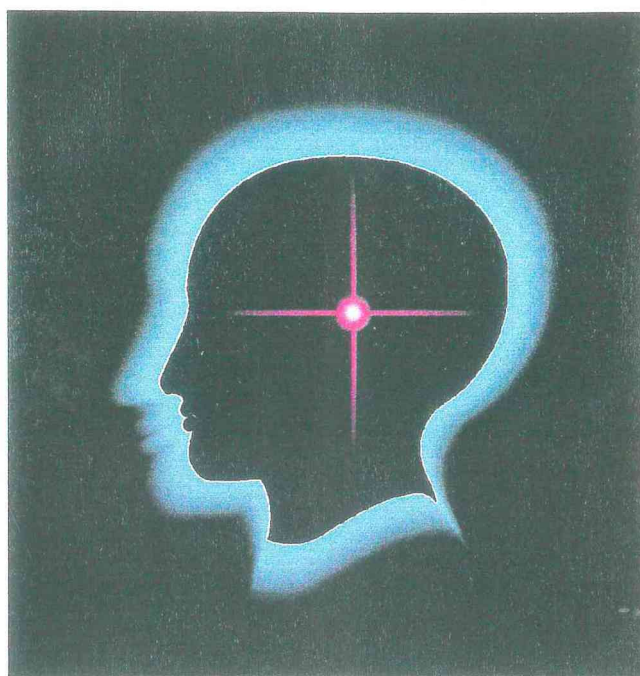


UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO



**DESCREVENDO A NÃO ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL A
PARTIR DE UMA COMPREENSÃO DE SISTEMAS**

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

FORTALEZA – CE

1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

C 597342
R 1209264
02/102/2000

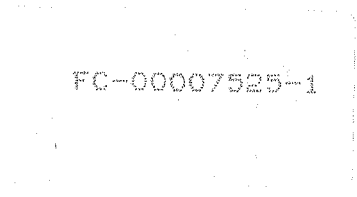
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1209264	
02 102 2000	

DESCREVENDO A NÃO ADESÃO AO
TRATAMFNTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL A
PARTIR DE UMA COMPREENSÃO DE SISTEMAS

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

TESE
646.132
M839d
1999



FORTALEZA – CE

1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

DESCREVENDO A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL A PARTIR DE
UMA COMPREENSÃO DE SISTEMAS.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Dissertação aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Enfermagem clínico-cirúrgico.

ORIENTADORA:

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo

FORTALEZA – CE

1999

FICHA CATALOGRÁFICA

M839d

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães.

Descrevendo a não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir de uma compreensão de sistemas/Thereza Maria Magalhães Moreira. - Fortaleza, 1999.

149 f.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

CDD 616.132

1. Hipertensão arterial - terapêutica. I. Título

DESCREVENDO A NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL A PARTIR DE UMA COMPREENSÃO DE SISTEMAS

Dissertação aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração Enfermagem clínico-cirúrgico.

Data da Aprovação: 22/11/1999

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo
Presidente

Profa. Dra. Edna Aparecida Moura Arcuri
1º Membro

Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca
2º Membro

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva
Membro Suplente

Este trabalho está inserido no Projeto “Auto-ajuda nas Alterações da Pressão Arterial”, financiado pelo CNPq e integrado ao grupo de pesquisa “Auto-ajuda de enfermagem em situação de saúde-doença” e à linha de pesquisa “Assistência participativa de enfermagem em situação de saúde-doença” do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Pesquisa financiada pela
Coordenação de Aperfeiçoamento do
Pessoal de Ensino Superior (CAPES).

DEDICATÓRIA A DEUS

A Deus, senhor de toda criatura e de todo o universo, pela força, pela iluminação, pela perseverança, pelo amor, presente mesmo nos momentos mais obscuros deste caminhar. Pela dádiva que me fez existir e acreditar que as criações divinas, mesmo de diversas matérias, cores, tipos e formas, não são uma mais bela que a outra. É o conjunto de todas elas, a sua junção em sistemas e a busca de uma meta comum que as faz tão bonitas, existindo de forma tão completa. Que nós tenhamos sempre a meta comum de buscar a integração de nossos sistemas, visando alcançar o equilíbrio da humanidade e a aproximação contínua com o Criador.

DEDICATÓRIA

*A meus pais, Lourival e Clarice, pelo exemplo de amor e honestidade.
Ao Germano, pelo amor e cumplicidade nesta caminhada.
A todos os pacientes com hipertensão, motivo maior deste estudo.*

A GRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora, Dra. Thelma Leite de Araújo, amiga e confidente, que me adotou durante todo esse tempo e, pacientemente, velou minhas inseguranças, colaborando com suas orientações, sugestões e críticas para este trabalho e para o meu crescimento profissional como um todo.

A GRADECIMENTOS

- * *A todos os familiares e amigos, em especial à Tia Lene por ter sempre acreditado em mim, aos meus irmãos, Erivan, pelas ajudas constantes e a Silvan, pelo incentivo.*
- * *As Profas. Dras. Lorita, Edna Areuri, Raimunda Magalhães e Thelma Garcia pelas valiosas contribuições ao longo do trabalho.*
- * *Ao projeto de pesquisa “Auto-ajuda nas alterações da pressão arterial”, por tudo o que tem me oferecido nestes dois anos e meio de convivência.*
- * *As integrantes do projeto: Elisângela, Solweig, Lindeloânia e Juliana pela colaboração e estímulos cotidianos.*
- * *A turma do “Leite Ninho”: Andrea, Dafne e Sáskia, pelo companheirismo, convivência diários e amizade extrema.*
- * *A todas as colegas do Mestrado: Isabel, Fátima Sales, Ivana, Liduina, Maristela, Teresinha, Ana Cláudia, Albertina, Mônica e Fátima Gondim, pela amizade e solicitude, e, em especial, à Sili, por ter facilitado meu ingresso na instituição.*
- * *À Elizabeth Melo pelos constantes auxílios no scanneamento das figuras e à Jaciana, pelas trocas de idéias e parceria diária.*
- * *Ao grupo DET - Enfermagem - UFE pelos ensinamentos e experiências vivenciadas na graduação, junto às Profas. Dras. Zulene, Lorita e Graziela, e às bolsistas, os quais tenho como jóia preciosa em minha vida.*
- * *Ao professor Dr. Carlos Alberto Flores - in memoriam - pelo exemplo de amor e dedicação à vida docente.*
- * *Mais uma vez agradeço à Profa. Lorita, pela convivência no projeto Saúde Ocular, meu ponto de partida no mundo da pesquisa e também às Profas. Vera Leitão, Ana Virgínia e Joselany pelas experiências compartilhadas neste.*
- * *Aos docentes e funcionários da Pós-Graduação e do Departamento de Enfermagem como um todo, em especial, à Roberta, Joelma e a adotiva Walma, que diariamente colaboraram com seu trabalho e solicitude.*
- * *Aos enfermeiros de serviço, pelo auxílio nos campos de prática, esclarecimentos e doação. Em especial, às enfermeiras Ana Ruth e Jacira, doutoranda e mestre, respectivamente, por seu empenho em ajudar-me.*
- * *À Dra. Margarida Veríssimo, cardiologista, por sua ajuda constante ao longo do processo de coleta e na realização de outros trabalhos afins.*
- * *À Associação dos Hipertensos e Diabéticos do Estado do Ceará pelas experiências compartilhadas.*
- * *À bibliotecária, Norma, pelas orientações a mim fornecidas e ao Sr. Elieser pela disponibilidade sempre constante.*
- * *A todos os entrevistados, que a sua maneira tentaram, em seu íntimo, contribuir ao máximo para que se descrevesse o processo de não aderência ao tratamento da hipertensão com todos os seus matizes.*
- * *A todos em geral, citados ou não, que ora participam comigo deste momento.*

“O temor do Senhor é o princípio da sabedoria, e diante da honra vai a humildade”.

(Provérbios, 15: 33)

“Meu diálogo é estranho: um diz uma coisa e o outro diz sim, mas a coisa diversa e venho eu dizendo não, e não vejo ninguém nem sequer me contradizer. Cada um de nós segue o próprio fio da meada sem ouvir muito o outro...”

