritiva, isto é, a medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão) e percentagens para apresentação dos resultados.

Após a coleta de dados da segunda fase, procedeu-se a transcrição na íntegra das fitas cassetes e a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), constituída de pré-análise, que incluiu a leitura do conjunto de informações oriundas dos depoimentos (RICHARDSON, 1999; FEIJO, 2003).

A unidade de análise utilizada foi um tema que emanou das falas, sendo classificadas nos elementos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde.

Através da leitura flutuante dos depoimentos, as entrevistas foram analisadas, e permitiram a identificação, nas falas dos hipertensos, de frases temáticas que foram recortadas, considerando o cotidiano da realidade que os hipertensos vivenciam. Posteriormente, prosseguiu-se a exploração do material de modo a possibilitar a classificação e a categorização das falas, cujos resultados foram obtidos após diversas leituras; assim, identificaram-se p as categorias referentes à percepção dos pacientes sobre HAS os sentimentos e emoções vividos, as mudanças provocadas pela doença, cuidados que necessitam ter no processo de sua doença.

Após a transcrição literal dos discursos, foram necessárias várias leituras das falas, com a finalidade de apreender os temas subjacentes aos discursos. A leitura teve a finalidade de identificar temas que foram sublinhados no próprio texto e agrupados. Depois procurou-se uma articulação entre os temas e as falas, de modo a permitir uma explicação das congruências ou ambigüidades das falas de seu enunciador; assim procedeu-se a síntese dos

temas e subtemas do discurso em sua totalidade. As frases temáticas permitiram identificar elementos qualitativos comuns, para seu posterior agrupamento, e classificação do material obtido.

Esta fase compreendeu a elaboração de frases temáticas extraídas dos discursos, que posteriormente, foram agrupadas em categorias empíricas.

Finalmente, após a análise destas categorias, foi possível descrever a experiência do paciente hipertenso no seu cotidiano; a partir das categorias identificadas e utilizando-se de outros estudos que ajudaram a esclarecer as questões em relação ao agir, sentir e pensar do paciente hipertenso, cuja discussão pautou-se nos elementos que constituíram o Modelo de Campo de Saúde de Lalonde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Dados Sobre a Biologia Humana

Neste item serão apresentados os dados referentes aos pacientes hipertensos diagnosticados pelo médico do Centro de Saúde, São Bartolomeo e responsável pelo Programa de Exercício Aeróbio para os portadores de doenças crônico-degenerativas. Os pacientes foram divididos em dois grupos: no primeiro, foram incluídos aqueles que apresentaram PA controlada, e no segundo, aqueles pacientes cuja PA não estava controlada. Os critérios adotados para esta classificação seguiram as recomendações da Norma Oficial Mexicana para a Prevenção, Tratamento e Controle da HAS (MÉXICO, 2006) e do JNC 7° (2006) que estabelecem a classificação dos níveis tensionais, para adultos, de valores de PA controlada $\leq$ 139/89mmHg, e os valores de PA não controlada aqueles $\geq$ 140/90mmHg (RUBIO, 2005).

A distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada segundo idade, sexo, IMC, e RCQ está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada, de um Programa de Exercício Aeróbio segundo a idade, sexo, Índice de Massa Corporal (IMC), e Relação Cintura Quadril (RCQ). Toluca- México, 2007

	Pressão Arterials					
Variável	**Controlada**		**Não Controlada**		**Total**	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Faixa Etária (anos)						
40-49	2	4,16	3	6,25	5	10,41
50-59	3	6,25	10	20,83	13	27,08
≥60	4	8,33	26	54,16	30	62,50
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
SEXO						
Feminino	6	12,5	37	77,08	43	89,58
Masculino	3	6,25	2	4,16	5	10,42
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
IMC (kg/m²)						
18,5-24,9 Normal	3	6,25	6	12,5	9	18,75
25-29,9 Sobrepeso	4	8,33	13	27,08	17	35.42
30-34.9 Obesida-de nível 1	1	2,08	12	25,0	13	27,08
35-39,9 Obesida-de nível II	1	2,08	5	10,41	6	12,5
≥ 40 Obesidade nível III	-	-	3	6,25	3	6,25
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
RCQ(cm)						
80-84 (risco I)	-	-	3	6,25	3	6,25
85-90 (risco II)	1	2,08	3	6,25	4	8,33
> 90 (risco III)	8	16,66	33	68,75	41	85,41
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**

A população deste estudo foi constituída por 48 pacientes hipertensos, sendo que 9 (18,75%) deles apresentaram PA controlada e 39 (81,25%) estavam com PA não controlada; 43 (89,58%) eram do sexo feminino e 5 (10,42%) do sexo masculino; estes achados estão de acordo com os dados da Enquete Nacional de Doenças Crônicas Mexicana (ENEC) em que o grupo etário dominante com HAS foi aquele com idade superior a 60 anos. Entre todos os pacientes com diagnóstico médico prévio de HAS somente 46,9% estão recebendo tratamento anti-hipertensivo, destes, apenas 13,6% tem sua PA controlada (ROSAS PERALTA, 2003; RENAHTA, 2004; RUBIO, 2005; MENDOZA GONZALEZ, 2006).

Em relação ao IMC, 17 (35,43%) pacientes encontram-se com sobrepeso e 22 (45,83%) apresentam obesidade entre o nível I e o III, sendo que a maioria pertenciam ao grupo daqueles com PA não controlada. Quanto à RCQ, a maioria dos pacientes apresentavam risco nível III, representado por 41(85,41%) pacientes; entre os quais 33 (68,75%) pacientes não estavam com a PA controlada. Estes resultados demonstram a necessidade de um melhor controle da PA por meio de modificações no estilo de vida, sendo a redução de peso um importante fator no controle da HAS; além disso ao reduzir o peso também se consegue reduzir a quantidade de fármacos anti-hipertensivos utilizados (TRINDADE et al., 1998; APPEL, 2006; DIAZ SOTO, 2006; GUIA EUROPÉIA, 2007).

Na Tabela 2 estão apresentados a distribuição dos pacientes hipertensos controlados e não controlados, segundo a história familiar.

A tabela 2 mostra a história familiar dos participantes, onde se pode constatar que a maioria 12 (25%) pacientes têm pai portador de HAS, 4 (8,33%) com DM e 1(2,08%) com AVC. Quanto aos antecedentes ligados à mãe, 6 (12,5%) afirmaram ter mãe hipertensa, 12 (25%) com DM e 25 (52,08%) pacientes indicaram não saber que doenças a mãe possuia. Estes dados são preocupantes e permitem observar, que entre os hipertensos com um progenitor (ou ambos) hipertenso, a possibilidade de desenvolver a doença é o dobro daqueles cujos pais apresentam PA normal (FRIAS, 2000). Estudos realizados no Brasil revelam que os pacientes que apresentaram história familiar positiva para HAS, têm maiores chances para desenvolver a doença (CRUZ, 1998; SIQUEIRA, 2003).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo historia familiar. Toluca- México, 2007

	Pressão Arterial					
Variável	**Controlada**		**Não Controlada**		**Total**	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Pai						
Hipertensão	3	6,25	9	18,75	12	25,0
Diabetes	-	-	4	8,33	4	8,33
Morte súbita	-	-	3	6,25	3	6,25
Derrame CV	-	-	1	2,08	1	2,08
Não sabe	6	12,5	22	45,83	28	58,34
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25|**	**48**	**100**
Mãe						
Hipertensão	1	2,08	5	10,41	6	12,5
Diabetes	5	10,41	7	14,58	12	25,0
Morte súbita	-	-	4	8,33	4	8,33
Derrame ECV	-	-	1	2,08	1	2,08
Não sabe	3	6,25	22	45,83	25	52,09
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**

A distribuição dos hipertensos, segundo dados referentes ao tempo que possuem a doença hipertensiva, conhecimento dos valores e tratamento, estão apresentados na Tabela 3

Na Tabela 3 pode se verificar que 9 (18,75%) pacientes têm PA controlada, contra 39 (81,25%) hipertensos que não estão com a PA controlada. Quanto ao tempo que sabem ser hipertensos, 16 (33,35%) pacientes tem o diagnóstico há menos de um ano; 14 (29,16%) indicam saber ser portadores de HAS entre dois e sete anos, e 18 (37,49%) sabem ser portadores da doença há mais de oito anos.

Estes achados são preocupantes pois revelam maior numero de hipertensos com PA não controlada;estes resultados têm relação com estudos prospectivos que indicam que um paciente hipertenso com PAS de 160 mmHg e PAD de 105 mmHg, ou mais , possuem dez vezes mais chances para o risco de AVC e cinco vezes mais de eventos coronarianos e

elevado risco de neuropatia (TORALES, 2006).

Estudos realizados no Brasil, com o mesmo critério de corte utilizados, nesta pesquisa, mostraram que várias localidades apresentaram prevalências de HAS variadas, conforme pode ser identificados nos estudos de Ayres (1991); Fuchs et al. (1995); Freitas et al.(2001); Carneiro et al. (2003); Feijão et al.(2003); Mion Júnior et al.(2004) e Gus et al.(2004).

Quanto ao tratamento medicamentoso para a HAS, 44 (91,66%) pacientes indicaram fazer tratamento, enquanto 4 (8,33%) referiram não realizá-lo; em relação ao uso de medicamento, o captopril foi o mais utilizado, tendo sido indicado por 38 (79,18%) pacientes. Isto se justifica pelo fato de ser um dos medicamentos oferecidos gratuitamente pelo serviço público de saúde, aos portadores de HAS.

Ressalta-se que 34 (70,83%) hipertensos também relataram fazer uso de tratamentos alternativos associados à terapia prescrita pelo médico, como chás, acupuntura ou sucos tidos como redutores dos radicais livres.

De acordo com o JNC-7 (2006) o tratamento farmacológico da HAS deve ter um objetivo principal, qual seja: reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular; neste sentido, além dos fármacos, é necessário um manejo integral de todos fatores de risco cardiovasculares Deve-se ainda manter PA em cifras inferiores a 130/80 mmHg, mediante um tratamento com boa tolerabilidade (VERDECCHIA, 2003; GUIA EUROPÉIA, 2007).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo dados referentes ao tempo da doença hipertensiva, conhecimento dos valores da PA e tratamento. Toluca-México, 2007.

	Pressão Arterial					
Variável	**Controlada**		**Não Controlada**		**Total**	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Tempo(ano)						
<1	2	4,16	14	29,16	16	33,35
2-3	2	4,16	7	14,58	9	18,75
4-7	1	2,08	4	8,33	5	10,41
8-10	3	6,25	10	20,83	13	27,08
>10	1	2,08	4	8,33	5	10,41
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Conhecimento dos Valores						
Sim	7	14,58	21	43,75	28	58,34
Não	2	4,16	18	37,5	20	41,66
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Tratamento						
Sim	9	18,75	35	72,91	44	91,67
Não	-	-	4	8,33	4	8,33
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Medicamento						
Captopril	6	12,5	32	66,67	38	79,18
Enalapril	1	2,08	2	4,16	3	6,25
Irbesartan	1	2,08	-	-	1	2,08
Metoprolol	-	-	1	2,08	1	2,08
Anti-hipertensivo+diuretico	1	2,08	1	2,08	2	4,16
Nefedipina	-	-	3	6,25	3	6,25
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Outro Tratamento						
Chá	1	2,08	16	33,35	18	37,5
Acupuntura	3	6,25	9	18,75	12	25,0
Homeopatia	-	-	2	4,16	2	4,16
Sucos	-	-	1	2,08	1	2,08
M. alternativa	-	-	1	2,08	1	2,08
Não	4	8,33	10	20,83	14	29,17
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**

4.2 Dados sobre o Meio Ambiente

A tabela 4 descreve a distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com estado civil, nível socioeconômico, escolaridade, ocupação e procedência. Em relação ao estado civil 22 (45,85%) hipertensos eram casados, 21 (43,75%) viúvos, 2 (4,16%) solteiros, 2 (4,16%)

vivem em união livre e 1 (2,08%) estava separado no momento da entrevista. Quanto à procedência, a maioria 32 (66,67%) eram provenientes do meio urbano e 16 (33,33%) o meio rural.

Tabela 4 - Distribuição de pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada, de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo estado civil, nível socioeconômico, escolaridade e ocupação. Toluca- México, 2007

	Pressão Arterial					
Variável	**Controlada**		**Não Controlada**		**Total**	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Estado civil						
Solteiro	1	2,08	1	2,08	2	4,16
Casal	5	10,41	17	35,41	22	45,85
Viúvo	2	4,16	19	39,59	21	43,75
União livre	1	2,08	1	2,08	2	4,16
Separado	-	-	1	2,08	1	2,08
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Procedência						
Rural	2	4,16	14	29,16	16	33,33
Urbano	7	14,58	25	52,08	32	66,67
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Nível de escolaridade						
Baixo	5	10,41	33	68,75	38	79,18
Medio	1	2,08	4	8,33	5	10,41
Alto	3	6,25	2	4,16	5	10,41
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Nível socioeconômico						
Baixo	5	10,41	29	60,41	34	70,83
Medio	2	4,16	8	16,66	10	20,84
Alto	2	4,16	2	4,16	4	8,33
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Ocupação						
Do Lar	3	6,25	26	54,16	29	60,45
Empregada domestica	-	-	2	4,16	2	4,16
Funcionário público	1	2,08	-	-	1	2,08
Comerciante	1	2,08	7	14,58	8	16,66
Aposentado	2	4,16	3	6,25	5	10,41
Professor	2	4,16	-	-	2	4,16
Agricultor	-	-	1	2,08	1	2,08
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria 38 (79,18 %) possui, o nível de escolaridade baixo, seguido daqueles de nível escolaridade média 5 (10,41%) e 5 (10,41%) com nível alto. Dentre os hipertensos com nível de escolaridade baixo, 33 (68,75%) fazem

parte do grupo de hipertensos cuja PA não estava controlada. Estes dados mostram que os hipertensos deste estudo tinham em geral menos de seis anos de escolaridade, com menor probabilidade de aprender os cuidados referentes ao tratamento e mudanças de hábitos de vida adequados para o cuidado de sua saúde, estando de acordo com achados de outros estudos (ALONSO CASTILLO; GARZA BARAJAS; GONZÁLEZ GARCÍA, 2001; SIQUEIRA, 2003).

Dos 48 hipertensos pesquisados, 34 (70,83%) possuíam nível socioeconômico baixo, que pussuem renda familiar menor que um salário mínimo ao mês; sendo que 5 (10,41%) eram do grupo dos que estavam com a PA controlada; em seguida estão os de nível socioeconômico médio, que recebem dois salários mínimos, representados por 10 (20,84%) pacientes; seguidos de 4 (8,33%) pacientes que ganham mais de cinco salários mínimos por mês. Estes dados revelam que a condição financeira dos hipertensos estudados é baixa, o que interfere no tratamento da HAS bem como nas mudanças de estilo de vida. Resultados semelhantes foram identificados nos estudos de Lima Filho e Almeida (1998) e Simão (2005).

De acordo com a ocupação 29 (60,45%) hipertensos em mulheres e se ocupam-sedos afazeres do lar, 8 (16,66%) eram comerciantes, 5 (10,41%) aposentados, 2 (4,16%) empregada domestica, e 1 (2,8%) funcionário público. Estes resultados revelam a relação entre o nível socioeconômico, a escolaridade e a ocupação; quanto menor o grau de escolaridade, menor o nível socioeconômico e, portanto, menores as oportunidades de emprego. Achados semelhantes foram encontrados por Busnello, et al., (2001). Entre aqueles que se ocupam dos afazeres do lar, 26 (54,16%) pertencem a grupo daqueles com PA não controlada (Tabela 4),

Quanto às condições de habitação, 47 (97,9%) hipertensos indicaram possuir casa própria, com água potável, e serviços de água, eletricidade e drenagem. O meio de transporte de maior uso para esta população era o transporte coletivo, referido por 34 (70%) pacientes e 16 (30%) pacientes indicaram possuir carro próprio.

4.3 Dados sobre o Estilo de Vida

O estilo de vida dos hipertensos está relacionado com o controle da PA, portanto eles precisam desenvolver hábitos saudáveis para manter o equilíbrio no dia-dia procurando sempre melhorar e aumentar a capacidade e conscientização para a interiorização de hábitos

saudáveis, com capacidade para o enfrentamento das pressões diárias, de maneira a viver de modo mais harmônico, com as pessoas, com o meio ambiente e consigo próprio. O estilo de vida adotado pelas pessoas com o meio ambiente e consigo próprio, bem como seus padrões alimentares, prática de atividade física, sono, consumo de cigarro e de bebida alcoólica entre outras, determinam a sua qualidade de vida, bem como o de sua saúde no futuro. Na tabela 5 estão apresentados a distribuição dos hipertensos de acordo com a prática de exercício físico, consumo de cigarro e de bebida alcoólica.

Em relação ao estilo de vida, a atividade física foi a primeira a ser pesquisada e, pode-se observar que os pacientes que fazem exercício físico foram 42 (87,5%), destes somente 8 (16,66%) pertencem ao grupo daqueles com PA controlada; o tipo de exercício mais realizado pela maioria dos hipertensos foi a caminhada, indicada por 37 (77,09%) pacientes durante duas a três vezes por semana, com duração de 60 minutos, sendo que a maioria já realizava esta atividade física entre um e três anos. Estes resultados mostram a importância de um programa de exercício aeróbio, que ajuda a fortalecer o coração, a reduzir peso e a controlar a PA. O exercício deve ser realizado de acordo com a idade e as condições de saúde de cada indivíduo, durante dois ou três dias por semana e com duração entre 45 a 60 minutos. É necessário considerar que os pacientes precisam ser incentivados e necessitam de um seguimento para alcançar os resultados esperados sobre o controle da PA (MENEZES; BARRETO; GARRONE, 2003; PINHEIRO; CHAKUR, 2005).

Os achados deste estudo encontraram ressonância com o de outros autores, que assinalam que o caminho para melhorar o controle dos hipertensos, não se restringe só aos programas de exercício, que ajudam a reduzir os custos com o tratamento, mas sobretudo na proteção dos pacientes que ficam a margem de fármacos caros e danosos, de modo a atenuar as repercussões sociais e econômicas que enfrentam os sistemas de saúde da América (CRUZ, 1998; ALVAREZ , 2003).

Tabela 5 - Distribuição de pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo realização de exercício físico, tabagismo e consumo de álcool. Toluca- México, 2007.

Variável	Pressão Arterial					
	Controlada		Não Controlada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Exercício						
Sim	8	16,66	34	70,83	42	87,5
Não	1	2,08	5	10,41	6	12,50
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Tipo						
Caminhar	5	10,41	32	66,67	37	77,08
Trote	2	4,16	1	2,08	3	6,25
Ginástica	-	-	1	2,08	1	2,08
Outro	1	2,08	-	-	1	2,08
Não	1	2,08	5	10,41	6	12,50
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Tabagismo						
Sim	4	8,33	3	6,25	7	14,58
Não	5	10,41	36	75,0	41	85,42
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Número de Cigarro						
1-3	1	2,08	-	-	1	2,08
4-7	1	2,08	1	2,08	2	4,16
8-10	2	4,16	-	-	2	4,16
+11	-	-	2	4,16	2	4,16
Não	5	10,41	36	75,0	41	85,42
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Razão para fumar						
Estresse.	4	8,33	2	4,16	6	12,50
Trabalho	-	-	1	2,08	1	2,08
Não	5	10,41	36	75	41	85,42
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Consumo Álcool						
Sim	4	8,33	6	12,50	10	20,83
Não	5	10,41	33	68,75	38	79,17
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Tipo de bebida						
Tequila	4	8,33	5	10,41	9	18,75
Cerveja	-	-	1	2,08	1	2,08
Não	5	10,41	33	68,75	38	79,17
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Quantidade						
50-100	-	-	1	2,08	1	2,08
150-200	1	2,08	1	2,08	2	4,16
+200	3	6.25	4	8,3	7	14.59
Não	5	10,41	33	68,75	38	79,17
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**

Em relação ao tabagismo e consumo de bebida alcoólica, pode-se verificar que o tabagismo foi indicado por 7 (14,58%) pacientes, sendo que 5 (10,41%) fumavam um até dez cigarros/dia e somente 2 (4,16%) informaram consumir mais de onze cigarros ao dia; a causa principal a que atribuem o hábito de fumar foi o estresse, indicado por 6 (12,50%) pacientes, seguido de situações no trabalho que foi referido por 41 (85,42%)hipertensos.

Estudos assinalam que o hábito de fumar acelera o processo de aterosclerose em pessoas com HAS (CHOR, 1998; FRIAS, 2000).

Embora o número de fumantes tenha sido relativamente pequeno neste grupo, este hábito deve merecer atenção especial, pois constitui importante fator de adoecimento e uma das principais causas de morte evitáveis no mundo (BARSIL, 1996).

Estudos são unânimes em afirmar que o abandono do hábito de fumar traz inúmeros benefícios para a saúde, pois melhoram a capacidade física, o gosto pelos alimentos, reduz o risco de doenças como: DCV, câncer e respiratórias, além de aumentar a expectativa de vida e reduzir os gastos com cigarro (BRASIL,1996).

Nesta população de hipertensos 10 (20,83%) pacientes indicaram o consumo de bebida alcoólica, sendo a tequila a preferida e indicada por 9 (18,75) pacientes, seguida da cerveja, cujo consumo foi indicado por apenas 1 (2,08%) paciente; por outro lado, 38 (79,17%) hipertensos desta população , disseram não consumir bebida alcoólica e 41 (85,40%) não fazem uso de cigarro; estes dados indicam que parece existir uma consciência,deste grupo de hipertensos, sobre os efeitos que produzem o álcool e o cigarro, sobre a PA e o risco para a DCV (GIROTTO et al., 1996; MACIEL, 1997; CRUZ; CHOR, 1998).

Em relação a quantidade de bebida alcoólica que consomem, a maioria 7 (14,59%) pacientes indicou consumir raramente volumes maiores a 200ml. De acordo com Rosa; Franken (2000) os pacientes hipertensos que ingerem bebida alcoólica, devem ser orientados a não consumir mais que 30 g/dia de etanol, o que equivale a 720 ml de cerveja ou 300ml de vinho ou 60 ml de aguardente; para as mulheres ou indivíduos muito magros ,essa quantidade deve ser reduzida para , no máximo15 h/dia de etanol.

A tabela 6 apresenta a distribuição dos hipertensos em relação ao estresse, menopausa e reposição hormonal.

No grupo estudado 40 (83,34%) indicaram considerar-se estressados, sendo as situações que mais propiciam o estresse as relações familiares e do lar, referidas por 29 (60,43%) hipertensos, seguidos dos problemas no trabalho com 9 (18,75%)citações, e os

problemas financeiros, indicados por 2 (4,16%) pacientes; quanto a freqüência com que eles se sentem estressados a maioria 25 (52,08%) referiu que todos os dias da semana, embora não realizem nenhuma estratégia para manejar o estresse, ou seja, não conhecem nenhuma técnica de relaxamento.

Os estudos de Cantos et al. (2004) identificaram resultados semelhantes aos encontrados no nosso estudo.

O estresse é um fator de risco que contribui para o aumento da PA; a sobrecarrega no trabalho, as pressões do meio social e transtornos emocionais, são fatores que contribuem para o surgimento do estresse.

No momento do estresse, o corpo prepara-se para lutar ou fugir da situação por meio de uma serie de mudanças, como o aumento da produção de adrenalina, maior constricção dos vasos sanguíneos, entre outros; o que leva o coração a bater mais rápido, ao mesmo tempo em que aumenta a resistência nos vasos sanguíneos periféricos, favorecendo o aumento da PA (LIPP,1996).

Em relação ao climatério e uso de reposição hormonal os dados mostram que 40 (83,33%) mulheres hipertensas se encontravam na menopausa, sendo que 17 (35,43%) delas estavam nesta condição há mais de 10 anos; como referido 43 (89,58%) pacientes não fazem uso de nenhum tipo de reposição hormonal. A mulher, durante o climatério está mais susceptível ao desenvolvimento da doença hipertensiva, pois com a diminuição da atividade estrogênica, após a menopausa, há o aumento do risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

O estrógeno atua diretamente nos diferentes mecanismos de controle da PA por meio dos efeitos heterogênicos, diminuem a resistência periférica e previnem a formação de placas de ateroma (DANTAS et al., 1999; GUTIERREZ, 2001; LIMA et al., 2001; SIQUEIRA, 2003).

Pesquisas realizadas por Costa et al. (1999) para identificar fatores de risco para as doenças coronarianas em mulheres climatéricas, constataram que 63,7% delas apresentaram antecedentes pessoais relacionados às DCV, estando a HAS presente em 37,4%.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controla e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo indicação de estresse, menopausa e reposição hormonal. Toluca- México, 2007

Variável	Pressão Arterial					
	Controlada		Não Controlada		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Estresse						
Sim	8	16,66	32	66,67	40	83,34
Não	1	2,08	7	14,58	8	16,66
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Situação						
Problemas de família/lar	4	8,33	25	52,08	29	60,43
Trabalho	2	4,16	7	14,58	9	18,75
Problemas Financeiros	2	4,16	-	-	2	4,16
Não	1	2,08	7	14,58	8	16,66
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Freqüência de estresse (dias)						
1	1	2,08	2	4,16	3	6,25
2-3	1	2,08	2	4,16	3	6,25
4-6	3	6,25	6	12,50	9	18,75
7	3	6,25	22	45,83	25	52,08
Não	1	2,08	7	14,58	8	16,66
Menopausa						
Sim	6	12.5	34	70,83	40	83,34
Não	3	6,25	-	-	3	6,25
Não se aplica	-	-	5	10.41	5	10.41
Total	**9**	**18,75**	**34**	**70,83**	**43**	**89,58**
Tempo (anos)						
5-9	3	6,25	6	12,50	9	18,75
10-14	2	4,16	4	8,33	6	12,50
15-19	1	2,08	10	20,83	11	22,93
+20	-	-	14	29,16	14	29,16
Não	3	6,25	-	-	3	6,25
Uso de hormônios						
Não	9	18,75	34	70,83	43	89,58
Não se aplica	-	-	5	10.41	5	10.41
Total	**9**	**18,75**	**34**	**70,83**	**43**	**89,58**

Os dados referentes aos hábitos alimentares podem ser identificados na Tabela 7.

Conforme dados contidos na Tabela 7 cujos resultados mostram que 42 (87,5%) pacientes informaram fazerem três refeições/dia (café da manhã, almoço e jantar) e 6 (12,50%) indicaram apenas duas refeições ao dia. Os dados revelam que todos os sujeitos indicaram consumir alimentos do grupo dos carboidratos (tortilhas, pães e massas), vale

ressaltar que o mexicano tem o hábito de consumir tortilhas, alimento derivado do milho, cujo consumo é em média de seis a oito tortilhas ao dia a maioria consome também de um a quatro pães ao dia; quanto ao consumo de verduras, legumes e frutas, os hipertensos pesquisados indicaram consumi-las de uma a duas vezes por semana; em relação ao consumo de carnes, informaram ser o frango a mais freqüente, seguida de carne bovina e suína; indicaram ainda, não consumir alimentos salgados, devido aos problemas que podem trazer para o organismo. Ao serem indagados quanto a quantidade de sal ingerida, a maioria 39 (81,25%) afirmou que usa alimentos com pouco sal, seguido daqueles que tem o habito de adicionar sal extra nos alimentos já prontos, indicados por 5 (10,41%) pacientes, 4 (8,33%) hipertensos indicaram consumir alimentos sem sal.

Deve-se ressaltar que a avaliação dietética de sódio é extremamente complexa, conforme indicam Espeland et al. (2001), pois a ingesta diária varia de um individuo para outro, o que pode levar a subestimação da quantidade ingerida.

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006), a quantidade de sal a ser ingerida por uma pessoa não deve ser superior a 6gramas diárias, o que equivale a 100mmol ou 2,4 gramas/dia de sódio, que corresponde a quatro colheres de café. Há uma nova política de incentivo a indústria alimentícia, para a próxima década, no sentido de redução dos níveis de sódio em pelo menos 50%, nos alimentos industrializados (BARROS et al., 2005).

Estudo de Aquino e Silva (2005) analisou 476 alimentos como chocolates, salsicha, tabletes de caldo de carne, constatando que alguns alimentos industrializados não informam a quantidade real de sódio contida na sua composição; esta informação nos rótulos dos alimentos industrializados é um instrumento importante tanto para os pacientes hipertensos, quanto para outros , que necessitam de dieta restrita de sódio, do contrário pode ocorrer descompensação metabólica.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Program de Exercício Aeróbio, segundo hábito alimentar. Toluca - México, 2007.

	Pressão Arterial					
Variável	**Controlada**		**Não Controlada**		**Total**	
	nº	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Número de Refeições						
Dois	2	4,16	4	8,33	6	12,50
Três	7	14,58	35	72,91	42	87,5
Total	9	18,75	39	81,25	48	100
Consumo de sal						
Sem sal	3	6.25	2	4,16	4	8,33
Pouco sal	6	12,50	33	68,75	39	81,25
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Alimentos						
Tortillas, pão, pastas	9	18,75	39	81,25	48	100
Frutas e verduras	9	18,75	39	81,25	48	100
Gorduras	3	6,25	45	93,75	48	100
Refrescos	1	2,08	47	97,91	48	100

4.4 Dados relacionados a Organização dos Serviços de Saúde

A preocupação, nesta etapa foi identificar entre os hipertensos e os serviços de saúde, qual o tipo de serviços utilizados e acompanhamento da doença hipertensiva ao resultado estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes hipertensos com PA controlada e não controlada de um Programa de Exercício Aeróbio, segundo informações referente a organização dos serviços de saúde. Toluca .México- 2007.

Variável	Pressão Arterial					
	Controlada		Não Controlada		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Serviços de saúde						
Sim	9	18,75	39	81,25	48	100
Tipo						
Publico	9	18,75	33	68,75	39	81,25
Privado	3	6,25	6	12,50	9	18,75
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Motivo para uso do serviço						
Diarréia	-	-	2	4,16	2	4,16
Gripe	-	-	2	4,16	2	4,16
Passar mal	6	12,50	26	54,16	32	66,68
Controle	3	6,25	9	18,75	12	25,0
Automedicação						
Sim	6	12,50	27	56,25	33	68,75
Não	3	6,25	12	25,0	15	31,25
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Medicamento mais freqüente						
Aspirina	4	8,33	25	52,08	29	60,42
Antiadiarreico	-	-	1	2,08	1	2,08
Antiinflamatório	2	4,16	-	-	2	4,16
Outro	-	-	1	2,08	1	2,08
Não	3	6,25	12	25,0	15	31,25
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Retorno ao serviço						
1-2	3	6,25	21	43,75	24	50,0
3-4	2	4,16	8	16,66	10	20,83
+5	1	2,08	2	4,16	3	6,25
Não	3	6,25	8	16,66	11	22,91
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**
Causa						
Pressão alta	5	10,41	30	62,5	35	72,93
Resfriado	-	-	1	2,08	1	2,08
Retorno	1	2,08	-	-	1	2,08
Não	3	6,25	8	16,66	11	22,91
Total	**9**	**18,75**	**39**	**81,25**	**48**	**100**

De acordo com as informações dos hipertensos pode-se verificar que todos usavam algum tipo de serviço de saúde, sendo o serviço público o mais utilizado por 39 (81,25%) pacientes. Em relação as situações que mais utilizam os serviços de saúde, 46 (95,83%) hipertensos referiram que procuravam o atendimento médico quando tinham algum mal-estar

como dor, diarréia ou gripe; 33 (68,75%) indicaram o uso de automedicação sendo a aspirina o medicamento mais utilizado, indicado por 29 (60,48%) as razões para uso dos medicamentos foi essencialmente a dor, diarréia ou gripe. Em relação ao número de vezes que os hipertensos procuraram o hospital nos últimos três meses, 37 (77,08%) referiram que necessitaram usar o serviço de saúde, e os motivos foram: 35 (72,93 %) devido a elevação da pressão arterial, seguido de retorno 11 (22,91%) para o controle de sua doença.

Os dados mostram que os pacientes deste estudo utilizam os serviços de saúde com pouca freqüência, indicando a necessidade da equipe de saúde buscar estratégias para que, por meio de trabalho multidisciplinar, possa atrair o individuo para o serviço, com vistas a implementação de programas preventivos. Conforme indicam Oliveira et al. (2002) a atuação da equipe de saúde multidisciplinar, no cuidado individual favorece a adesão ao tratamento, por meio de estimulação e motivação no intercâmbio de experiências e representa um desafio presente e futuro no controle adequado da HAS.