(Clarice Lispector)

SUMÁRIO

	página
LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE QUADROS.....	13
LISTA DE ESQUEMAS DAS CATEGORIAS.....	14
RESUMO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 Aspectos gerais da hipertensão.....	24
2.2 A necessidade de adesão ao tratamento da hipertensão arterial.....	29
2.2.1 No sistema pessoal.....	30
2.2.2 No sistema interpessoal.....	32
2.2.3 No sistema social.....	33
2.3 Fatores intervenientes no processo de adesão ao tratamento da hipertensão arterial.....	35
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
3.1 Uma abordagem de sistemas em saúde.....	39
3.2 O Modelo Conceitual de King.....	41
4. MATERIAL E MÉTODO.....	50
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	51
4.2 População e amostra.....	51
4.3 Caracterização da instituição.....	53

4.4 Instrumento e coleta de dados.....	54
4.5 Organização e análise dos dados.....	55
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	58
4.7 Financiamento e recursos disponíveis.....	58
5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS.....	59
5.1. Os sujeitos do estudo.....	60
5.2. Caracterização amostral.....	74
5.3. Organizando e explorando as categorias.....	78
5.4 Partilhando o sistema interpessoal.....	131
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
ABSTRACT.....	139
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140

ANEXOS

Anexo A – Roteiro de Entrevista

Anexo B – Termo de Consentimento

Anexo C – Autorização do Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde

LISTA DE FIGURAS

	página
FIGURA 1 – Tratamento da hipertensão arterial.....	29
FIGURA 2 – Imógene King.....	39
FIGURA 3 – Estrutura conceitual de King.....	41
FIGURA 4 – Estrutura de sistemas de King com as categorias encontradas.....	130

LISTA DE QUADROS

	página
QUADRO 1 – Caracterização dos pacientes.....	75
QUADRO 2 – Resumo das categorias do sistema pessoal.....	100
QUADRO 3 – Resumo das categorias do sistema interpessoal.....	118
QUADRO 4 – Resumo das categorias do sistema social.....	129

LISTA DOS DESENHOS ESQUEMÁTICOS DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

página

SISTEMA PESSOAL

Descoberta da doença.....	78
Sentimentos em relação ao tratamento.....	83
Respostas à descoberta da doença.....	89
Dificuldades individuais para seguir o tratamento.....	94
Descrição do ambiente.....	96
Medo de seqüelas.....	99

SISTEMA INTERPESSOAL

Estabelecendo relacionamentos interpessoais.....	102
Comunicação ineficaz com o profissional de saúde.....	105
Interagindo com o profissional de saúde.....	109
Ajuda recebida.....	112
Dificuldades no cotidiano.....	114

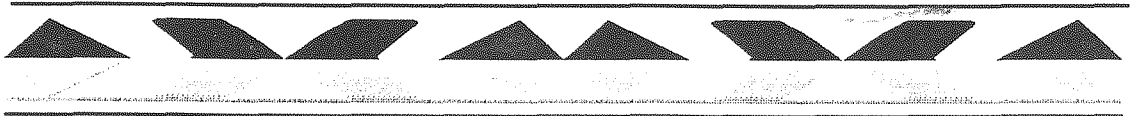
SISTEMA SOCIAL

Grupos dos quais participa.....	119
Relações críticas.....	122
Interferência desse relacionamento.....	124
Pessoas influentes.....	126
Tomando decisões em relação a problemas cotidianos.....	128

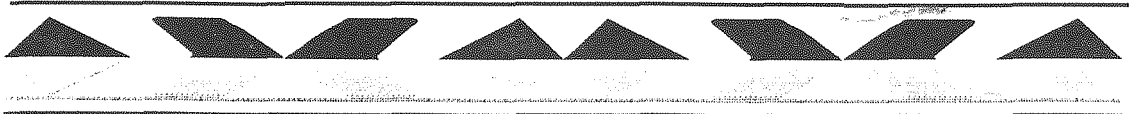
RESUMO

A não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial (HA) é um problema que sensibiliza cada vez mais profissionais de saúde, por dificultar a prestação de uma assistência eficaz no acompanhamento de seus pacientes. Assim, estabeleci como objetivo descrever as respostas dos pacientes com HA não aderentes ao tratamento, relacionando-as aos sistemas pessoal, interpessoal e social do modelo conceitual de King. A pesquisa constou de abordagem exploratório-descritiva e teve como amostra a clientela participante de um programa de controle de um centro de tratamento de hipertensão e diabetes do Ceará que apresentou não-adesão ao tratamento no último ano, matriculados nesse programa há, no mínimo, seis meses, que residiam em Fortaleza ou região metropolitana e não tinham abandonado o serviço, aceitando voluntariamente a participação no estudo, conscientes, orientados, em condições de serem entrevistados e que não tivessem diabetes associada. Assinaram termo de consentimento para o estudo, cuja coleta de dados transcorreu de março a maio de 1999. O instrumento aplicado durante a entrevista foi composto de três temáticas norteadoras: resposta dos pacientes à doença e ao tratamento, seu relacionamento com os profissionais de saúde e seu relacionamento com a família. Os achados foram tratados utilizando o método de análise de conteúdo de Bardin. Todos os aspectos éticos foram respeitados. Os achados mostram que, no sistema pessoal, apesar de ser grande a necessidade de adesão ao tratamento, nem sempre essa é percebida assim pelos pacientes, que, ao sofrerem influência dos três sistemas de King, tem sua própria percepção da doença, não havendo um comportamento preventivo em relação a mesma. Eles adequam a terapêutica às suas percepções, sentindo-se cansados, impotentes ou rejeitando o tratamento. Com a descoberta da doença, aumentam suas preocupações, desenhando em suas mentes o medo da morte, seguido ou não de modificação no estilo de vida. As principais dificuldades individuais para seguir o tratamento relatadas foram a falta de tempo e a rapidez das consultas. Foi referido temor do aparecimento de seqüelas decorrentes da doença. No sistema interpessoal, foi possível perceber que a interação entre paciente e profissional de saúde esteve presente, sendo a dificuldade de comunicação entre eles e a demora no atendimento geradores de desprazer ao paciente. Foi relatado estresse excessivo no contato com alguns membros familiares e na dificuldade financeira, culminando em sentimentos de depressão e angústia. No sistema social, foi percebido que os pacientes não participam de grupos e que seu relacionamento com a família é ameaçado pela doença, porque familiares utilizam de autoridade excessiva e poder junto ao paciente, ocorrendo o mesmo em sua relação com o profissional de saúde. Foram identificadas pessoas portadoras de *status* junto ao paciente. Foram registradas situações de isolamento na tomada de decisões em situações cotidianas. Tais dados reforçam a importância da participação ativa dos pacientes com hipertensão no tratamento e o desenvolvimento de uma abordagem holística destes em seu tratamento desenvolvida por todos os profissionais de saúde e contando, inclusive, com a participação da família.

1. INTRODUÇÃO



1. INTRODUÇÃO



1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma entidade clínica multifatorial, conceituada como síndrome e caracterizada pela presença de níveis elevados de pressão arterial (PA), associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos, tais como hipertrofias cardíaca e vascular (Consenso, 1998).

Apesar da precariedade de estudos mais abrangentes sobre a prevalência da hipertensão no Brasil, estima-se que cerca de 20 milhões de pessoas apresentem níveis elevados de PA (Brasil, 1993b; Achutti e Achutti, 1997). Essa síndrome, etiologicamente, se classifica em dois tipos: primária ou essencial, sem uma causa identificável e secundária, quando há uma causa sem a qual a doença não se desenvolve.

Este estudo restringe-se à hipertensão arterial primária por representar cerca de 95% do total de casos (Brasil, 1993b). O quadro clínico é resultado da interação entre o fator genético, sexo, idade, obesidade, raça e outro ambiental, consumo excessivo de sal, de álcool, consumo não regulado de potássio ou cálcio na dieta, estresse, sedentarismo, no entanto o principal fator é a presença do gene familiar, ou predisposição genética, sem a qual a doença não se desenvolve.

O tratamento da hipertensão arterial pode ser farmacológico, com a utilização de fármacos (diuréticos, simpaticolíticos, vasodilatadores, bloqueadores dos canais de cálcio, dentre outros) e não farmacológicos, baseado na modificação do estilo de vida.

Por ser uma doença silenciosa, que avança sem apresentar sintomas claros, a HA passa despercebida por anos em muitas pessoas, o que dificulta seu controle e tratamento. Além disso, seu caráter crônico, uma vez que não há cura, e sim controle da doença, pode, segundo Martins, França e Kimura (1996), levar a uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas, devido às restrições impostas pelo tratamento, exigindo uma forte cooperação por parte do paciente.

Dados do Ministério da Saúde indicam que somente 4 a 12% dos pacientes com hipertensão atingem níveis de controle da PA. Pensa-se que o principal fator que contribui para o controle efetivo da hipertensão arterial é a adesão do paciente ao tratamento. No Brasil, 30 a 40% dos pacientes que iniciam o tratamento chegam a abandoná-lo, o que é considerado como ápice da falta de adesão ao tratamento (Brasil, 1988; Mion Júnior et al., 1995; Dellácqua et al., 1997).

A não adesão ao tratamento da HA é freqüentemente observada pelos profissionais de saúde (Giorgi, 1999; Pierin, Mion Jr., 1999; Guerra, 1998) e se dá, muitas vezes, pelo desconhecimento dos pacientes em relação à doença, ou mesmo por suas preferências não serem consideradas na ocasião do estabelecimento da terapêutica.

Mion Júnior (1994) refere que a *adesão ao tratamento* é a medida do grau de coincidência entre o comportamento do paciente e a prescrição do profissional de saúde. Esta inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas. Mion Júnior et al. (1995) afirmam ainda que o conhecimento e as preferências do paciente com hipertensão devem ser considerados, não só na prescrição do tratamento, mas também nas recomendações do Consenso (Consenso, 1998) e nas campanhas sobre HA.

Sarquis et al. (1998) afirmam que, embora não seja um problema exclusivo da hipertensão, por ser também freqüente em outros regimes terapêuticos prolongados, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo se aprofunda em complexidade. Esta se dá por envolver aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais. Para Guerra (1998),

vários fatores têm sido apontados como intervenientes no processo de adesão, dentre eles: nível sócio-econômico, crenças sobre saúde, complexidade do tratamento, valores culturais, aspectos relativos aos serviços de saúde e o relacionamento paciente-profissional, sendo este último considerado de forte influência no seguimento terapêutico.

Um dos maiores desafios para o paciente com hipertensão é aceitar a convivência com a cronicidade da doença, o que não é tarefa fácil e se associa com sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade, cuja superação se faz através da conscientização de sua condição e necessidade de enfrentar a moléstia, com o seguimento do tratamento proposto para que possa levar uma vida o mais próximo da normal possível (Pierin, Car, 1992; Cade, 1997). Isso exige, dentre outras coisas, conhecimento da doença, de suas manifestações, sinais e sintomas e, sobretudo, requer vontade do paciente de cooperar ativamente no tratamento.

A não-adesão ao tratamento da HA é um problema que sensibiliza cada vez mais profissionais de saúde, por dificultar a prestação de uma assistência mais eficaz no acompanhamento do paciente com hipertensão. Neste contexto, a enfermeira desempenha importante papel, pois, devido sua formação acadêmica, encontra-se perfeitamente apta para tratar de pacientes portadores de hipertensão, o que requer trabalho junto às comunidades e grupos. Destaca-se, ainda, sua facilidade na observância de princípios como a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, comuns ao cotidiano desse profissional. Além destes fatores importantes no controle da hipertensão, deve-se atentar para a regulamentação, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), da consulta e prescrição de enfermagem a pessoas portadoras desse distúrbio, que necessitam de acompanhamento (Lei 7.498/86 regulamentada pelo Decreto N.º 94.406/87 do Ministério da Saúde/Brasil), atividade esta privativa da enfermeira. Sendo a hipertensão um problema de saúde pública e considerando o preparo da enfermeira, torna-se importante que suas ações sejam desenvolvidas no âmbito do controle dessa doença e que estas

sejam registradas e permeadas de pensamentos críticos. Guerra (1998) refere que o papel da enfermeira neste contexto é extremamente importante, pois age como educadora, orientando o paciente com hipertensão para o autocuidado e contribuindo para aumentar sua adesão ao tratamento. Para isso, é necessário que ela conheça as reais características dessa clientela, suas variáveis intervenientes e se empenhe no desenvolvimento de ações educativas, objetivando minimizar a ocorrência do abandono ao tratamento e aumentando a possibilidade de controle da doença.

A importância da enfermeira na aferição da PA vem sendo reconhecida há várias décadas. Nos últimos anos, porém, esse papel se ampliou muito além do procedimento de verificação da PA. Atualmente, as enfermeiras estão envolvidas na detecção precoce da HA desconhecida e não controlada, além de participar de grupos multiprofissionais com ações assistenciais e educativas conjuntas, de implantar programas e consultas, desenvolver e aprofundar seu corpo de conhecimento, representado especificamente pela aplicação de abordagens e teorias de enfermagem. São particularmente atuantes na educação dos pacientes, reforçando a importância do controle constante e a longo prazo da PA (Araújo, Arcuri, 1998). A enfermeira também tem sido referida como o profissional que causa menor reação de alerta no paciente por ocasião da verificação da PA (Mancia et al., 1987).

Meu interesse pela questão da adesão ao tratamento da hipertensão advém de questionamentos frente ao permanente contato com pessoas acometidas por esta doença, decorrente da minha inserção, logo após a graduação, no Projeto Cuidando de Pessoas com Alterações da Pressão Arterial, financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), e inserido na linha de pesquisa Assistência Participativa de Enfermagem em Situação de Saúde-Doença do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, desde agosto de 1997, sob a coordenação da Dra. Thelma Leite de Araújo. O projeto aumentou meu interesse pelas pessoas com hipertensão, pela

gravidade, magnitude e avanço silencioso da doença e o tema tornou-se assunto de minha dissertação de mestrado. O interesse específico pela adesão ao tratamento é decorrente dos altos níveis de abandono registrados na literatura em diversos estudos (Mion Júnior, 1994; Mion Júnior et al. 1995; Guerra, 1998) e pela importância central que ela assume no controle da doença.

Desde o ingresso nesse projeto, procurei realizar trabalhos que permitiram melhor conhecimento da clientela e desenvolvimento de ações educativas. Atualmente, tenho participado de outros estudos com essa temática realizados pessoalmente e com acadêmicas bolsistas em um serviço público de Fortaleza, especializado no atendimento a pacientes com hipertensão e diabetes. Em um trabalho realizado em uma instituição hospitalar, referência no tratamento de cardiopatias, foi investigado o comportamento dos pacientes matriculados nos seis primeiros meses de funcionamento do programa de acompanhamento da HA nesse serviço. Os dados permitiram constatar um elevado índice (68%) de não adesão ao tratamento da HAS (Matias, Araújo e Moreira, 1998).

Esse estudo despertou questões sobre: o que permeia a reação dos pacientes de não aderir ao tratamento da hipertensão arterial? Os relacionamentos do paciente com os profissionais de saúde que o atendem e com sua família podem estar envolvidos no processo de não adesão? De que maneira?

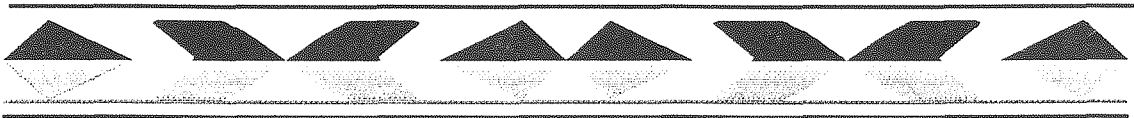
Encontrar respostas para essas perguntas tornou-se para nós questão relevante na tentativa de contribuir no tratamento das pessoas portadoras de HA. Tais respostas poderiam permitir o estabelecimento de um relacionamento paciente com hipertensão/profissional de saúde mais eficaz e, conseqüentemente, o planejamento de ações mais voltadas à compreensão do paciente de uma forma mais abrangente, considerada holística, ou seja, compreendido como um sistema individual e inserido em sistema interpessoal e social. Assim sendo, é possível que os achados possam subsidiar o Programa de Controle da Hipertensão Arterial

instituído pelo Ministério da Saúde, contribuindo para detenção do avanço dessa tão silenciosa, mas agressiva doença.