Sabe-se que a HAS não tem cura e o paciente terá que receber tratamento com dieta e com fármacos por toda vida (MOREIRA; MACIEL; ARAÚJO, 2005); portanto, somente a disponibilidade de serviços de saúde e o acesso à informação não são suficientes para garantir o tratamento ou adoção de hábitos de vida saudáveis que ajudem a controlar a PA (CHOR, 1998).

4.5 O cotidiano do hipertenso

Posterior a esta etapa, passamos a abordar os pacientes no sentido de que pudessem expressar o que significava para eles ser hipertenso, conviver com as limitações que a doença impõe e até mesmo o tratamento. A partir das falas dos hipertensos foi possível identificar, na perspectiva dos elementos que compõem o modelo de campo de saúde de Lalonde, o que sente e o que faz o hipertenso para se cuidar no dia a dia. Nesta etapa participaram os 48 pacientes que fizeram parte da primeira fase do estudo.

Analisando o conteúdo das entrevistas identificou-se as categorias que compõem os quatro elementos do Modelo de Campo de Saúde, com suas respectivas sub-categorias, conforme apresentado na Figura 1.

Os dados para construção da Figura 1 foram extraídos dos conteúdos apresentado no APÊNDICE D

Figura 1. Categorias Modelo de Campo de Saúde de Lalonde

4.5.1 Biologia Humana

4.5.1.1 Percepção sobre a doença

Sobre esta unidade temática identificamos frases que revelam a experiência do indivíduo com a HAS. Ele percebe a doença como algo que está continuamente em seu corpo, que vai além de suas forças, pois, de forma repentina, altera seu corpo, produz-lhe instabilidade que não espera, e muito menos está preparado para enfrentá-la. A percepção envolve a personalidade, a história pessoal, os desejos, tipo de educação recebida e a realidade construída por cada indivíduo (ALMEIDA, 2005).

A percepção do paciente portador da HAS, com base nos relatos de seu discurso foi que desconhecem o que seja a doença.

> *...No se que es la presión alta, no podría darle una definición porque no la conozco... (S11).*

> *...No tengo conocimiento para decir que es la presión alta, sencillamente, no se qué es, pero hay inestabilidad en mi cuerpo, alteración en mi organismo...* (S2).

> *...Para mi tener la presión alta significa angustia, dolor, incertidumbre y*

miedo… (S26).

…no se que es la presión arterial alta no se… (S12).

É evidente que existe desconhecimento da doença. A maioria dos pacientes definem a doença em termos de sintomas, expressões emocionais subjetivas ou simplesmente não sabem referir o que significa. Os hipertensos atribuem conceitos associados ao mal-estar presente quando a PA se eleva. No entanto, esses conceitos pertencem ao que eles apreenderam da sua própria vivência com a doença. A doença não significa somente conceitos e sintomas, mas experiências vividas referentes ao que eles sentem.

Os discursos mostram relatos associados com a PA, com as alterações em relação aos sintomas, ilustrados pelas seguintes falas:

…Es *cuanto viene el sofocamiento, no puedo respirar bien, tengo ganas de vomitar, empiezo a sudor, calor y escalofrió… (S15).*

…Para mi la presión alta es cuanto me agarra mareo, dolor de cabeza, nausea, vomito, salida de sangre por la nariz, nerviosa para mi eso es la presión alta … (S12).

…Dolor de cabeza, Mareos, nauseas, dolor en el cuerpo, en los pies, el pecho, cansancio, salida de sangre por la nariz… (S 5, 25, 17, 20, 29, 31, 44,26).

O verdadeiro significado do conhecimento dessa doença ocorre quando eles sentem que a doença os aniquila, fulmina-os e limita suas capacidades para continuar a vida.

O indivíduo é dono de um saber único, relacionado com sua experiência. Dessa forma constrói as concepções sobre sua doença. Seu saber não é considerado científico, e não sendo científico parece não ter nenhum valor mas, pelo contrário, todos possuem um saber que tem um valor. O valor é dado pelo saber individual, àquele que o ser humano traz implícito no seu cotidiano. Reconhecê-lo significa fortalecer o vínculo entre as pessoas que promovem o cuidado e os hipertensos responsáveis pelo autocuidado (LEITE, 2004; SARAIVA et al., 2007).

É claro que o hipertenso mesmo com o tratamento apresenta alteração nos níveis de sua PA o que dificulta ainda mais o confronto da doença em sua vida cotidiana. A doença mostra uma terrível ameaça de perda de sua saúde e o cotidiano torna-se difícil. O nosso cotidiano permite o entendimento de nós mesmos, do que nos sucede nesses momentos de doença (BUZZI, 2007).

De acordo com Lima e Bucher (2004), existem experiências de pacientes

hipertensos que, quando a pressão começa a aumentar, indicam sintomas como dor de cabeça, dor no peito, alterações nos batimentos cardíacos, alterações visuais e agitação. De acordo com a literatura pode-se dizer que os hipertensos têm suas percepções próprias (FIRMO, 2004; LIMA, 2004).

A doença se mostra para esses pacientes como um sofrimento grave, pois eles se conhecem o aspecto da herança como uma predisposição para o surgimento da HAS, pois têm familiares que apresentaram a doença e já sabem o que o familiar passou.

> *...Es una enfermedad, que la conozco, mi madre fue hipertensa y mi abuelo murió de un infarto... (S27).*
>
> *...Es una enfermedad, que muchas gente tiene, no ves cuantos amigos están aquí y aún los que no están aquí, mi hijo, mi hermano, mi vecino... (S10).*

A tendência ou predisposição para desenvolver cifras elevadas de pressão arterial demonstra que, quando uma pessoa tem um progenitor (ou ambos) hipertensos, as possibilidades de desenvolver hipertensão representam o dobro do que as outras pessoas com ambos os pais, com pressão normal (FRIAS, 2000; SIMÃO, 2005).

Esta pesquisa permitiu identificar que a doença impõe limitações biológicas pelas complicações que acarreta, muitas vezes exige atendimento médico de urgência, conforme os depoimentos seguintes:

> *...Cuando me sube la presión creo... que puedo morir, puedo sufrir una embolia, un infarto, o algo peligroso me va a suceder... (S4).*
>
> *...Es peligrosa la enfermedad, no le tengo miedo, bueno te diré la verdad solo un poco... (S18).*
>
> *...Si tengo miedo de morir, cuando me sube parece que es lo último que me va a pasar, muero de miedo... (S16).*
>
> *...Es lo mas terrible que me ha pasado, es una sensación de ansiedad y miedo de morir... (S24).*

Os pacientes adquirirem a capacidade de reconhecer sinais e sintomas associados à elevação de sua PA como a cefaléia, sono, ansiedade, nervosismo, dor precordial, o que faz com que fiquem alertos para o autocuidado e para solicitar ajuda nesses momentos.

Uma das complicações mais conhecidas são o AVC. A maioria dos hipertensos conhece de forma parcial as complicações da doença, o que, em muitos casos, impede a consciência mais clara sobre o que representa estas complicações da doença (PEREZ;

MAGNA; VIANA, 2003).

Alguns hipertensos entrevistados apontaram que não percebem a doença como um problema de saúde, devido ao fato de não apresentarem nenhum sintoma. Isso leva os pacientes a não se defrontarem com a doença e, portanto, não procuram um tratamento ou muitas vezes abandonam o tratamento, esses resultados são similares aos encontrados por Chor (1998).

... No siento nada, nada, no se, nunca he sentido nada… (S148).

...Nada, ni me preocupa (S136).

... No se que es, el médico dice que soy enferma, peor nunca siento nada, tú me crees verdad… (S147).

...Nunca, Nada, por ahora nada… (S134).

...No se, a mi no me pasa, lo que los otros dicen… (S35).

Quanto aos sintomas, a literatura indica que essa patologia não tem sintomatologia quando no início da doença. É uma doença que permanece assintomática e, na maioria das vezes quando aparecem as queixas, as complicações já estão instaladas como as relativas ao comprometimento de outros órgãos. A HAS pode se desenvolver por décadas e, se não surgirem complicações, apresenta algumas modificações de pouca importância (LIMA, 2004).

4.5.1.2 O momento do diagnóstico da hipertensão arterial

Em relação a esta unidade temática, os pacientes indicam que a partir do momento que recebem o diagnóstico apresentam sentimentos de medo, ansiedade e tristeza e entendem que é uma doença que os acompanhará por toda a vida como se pode observar nas falas abaixo.

…Cuando me dieron el diagnóstico me sentí triste con miedo, no sabía realmente lo que era la enfermedad a través del tiempo a través de un vivir con esta enfermedad ahora conozco realmente lo que es la enfermedad… (S18).

...Cuando me dieron el diagnóstico, sentí mucho miedo, los médicos realmente son muy fríos para decir que tienes una enfermedad, no lo creí... (S2).

...No acepto que soy hipertensa, no lo puedo creer, me resisto a aceptar, no lo acepto, sencillamente no lo acepto, no lo creí, ¿porqué a mi?... (S32).

...A partir de esto muchas veces fui internada en urgencias porque la presión no se controlaba con los medicamentos, nuevamente regresaba a urgencias y parecía que a los médicos le molestaba... (S8).

... Cuando me dieron el diagnóstico me asusté, me dio miedo, angustia al tener esta enfermedad... (S4).

...El diagnóstico fue terrible para mi, pues continuamente mi presión estaba elevada, mi colesterol ni se diga, me asusté, pues nunca antes me había medido la presión, me sentía atrapada, abatida, angustiada y desesperada quería morir... en verdad... (S3).

Considerando a problemática que envolve o indivíduo hipertenso, a partir do momento em que toma conhecimento do diagnóstico, apresenta inumeras sensações que não, deixam de ser sinais indicadores da sensibilidade do ser humano. Como exemplo, a "HAS do avental branco" que se relaciona à tendência de indivíduos para elevação da PA, quando da sua aferição, o que tem sido muito freqüente atualmente (WILKINSON, 2001).

Ao receberem o diagnóstico de HAS os hipertensos experimentam sentimentos de negação e ira; como pode ser identificado abaixo:

... Cuando me dieron el diagnóstico de este enfermedad no lo podía creer, me pregunte ¿porqué a mí me pasa esto?, me deprimí, no lo acepte simplemente, ya me fregué. (S18).

... Al recibir el diagnóstico hipertensión arterial me resistí aceptar esta enfermedad, aún no lo creo... (S28).

... Al principio, no creí, y ahora que tengo mas síntomas no lo puedo aceptar, me siento culpable, aún no acepto ... (S14).

... Cuando me dieron el diagnóstico sentí ira contra los que me han ofendido y me han hecho enojar y no me he podido desquitar... (S17).

...Cuando me dieron el diagnóstico, sentí coraje mucho, ni te lo imaginas amiga, porque está enfermedad fue por la culpa de un contratiempo con un familiar... (S16).

... Esta enfermedad que te diré, lucho con ella, no me dejo vencer, así siento que es una lucha continua, me da coraje siento y haber quien gana ... (S1).

A convivência diária com a HAS lhes permite identificar acontecimentos e atividades que provocam perda de bem-estar, quando se eleva a PA. Os hipertensos

manifestaram não aceitar a doença, sentem que é uma luta contínua que têm que enfrentar no dia-a-dia, crêem que é um desafio viver os dias, as horas e os minutos com a HAS.

Nos últimos anos, muitos pesquisadores dedicaram seus esforços a procura de variáveis sociais como o estresse, a ansiedade e a raiva e constataram que existe relação entre o papel emocional e a saúde, sobretudo na reatividade cardiovascular, provocando a HAS (PEREZ; MAGNA; VIANA, 2003; LIPP; FRARE, 2007).

A doença é algo muito difícil de aceitar, especialmente se é uma doença que será para toda a vida, embora não apresente sintomas que possam indicar à pessoa que algo não está bem com a sua saúde, como se pode constatar nas falas seguintes:

...Nunca acepte la enfermedad y decidí curarme en decir hoy estoy curado no tomó más medicamento… (S2).

...No, yo creo que no puedo aceptar la enfermedad, nunca aceptare… (S19).

...No que va como aceptar algo que están dañando tu organismo pienso que no se puede aceptar algo que te esta lastimando, que va a desgastar tu organismo, no lo puedo aceptar… (S7).

...Si acepto ser hipertenso no tengo ningún problema, solo estoy enojado y mucho… (S25).

Outros hipertensos mencionavam aceitar a doença, no entanto, pelo tipo de afirmações, observa-se que não, pois mencionam que:

...Acepto enfermedad pues si acepto la enfermedad, me queda otra más que aceptar esta terrible enfermedad…(S26).

... Que quiere que haga, tengo que aceptar la enfermedad, pues sin no me queda otra ya las tengo…(S15).

...Si acepto ser hipertensa, pues como me la quita, ni modo que me la sacuda no es posible… (S5).

... Aceptar esta enfermedad si claro, como no, solamente eso me faltaba… (S9).

... no me sorprendí, ya ni modo, me conforme, ya me fregué, es mi edad, me cuido mas… (S1, 22, 33, 40,39).

As patologias que se desenvolvem a curto ou longo prazo produzem, normalmente, algumas reações no paciente como **negação do diagnóstico;** muitas vezes o indivíduo mostra tristeza e melancolia, procurando isolamento pessoal que pode durar uns poucos minutos ou por toda a vida, até o fim da doença. Apresentam também outras reações como **raiva,**

ressentimento e inveja. Os pacientes reagem com hostilidade, tanto com os médicos como com os familiares, é uma fase delicada e desafiadora que exige muita compreensão por parte dos profissionais de saúde; podem manifestar **depressão** que é a fase em que o paciente apresenta sentimentos de culpa, do tempo desperdiçado quando tinha saúde, ou então aceitação que é quando o indivíduo se apóia na fé divina. É a fase mais calma desse processo (ALMEIDA, 2005).

Efetivamente, os achados nesse campo contem aspectos do corpo humano relacionados com os sintomas e a herança do indivíduo, predispondo a ampla variedade de respostas que podem emergir com as doenças crônicas que incluem aspectos da saúde física e mental do indivíduo.

4.5.2 Estilo de Vida

Nesta categoria, está apresentado o conjunto de decisões que o indivíduo adota e sobre as quais ele tem um menor ou maior controle e, de alguma forma, contribui para melhorar ou afetar sua saúde. Do ponto de vista da saúde, compreende hábitos e decisões pessoais que geram riscos autocriados. Esses riscos resultam em doença ou podem inclusive levar a morte, e então pode-se afirmar que o estilo de vida do indivíduo causou a doença ou mesmo a morte. As doenças e mortes prematuras podem ser resultantes dos riscos autocriados (DEVER, 1991).

4.5.2.1 Mudanças no estilo de vida

Em relação a esta unidade temática, algumas falas dos hipertensos revelam razões para cuidar-se, muitas das quais contem falas voltadas para a conservação de seu bem-estar de modo a evitar o risco de complicação grave. Isso levou a mudar aspectos do seu estilo de vida, principalmente relacionados ao exercício e alimentação, como pode ser desprendido nas falas abaixo:

> *...Los cambios que he realizado consideró que son positivos, el ejercicio, y las reuniones del grupo, las risas… (S29).*
>
> *...El ejercicio me hace sentir ligero, alegre…*(S22).

... El ejercicio es muy bueno, me cambio el mal humor... (S9).

... El ejercicio me quita el dolor de cabeza, por eso lo hago... (S2).

...Caminar y platicar mis problemas me ayuda a soportar los problemas de todo tipo... (S27).

...El ejercicio es lo mejor, lo mejor no sabes, prueba y veras... (S12).

... El ejercicio me da alegría y me ayuda a pensar mejor... (S6).

... Mi gente me pregunta que hago, que me ven mejor y se burlan, no lo creen, pero no me importa... (S15).

Esses pacientes portadores da HAS conhecem as vantagens da prática do exercício físico para a saúde. De acordo com outras pesquisas, pode-se dizer que o controle da PA e a atuação da equipe de saúde multidisciplinar favorecem a adesão ao tratamento. O exercício como parte do tratamento, prática regular de atividade, é fator de proteção para a ocorrência de eventos cardiovasculares (COLOMBO, 1999; LIMA, 2004).

Há hipertensos que revelam que a doença foi uma bênção em sua vida, julgando que conseguiram muitas mudanças boas que beneficiaram sua vida espiritual, psicológica, pessoal e social, ajudando-os a terem verdadeiros amigos no grupo de exercício. Indicam que, quando se sentem mal, podem contar com o apoio incondicional desses amigos, que vivem o mesmo problema..