Partindo desses questionamentos, optei por trabalhar com a Estrutura Conceitual de Sistemas Abertos de Imogene M. King (King, 1981), por entender que a necessidade de adesão ao tratamento da hipertensão exige do paciente, alterações no seu sistema pessoal (individual), interpessoal (indivíduo/profissional de saúde, indivíduo/membro familiar, dentre outros) e, até mesmo, no sistema social (família, comunidade) no qual está inserido.

Diante do exposto, estabeleci como objetivo descrever as respostas dos pacientes com hipertensão arterial não aderentes, frente à necessidade de tratamento, relacionando-as aos sistemas pessoal, interpessoal e social do modelo conceitual de King.

2. REVISÃO DE LITERATURA



2. REVISÃO DE LITERATURA

Diante do objetivo proposto e tendo como referência os três sistemas abertos em interação recíproca, que interferem nas ações de saúde, adotados por King (1981), tentou-se abordar na revisão de literatura os aspectos gerais da HA (epidemiologia, fatores genéticos e ambientais predisponentes e tratamento), a interferência da necessidade de adesão ao tratamento no sistema pessoal, interpessoal (enfermeira-paciente) e social (família), assim como os fatores condicionantes dessa aderência.

2.1. A SPECTOS GERAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial se constitui atualmente em um grande problema de saúde pública no Brasil, tanto pela sua prevalência, como pela detecção quase sempre tardia da doença. O controle é complexo devido a sua magnitude e por representar um desafio ao nosso sistema de saúde, ainda muito voltado ao modelo curativo.

Em 1930 as doenças do coração foram responsáveis por 11,8% do total de óbitos ocorridos nas capitais brasileiras. Esse percentual aumentou para 30% em 1980 e para 34% de todos os óbitos registrados, excetuando-se as causas mal definidas, em 1988 (Brasil, 1993b). Portanto, vê-se um aumento crescente dos casos de doenças cardíacas em nosso país, o que está extremamente relacionado à hipertensão (Luna, 1989; Ribeiro, 1996), uma vez que atualmente cerca de 20% da população adulta mundial apresenta esse diagnóstico (Consenso, 1998).

Far-se-á, a seguir, uma breve exposição dos fatores que podem alterar os níveis da pressão arterial (PA).

Dentre os fatores ambientais que contribuem para os níveis elevados de PA, pode-se destacar que, no que tange ao estresse, Vieira [1997], afirma que a sociedade atual funciona como fonte para sua elevação, caso levemos em conta a falta de segurança, o desemprego, o trânsito nas grandes cidades e a ambição desenfreada.

Tem sido demonstrado também que o fumo agrava as doenças cardíacas por acentuar a aterosclerose, aumentando o ritmo dos batimentos cardíacos e a PA (Mion Jr., 1994). A relação entre fumo e doenças causadas por ele depende do tempo, frequência, padrão de inalação e tipo de cigarro (Luna, 1989).

Alguns autores têm afirmado ainda que, quanto mais alta a ingestão de álcool, maior a prevalência da hipertensão nessa população e mais alta a média de sua pressão arterial, pois o álcool poderia induzir uma hipoglicemia, provavelmente por causa da interferência com a gliconeogênese hepática. A hipoglicemia elevaria transitoriamente a pressão arterial como mecanismo rebote (Ribeiro, 1996, Luna, 1989).

O sal, quando consumido excessivamente, é considerado um dos fatores que mais tem contribuído para o caráter endêmico da hipertensão arterial. Cinco gramas de cloreto de sódio (componente do sal), o que equivale a uma “colher de café” de sal por dia são suficientes ao metabolismo humano (Luna, 1989).

A elevação dos lipídios no sangue também está associada à HA, pois o colesterol não causa problemas, mas, em excesso (>200 mg/dl), pode obstruir artérias e evoluir para um infarto (Ribeiro, 1996; Mion Jr, 1994).

Há ainda evidências da contribuição do café para o aumento da PA. Para Luna (1989), a cafeína associada a um dos inibidores da monoaminoxidase - IMAO (drogas que inibem a enzima que inativa a noradrenalina e a adrenalina, deixando generosas quantidades dessas catecolaminas nas terminações nervosas) propicia o aumento da PA, podendo causar um episódio hipertensivo.

Outro fator constantemente associado à HA é a presença excessiva de cálcio, íon com propriedades vasoconstritoras, e potássio, íon com atividade vasodilatadora, no organismo. Ribeiro (1996) acredita que o efeito vasodilatador do potássio (K⁺) se faça através do aumento da eficácia da bomba Na-K-ATPase, facilitando a retirada de sódio (Na⁺) e cálcio (Ca⁺⁺) do interior da célula, permitindo, assim, um relaxamento da musculatura lisa dos vasos, o que decresce os níveis da PA. Além disso, alguns fármacos utilizados no controle da HA são depletors de potássio, devendo-se, nesses casos, utilizar terapêutica combinada com droga poupadora desse íon e recomendar o consumo de alimentos ricos em K⁺, como a banana.

Com respeito aos aspectos econômicos, observa-se a possível influência da renda na hipertensão arterial. Ribeiro (1996) notou uma relação inversa da prevalência de hipertensão arterial com escolaridade formal e renda, o que poderia também estar relacionado aos índices da doença segundo sexo e raça, pois nas mulheres ocorreu um gradiente decrescente de hipertensão diastólica, sendo a prevalência de 7,8% entre assalariadas de um a três salários mínimos, 5,45% entre aquelas de três a 10 salários mínimos e 4,4 % entre aquelas com mais de 10 salários mínimos. Entre os homens, foi observada relação inversa com prevalências de 14,8%, 18,6% e 23,2%, respectivamente. Estes dados não foram controlados para a obesidade, sendo válido ressaltar que, no caso em questão, a relação da obesidade se mostrou de modo inverso entre homens e mulheres segundo a renda, ou seja, entre as mulheres, as de faixa mais baixa se apresentaram com maior sobrepeso e entre os homens os de faixa mais alta se apresentaram com maior sobrepeso. É bastante provável que, uma vez controlado o sobrepeso, venha se encontrar uma relação negativa entre hipertensão e renda entre homens. Essa questão é complexa, pois, quando a renda é maior, as contas também o são, o que talvez torne mais importante considerar atualmente o desemprego.

Quanto aos fatores genéticos envolvidos na HA, pode-se afirmar que alguns estudos têm demonstrado uma relação hereditária forte na

hipertensão primária (Luna, 1989; Ribeiro, 1996; Lima, Araújo e Moreira, 1997). As mutações genéticas interagindo com fatores ambientais ou, ainda, psicossociais, podem originar uma desorganização no controle da PA. Essa interação é complexa e a contribuição dos genes é qualitativa e quantitativamente variável. Ao longo do tempo, a HA primária afeta vários membros de uma mesma família. Em pacientes com HA é raro não haver antecedente familiar hipertenso com parentesco até segundo grau. Porém, sabe-se que os componentes de uma mesma família partilham entre si além de genes, o ambiente e a cultura (Francischetti, Fagundes, 1996).

Quanto ao sexo, até os 45 anos a hipertensão é mais freqüente no homem que na mulher da mesma idade e, após esta faixa, ela passa a ter incidência maior no sexo feminino, mas continua sendo prevalente no sexo masculino. Há relatos de que a HA tem pior prognóstico no homem que na mulher, uma vez que os riscos de coronariopatia são mais freqüentes nele, embora os riscos de acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca sejam idênticos em ambos (Luna, 1989).