...Los cambios que realizaron en mi vida han sido muy buenos, respiro mejor ... (S2).

... Te imaginas baje de peso, apenas 25 kilos por eso le doy gracias a Dios de tener esta enfermedad...(S8).

... Lo mejor de esta enfermedad es que tengo buenos amigos, son los mejores de mi vida...(S18).

...Tengo un estado de conciencia sobre lo que es mi cuerpo, como cuidarlo y protegerlo, siempre estoy consciente de que no todo lo que yo quiero comer es bueno para mi salud, en el centro de salud nos cuidan, están al pendiente siempre...(S6).

As falas mostram que a atuação da equipe de saúde multidisciplinar nos cuidados individuais e em grupo favorece a adesão ao tratamento, por meio de estimulação e motivação no intercâmbio de experiências, favorece seu próprio papel no cuidado e controle mediante diversas estratégias como o exercício aeróbio, a auto-aferição dos valores da PA e a

orientação quanto à alimentação (OLIVEIRA et al., 2002).

No cotidiano, o hipertenso enfrenta alterações que podem desenvolver as crises hipertensivas. Portanto, eles devem participar de atividades grupais de relaxamento, com o objetivo de aprender a conviver com os problemas do dia-a-dia e ter uma vida mais saudável (GUEDES,2005).

Buzzi (2007) mostra que, na vida cotidiana, a consciência é considerada como uma vivência boa ou má, referindo-se às vivências agradáveis ou desagradáveis, que leva o indivíduo a refletir e a partir da experiência o hipertenso pode fazer mudanças para cuidar da saúde.

Em relação aos cuidados com a alimentação, os pacientes relataram mudanças, indicando que no processo da doença experimentam sentimentos que vão da ***alegria e angústia.*** O consumo de alimentos com sal, gordura, o cigarro, o álcool, a falta de exercício lhes produz **prazer, alegria**, mas quando a doença aparece começam a **angústia e o medo, sendo** necessário fazer mudanças.

> *...Yo estaba tranquila y alegre, comiendo todo lo mas sabroso, tomaba mi tequila, y algunas veces cervezas, pero de repente, nada, agua y un plato de verduras sin sal, eso me causo miedo, y angustia, así fue pase del placer al miedo, me puse a pensar… si sigo así voy a morir … (S32).*
>
> *...Los alimentos que me gustan, chicharrón, las carnitas, la barbacoa, ahora todo el médico dice que si como esto me muero… (S2).*
>
> *... Lo que más me gusta no lo puedo comer, solo yo se que es eso para mi…*(S5)"
>
> *... El médico solo dice que no puedo comer tal cosa, pero no sabe si yo tengo ganas de comer pura masa sin sal, a ver que se la coma él…*(S18).

Nenhuma doença faz o indivíduo sentir-se bem, especialmente, quando necessitam ter algum cuidado com a alimentação. Isso impede o indivíduo de ingerir alimentos de sua preferência, mas que são nocivos a sua saúde, embora seja algo muito prazeroso. Ao se deparar com a limitação no consumo de alguns alimentos, o hipertenso sente-se impotente, triste e desanimado, pois não pode usar todos os alimentos que os demais membros da família, normalmente usam.

A alimentação dietética, para a maioria dos pacientes, é muito difícil de ser seguida e a adoção de hábitos alimentares saudáveis é uma nova realidade que o hipertenso tem dificuldade para conseguir; é necessário entender o processo de adaptação à nova

condição, porém, as orientações devem ser acompanhadas de estratégias de educação de forma individual (LIMA, 2004)

... Me siento triste de comer verduras, y lo peor sin sal… (S5).

...No me acostumbro a comer pura hierva, quiero mi chupe, mi estate quieto…(S18)"

...Será que algún día pueda disfrutar esta comida, quiero conocer quien invento tanta tontería… (S5).

...No, nada mas de pensar en mi plato, se me va el hambre, y tan rico que comía mi barbacoa y mis carnitas, o un alambre, tu sabes soy comerciante y en las plazas, pues no hay otra, esos es mi vida… (S21).

Esse conjunto de falas indica a dificuldade dos hipertensos que ainda não conseguem mudar sua alimentação; existe também uma grande dificuldade em manter uma dieta equilibrada devido a causas internas como medo e tristeza, e, também a causas externas como as condições socioeconômicas. Portanto, a orientação quanto à dieta do paciente deve ser feita, visando especialmente a redução de sal nos alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Outras falas indicam a dificuldade para enfrentar esta realidade, pois já é muito tarde para terem a oportunidade de fazer mudanças em sua vida; pois acham que já não é mais necessário; já estão doentes... e agora só resta mesmo fazer uso dos medicamentos, embora isto seja muito ruim, pois os efeitos colaterais, como tosse, boca seca levam-nos a suspender os medicamentos. A resistência às mudanças é expressa a seguir:

...No en realidad no he tenido la oportunidad de hacer cambios en mi persona, pues pienso que ya no es necesario, ya estoy enfermo. ... (S48).

...Ninguno, ya te dije que yo no siento nada… (S39).

... Ninguno, no lo necesito, me siento bien… (S40).

Os relatos referem que a PA se eleva por algum problema que têm durante o dia, no seu cotidiano, como contrariedade com a família, estados de alegria, de tristeza ou mesmo com o consumo de alimentos salgados, assim precisam se cuidar mais, caso contrário, as complicações da doença podem levá-los à morte. É por esta razão que a doença motiva-os a fazer mudanças na vida diária ou procuram ajuda para sentirem mais segurança.

Nos discursos produzidos pelos hipertensos, selecionamos as frases que mostram o

aspecto emocional:

... *Cuando estoy frente a la enfermedad le grito qué quieres, porqué me estás fregando porqué porque me molestas, tanta mendiga pastilla y no me curo… (S15).*

...Qué siento cuando me sube la presión, pienso en ese momento que es lo último que voy a vivir, todo se altera, en cuestión de segundos pierdo el control total… (S14).

...Miedo e incertidumbre, algo que no puedo creer, aún tengo la sensación de que no es verdad, que es un sueño hecho realidad… (S16).

...Siento que las cosas se mueven, la sensación de que el corazón estuviera muy pequeño y cayera en un vaso de agua, como si hiciera burbujas dentro del vaso, eso me produce miedo, y ansiedad…(S21).

...Siento miedo, ansiedad, desespero, me deprimo..(S5).

...Angustia, aquí dentro, mucho temor, no se que me pasa de repente…(S3)

... Cosas diferentes, pero siempre tengo miedo, y ansiedad, se presenta de repente…(S21).

Os hipertensos que não conseguem controlar sua PA atribuem a origem ao tipo emocional, como o medo e angústia e ao estresse provocados por problemas relacionados à sua casa e contrariedades com a família ou no trabalho; estes resultados apresentam semelhanças com estudo realizado por PEREZ (2003).

Pérez (2003) reforça que os aspectos emocionais dificultam o controle da PA, especialmente, quando existem irritação e ansiedade relacionadas com os problemas financeiros e familiares. O paciente manifesta sintomas relacionados com a doença que vão do medo à angústia, situação que produz a sensação de uma luta constante para recuperar a saúde e abandonar os medicamentos.

Para Almeida (2005), a doença muitas vezes causa quadros comportamentais de desequilíbrio e, portanto, crise de convivência com a família. É importante lembrar que a presença da doença é uma fase difícil e desafiadora e o apoio da família é fundamental, o ombro amigo e afetuoso tem influência positiva no estado emocional do paciente.

A angústia muitas vezes castiga o organismo e provoca dúvidas sobre o que realmente sentimos, de pessoas firmes e estáveis, passamos por incertezas, riscos, perigos e desamparo (BUZZI, 2007).

Estudos mostram que o hábito de fumar, o consumo de álcool e o comer para

sentir-se bem podem ser uma resposta ante a ansiedade. O álcool e o fumo são utilizados com freqüência para superar a ansiedade (WILKINSON, 2001).

O medo induz ao estado de estar no mundo com preocupação, que se traduz em ameaças no dia-a-dia, e que muitas vezes nos causa timidez e ansiedade. O medo é um sentimento da existência humana (BUZZI, 2007). Pode-se dizer que estas mudanças de certa forma são positivas, pois indicam que a doença despertou uma consciência mais profunda sobre a necessidade de cuidado com o corpo físico, psicológico e espiritual. Se eles se detêm ao processo de sentir as manifestações de seu corpo, afirmam que conseguem permanecer calmos e, dessa forma, podem ter os valores de PA diminuídos. Os relatos de cuidado se caracterizam pelo esforço e empenho que realizam para recuperar sua saúde, com o desejo de prolongar a vida, de tal forma que a recuperação seja sempre vista como um fim para se conservar a independência.

De maneira geral, o hipertenso, de forma autônoma, cuida de sua saúde, revela que existe uma consciência do que é a doença crônica, além de mostrar a importância da participação do profissional de saúde nas atividades educativas orientadas para o autocuidado. O profissional de enfermagem se destaca como o principal ator social responsável pelo programa de controle da HAS. Ainda que o paciente não mencione, em seus discursos, essas ações mostram a importância de suas intervenções de forma direta (LIMA, 2004; SILVA, 2006).

> *...El miedo a la enfermedad o a las complicaciones, hace que cuide de mi salud… (S16).*
>
> *... Los cuidados que tengo ahora son muy buenos, tuve que enseñarme a tomar la presión me compré mi aparato y me tomó la presión todos los días creo que esto ha sido muy bueno… (S27).*
>
> *... Aprendí a relajarme, ahora se respirar, escucho música suave… (S6)*
>
> *...Ahora puedo decir que me quiero, ya pare de hacer sufrir a mi cuerpo, pero no siempre me cree, parece que estoy loca pero no… (S1).*

É claro que quando a doença está presente o cuidado é encaminhado com vistas ao seu tratamento. É por isso que o paciente deve ser o protagonista de seu próprio cuidado, e a sua participação em programas educativos com atuação de equipe de saúde multidisciplinar, propicia a adesão ao tratamento, além de constituir um desafio para o sistema de saúde no controle da HAS (CAJA, 2003; SILVA, 2006).

Segundo os relatos dos hipertensos, eles se cuidam para prevenir alguma

complicação grave e dizem que, quando a PA se eleva, a primeira ação é procurar seu medicamento e tratam de relaxar.

... Ahora cuido mi cuerpo, no fumo, no bebo alcohol, no todo lo que quiero comer es bueno, no sabes lo que me cuesta, esto que te estoy diciendo parece tan sencillo… (S23).

... Me cuido porque cuando me enfermo los gastos y todo afecta también a mi familia, a mis hijos… (S24).

... Lo principal es cuidar lo que como, como de todo pero me mido y siempre estoy controlada… (S6).

É evidente que esses pacientes agora estão mais conscientes sobre como cuidar do seu corpo e sobre como protegê-lo; estão conscientes de que nem tudo o que comem é bom para sua saúde e procuram cuidar-se, caso contrário, podem ter complicações que causam danos tanto para eles como para sua família. É por isso que acreditam que o cuidado ajuda a ter uma melhor saúde.

O cuidado para o indivíduo pode ter inumeráveis facetas, mas principalmente o despertar para a necessidade de realizar atividade física, disciplinar a dieta, controlar o estresse e, de forma geral, cuidar do estilo de vida pessoal.

4.5.3 Meio Ambiente

Os meios sociais respaldam o conjunto de valores e normas de uma sociedade de diferentes maneiras, influindo na saúde e no bem-estar dos indivíduos e populações. Ademais, a estabilidade social, o reconhecimento da diversidade, a segurança, as boas relações de trabalho e as comunidades proporcionam uma rede de apoio que reduz ou evita muitos riscos potenciais à boa saúde. A disponibilidade de suporte emocional e a baixa participação social têm um impacto negativo sobre a saúde e o bem-estar.

Os hipertensos manifestam uma realidade de forma concreta, cuja natureza guarda constante tensão emocional em sua vida diária, e afirmam que é uma doença que interfere em sua vida social, pessoal e afetiva. É uma doença que modifica a vida da pessoa. O fato de estarem continuamente sob vigilância médica produz tensão emocional e é provável que, por isso, a PA não seja controlada, com oscilações freqüentes, o que gera angústia e medo.

...A partir de esta enfermedad deje de trabajar, para estar mas tranquila y

cuidar más de mi salud… (S5).

…A partir de esta enfermedad no salgo sola me da miedo que me pase algo en las calles… (S3)

…Desde que me levanto, se presenta el mareo, y siempre es lo mismo, ahora no puedo trabajar, parece como si estuviera briaga, una vez me caí en el metro, desde entonces no trabajo… (S12).

…Cuando apareció la enfermedad, hubo un tiempo que me volví muy miedosa, ahora con mi grupo he recuperado la seguridad, y nuevamente estoy en vendimia que me da para comer… (S9).

Manifestam que o modo de enfrentar a doença é um processo difícil, pois muitas vezes, a doença limita sua vida física, o que impede a concentração no trabalho, gerando sentimentos e emoções fortes que alteram a PA. Esse processo tem repercussões importantes que refletem na sua produtividade no trabalho.

…Después de esta enfermedad tengo problemas con mi marido, eso del sexo, se fue de mí… (S1).

…Soy más insegura, tengo serios problemas en el trabajo, no me concentro, no rindo igual… (S11).

…La vida es un problema, necesito que alguien me ayude, siempre he sido muy apurona, todo me gusta que este en orden, creo que exagero, pero así soy,, ahora me da coraje que no logro hacer todo lo que me gusta, eso de la enfermedad me fregó todo …(S18).

…Tanto problema que mejor me jubile, pero ahora tengo problemas económicos y de todos modos esta la preocupación…(S21).

Para outros existe o sofrimento e a solidão, pois a família não os apóia quando eles mais precisam. Esses sentimentos se apresentam durante a doença como parte de um processo de mudanças; cada doente pode ou não vivenciar esse processo; que alerta-o para valorizar e conhecer a verdadeira realidade de viver com uma doença, que não tem cura, mas que pode ser controlada. Também dentro de todos esses sentimentos surge a fé de curar-se com a ajuda de Deus.

… Ahora yo se que Dios es el que me ayuda a salir de esta prueba, ahora confió en que el me va a curar, fue una forma de parar la forma de vida que lleve por muchos años… (S10).

...Cuando me dijeron que era hipertenso, dije ya ni modo, que le hago, creo que Dios me va a sanar, estoy segura... (S27).

... Lo que siento que es que mi familia, no me va ayudar, nuevamente estaré sola, y me entra la angustia por la soledad y mejor no digo nada... (S18).

As funções de ajuda e apoio adquirem importância, tanto do ponto de vista físico quanto emocional, pois contribuem para a solução de situações conflitantes que influenciam no adequado controle da doença. Conviver em harmonia faz bem para o ser humano, as relações de hostilidade e ingratidão debilitam o sistema imunológico, abrindo um campo para a instalação de doença de natureza diversa. (ALMEIDA,2005).

Os hipertensos vivem com incertezas e insegurança no seu dia-a-dia; dessa forma, eles têm buscado mudanças, no sentido de se tornarem mais calmos. No entanto, nem sempre conseguem, vivem em constante estresse e com medo de sair de casa. Os hipertensos qualificam a doença como terrível, grave, que lhes produz instabilidade. Chama a atenção a crença de que são inválidos como seres humanos e causam transtornos a rotina familiar.

...Soy más tranquilo, muchas veces me trago el coraje, la rabia... (S2).

...Ni te imaginas trato de tranquilizarme y ni siempre lo logro... (S8).

... Siempre tengo que ahogar mi coraje... (S11).

Estes aspectos também foram identificados no estudo de Perez (2003).

4.5.4 Serviços de Saúde

Os pacientes descobrem a importância dos serviços de saúde e, desse modo, se sentem satisfeitos com esses serviços. Assim mesmo, sentem que desfrutam de privilégios, pois indicam que as relações interpessoais são afetivas e de aceitação, tanto com o pessoal da área da saúde quanto com seus colegas do grupo de exercício.

Os hipertensos afirmam que os profissionais da saúde fornecem indicações precisas sobre o tratamento, sem avaliar, no entanto, se elas serão cumpridas; desconsideram ainda o que pode significar para eles comer sem sal ou participar de um programa de exercício, quando o que desejam na realidade, é só descansar. Sem dúvida, neste universo estudado, existem fatores que não permitem maior adesão ao tratamento, devido a idade, as

percepções da gravidade da doença e as possíveis complicações.

...Siempre que voy a consulta el médico habla que tengo que comer esto y aquello, pero el no sabe si puedo hacerlo o no… (S26).

...No me entiende ni yo lo entiende, siempre esta con prisa… (S22).

...El médico habla tome su medicamento, la dieta, el ejercicio, pero nunca me pregunta que es lo que pienso y necesito… (S8).

...Veras, cuando voy a consulta si mi presión esta bien, el médico me habla con vos suave, pero si no es así, la cara que me pone lo dice todo, o si no, se altera… (S8)

A distância intelectual entre o profissional de saúde e o hipertenso não deve ser usada como instrumento de poder, para agredir ou discriminar o paciente, mas deve ser usada para apoiar, ajudar e esclarecer as dúvidas e prescrições que o paciente precisa seguir. O hipertenso deve ser visto como um ator com dúvidas sobre sua doença e tendo a capacidade de fazer suas escolhas livremente, de acordo com as suas necessidades individuais (REINERS, 2005).

O tratamento é relatado como algo permanente em suas vidas, que inclui medicamentos e indicações de mudança no estilo de vida.

A necessidade do tratamento não farmacológico nem sempre é compreendida pelos pacientes, pois há pacientes que não realizaram nenhuma mudança no seu estilo de vida. Além disso, quando tem prescrição de tratamento medicamentoso, só os consomem quando apresentam sintomas, eles crêem não ser doentes e portanto, não tomam os medicamentos.

...No tomo el medicamento, me da tos, bueno, lo tomo cuando me siento mal… (S22).

...El medicamento lo tomo cuando no puedo respirar bien, o me duele la nuca… (S8).

...Se me olvida tomar mi captopril, lo recuerdo cuando me siento mal, hasta entonces… (S2).

...Yo ni creo nada de esta enfermedad, a veces lo tomo, cuando me acuerdo… (S18).

...Yo ni creo nada de esta enfermedad, por eso no tomo nada…(S3).

...No lo necesito, no tomo el medicamento… (S16).

O aparecimento da doença crônica coloca os pacientes diante de uma situação

nova e inesperada, resultando numa forte carga emocional, mais intensa ao saberem que é uma doença que não tem cura, que precisa de tratamento para sempre, e que exige medidas terapêuticas baseadas em mudanças de hábitos de vida. Os pacientes não fazem uso do medicamento prescrito pelo médico, apenas usam quando apresentam algum sintoma, como muitas vezes não apresenta sintomas, eles não fazem uso dos medicamentos (SILVA, 2006).

Os hipertensos fazem uso de recursos que acreditam poder ajudá-los a se sentirem melhor; indicam uso de cuidados alternativos como as infusões de ervas e expressam não sentir confiança nos profissionais de saúde, por esta razão não usam o que eles mandam, optam por chás e consideram que os profissionais de saúde não valorizam a utilização dos conhecimentos próprios dos pacientes.

...Otras cosas me tomo y tengo buenos resultados, voy con el homeópata y con el acupunturista... (S16).

...Tomo un te que me dio una amiga y tengo buenos resultados, además del medicamento, ese no lo dejo... (S26).

... Tengo conocidos que sufren de esta enfermedad y tomas algunos preparados que un curandero lo hace y se olvidan de la enfermedad, es mejor no tomar veneno, eso son las medicinas de ahora... (S6).

...Me tomo mi té japonés y estoy bien... (S3).

...Tomo mi té de alpiste y bien... (S33)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi utilizado o Referencial Teórico do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde, que possibilitou analisar o paciente hipertenso inserido no seu contexto durante a convivência com a HAS, tendo em vista compreender a experiência dos mesmos frente ao tratamento e prevenção dos fatores de risco.

Os achados do estudo indicam que, entre o grupo dos hipertensos com PA não controlada:

- ✓ 77,08% eram mulheres;
- ✓ 54,16% tinham idade superior a 60 anos;
- ✓ 81,25% não estavam com a PA controlada;
- ✓ 27,08% apresentavam sobrepeso e 68,75% possuíam RCQ maior que 90; 45,83% não sabiam indicar antecedentes familiares para a doença
- ✓ 20,83% indicaram ser hipertensos há mais de dez anos;
- ✓ 72,91% faziam tratamento para a HAS;
- ✓ 43,73% indicaram conhecer os valores de PA
- ✓ 39,59% eram viúvos;
- ✓ 52,08% procediam do meio urbano;
- ✓ 68,75% possuíam nível de escolaridade baixo;
- ✓ 54,16% ocupavam-se dos afazeres domésticos
- ✓ 70,83% indicaram realizar exercício físico, sendo a caminhada indicada por 66,67% deles
- ✓ 75,0% não fumavam
- ✓ 68,75% não consumiam bebida alcoólica
- ✓ 66,67% indicaram apresentar estresse, sendo este mais freqüente em função de problemas familiares e do lar
- ✓ 72,91% indicam fazer em média três refeições diárias e consumir alimentos com pouco sal (68,75%)
- ✓ 68,75% indicaram usar o serviço de saúde do sistema público, quando apresentam intercorrências

Pode-se verificar que os hipertensos desconhecem o conceito de HAS, mas referem aspectos e sintomas relacionados com a elevação pressórica. Estas respostas basearam-se na própria experiência de vida e estão associadas com sintomas e emoções. O fato de conviver com a doença representa medo, tristeza, e desesperança.

Estes sentimentos são decorrentes de falta de informação clara proporcionada pelos profissionais da saúde. Os achados têm relação com o nível de instrução, condição financeira e ocupação, que conseqüentemente leva a um menor nível de adesão ao tratamento, assim como aumento do estresse, elevação da PA, dando origem à irritabilidade e à ira.

A vivência referente ao período de descompensação é percebida como experiência difícil, de início súbito e inesperado, o que altera o seu cotidiano. Relacionam fortes perdas afetivas e sociais, que afetaram suas vidas por causa da doença.

Identificou-se ainda hipertensos que percebem como necessária a mudança de comportamento, a partir da descoberta da doença, ou quando a presença de sintomas perturbam seu cotidiano. Portanto, essa doença, quando não é tratada de forma adequada pode levar à invalidez parcial ou total, gerando graves repercussões para o paciente, a família e para a sociedade.

Outro aspecto a ser destacado é que o início da doença não gerou nenhuma mudança significativa quanto ao estilo de vida, apesar de alguns indivíduos terem mencionado a diminuição da ingesta de certos alimentos e intensificado o exercício. Além disso, há participantes que não apresentavam nenhum sintoma, motivo pelo qual muitas vezes não aderem à medicação ou mudam o estilo de vida ou ainda, abandonam a medicação devido aos efeitos colaterais**.**

Os depoimentos remetem ao autoconhecimento e à reflexão sobre o que realmente significa ser portador da HAS. Emoção, medo, sofrimento, dor, ansiedade fazem parte do dia-a-dia da pessoa que está com a doença. Essas características revelam a necessidade de ajudar o doente, por meio de ações educativas, capacitando os hipertensos para desenvolver atividades de autocuidado, de forma a atender suas exigências pessoais e torná-los capazes para o convívio com a doença.

Importante assinalar o papel do profissional de enfermagem junto à equipe multidisciplinar, embora não tenha aparecido nos relatos dos hipertensos, nenhuma referência a este fato; os programas de exercício são coordenados por enfermeiras, e também são responsáveis, por outros programas preventivos.

Os participantes desconhecem o que seja a doença e buscam formas para conhecê-la por meio de livros, internet e conversas com outros hipertensos; eles compartilham suas experiências sobre a doença.

Deve-se levar em conta a experiência do hipertenso sobre o que pensa e sente durante o processo de sua doença, respeitando o que ele faz para cuidar-se de sua saúde e também reorientando ações errôneas que colocam em risco a vida do hipertenso.

É evidente que o hipertenso precisa de acompanhamento psicológico para que possa expor os sentimentos que surgem durante a doença. Qualquer doença é difícil de ser aceita e normalmente este processo é vivenciado de forma solitária entre os hipertensos. Uma melhor relação médico-paciente pode ajudar o paciente a manejar as tensões intrínsecas e extrínsecas e as situações emocionalmente angustiantes.

Este estudo permitiu conhecer os pacientes hipertensos, que lidam com a doença crônica, e que procuraram especificamente um grupo de apoio para a normalidade de sua PA e encontraram ajuda, incentivos para compartilhar as experiências da vida, possibilitando melhorar o processo de enfrentamento das novas situações que a doença reserva.

Esses grupos de pacientes hipertensos lutadores desejam recuperar a habilidade para comprometer-se com seu cuidado e alcançar o bem-estar desejado. O diagnóstico emitido pelo médico sobre a confirmação da doença é uma mensagem que desperta o processo cognitivo de aceitação, ou negação, gerando expressões subjetivas de emoção desagradável, temor, culpa ou ansiedade.

Espera-se, contribuir com elementos de reflexão para a equipe multidisciplinar sobre os programas de prevenção, através de novas estratégias educativas para o melhor entendimento do hipertenso.

Importante destacar que existem questões identificadas nesta pesquisa que precisam ser melhor exploradas em estudos futuros.

Finalmente, os resultados deste estudo são importantes para o universo dos serviços de saúde do México como também para o grupo de pacientes estudados, havendo motivação para continuar dentro desta linha de investigação afim de gerar novos conhecimentos, frente às dimensões percebidas junto aos hipertensos, o que certamente irá contribuir para melhorar o bem-estar físico e emocional dos pacientes e ajudar a outros que descobrem serem hipertensos..

REFERÊNCIAS

REFERENCIAS

ALMEIDA, F. A.; D'ÁVILA, R.; CADAVAL, R. A. M.; RODRIGUES, C. I. S. Prevenção primária e detecção precoce da hipertensão arterial em escolas do ensino médio: projeto comunitário envolvendo estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. méd**, v. 26, n. 2, p. 88-93, 2002.

ALMEIDA, J. R. **Filosofia da convivência.** Porto Alegre: Editora AGE, 2005.

ALONSO CASTILLO, M. M.; GARZA BARAJAS, R.; GONZÁLEZ GARCÍA, B. A. Apoyo social y estilo de vida del paciente con hipertensión arterial. **Revista de salud Pública y Nutrición**, ed. especial, n. 4, 2001.

ALVAREZ, S. Premier Collaborative Research Group. **Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control**. 2003. Disponível em: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band121/b121-3.html>. Acessado em: 12 mar. 2006.

ÁLVAREZ-GAYOU JURGENSON, J. L. **Como hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología**. 1. ed. Editora PAIDOS: Barcelona, 2004.

APPEL, L. Hacer múltiples cambios en el estilo de vida ayuda a reducir la presión arterial. **Ann Intern Med**, 2006.

AQUINO, R. C.; SILVA, F. A. Orientação dietética para pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): desenvolvimento de uma lista de substituição de sal. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25., 2005, Universidade São Judas Tadeu.

ARAÚJO, C. G. S. Fisiología do Exercício físico e hipertensão arterial: uma breve introdução. **Rev. bras. hipertens,** v. 2, n. 2, 2001.

ARAUJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v. 8, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 12 abr. 2006.

ARRIOJA MORALES, G.; ALONSO CASTILLO, M. Estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial. **Revista de Salud Pública y Nutrición,** ed. especial, n. 4, 2004.

ARROYO, P. El estilo de vida y la prevención de la obesidad. **Boletín de Nutrición,** órgano de FUNSALUD, v. 1, n. 3, 2005.

AYRES, J. E. M. Prevalencia da hipertensão arterial na cidade de Piracicaba. **Arq. bras. cardiol,** v. 57, n. 1, p. 33-36, 1991.

BARBOSA GOMES, A. C. et al. Efeito do exercício físico aeróbio no individuo hipertenso. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25., 2005, Universidade do Vale do Paraíba.

BARBOSA, M. R.; JORGE, M. S. **Experience with arterial hypertension**: construction of meanings and its implications for daily life. Universidade Estadual do Ceará, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Situação de Saúde da população brasileira: tendências, histórias, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, ano 3, n. 3/4, p. 7-34, 1994.

BARROS, M. V. L. et al. Perfil metabólico e social dos pacientes hipertensos estágios 2 e 3 atendidos no instituto nacional de cardiologia laranjeiras. Instituto nacional de cardiologia laranjeiras. In: CONGRESO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25., 2005.

BATISTA , M. V . L.;OLIVEIRA , C.J .R.;RIBEIRO, A . B. Hipertensão arterial.Rev. bras. med , v.60, p:65-70:2003

BECKER, D. **No seio da família:** amamentação e promoção da saúde no programa da saúde da família. 2001. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

BERWANGER, O.; AVEZUM, A. Hipertensão como fator de risco cardiovascular:

oportunidades de prevenção. **Rev. bras. hipertens**, v. 11, n. 2, p. 119-123, 2004.

BLUM ,H. L . Planning for health : generics for the eighties.2ª Ed. New York :Human sciences press ; 1988.

BRANDÃO, A. P. Tratando a hipertensão arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares – Adalat Insight Study. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 2, n. 5, p. 180-183, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde . Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primaria de Câncer (CONTAPP). **Falando sobre tabagismo.** 2. ed. Rio de janeiro, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo no Mundo**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/dadosnum/mundo.htm>. Acessado em: 12 ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. **Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de programas de saúde. Coordenação de doenças cardiovasculares. **Controle de hipertensão arterial**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 1993.

BUSNELLO, R. G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C.; VETTORI, D.; PETTER, J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. Características associadas ao abandono do acompanhamento de paciente hipertenso atendido em um ambulatório de referencia. **Arq. Bras Cardiol**, v. 76, n. 5, 2001.

BUZZI, A. R. **La existencia humana no mundo**. 16. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2007.

CADE, V. N. A teoría do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensos. **Rev Latino-am Enferm**, v. 9, n. 3, p. 43-50, 2001.

CAJA LOPEZ, C. **Enfermería Comunitaría**. Barcelona: Editor Masson, 2003.

CALVO VARGAS, C. **La atención del paciente con hipertensión arterial**: un enfoque para consultorio. Biblioteca Médica Mexicana, 1999.

CANTOS, G. A.; DUARTE, M. F. S.; DUTRA, R. L.; SILVA, C. S. M.; WALTRICK, C. D. A.; BALENEN, M. G.; HERMES, E.; PEROZIN, A. R. Prevalencia de fatores de risco de doença arterial coronaria em funcionarios de hospital universitario e sua correlação com estresse psicologico. **J. bras. patol. med. lab**, v. 40, n. 4, p. 240-247, 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 21. ed. São Paulo: Cultrix, 2000.

CARNEIRO, G.; FARIA, A. N.; RIBEIRO FILHO, F.; FERNANDO, F.; GUIMARÃES, A.; LERARIO, D.; FERREIRA, S. R. G.; ZANELLA, M. T. Influencia da distribuição de gordura corporal sobre a prevalencia de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em individuos obesos. **Rev. assoc med bras**, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CASTRO, A. P.; SCATENA, M. C. M. Manifestación Emocional de Estrés del Paciente Hipertenso. **Rev Latino-am Enferm**, v. 12, n. 6, 2004.

CASTRO, E. M.; M. O. R. Knowledge and stereotypes of workers concerning hypertension. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 2, n. 10, 2006.

CHAVEZ CORREA, E.; CADE, V. N. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. **Rev Latino-am Enferm**, v. 12, n. 2, 2004.

CHOBANIAN, A. V.; BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R.; CUSHMAN, W. C.; GREEN, L. A.; IZZO, J. L.; JONES, D. W.; MATERSON, B. J.; OPARIL, S.; WRIGHT, J. T.; ROCCELLA, E. J.; NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM COORDINATING COMMITTE. The seventh report of the Joint National Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, p. 2560-2572, 2003.

CHOR, D. Hipertensão Arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro: hábitos de vida e tratamento. **Arq. Brás. Cardiol**, v. 71, n. 5, 1998.

CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 241-244, 2000.

COLOMBO, R. C. R.; AGUILAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episodio de infarto agudo do miocárdio. Ribeirão Preto. **Rev Latino-am Enferm**, v. 5, n. 2, 1999.

CONSUEGRA, R. V. G.; ZAGO, M. M. F. Crenças entre fumantes em um programa de saúde cardiovascular. **Rev Latino-am Enferm**, v. 12, n. especial, p. 412-419, 2004.