Quanto à idade, via de regra, a média dos valores da PA, nas diversas faixas etárias de uma mesma população, aumenta com a idade. Essa afirmação, porém, foi contrariada em estudos realizados em sociedades primitivas, a exemplo do desenvolvido com índios Yanomani no Brasil, não se encontrando elevações da PA proporcionalmente à idade. Esse achado foi associado às possíveis modificações nos hábitos e estilo de vida desses índios em relação às demais comunidades (Brasil, 1993a).

No que tange ao aspecto racial, os negros, segundo estudos epidemiológicos, têm mostrado maior gravidade da HA e uma prevalência duas vezes superior à dos brancos. Este predomínio é encontrado em todas as idades. Isso vale, em particular, para as formas graves da doença. Não havendo ainda uma adequada explicação para esse fato, especula-se as influências genéticas na diferença racial, sendo que, em mulheres negras com mais de 60 anos, a HA chega a atingir mais de 60% delas (Ribeiro, 1996). No entanto, a classificação segundo a raça ou cor é

algo complexo no Brasil, devido à grande miscigenação de seu povo. Fonseca (1995) apresenta a seguinte caracterização das pessoas quanto à cor: branca = tez branca, cabelos finos, lisos e ondulados, nariz e lábios finos, mento de compleição normal (sem prognatismo); mulata = apresenta características intermediárias entre o branco e o negro; negra = tez negra, cabelos totalmente crespos, nariz achatado, lábios grossos, mento proeminente (somente a presença desta última característica já permite classificar o indivíduo como mulato).

Martinez et al. (1996) comentam que obesidade e hipertensão atuam sinergicamente sobre o coração e aumentam o risco de insuficiência cardíaca. Tanto a pressão arterial sistólica (PAS), como a pressão arterial diastólica (PAD) elevam-se com a obesidade. Dessa forma, o obeso é propenso à HA. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 1993a) revelam que as mulheres apresentam mais problemas de peso excessivo que os homens. Mas, o padrão de distribuição da gordura em adultos tem maior valor propiciador de morbi-mortalidade que a quantidade total de gordura. A distribuição de gordura no sexo feminino é, predominantemente, na região glútea e áreas anexas, não causando grandes males a sua saúde, enquanto que a gordura predominantemente abdominal do homem, propicia o surgimento da HA. Assim, apesar do excesso de peso ser mais freqüente nas mulheres, é nos homens que ocorrem as maiores complicações relacionadas à HA (Araújo et al., 1997). Acresce-se a isso a facilidade do diagnóstico da HA nos homens, uma vez que, por terem braços de diâmetro maior, sofrem menos os problemas decorrentes da relação inadequada entre o tamanho do braço e o manguito utilizado, que podem gerar valores falsos de PA (Araújo, Arcuri, Martins, 1998).

Não foi comprovada influência da menopausa sobre a hipertensão (Luna, 1989; Ribeiro, 1996), mas estuda-se a elevação do aumento de peso com esse evento e o conseqüente aumento da PA (Chacra, 1993).

Para O' Brien, Beevers e Marshall (1996), há evidências de que um grande número de hipertensos não recebe o tratamento de que necessita,

permanecendo ainda hoje a ocorrência da "regra das metades", expressão criada nos anos 60 para significar que, do total de casos de hipertensão, apenas 50% são diagnosticados. Destes, somente 50% são tratados e dos tratados, só 50% são controlados. Atualmente, o tratamento da HA é estabelecido da seguinte forma (Consenso, 1998):

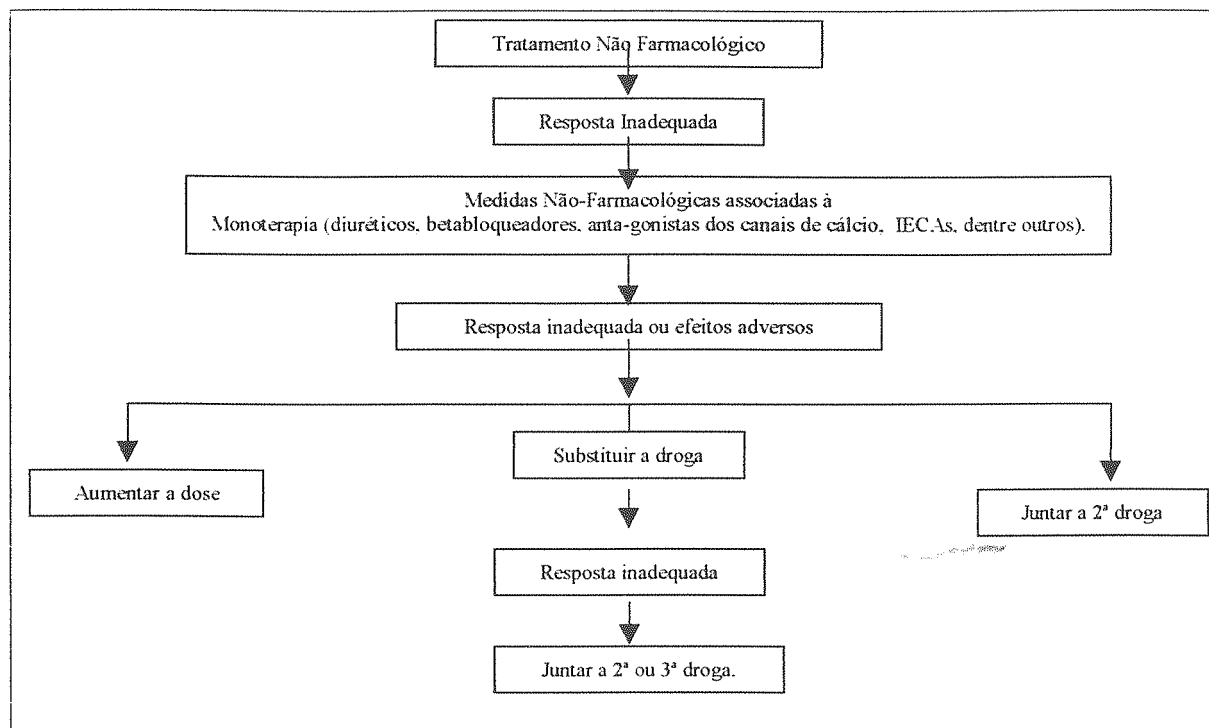


Figura 1: Tratamento da Hipertensão Arterial (Adaptado do Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial/CBHA, III, 1998: 23).

Nos casos graves de hipertensão, é necessária a utilização de fármacos no tratamento, mesmo com a mudança de alguns hábitos (restrição moderada do sal, diminuição do peso em obesos, exercício físico moderado, cessação do tabagismo e pouca ingestão alcoólica). Nos casos mais leves da doença, deve-se considerar a preferência do paciente pelo tratamento farmacológico ou não.

2.2. **A** NECESSIDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Piterman (1993) refere ser a pouca adesão ao tratamento com medicação anti-hipertensiva um fato universal, e demonstra ser ainda

menor se acompanhada de recomendações para redução do peso, praticar exercícios e cessar o tabagismo e consumo de álcool.

Dessa maneira, melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão é um dos grandes desafios que enfrentam atualmente os profissionais de saúde em geral, como também as organizações de saúde.

Pelo aspecto puramente didático, restringiu-se, na revisão bibliográfica desse estudo, o sistema pessoal ao paciente, o interpessoal à diade enfermeiro-paciente, e o social, ao grupo familiar deste. A seguir, abordaremos os aspectos relacionados à necessidade de adesão ao tratamento do paciente com hipertensão em cada um dos sistemas abertos de King.

2.2.1. A NECESSIDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO NO SISTEMA PESSOAL

Além do tratamento medicamentoso, mudanças no estilo de vida devem ser implementadas para o controle da HA. Essas medidas não-farmacológicas precisam ocorrer porque tendem a diminuir os níveis tensionais do paciente, reduzindo a necessidade de medicação anti-hipertensiva, minimizando os fatores de risco e podendo diminuir a incidência dessa doença na população, auxiliando em sua prevenção.

Os indivíduos são sistemas pessoais (King, 1981) e têm a necessidade firme de participar ativamente nos tratamentos instituídos. O envolvimento em seu próprio cuidado, por meio de uma inserção efetiva deve estar presente. Ao se propor um esquema terapêutico deve-se dar oportunidade para uma abordagem individual, que caracterize as reais necessidades da pessoa com hipertensão, considerando suas crenças, valores, hábitos de vida e compromissos com sua saúde. Isso é imprescindível para a adequada adesão ao tratamento, pois o seguimento das medidas não farmacológicas implica diretamente em mudança de

estilo de vida, que não será de forma alguma eficaz sem a participação e, conseqüente, adesão do paciente.

No tratamento não-farmacológico é fundamental a motivação do indivíduo para participar de forma efetiva. Somente medidas de orientação não bastam para que os sujeitos mudem seu comportamento. É essencial a utilização de métodos educacionais que contemplem as necessidades de aquisição de conhecimentos, para que os pacientes incorporem às suas vidas atitudes que contribuam para o controle da doença. As medidas educacionais devem ser contínuas e os indivíduos devem ser vistos na sua individualidade, com seus problemas peculiares e história própria de vida, para que as causas da não-adesão ao tratamento sejam atingidas (Dellácqua et al., 1997).

Sendo o tratamento da hipertensão arterial necessário para toda a vida, é imprescindível que profissional de saúde e paciente tenham boa comunicação, sem a qual os resultados esperados não serão obtidos. Uma explicação detalhada das características da doença e do tratamento, uma boa avaliação psico-emocional do acometido e um "acordo" entre profissional de saúde e paciente que leve em conta as preferências de estilo de vida do doente são necessários para o sucesso terapêutico. Muitas vezes, ele está fazendo um tratamento que não escolheu, que lhe foi imposto e que não se adequa às suas reais necessidades, o que dificulta muito a adesão. É comum ignorar detalhes importantes sobre a resposta de seu organismo a determinadas drogas, prevalecendo uma relação hierárquica e verticalizada. A ignorância, porém, não impede que o paciente sinta os efeitos colaterais das drogas e muitas vezes rejeite-as, omitindo o fato ao profissional de saúde.

Uma reavaliação do tratamento também é importante. Poderia ser dada a oportunidade ao paciente em tratamento farmacológico, por ocasião do controle da doença, de passar a fazer tratamento não medicamentoso? Deve-se inferir isso junto a ele. O que se sabe é que ser hipertenso virou rótulo: "aquele paciente é hipertenso" e aí não se

questiona mais. E sua posição pessoal? Suas percepções, auto-imagem, ego, o tempo e espaço em que vive, sua imagem corporal, não contam? Ficam as perguntas.

A 2.2.2. **NECESSIDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO EM UM SISTEMA INTERPESSOAL**

Existem vários tipos de sistemas interpessoais. Os indivíduos (sistemas pessoais) podem se agrupar em díades (em dois), tríades (três) e em grupos (King, 1981).

Uma variável com associação constante à maior adesão ao tratamento é a relação paciente-profissional de saúde (Fishman, 1995). Pensa-se que, quando uma aproximação sistemática entre esses é utilizada, os pacientes adotam e aderem a regimes terapêuticos e, com isso, previnem e controlam a hipertensão.

No entanto, a satisfação do paciente é um fator importante, mas freqüentemente menosprezado na avaliação de cuidado de saúde. Ela deve ser primordial no planejamento do tratamento. Carlberg (1993) concluiu isso a partir de um estudo, realizado com um grupo de pacientes com hipertensão participantes por dois anos de um programa de tratamento não farmacológico que incluía aferições freqüentes e auto monitoração da PA e reuniões de grupo. Verificou que tais pacientes mostraram-se mais satisfeitos e experientes em seu tratamento que outros que recebiam tratamento anti-hipertensivo tradicional. Embora os níveis de PA não tenham mostrado distinções entre os dois grupos, o autor acredita que, em um espaço de tempo maior, isso faria diferença. Os achados revelam que a importância de um cuidado mais pessoal não deve ser subestimada.

A díade enfermeira-paciente com hipertensão compõe um sistema interpessoal muito importante no tratamento da doença, pois, mesmo dispondo-se de uma vasta gama de medicamentos anti-hipertensivos eficientes, a dificuldade em manter controlados os níveis da pressão arterial é freqüentemente observada na assistência junto a grupos de

pessoas com hipertensão. Os assintomáticos, muitas vezes, passam a ter sintomas indesejáveis na vigência do tratamento resultantes dos efeitos colaterais dos fármacos, sendo sua interrupção devido a distúrbios na esfera sexual (Rosa, 1998), cefaléia, ou outros desconfortos.

Enfatiza-se a importância do papel da enfermeira na adesão ao tratamento do paciente com HA, assim com o dos outros membros da equipe de saúde, aumentando a persistência no tratamento. Considera-se que a educação para a saúde dos hipertensos é relevante para o êxito no controle da pressão arterial elevada, reforçando-se a necessidade da sua participação efetiva no cuidado, sendo que a enfermagem deve atuar como elemento central diretivo desse processo (Pierin, Car, 1992).

A enfermeira há muito vem trabalhando com pessoas portadoras de hipertensão, tentando aperfeiçoar sua assistência visando atender suas necessidades. Provavelmente, devido à proximidade maior com o paciente, esse a reconhece como alguém mais acessível, que não se deve temer. Isso vem confirmar, sem sombras de dúvidas, quão capital é sua participação no gerenciamento do tratamento de pacientes com hipertensão, o que extrapola, sobremaneira, a simples aferição da PA.

Fonseca (1995) considera que a consulta de enfermagem subsequente e as variadas formas de abordagem grupal aos pacientes de acordo com um programa específico estabelecido, seriam de capital importância na motivação, informação e conseqüente mudança de comportamento dos pacientes, família e comunidade. A implementação dessas funções da enfermeira provavelmente aumentaria o nível de adesão dos doentes às consultas e ao tratamento, promovendo maior controle sobre esta morbidade.

2.2.3. A NECESSIDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO EM UM SISTEMA SOCIAL

Grupos com interesses e metas comuns compõem, dentro de uma comunidade ou sociedade, um sistema social (King, 1981). A família é um

sistema social extremamente importante na adesão de sistemas pessoais a um tratamento crônico.

As doenças crônicas são caracterizadas pela longa duração de seu tratamento e pela limitação que trazem para o estilo de vida não só do portador, mas também de todos os elementos que compõem o seu núcleo familiar. Uma alteração de saúde de um de seus membros, altera a saúde de toda família, modificando-a, uma vez que nos sistemas em geral e no familiar, especificamente, nada acontece isolado.

Uma família vivenciando uma doença crônica de um dos seus membros pode passar a apresentar um baixo nível de funcionamento e perder parte da sua habilidade de atendimento. Doença crônicas, que exigem tratamento prolongado, trazem problemas geralmente associados à necessidade de acompanhamento às consultas, participação nos esquemas terapêuticos medicamentosos ou dietéticos, além de alterações causadas no padrão econômico familiar, pela restrição de trabalho do doente, bem como daquele que o acompanha para as consultas e seguimento ambulatorial.

Araújo et al. (1999) afirmam que as principais necessidades observadas nas famílias com pessoas criticamente doentes são o alívio da ansiedade, a provisão de informações e apoio, a proximidade do membro familiar e um sentimento de solidariedade para com ele. Para muitos doentes ter o apoio da família durante a doença é um dos aspectos mais importantes de sua assistência.

O profissional de saúde e a família do paciente se tornam sócios na indagação da aderência, pois há evidências de que o convívio maior do paciente com a família, amigos e o apoio social oferecido por estes, fornece uma contribuição significativa para adesão e, subseqüentemente, melhoria da saúde (Fishman, 1995).

Essas colocações mostram o quanto é importante a participação da família e de outros sistemas sociais (grupo religioso, de trabalho, dentre outros) na adesão ao tratamento da hipertensão pelo paciente e no

controle de sua pressão arterial, bem como na prevenção de possíveis complicações decorrentes da doença. Essa participação é fundamental na adoção de medidas higiênico-dietéticas, pelas alterações que causam ao estilo de vida da pessoa.