CORDEIRO, R.; LIMA Filho, E. C; ALMEIDA, I. Pressão Arterial entre trabalhadores de Curtume. **Ver. Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 1998.

COSTA, L. B. E.; COSTA, H. L. E.; COSTA RIBEIRO, A.; ALENCAR, S.; CARVALHO, R. Identifiçao dos fatores de risco para as doenças coronarianas em mulheres climatericas. **Reprodução e Climatério**, v. 14, n. 4, p. 190-194, 1999.

CRUZ CASTRUITA, R. M. Apoyo social y estilo de vida del paciente con hipertensión arterial. **Revista de salud Pública y Nutrición**, ed. especial, n. 4, 2002.

CRUZ, I. C. F.; LIMA, R. Detecção dos fatores de risco para hipertensão arteriana equipe de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 6, n. 1, p. 223-232, 1998.

DANTAS, A. P. V.; NIGRO, D.; FORTES, Z. B.; SCIVOLETTO, R.; CARVALHO, M. H. C. Hormonios sexuais femininos: aspectos fisiologicos. **Hipertensão**, v. 2, n. 3, p. 70-75, 1999.

DANTAS, R. A. S. **Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de "Campo de Saúde"**. Tese (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

DANTAS, R. A. S. **Reabilitação de pacientes após a cirurgia de revascularizacao do Modelo "Campo de Saúde".** Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

DELBIN, M. A.; ZANESCO, A. Efeitos do exercício dinâmico por dança na pressão arterial de sujeitos hipertensos. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25., 2005, Universidade Estadual Paulista.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988. 394 p.

DEVER, G. E. A. **Epidemiologia y Administración de los servicios de salud**. [S. l.]: OPS/OMS, 1991.

DÍAZ SOTO, L. Dieta para reducir el peso corporal y controlar la hipertensión arterial en adultos. **El Centro Cochrane Iberoamericano y la Organización Mundial de la Salud Pública La Biblioteca Cochrane Plus**. (ISSN 1745-9990). Traducen, Infoglobal Suport, edita, Update Software Ltd. Acessado em: 2006.

DRESSLER, W. W.; DOS-SANTOS, J. E. Correlações socioculturais da pressão arterial: os estudos de Dressler e Dos-Santos. **Rev. bras. hipertens**, v. 8, n. 2, p. 225-229, 2001.

DUARTE, J.; BARRIOS, A. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. Editorial Atlas: São Paulo, 2005.

DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO M. C. S (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. p. 14-56.

EJERBLAD, E. et al. Obesity and risk for chronic renal failure. **J. AmSocNephrol,** v. 17, p. 1695 – 1702, 2006.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, ENS. **GOB. MEX**, 2006. Disponível em:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html.2006>. Acessado em: 18 Marzo 2007.

ESPELAND, M. A.; KUMANYIKA, S.; WILSON, A. C.; REBOUSSIN, D. M.; EASTER, L.; SELF, M.; ROBERTSON, J.; BROWN, W. M.; McFARLANE, M. Tone cooperative research group.statiscal issues in analyzing 24-hour dietary recall and 24 hour urine collection data for sodium and potassium intakes. **Am J Epidemiol**, v. 153, n. 10, p. 996-1006, 2001.

FALCÃO, L. M.; GUEDES, M. V. C.; SELIA, L. F. Portador de hipertensão arterial: compreensão fundamentada no sistema pessoal de Smogene King. **Rev Paul Enferm**, v. 25, n. 1, 2006.

FAZAN Júnior, R.; SILVA, V. J. D. Principais fatores que interferem nas variações da pressão arterial e do intervalo cardíaco. **Rev. bras. hipertens**, v. 7, n. 2, p. 180, 2000.

FEIJÃO, A. M. M.; GADELHA, F. V.; BEZERRA, A. A.; OLIVEIRA, A. M.; SILVA, M. S. S.; LIMA, J. W. O. Prevalência do excesso de peso e hipertensão arterial em população urbana de baixa renda. **Arq. bras. cardiol**, v. 84, n. 1, p. 29-33, 2005.

FEIJÓ, R. **Metodologia e Filosofia da Ciência**. Editorial Atlas, 2003.

FERREIRA, S. R. G.; ZANELLA, M. T. Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade. **Rev. bras. hipertens**, v. 7, n. 2, p. 128-135, 2000.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad Saúde Pública,** v. 20, n. 4, 2004.

FLICK, U. W. E. **Introducción a la Investigación Cualitativa**. Madrid: Edit. Fundación PAIDEIA, 2004.

FONSECA, L. A. M.; LAURENTI, R. Epidemiologia das cardiopatias nas duas últimas

décadas: dados internacionais, dados brasileiros. In: GIANNINI, S. D. **Cardiologia Preventiva**. São Paulo: Atheneu. 2000. p. 3-8

FORJAS MOARÉS, C. L. et al. Exercício resistido para o paciente hipertenso: indicação ou contra-indicação. **Rev. bras. hipertens,** v. 10, n. 2, 2003.

FORJAZ, C. O papel da atividade Física. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**, 2006. Disponível em : <http://www.sbh.org.br/noticias>. Acessado em: 12 abr. 2006.

FREITAS,O. C; CARVALHO, F. R.; NEVES, J. M.; VELUDO, P. K.; PARREIRA, R. S.; GONÇALVES, R. M.; LIMA, S. A.; BESTETTI, R. B. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. **Arq. bras. cardiol**, v. 77, n. 1, p. 9-15, 2001.

FRIAS OSUNA, A. **Enfermería Comunitaria**. Barcelona: Edit. Masson, 2000.

FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; MORAES, R. S.; BREDEMEIER, M.; CARDOZO, S. C. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. **Arq. bras. cardiol**, v. 63, n. 6, p. 473-479, 1995.

GIROTTO, C. A.; VACCHINO, M. N.; SPILLMANN, C. A.; SORIA, J. A. Prevalência de factores de riesgo cardiovascular en ingressantes universitarios. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, 1996.

GONZALEZ VALDEZ, T. et al. **Hipertensión arterial y estrés:** una experiencia. S. d. Disponible en: <http://www.google 2006>.

GONZÁLEZ-CAAMAÑO, A; PÉREZ-BALMES, J; NIETO-SÁNCHEZ, C.; VÁZQUEZ-CONTRERAS, E. Importancia de las enfermedades cronicodegenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. **Salud Publica Mex**, 1986.

GUEDES, N. G.; COSTA, F. B. C.; MOREIRA, R. P.; MOREIRA, T. F.; CHAVES, E. S.; ARAÚJO, T. L. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 39, n. 2, p. 181-188, 2005.

GUERRERO ROMERO, J. F.; RODRIGUEZ-MORÁN, M. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. **Revista de Salud Publica Mex,** 1998.

GUIA EUROPEA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. **Nueva guía, 2007**. Disponible em: <http://www. Jhypertension.com.br> . Acesso en: março 2006.

GUIMARÃES, M. C.; YOKOYA, E. M. Estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida com grupos de hipertensos. Centro de referência em hipertensão e diabetes Belenzinho, São Paulo. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25., 2005.

GUS, 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**, v. 83, n. 5, p. 424-433, 2004.

GUTIERREZ, J. Tratamiento de la hipertensión arterial. Câmbios de estilo de vida. **Revista médica de Colômbia**, v. 32, 2001.

HAJJAR, I.; KOTCHEN, T. A. Trends in prevalence awareness, treatment, an control of hypertension in the United States, 1988-2000. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 290, n. 2, p. 199-206, 2003.

HERNANDEZ MELENDEZ, E.; PALMERA CHAVEZ, S. A. F. **Intervenciones Psicológicas en las enfermedades cardiovasculares**. Guadalajara: Centro Universitário de Ciencias de la Salud, 2003.

HERNÁNDEZ, A. Q. et al. La calidad de la vida del paciente diabético. [S. l]: **El Hospital**, 2003.

HORTALE, V. A.; CONILL, E. M.; PEDROZA, M.. Challenges for developing a comparative analytical model for health services. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 1, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ" DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE CARDIOLOGÍA. CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARIA DE SALUD. **Re-Encuesta Nacional De Hipertension Arterial, RENAHTA**. 2007.

IZZO, J. L.; BLACK, H. R. **Hypertension Primer**. 3. ed. Heart Association, 2003.

JOINT NATIONAL COMMITTE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. The JNC6 Report. **Arcives of Internal Medicine**, v. 157, n. 21, p. 2413-46, 1997.

KULLER, L. Estrategias para la prevención de la obesidad y problemas relacionados con la nutrición. **Órgano del FNN de FUNSALUD**, v. 1, n. 3. 2006.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Otawa, 1974.

LEITE, S. M. C. F. Educação e controle da hipertensão arterial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO, 2., 2004, **Anais**, Universitária Belo Horizonte.

LESSA, I. Doenças não transmissíveis. In: Rouquayrol, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. São Paulo: Medsi, 1994. p. 269-279.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev. bras. hipertens**, v. 8, n. 4, p. 383-392, 2001.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: ROUQUAYROL, M. Z. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998. p. 77-96.

LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD MEXICO. 12. ed. México: Edit. Porrúa, 2004.

LIMA, M. T.; BURCHER,. F. J. S.; L. O. J. W. High blood pressure from the perspective of a

low-income population; an exploratory study of knowledge, attitudes, and practices. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, 2004.

LIMA, S. M. R. R.; ALDRIGHI, J. M.; COLOMBO, F. C.; GIORGI, D. M. A. Hipertensão arterial e climatério. **Hypertension**, v. 4, n. 2, p. 51-54, 2001.

LIPP NOVAES, M. E.; FRARE, A.; F. U. S. Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. **Est. Psicolo.**, v. 24, n. 2, 2007.

LIPP, M. N. **Stresse**, **hipertensão arterial e qualidade de vida:um guia de tratamento para o hipertenso**. 2. ed.Campinas: Papirus, 1996.

MACIEL, B. C. A hipertrofia cardíaca na hipertensão arterial sistêmica: mecanismo compensatório e desencadeante de insuficiência cardíaca. **Rev. bras. hipertens**, v. 8, n. 4, p. 409-413, 2001.

MACIEL, E. A. B. **Estudo da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**. Tese (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

MACIEL, I. C.; ARAUJO, T. L. F. Consultas de enfermería: análisis de las actividades desarrolladas en los programas de hipertensión arterial de Fortaleza. **Rev Latino-am Enferm**, v. 11, n. 2, 2003.

MAGALHÃES MOREIRA, T. M.; LEITE DE ARAUJO, T. Las relaciones entre el paciente con no adhesión al tratamiento de hipertensión y los profesionales de la salud. **Revista Index**. Disponível em: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/articulo.htm>. Acessado em: 23 abr. 2006.

MANTOVANI, M. F. et al. Impacto Educativo de Enfermería en la Capacidad de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial. **Revista Colombia Médica**, 1999. Disponível em : <www.enfermagem.ufpr.br/gemsa/trabalho_has_cben_2004.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2006.

MARRONI, S. N. Controle da hipertensão arterial em Unidades Básicas de Saúde na região

oeste da cidade de São Paulo. 2005. 135 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

MARTÍ TUSQUETS, J. L. **De la enfermedad a la fabula**: Apariencia e imagen de salud. 1. ed. Espana: Editorial Anthropos, 2004.

MARTIN, J. F. V.; HIGASHIAMA, E.; GARCIA, E.; LUIZON, M. R.; CIPULLO, J. P. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arq. bras. cardiol**, v. 83, n. 2, p. 125-135, 2004.

MEDEIROS, S. L.; BOGUS, C. M.; HADAD, N. Avaliação de um Programa Educativo Multidisciplinar de Prevenção Secundaria Em Doença Arterial Coronária. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 13, n. 12, 2003.

MELLO Filho, J. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MENDOZA GONZALEZ, C. Guias del Instituto Nacional de Cardiología, "Ignacio Chávez" para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. **Archivos de Cardiología de México**, v. 76, 2006.

MENEZES, E. O.; BARRETO, G. A.; GARRONE, V. B. Sistema renina- angitensina: interação gene-ejercicio. **Rev. bras. hipertens**, v. 10, n. 2, 2003.

MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagem Teórico-Metodológica Qualitativa**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro Brasil, 2003.

MÉXICO. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. **Epidemiología de la Hipertensión Arterial**. Diponivel em: http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspxc=1506. Acessado em: 20 ago. 2007.

MÉXICO. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. **II conteo de población y vivienda 2005**. 2006. Diponível em: <http://www.inegi.gob.mx/inegi>. Acessado em: 19 nov. 2007.

MÉXICO. **Norma Oficial Mexicana**. Para la Prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (NOM-O43-SSA2-2005). 2000. Disponível em: <http://www.salud.gob.mx>. Acessado em: 12 mar. 2007.

MÉXICO. Secretaria de Salud, SS. **Plan nacional de salud 2001-2006**. Salud, 2001. Disponível em : <http.www.salud.gob.mx/unidades2005>. Acessado em: 12 maio 2005.

MÉXICO. Secretaria de Salud, SS. **Plan nacional de salud 2006- 2012**. Salud, 2006. Disponível em :<http.www.salud.gob.mx/unidades,2007>. Accesado em: 18 ago. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro, 1993.

MION Júnior, D. M.. 5ª Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arq. bras. cardiol**, p. 4-49, 2006.

MION Júnior, D.; PIERIN, A. M. G. **Manual Prático de Medida da Pressão Arterial**. São Paulo, 2000.

MION Júnior, D.; PIERIN, A. M. G.; BAMBIRRA, A. P.; ASSUNÇÃO, J. H.; MONTEIRO, J. M., CHINEN, R. Y.; COSER, R. B.; AIKAWA,V. N.; CAÇÃO, F. M.; HAUSEN, M.; VILIBOR, M. F.; AIKAWA, N. E.; KONNO, S. N. Hipertension in employees of a university general hospital. **Revista do Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, v. 59, n. 6, p. 329-36, 2004.

MOLERIO PEREZ, O.; GARCIA ROMAGOSA, G. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. **Rev. Cubana Med.** v. 43, n. 2, 2004.

MOREIRA T. M. M.; MACIEL I. C. F.; ARAÚJO T. L. **Trabalhando a auto-ajuda em grupo no controle da hipertensão**. 2005. Disponível em: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/articulo.htm>. Acessado em: 5 jul. 2007.

MOREIRA, A. M. M. et al. Cadernos de escolas promotoras de saúde – I. **Cad. Saúde Pública**, v. 1, p. 1-57, 2004.

MOREIRA, T. M.; ARAUJO, T. L.; PAGLIUCA, L. M. King's theory reach to families of persons with systemic arterial hypertension Universidade Federal do Ceara/UFC. **Rev. Esc. Enferm. USP,** 2005.

NAKASATO, M. Sal e hipertensão arterial. **Rev. bras. hipertens**, v. 11, n. 2, p. 95-97, 2004.

NAZARIO VIECILI, P. R.; RICHTER, S. P. Redução dos níveis pressóricos em indivíduos hiperreativos ao esforço físico após treinamento físico aeróbico. CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25., 2005, Instituto de cardiologia de cruz alta.

NOBLANT, A. C. B., LOPES, M. B.; LOPES, G. B.; LOPES, A. A. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. bras. cardiol**, v. 83, n. 4, p. 308-319, 2004.

NOBRE, F.; COELHO, E. B. Três décadas de mapa: monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas: mudanças de paradigmas no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. **Arq. bras. cardiol**, v. 81, n. 4, p. 428-434, 2003.

NONINO-BORGES, C. B.; DOS-SANTOS, J. E. Terapia nutricional nas alterações metabólicas associadas à hipertensão arterial (diabetes melito, dislipidemias, hiperuricemia). **Rev. bras. hipertens**, v. 11, n. 2, p. 98-101, 2004.

OLIVEIRA, T. C.; ARAUJO, T. L.; MELO, E. M.; ALMEIDA, D. T. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enferm,** v. 10, n. 4, p. 530-536, 2002.

OREM, D. **Modelo de Orem**. Conceptos de enfermería en la práctica. 4. ed. Barcelona: Masson, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. **Comunicado de Imprensa**. 2000.