2.3 F ATORES INTERVENIENTES NO PROCESSO DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A cooperação do paciente é, provavelmente, a melhor maneira de mensurar a efetividade na comunicação de mensagens sobre saúde. A adesão é influenciada pela natureza dessa mensagem, pelas habilidades do mensageiro (profissional de saúde), pelas condições na qual a mensagem está sendo passada, pelo recipiente da mensagem (paciente) e pela interação complexa entre cada um desses fatores (Piterman, 1993). Fatores como: o fato do paciente ser atendido sempre pelo mesmo profissional, esperar pouco tempo pela consulta, mostrar satisfação com o profissional que o atende, ser encorajado a auto monitoração e seguir um regime terapêutico simples, são determinantes na adesão ao tratamento (Teixeira, 1998; Piterman, 1993). Superar a barreira da não adesão exige do profissional paciência, tolerância, boa comunicação e reforço das mensagens sobre estilo de vida saudável, como também conhecimento dos mais recentes avanços em farmacoterapia.

A melhor identificação da hipertensão, o tratamento dietético, aliado a modificações no estilo de vida mais difundidas, assim como a adoção da farmacoterapia necessária resultaria em dispêndios financeiros mais elevados, mas esses seriam compensados através da redução de gastos hospitalares, produtividade melhorada e aumento da qualidade de vida. Assim, o tratamento e controle da HA é uma das intervenções mais custo-efetivas que um profissional de saúde pode prover (Schueler, 1994).

Atenção aos determinantes da adesão do paciente ao tratamento é vital (Fishman, 1995). Inclui aumento da frequência de consultas,

realização de visitas domiciliares, recrutamento da família para ajudar na supervisão do tratamento do paciente, busca de evidências objetivas de não adesão ao tratamento e maior continuidade do cuidado.

Em estudo desenvolvido por Rivera et al. (1995), foi observado que as variáveis idade, sexo e escolaridade não mostraram influência no cumprimento do tratamento anti-hipertensivo. E também não houve relação entre o cumprimento do tratamento medicamentoso e o controle da PA, o que, descartada a possibilidade de falsos cumpridores na amostra, pode sugerir, segundo os autores, a incorreta indicação de fármacos. Foram relatadas como principais causas da não adesão ao tratamento da HA: falta de informação ou indisciplina da população na ingestão dos medicamentos indicados e efeitos adversos dos fármacos.

Em contraposição, na pesquisa desenvolvida em Salvador por Fonseca (1995), os pacientes de cor branca aderiram 2,7 vezes mais do que os negros e 1,6 vezes mais que os mulatos. Esses, 1,7 mais que os negros. Os solteiros foram os que mais aderiram ao tratamento, pois apresentaram o menor percentual de não-adesão (15%), ao contrário dos separados com 31,6%. Os pacientes com tempo de diagnóstico de menos de um ano e de um a três anos aderiram mais à consulta e ao tratamento do que aqueles com mais tempo. Os que receberam orientação escrita sobre dieta aderiram duas vezes mais à consulta e tratamento do que aqueles que não receberam. Cerca de 21,5% do total da amostra (n=200) não aderiram ao tratamento. A maior frequência de adesão foi verificada entre 50-59 anos. Os pacientes que se trataram apenas com dieta apresentaram 100% de adesão, enquanto que os que estavam sob tratamento medicamentoso, apenas 29,2%.

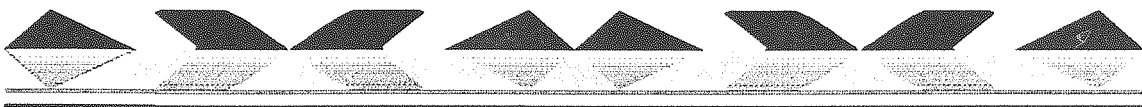
Em Fortaleza, com a pesquisa desenvolvida por Teixeira (1998) sobre a adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão, encontrou-se: a realização de um pequeno número de consultas no ano (2,7 em média) contribuindo para uma menor adesão, uma maior adesão nos pacientes entre 31-40 anos e menor entre 61-70 anos, não sendo identificada

relação entre sexo e adesão. Quanto ao estado civil, o grau de adesão foi maior entre os separados e divorciados, o que contraria os dados de Fonseca (1995) citados anteriormente. A adesão diminuiu à medida em que a classe social foi mais baixa, não sendo constatado um índice uniforme entre o aumento da adesão compatível com o aumento da escolaridade, mas uma melhor adesão nos pacientes com maior renda familiar. Quanto aos fatores ligados à terapêutica, Teixeira constatou relação direta entre a maior adesão e menor complexidade terapêutica (menor número de fármacos).

Resende (1998), utilizando o modelo conceitual de King (1981), identificou que os fatores que dificultam o controle da HA pelos seus portadores estão relacionados, prioritariamente, aos sistemas pessoais (conhecimento, características individuais e cultura) e sociais (meio em que vive, política, cultura e normas), apresentando com maior frequência: dificuldade de acesso ao serviço de saúde, desconhecimento dos fatores de risco da doença, impotência no controle das emoções, insatisfação na relação com os profissionais de saúde e limitação da capacidade física.

Diante de tais explicações, constatamos que um grande número de fatores interfere na adesão do paciente com hipertensão ao tratamento e que o conhecimento desses, associado às respostas à necessidade de adesão à terapêutica pelo indivíduo, compreendidos a partir dos sistemas do modelo conceitual de King, pode propiciar uma base para o estabelecimento de meios mais diretivos na abordagem desse paciente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO



3. REFERENCIAL TEÓRICO

O modelo conceitual de King (1981) foi adotado por ser considerado adequado ao trato de pacientes com afecções crônicas. King é uma figura marcante na enfermagem mundial pela estruturação de seu Modelo Conceitual de Sistemas Abertos e sua Teoria de Alcance de Metas, continuamente utilizados pelos enfermeiros de todo o mundo.



Figura 2: Imogene King, reproduzido de Ackermann et al. (1994).

Ela desenvolveu seu modelo conceitual com o intuito de que esse evoluísse em direção a uma Teoria de Enfermagem.

Um modelo conceitual é um arcabouço, um paradigma, ou quadro de conceitos e proposições gerais e abstratas que fornecem uma estrutura de referência ou perspectiva distinta em um domínio de investigação de uma disciplina que trabalha com conceitos (George, 1993).

3.1. **UMA ABORDAGEM DE SISTEMAS EM SAÚDE**

Pelo Modelo Conceitual de Sistemas Abertos de King (1981), a **saúde** é definida como ajuste contínuo a estressores no ambiente interno e

externo por uso de otimização dos recursos da pessoa para alcançar um potencial máximo para viver. A utilização de um "modelo de sistemas" é ideal hoje em dia, pelas mudanças e complexidade das organizações de saúde, pois, provavelmente, o único modo de estudar seres humanos em interação com o ambiente seja desenvolvendo uma estrutura conceitual de variáveis mutuamente dependentes e conceitos relacionados. São determinados três sistemas interativos: o pessoal, interpessoal e social (King, 1981).

- Sistema pessoal: é o tipo de sistema compreendido por um indivíduo em um ambiente, ou seja, a enfermeira, enquanto pessoa, é um sistema total, e o indivíduo, enquanto pessoa, também é um ser total. Esse sistema engloba conceitos de percepção, ego, imagem corporal, crescimento, desenvolvimento, tempo e espaço.

- Sistema interpessoal: é formado pelo agrupamento de indivíduos em díades, tríades e pequenos e grandes grupos. Existem diversos tipos de sistemas interpessoais (enfermeira-paciente, membro familiar-paciente, entre outros). Nesse sistema, são englobados os seguintes conceitos: papel, interação, comunicação, transação e estresse.

- Sistema social: caracterizado pelo ajuntamento de grupos com interesses e necessidades especiais que formam organizações e compõem unidades e sociedades. Alguns exemplos de sistemas sociais são: família, grupos religiosos ou de convicção, sistemas educacionais e de trabalho. Os conceitos relacionados a este sistema são: organização, autoridade, poder, *status*, tomada de decisão e papel.