Disponível em: <http://www.whoafr.org/press/portuese/2000/regionalcommitte/rc501006.html>. Acessado em: abr. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas**. 2000. Disponível em: http://www.whoafr.org/press/portuese/2000/regionalcommitte/rc501006.html. Acessado em: otobro 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas**. 2000. Disponível em: http://www.whoafr.org/press/portuese/2000/regionalcommitte/rc501006.html. Acessado em: mar. 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Razón cintura: cadera como factor predictor de hipertensión arterial**. 2007. Disponível em: <http://www. Scielo.br/scielo.br>. Acesso em: 5 maio 2007

PALMERO ZILVETI, E. **Hipertensión arterial sistémica encuesta en las ciudades de la paz y el alto**. Bolivia, 2000. Disponível em: <http://www.bago.com.bo/sbc/latido/Vol5_n6/html/has.html>. Acessado em: 3 maio 2006.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PÉREZ RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial**: conceitos práticos e terapêutica. São Paulo: Athaneu, 2000.

PEREZ, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.5, 2003.

PERLOFF, D.; GRIM, C.; FLACK, J.; FROHLIEH, C. D.; HILL, M.; MCDONALD, M.; MORGENSTERN, B. Z. Human Blood Pressure Determination by Sphygmomanometry. **Circulation**, v. 88, n. 5, p. 2460-70, 1993.

PIERIN, A. M. G. **A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório**: estudo sobre os problemas, dificuldades e expectativas quanto à doença e tratamento. 1985. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1985.

PIERIN, A. M. G.; CAR, M. R.Instrumentos de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatório. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 26, n. 1, p. 17-32, 1992.

PINHEIRO, N. L. R.; CHAKUR, P. B. Efeito do treinamento físico Aeróbico na Hipertensão Arterial. **Revista de hipertensão**, v. 8, n. 1, 2005.

POLITO, M. D.; FARINATTI, P. T. V. Comportamento da pressão arterial após exercício contra-resistencia: uma revisão sistemática sobre variáveis determinantes e possíveis mecanismos. **Rev. bras. med. esporte**, v. 12, n. 6, 2006.

PORTES, L. A.; FERRARI, P. J.; SILVA, T. L.; ABREU, G. C.; VEDANA, T. A.; PORTES JR., M. P. A hidroginástica aumenta a capacidade de trabalho físico estimada em cicloergômetro com concomitante redução da pressão arterial e freqüência cardíaca de hipertensos. CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25., 2001, Porto Alegre, UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo.

PRIMERO GUIA EUROPEA MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. 2005. **Journal of Hypertensión, 2004.**. Disponivel em: http://www. Jhypertension.com.br. Acessado em: março 2006.

QUEIROZ, M. C. D. P.; MANGINI, J. B.; ANJOS, S. C. M. A.; PELOSO. R. C. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enferm**, v. 5, n. 3, 1997.

REGO, R. A.; BERARDO, F. A. N.; RODRIGUES, S. S. R.; OLIVEIRA, Z. M. A.; OLIVEIRA, M. B.; VASCONCELLOS, C.; AVENTURATO, L. V. O.; MONCAU, J. E. C.; RAMOS, L. R.. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n.4, 1990.

REINERS, A. A. O. **Interação profissional de saúde e usuário hipertenso**: contribuição para não- adesão ao regime terapêutico. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Rev Latino-am Enferm**, v. 9, n. 3, p. 51-57, 2001.

REZENDE, D. F.; SCARPELLI, R. A. B.; SOUZA, G. F.; COSTA, J. O.; SCARPELLI, A. M. B.; SCARPELLI, P. A.; CARVALHO, G. B.; D'AGOSTINI, H. M.; PEDROSA, J. C. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em escolares de 7 a 14 anos no município de Barbacena Minas Gerais, em 1999. **Arq. bras. cardiol**, v. 81, n. 4, p. 375-380, 2003.

RIBEIRO, A. B.; ZANELLA, M. T. Tratamento da hipertensão arterial no paciente obeso. **Rev. bras. hipertens**, v. 7, n. 2, p. 172-178, 2000.

RICHARDSON, R. J. (Col). **Pesquisa Social**. 3. ed. Editorial Atlas: 1999.

ROCHA, R.; PORTO, M.; MORELLI, M. Y. G.; MAESTÁ, N.; WAIB, P. H.; BURINI, R. C. Efeito de estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 33-42, 2002.

ROLIM, N. P. L.; BRUM, P. C. Efeito do treinamento físico aeróbIo na hipertensão arterial. **Rev. bras. hipertens,** v. 8, n. 1, p. 35-37, 2005.

ROSA, E. C.; PLAVNIK, F. L.; TAVARES, A. . Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Bras Med**, v. 61, p. 56-69, 2004.

ROSA, R. F.; FRANKEN, R. A. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. In:

TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. **Manual de Cardiologia**: SOCESP. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROSAS PERALTA, M. La hipertensión arterial em Mexico y su relación com otros factores de riesgo. **Archivos de Cardiologia en Mexico**, v. 73, 2003.

ROSAS, P. M.; LARA, E. A.; PASTELIN, H. G. et al. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial, RENAHTA ,2007. Consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovasculares: cohorte nacional de seguimiento. **Archivos de cardiología en México, p.** 75-111, 2005.

RUBIOR GUERRA, F. A. **Hipertensión arterial**. México: Editorial Manual Moderno, 2005. SALUD: Disponível em: <http.www.salud.gob.mx/unidades>. Acessado em: mar. 2006.

SANTELLO, J. L. Hipertensão Como fator de Risco Cardiovascular. **Revista Olhar sobre o Risco Cardiovascular**. 2000. Dispovel em : <htt/www.starlix.com. Acesso em março, 2006.

SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. S. Consulta de enfermagem à mulher hipertensa: uma tecnologia para educação em saúde. **Rev. bras. enferm**, v. 56, n. 6, p. 605-609, 2003.

SARAIVA, K. R. O.; SANTOS, Z. M. S. A.; LANDIM, F. L. P.; TEIXEIRA, A. C. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, n. 16, v. 2, 2007.

SILVA, C. A. Education to the health addressed take care of himself in patient hypertension. **Revista Recrearte**, n. 5, 2006. Disponível em: http://www.iacat.com/ revista/recrearte.2006.

SIMÃO, M. Hipertensão arterial e fatores de risco associados: estudo entre universitários da cidade de Lubango, Angola. 2005. 135 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.

SIMÃO, M.; NOGUEIRA, M. S.; HAYASHIDA, M.; CESARINO, E. J. Doenças cardiovasculares: perfil dos trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 27-35, 2002. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br>. Acessado em: 28 nov. 2004.

SIQUEIRA, F. P. C.; VEIGA, E. V.; COSTA Júnior, M. L. A hereditariedade como fator de risco para hipertensão arterial? algumas considerações. **Enfermagem Brasil**, v. 2, n. 6, p. 330-335, 2003.

SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, SUIVE. Toluca, México, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGÍA. **V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**, 5. Campos do Jordão, 2006.

SOUZA, E. M. Health promotion, social epidemiology, and social capital: associations and perspectives for public health. **Cad. Saúde Pública**, n. 22, v. 5, 2004.

SOUZA, W. K. S. B. Benefícios da atividade física na hipertensão arterial e orientações práticas. **Rev. bras. hipertens**, v. 11, n. 2, p. 115-116, 2004.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION Júnior, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. bras. cardiol**, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2004.

TEXEIRA, A. C. A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1998. 115 f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) - Universidade federal do Ceará, 1998.

TOLUCA. **GOB**. Disponível em :<http://www.toluca.Gob.mx/>. Acesso em: 11 maio 2006.

TORALES RICARDO, F. M. **Hipertensión arterial**. Secretaria de salud. Subsecretaria de prevención y control de enfermedades. México, 2006.

TRINDADE, I. S.; HEINECK, G.; MACHADO, J. R.; AYZEMBERG, H.; FORMIGHIERI, M.; CRESTANI, M.; Gusso, J. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo. **Arq. bras. cardiol**, São Paulo, v.71, n. 2, 1998.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Editoria Atlas, 1987.

VELAZQUEZ, M. O.; ROSAS, P. M.; LARA, E. A. et al. Hipertensión arterial en mexico: resultados de la Encuesta Nacional de Salud, 2000. **Archivos de cardiología en México**, p. 72-84, 2002.

VERDECCHIA, P.; FAVIO, A. Joint national committee on the prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC7°). **Rev. de cardio**, v. 55, n. 9, 2003.
WILKINSON, R. **Lãs desigualdades perjudican**: jerarquias, salud y evolución humana. Barcelona: Editorial Critica, 2003.

WITTCHEN, H. U.; KRAUSE, P.; HOFLER, M.; PFISTER, H.; RITZ, E.; GOKE, B.; LEHNERT, H.; TSCHOPE, D.; KIRCH, W.; PITTROW, D.; SHARMA, A. M.; BRAMLAGE, P.; KUPPER, B.; UNGER T. Hypertension, diabetes mellitus and comorbidity in primary care. **Fortschr Med Orig**, v. 121, Suppl. 1, p. 19-27, 2003.

WOOD-LOBIONDO, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

WORLD HEALT ORGANIZATION, WHO. Expet Committee on Arterial Hypertensión. **Journal of Hypertesion**, n. 2 .2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension: guidelines subcommitte. **Journal of Hypertension**, v. 17, n. 2, p. 151-83, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva, 2000. (Who technical report series 894) 1999.

YUCHA, C. B.; TSAI, P. S.; CALDERON, K. S.; TIAN, L. Biofeedback-assisted relaxation training for essential hypertension: who is most likely to benefit? **J Cardiovasc Nurs,** v. 20, n. 3, p. 198-205, 2005..

APÊNDICES

APENDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I BIOLOGIA HUMANA

Data_____ No de folio_____

Nome (iniciais):_____

1. Data de nascimento _____ 2.Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino

A) Dados antropométricos

3.Peso_____ 4.Altura_____ 5.Cintura_____6.Quadril_____

7. C.B._____ 8. Tamanho do manguito_____

9. Valores da Pressão Arterial sentado: 1ª medida () 2ª medida ()

B) Antecedentes Familiares

10. Pai ( ) vivo ( ) morto Causa de morte_____

11. Mãe ( ) viva ( ) morta Causa de morte_____

12. Irmãos ( ) vivos ( ) mortos Causa de morte_____

13. Número de filhos _____ ( ) Vivos ( ) Mortos Causa _____

(C). Doenças na Família:

14.PARENTESCO	a)Pai			b)Mãe			c)Irmãos			d) Tios			e)Avos		
15.DOENCA	S	N	N/S	S	N	N/S	S	N	N/S	S	N	N/S	S	N	N/S
1Hipertensão															
2Diabetes															
3Infarto															
4Morte Súbita															
5Derrame ACV															
6Outra															

Legenda: S= sim N= não N/S= Não sabe

II. DADOS SOBRE MEO AMBIENTE

16. Estado Civil ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) União livre ( ) Divorciado ( ) Separado

17. Grau de Escolaridade_____

18. Procedência (Rural ou Urbano)_____

19. Ocupação_____

20. Tipo de emprego ( ) Público ( ) Particular ( ) Autônomo

21. Renda Familiar mensal:

Renda Individual _____ Renda Familiar_____

22. Quantas pessoas Contribuem à Renda familiar_____

23 . Tipo de moradia ( ) Própria ( ) alugada ( ) Cedida ( ) Emprestada

Outra Qual _____

24 Número de pessoas que vivem em sua moradia_____

25 A moradia conta com drenagem ( ) Sim ( ) Não

26 A moradia tem sanitário ( ) Sim ( ) Não ( ) Dentro ( ) externa

27. Tem água potável ( ) Sim ( ) Não ( ) Dentro ( ) externa

28. Meio de transporte utilizado ( ) Ônibus ( ) carro ( ) moto ( ) bicicleta Outro qual?

III. DADOS SOBRE O ESTILO DE VIDA

Atividade física

29Faz exercício ( ) Sim ( ) Não

30.Tipo de atividade	31Frequência por semana.	32 Duração em minuto.	33 Quanto tempo

34. Tabagismo ( ) Sim ( ) Não 35. Idade começou o fumo_____

36Tipo de cigarro	37 Número de cigarros/ dia	38. Faz quanto tempo que fuma

39. É ex-fumante

40Tipo de cigarro	41 Número de Cigarros/ dia	42 Quanto tempo fumou	43 Razões de fumar

44 Compartilha locais fechados com fumantes em sua vida cotidiana ( ) Sim ( ) Não

45 Consome bebidas alcoólicas ( ) Sim ( ) Não

46Tipo de bebida atual	47Freq.a/dia	48. Freq./semana	49 tempo de uso	50.Quantidade

51 Anteriormente uso algum tipo de bebida?

52 Tipo de bebida	53 Por quanto tempo usou	54 Faz quanto tempo	55 Rações para deixar de beber

Estresse

56. Considera ser uma pessoa nervosa ( ) Sim ( ) Não

57. Indique a situação que mas lhe provoca estresse ou nervosismo

58Tipo de situação	59 Freqüência	60 Meios para relaxar

61. Já entrou na menopausa ( ) Sim ( ) Não Faz quanto tempo?_____

62 . Consulta ao médico ( ) Sim ( ) Não Faz quanto tempo?_____

63 Usa hormônios para a) Menopausa ( ) b) Anticonceptivos ( )

64 Faz quanto tempo?_____65 Quem receitou?_____

66. Toma algum outro medicamento ( ) Sim ( ) Não Faz quanto tempo?_____

Qual?Quem indicou_____

67 . Tem diabetes ( ) Sim ( ) Não desde quando_____

68.Realizou Glicemia nos últimos seis meses Valor_____

Faz quanto tempo_____

69,Tipo de medicação para o controle de sua diabetes?		70.Horário	71Outro tipo de tratamento	72.Tipo de dieta	73 Exercício
Sim	Não				

Outro qual?_____quem receito a medicação _____

74 . Fez-se exame de colesterol ( ) Sim ( ) Não Valor_____

75. Usa algum remédio para o colesterol ( ) Sim ( ) Não outro tipo de Tratamento_____

76. É hipertenso ( )Sim ( )Não

77 Faz quanto tempo _____

78. Tipo de hipertensão _____

79. Aferiu PA anteriormente ( ) Sim ( ) Não Valor_____

80. Faz tratamento para a pressão ( ) Sim ( ) Não

81. Quem lhe indicou o medicamento _____

82.Tipo de medicação	83.Horário		84. Outro tipo de tratamento	85.Tipo de dieta	86. Exercício

Outro qual?_____

87. Alimentação

Número de refeições uma ( ) duas ( ) três ( )

88 Tipo de alimento	89 Quantidade café da manhã	90. Quantidade de Lanche	91Quantidade Almoço	92. Quantidade jantar	93Quantidad Lanche
Tortillas					

Pão					
Sopa					
Tipo de Carne					
Frutas					
Legumes					
Ovo					
Azeite					
Embutidos					
Enlatados					
Bebida					

94. Consome Sal ( ) Sem Sal ( ) Pouco sal ( ) Muito ( ) Saleiro extra

IV. DADOS RELACIONADOS À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

95. Utiliza algum tipo de serviço Saúde ( ) Sim ( ) Não
Qual? _____Publico_____ Privado_____

96. Em que situações procuram os serviços de saúde?_____

97 . Automedica-se ( ) Sim ( ) Não Qual? _____

98. Toma algum outro medicamento ( ) Sim ( ) Não Qual? _____

99. Motivo pelo qual faz uso do medicamento_____

100. Nos últimos três meses quantas vezes a retornou ao hospital?_____
Qual foi o motivo?_____

APENDICE B - GUIA DA ENTREVISTA

Data_____ No de folhas_____

Nome (iniciais):_____

1. Hora do inicio _____ Hora de termino_____

1. Descreva sua experiência: o que é a hipertensão arterial?

2. O que sentiu quando recebeu o diagnóstico de hipertensão arterial?

3. O que sente quando a pressão está alta?

4.O que pensa quando a pressão arterial se eleva?

5.Que mudanças e cuidados fez em sua vida a partir de seu diagnóstico?

APENDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MEC. Cleotilde Garcia Reza, aluna do Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, faz-me a solicitação de participar no estudo titulado: *Um diário caminhar com a hipertensão arterial*. Cujos objetivos principais são: caracterizar os pacientes hipertensos do Programa de Exercício Aeróbio do Centro de Saúde São Bartolo, em relação aos elementos do Modelo de Campo de Saúde de Lalonde (biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde).

Informa que vai realizar duas entrevistas com duração de aproximadamente 45 minutos cada , que também serão gravadas. Responderei um questionário de 100 e cinco perguntas da entrevista, será medida minha pressão artérial,minha cintura e meu quadril,estou de acordo em participar do estudo e fornecer dados para as entrevistas, com a certeza e confiança de que os dados obtidos nesta entrevista serão confidenciais; isto significa que em nenhum momento será utilizado meu nome; fui informado que tenho direito de receber informação sobre os resultados obtidos nesta pesquisa, e também que os dados podem ser publicados em benefício de outros pacientes hipertensos. Ademais fui informado oportunamente de que minha participação será de forma voluntária e de que não serei exposto a nenhum dano, risco ou qualquer outro perigo que possa afetar minha pessoa. Fui informado que a qualquer momento, posso deixar de participar neste estudo, e isto não me trará nenhum tipo de penalidade. Deste modo, estamos de comum acordo, tanto o pesquisador quanto minha pessoa, que estou ciente dos meus direitos e deveres na qualidade de paciente hipertenso seguido neste centro de saúde, pelo que decidi aceitar participar no estudo.

_____ _____

Assinatura do pesquisado Assinatura do pesquisador

Data

Em caso de qualquer dúvida comunica com o pesquisador no seguinte Endereço: Faculdade de Enfermagem Obstetrícia, Bairro. Moderna da Cruz. Tel. 2175880.

APÊNDICE D - IDENTIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS E SUB CATEGORIAS DOS ELEMENTOS DO MODELO DE CAMPO DE SAÚDE DE LALONDE

Figura 1: Categorias que emergiram dos discursos dos hipertensos relacionados a Biologia Humana

No sé qué es la presión alta, no podría darle una definición porque no la conozco… (S11).

...No tengo conocimiento para decir qué es la presión alta. Sencillamente, no sé qué es, pero hay inestabilidad en mi cuerpo, alteración en mi organismo… (S2).

...Para mí tener la presión alta significa angustia, dolor, incertidumbre y miedo… (S26).

...No sé qué es la presión arterial alta, no sé… (S12).

…. Es cuando viene el sofocamiento, no puedo respirar bien, tengo ganas de vomitar, empiezo a sudar; tengo calor y luego escalofrió… (S15).

...Para mí la presión alta es cuanto me agarra mareo, dolor de cabeza, náusea, vómito, salida de sangre por la nariz, nerviosa. Para mí eso es la presión alta… (S12).

...Dolor de cabeza, mareos, náuseas, dolor en el cuerpo, en los pies, el pecho, cansancio, salida de sangre por la nariz… (S 5, 25, 17, 20, 29, 31, 44,26).

...Es una enfermedad que la conozco. Mi madre fue hipertensa y mi abuelo murió de un infarto… (S27).

...Es una enfermedad que muchas gente tiene. ¿No ves cuántos amigos están aquí? Y aún los que no están aquí, mi hijo, mi hermano, mi vecino… (S10).

...Cuando me sube la presión creo... que puedo morir, puedo sufrir una embolia, un infarto, o algo peligroso me va a suceder… (S4).

...Es peligrosa la enfermedad, no le tengo miedo. Bueno, te diré la verdad, sólo un poco… (S18).

...Sí tengo miedo de morir. Cuando me sube parece que es lo último que me va a pasar, muero de miedo… (S16).

...Es lo más terrible que me ha pasado, es una sensación de ansiedad y miedo de morir… (S24).

... No siento nada, nada, no sé, nunca he sentido nada… (S148).

...Nada, ni me preocupa... (S136).

... No sé qué es, el médico dice que estoy enferma, pero nunca siento nada. Tú me crees, ¿verdad?… (S147).

...Nunca. Nada, por ahora nada… (S134).

...No sé, a mí no me pasa lo que los otros dicen… (S35).

…Cuando me dieron el diagnóstico me sentí triste, con miedo, no sabía realmente lo que era la enfermedad. A través del tiempo, a través de un vivir con esta enfermedad ahora conozco realmente lo que es la enfermedad… (S18).

...Cuando me dieron el diagnóstico, sentí mucho miedo. Los médicos realmente son muy fríos para decir que tienes una enfermedad, no lo creí... (S2)

...No acepto que soy hipertensa, no lo puedo creer. Me resisto a aceptar, no lo acepto, sencillamente no lo acepto, no lo creí, ¿por qué a mí?... (S32).

...A partir de esto, muchas veces fui internada en urgencias porque la presión no se controlaba con los medicamentos, nuevamente regresaba a urgencias y parecía que a los médicos le molestaba… (S8).

... Cuando me dieron el diagnóstico me asusté, me dio miedo, angustia el tener esta enfermedad… (S4).

...El diagnóstico fue terrible para mí, pues continuamente mi presión estaba elevada, mi colesterol ni se diga. Me asusté, pues nunca antes me había medido la presión, me sentía atrapada, abatida, angustiada y desesperada. Quería morir. En verdad… (S3).

... Cuando me dieron el diagnóstico de esta enfermedad no lo podía creer. Me pregunte: "¿por qué a mí me pasa esto?" Me deprimí, no lo acepte. Simplemente ya me fregué.... (S18).

... Al recibir el diagnóstico de hipertensión arterial me resistí a aceptar esta enfermedad. Aún no lo creo… (S28).

... Al principio, no creí, y ahora que tengo más síntomas no lo puedo aceptar. Me siento culpable, aún no acepto… (S14).

... Cuando me dieron el diagnóstico sentí ira contra los que me han ofendido y me han hecho enojar y no me he podido desquitar… (S17).

...Cuando me dieron el diagnóstico, sentí coraje, mucho. Ni te lo imaginas amiga, porque está enfermedad fue por la culpa de un contratiempo con un familiar… (S16).

... Esta enfermedad... ¿qué te diré?, lucho con ella, no me dejo vencer, así siento que es una lucha continua. Me da coraje, siento... ¡Y haber quién gana!… (S1).

...Nunca acepte la enfermedad y decidí curarme en decir: "Hoy estoy curado." No tomo más medicamento… (S2).

...No, yo creo que no puedo aceptar la enfermedad, nunca aceptaré… (S19).

...¡No que va! ¿Cómo aceptar algo que está dañando tu organismo? Pienso que no se puede aceptar algo que te está lastimando, que va a desgastar tu organismo, no lo puedo aceptar… (S7).

...Sí acepto ser hipertenso, no tengo ningún problema. Sólo estoy enojado, y mucho… (S25).

...Acepto la enfermedad. Pues sí acepto la enfermedad. No me queda otra más que aceptar esta terrible enfermedad…(S26).

... ¿Qué quiere que haga? Tengo que aceptar la enfermedad, pues no me queda otra, ya la tengo… (S15)

Sí acepto ser hipertensa, pues ¿cómo me la quito? Ni modo que me la sacuda. No es posible… (S5).

... ¿Aceptar esta enfermedad? Sí, claro, ¡cómo no! Solamente eso me faltaba… (S9).

... No me sorprendí. Ya ni modo, me conformé, ya me fregué. Es mi edad, me cuido más… (S1, 22, 33, 40,39).

Figura 2: Categorias que emergiram dos discursos dos hipertensos relacionados ao Estilo de Vida

...Los cambios que he realizado consideró que son positivos: el ejercicio y las reuniones del grupo, las risas… (S29).
...El ejercicio me hace sentir ligero, alegre…(S22).
... El ejercicio es muy bueno; me cambio el mal humor… (S9).
... El ejercicio me quita el dolor de cabeza, por eso lo hago… (S2).
...Caminar y platicar mis problemas me ayuda a soportar los problemas de todo tipo… (S27).
...El ejercicio es lo mejor, lo mejor. No sabes; prueba y verás… (S12).
... El ejercicio me da alegría y me ayuda a pensar mejor… (S6).
... Mi gente me pregunta qué hago. Que me ven mejor y se burlan. No lo creen, pero no me importa… (S15).
...Los cambios que realizaron en mi vida han sido muy buenos, respiro mejor … (S2).
... ¿Te imaginas? Bajé de peso, apenas 25 kilos. Por eso le doy gracias a Dios de tener esta enfermedad…(S8).
... Lo mejor de esta enfermedad es que tengo buenos amigos, son los mejores de mi vida…(S18).
...Tengo un estado de conciencia sobre lo que es mi cuerpo, cómo cuidarlo y protegerlo, siempre estoy consciente de que no todo lo que yo quiero comer es bueno para mi salud. En el centro de salud nos cuidan, están al pendiente siempre… (S6).
...Yo estaba tranquila y alegre, comiendo todo lo más sabroso, tomaba mi tequila, y algunas veces cervezas, pero de repente, nada: agua y un plato de verduras sin sal. Eso me causo miedo y angustia. Así fue: pasé del placer al miedo; me puse a pensar: "Si sigo así, voy a morir" … (S32).
...Los alimentos que me gustan: chicharrón, las carnitas, la barbacoa; ahora todo el médico dice que si como esto me muero… (S2).
... Lo que más me gusta no lo puedo comer, sólo yo sé lo que es eso para mí…(S5)"
... El médico sólo dice que no puedo comer tal cosa, pero no sabe si yo tengo ganas de comer pura masa sin sal. ¡A ver que se la coma él!…(S18).
... Me siento triste de comer verduras, y lo peor ¡sin sal!… (S5)

...No me acostumbro a comer pura hierva; quiero mi chupe, mi estate quieto… (S18)
...¿Será que algún día pueda disfrutar esta comida? Quiero conocer a quien invento tanta tontería… (S5).
...No, nada más de pensar en mi plato, se me va el hambre. Y tan rico que comía mi barbacoa y mis carnitas, o un alambre. Tú sabes, soy comerciante y en las plazas, pues no hay otra, eso es mi vida… (S21).
...No, en realidad no he tenido la oportunidad de hacer cambios en mi persona, pues pienso que ya no es necesario, ya estoy enfermo… (S48).

...Ninguno, ya te dije que yo no siento nada… (S39).
... Ninguno, no lo necesito, me siento bien… (S40).
... Cuando estoy frente a la enfermedad le grito: "¿Qué quieres, por qué me estás fregando? ¿Por qué, por qué me molestas? Tanta mendiga pastilla y no me curo… (S15).
...¿Qué siento cuando me sube la presión? Pienso en ese momento que es lo último que voy a vivir, todo se altera. En cuestión de segundos pierdo el control total… (S14).
...Miedo e incertidumbre, algo que no puedo creer, aún tengo la sensación de que no es verdad; que es un sueño hecho realidad… (S16).
...Siento que las cosas se mueven, la sensación de que el corazón estuviera muy pequeño y cayera en un vaso de agua, como si hiciera burbujas dentro del vaso, eso me produce miedo, y ansiedad…(S21).
...Siento miedo, ansiedad, desespero, me deprimo..(S5).
...Angustia aquí dentro, mucho temor, no sé qué me pasa de repente…(S3)
... Cosas diferentes, pero siempre tengo miedo, y, ansiedad. Se presenta de repente…(S21).
...El miedo a la enfermedad o a las complicaciones hace que cuide de mi salud… (S16).
... Los cuidados que tengo ahora son muy buenos. Tuve que enseñarme a tomar la presión. Me compré mi aparato y me tomó la presión todos los días. Creo que esto ha sido muy bueno… (S27).
... Aprendí a relajarme, ahora sé respirar, escucho música suave… (S6)
...Ahora puedo decir que me quiero; ya paré de hacer sufrir a mi cuerpo pero no siempre me cree, parece que estoy loca pero no… (S1).
... Ahora cuido mi cuerpo. No fumo, no bebo alcohol, no todo lo que quiero comer es bueno, no sabes lo que me cuesta. Esto que te estoy diciendo parece tan sencillo… (S23).
... Me cuido porque cuando me enfermo los gastos y todo afecta también a mi familia, a mis hijos… (S24).
... Lo principal es cuidar lo que como, como de todo pero me mido y siempre estoy controlada… (S6).

Figura 3: Categorias que emergiram dos discursos dos hipertensos relacionados ao Meio Ambiente

...A partir de esta enfermedad dejé de trabajar para estar más tranquila y cuidar más de mi salud… (S5).
...A partir de esta enfermedad no salgo sola; me da miedo que me pase algo en las calles… (S3)
...Desde que me levanto, se presenta el mareo, y siempre es lo mismo. Ahora no puedo trabajar, parece como si estuviera briaga, una vez me caí en el metro, desde entonces no trabajo… (S12).
...Cuando apareció la enfermedad, hubo un tiempo que me volví muy miedosa, ahora con mi grupo he recuperado la seguridad, y nuevamente estoy en vendimia que me da para comer… (S9).
...Después de esta enfermedad tengo problemas con mi marido, eso del sexo, se fue de mí… (S1).
...Soy más insegura, tengo serios problemas en el trabajo, no me concentro, no rindo igual… (S11).
...La vida es un problema, necesito que alguien me ayude, siempre he sido muy apurona, todo me gusta que esté en orden, creo que exagero, pero así soy. Ahora me da coraje que no logro hacer todo lo que me gusta, eso de la enfermedad me fregó todo…(S18).
...Tanto problema que mejor me jubilé; pero ahora tengo problemas económicos y de todos modos está la preocupación…(S21).
... Ahora yo sé que Dios es el que me ayuda a salir de esta prueba, ahora confió en que él me va a curar, fue una forma de parar la forma de vida que llevé por muchos años… (S10).
...Cuando me dijeron que era hipertenso dije: "Ya ni modo, ¿qué le hago?" Creo que Dios me va a sanar, estoy segura… (S27).
... Lo que siento que es que mi familia no me va ayudar, que nuevamente estaré sola, y me entra la angustia por la soledad y mejor no digo nada… (S18).
...Soy más tranquilo, muchas veces me trago el coraje, la rabia… (S2).
...Ni te imaginas. Trato de tranquilizarme y no siempre lo logro… (S8).
... Siempre tengo que ahogar mi coraje... (S11).

Figura 4: Categorias que emergiram dos discursos dos hipertensos relacionados a Organização dos Serviços de Saúde

...Siempre que voy a consulta, el médico habla que tengo que comer esto y aquello; pero él no sabe si puedo hacerlo o no… (S26).
...No me entiende ni yo lo entiendo, siempre está con prisa… (S22).
...El médico habla: "Tome su medicamento, la dieta, el ejercicio." Pero nunca me pregunta qué es lo que pienso y necesito… (S8).
...Verás, cuando voy a consulta si mi presión está bien, el médico me habla con voz suave, pero si no es así, la cara que me pone lo dice todo, o si no, se altera… (S8)
... No tomo el medicamento, me da tos. Bueno, lo tomo cuando me siento mal… (S22).
...El medicamento lo tomo cuando no puedo respirar bien, o me duele la nuca… (S8).
...Se me olvida tomar mi Captopril. Lo recuerdo cuando me siento mal, hasta entonces… (S2).
...Yo ni creo nada de esta enfermedad; a veces lo tomo, cuando me acuerdo… (S18).
...Yo ni creo nada de esta enfermedad, por eso no tomo nada…(S3).
...No lo necesito, no tomo el medicamento… (S16).
...Otras cosas me tomo y tengo buenos resultados; voy con el homeópata y con el acupunturista… (S16).
...Tomo un té que me dio una amiga y tengo buenos resultados, además del medicamento, ése no lo dejo… (S26).
... Tengo conocidos que sufren de esta enfermedad y tomas algunos preparados que un curandero hace y se olvidan de la enfermedad. Es mejor no tomar veneno, eso son las medicinas de ahora… (S6).
...Me tomo mi té japonés y estoy bien… (S3).
...Tomo mi té de alpiste y bien… (S33)

ANEXO

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
F.E.O.C
CARIDAD CIENCIA VIRTUD

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

Mutualismo No. 303 Apdo. Postal 91 Celaya, Gto. ☎/Fax (461) 615 36 48 y 615 36 65

Celaya, Gto., 20 de Febrero de 2006.

Mtra. Cleotilde García Reza
P r e s e n t e .

Por este conducto, me permito comunicarle que el Comité de Bioética realizó la primer revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado : "***Experiencia vivida de un Hipertenso durante el proceso de su enfermedad.***", el Comité dictaminó que se **aprueba**, se anexan al presente algunas observaciones.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"LA VERDAD OS HARÁ LIBRES
UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
Facultad de Enfermería y Obst. de Celaya

MTRA. ROSALINA DÍAZ GUERRERO
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

PSIC. ELISA GUERRERO FERNÁNDEZ
SECRETARIA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

C/2 anexos.
C.c.p. Mtra. María de Lourdes García Campos.-Coordinadora de Investigación FEOC.
C.c.p. Dra. Leticia Cacique Cacique.-Coordinadora del Doctorado de la FEOC.
C.c.p. Archivo.
*cmm.