King (1981) conceitua **enfermagem** como percepção, pensamento, relacionamento e ação, lado a lado com o comportamento dos indivíduos que vêm ao **ambiente** imediato e à realidade espacial e temporal, que compõe uma situação de enfermagem. Nessa, a enfermeira e o paciente estabelecem uma relação de tolerância dos estados de saúde e ajuste a atividades de mudança na vida diária, se a situação exigir. A enfermagem é, portanto, um processo de ação, reação (**resposta**), interação e

transação, por meio do qual são dadas informações sobre as percepções da enfermeira e indivíduo (paciente) na situação de enfermagem.

3.2. MODELO CONCEITUAL DE KING

Em seu modelo conceitual, King (1981) parte da suposição de que a **meta da enfermagem** é ajudar o indivíduo a manter sua saúde para que, dessa maneira, ele possa desempenhar bem seus papéis, ou seja, é, sobretudo, o cuidado de seres humanos. Ela identifica a estrutura conceitual como uma estrutura de sistemas abertos, intercomunicantes, como expressos na Figura 3.

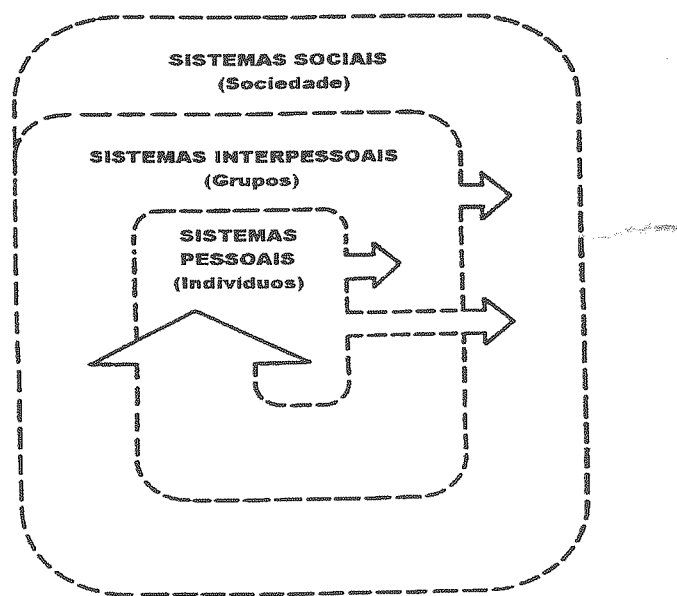


FIGURA 3 - Estrutura conceptual de Imogene M. King. (Reproduzido de KING, 1981:11)

Em sua estrutura conceitual, King supõe que as funções das enfermeiras são ensinar, aconselhar e guiar indivíduos e grupos, ajudando-lhes a manter sua saúde. Toda a estrutura se baseia no fato de que o foco da enfermagem é o cuidado de seres humanos. Considera, também, que os **seres humanos**, sendo sistemas abertos, permanecem em constante interação com seu meio ambiente e com as pessoas que o cercam. Cada um dos sistemas preconizados por King (1981), pessoal, interpessoal e social, encontra-se em interação intrínseca com os demais, o que garante o equilíbrio de indivíduo e grupos. Alterações em um desses

sistemas podem repercutir nos demais, uma vez que seu caráter de sistema aberto os fazem intercambiar em suas três vertentes.

Imogene King não retém sua preocupação apenas sobre o paciente hospitalizado, mas também sobre indivíduos com doenças crônicas: "*as enfermeiras cuidam de indivíduos com **doenças crônicas** e dos que precisam de reabilitação para os ajudar a utilizar sua habilidade potencial para funcionar como seres humanos*" (King, 1981: 8-9), isto é, desenvolvendo-se ao máximo no desempenho de seu papéis cotidianos.

Os conceitos relacionados no sistema pessoal (percepção, ego ou *self*, imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço), interpessoal (papel, interação, comunicação, transação e estresse) e social (organização, autoridade, poder, *status*, tomada de decisão e papel) fornecem uma rede conceitual sobre a qual repousa seu modelo. Os conceitos relativos a cada sistema traçam um emaranhado teórico que os delimitam, ao mesmo tempo em que permite livre fluxo entre eles.

No sistema pessoal, King (1981) define esses conceitos:

- A *percepção* é a representação do real de cada ser humano. É universal porque todas as pessoas têm percepção, embora possa ser subjetiva, pessoal e seletiva para cada pessoa. Sua ação está voltada para o presente e baseia-se na informação disponível. É um processo no qual os dados obtidos através dos sentidos e memória, são organizados, interpretados e transformados. É um conceito muito importante às enfermeiras por permitir o desenvolvimento de uma base para juntar e interpretar informações. A percepção é a base para o conceito de ego.

- O *self* ou *ego* é o indivíduo dinâmico, um sistema aberto voltado a uma meta. É a concepção que o indivíduo tem de quem e do que ele é. Pode estar refletido sobre o passado e especulando acerca do futuro. Um sistema pessoal é uma unificação complexa que o *self* (ego) percebe, pensa, deseja, imagina, decide, identifica metas, selecionando as que pretende alcançar. O *self* é um ser **reativo**. Toda enfermeira e paciente tem um ego, mas é a consciência desse ego que ajuda a tornar um

indivíduo sensível, satisfeito consigo mesmo e nas relações com os outros. Cada ego é uma pessoa inteira, com crescimento e desenvolvimento em uma sociedade específica.

Dessa maneira, um conceito de ego reflete padrões de crescimento e desenvolvimento na estrutura corporal e cognitiva dos seres humanos.

- *Crescimento e desenvolvimento* incluem mudanças celulares, moleculares e comportamentais nos indivíduos. São os próprios processos de vida, nos quais as pessoas vão de um potencial para a conquista de atualização do *self*. Isto é importante quando as enfermeiras avaliam a habilidade da pessoa para executar funções associadas à vida diária. O conhecimento do modo como as pessoas crescem e se desenvolvem associado ao de seu ego, ajuda as enfermeiras a entender as pessoas com problemas na imagem corporal.

- A *imagem corporal* é um componente integrante do crescimento e desenvolvimento que sofre influências do ego. É a maneira pela qual as pessoas percebem, não só o seu corpo, mas também as reações dos outros a sua aparência. É um conceito extremamente pessoal e subjetivo, que pode ser adquirido ou instruído. É importante para as enfermeiras entender o conceito de imagem corporal e suas alterações, pois elas podem ajudar o indivíduo quando ocorrerem alterações na sua imagem.

- O *espaço* é um componente essencial no modelo conceitual de sistemas abertos de King. Está situado no sistema pessoal por sua relação com percepção, imagem corporal e modo como as pessoas utilizam o espaço. É definido pela sua área física (território) e pelos comportamentos dos que o ocupam. Ele difere do sistema pessoal porque este não tem limites visíveis. O espaço é universal porque todas as pessoas têm algum conceito de espaço, existe em todos os lugares e não tem nenhum limite. Mas ele é pessoal e situacional, na medida em que existe e que é percebido pelas pessoas e alterado de uma situação a outra. É dimensional (tem função de área, volume, distância e tempo) e transacional (determina as transações entre os seres humanos e o ambiente). É necessário um

conceito de espaço às enfermeiras para possibilitar o entendimento de si mesmas em relação ao espaço pessoal e, então, avaliarem a percepção do paciente do espaço pessoal.

- O *tempo* é a duração entre um acontecimento e outro, é experienciado unicamente por cada indivíduo. É universal, por ser inerente aos processos de vida. É relacional, pois é individual e baseado na singularidade de cada pessoa e ambiente perceptual. É unidirecional, de direção irreversível, movendo-se do passado ao futuro. É subjetivo, pois está baseado nas percepções das pessoas dos sucessivos eventos em suas vidas. O conhecimento da percepção de tempo de seus pacientes ajudará as enfermeiras no atendimento às suas necessidades.

O tempo e o espaço são universais porque os indivíduos sempre têm algum conceito sobre eles. O tempo pode ser inerente às etapas da vida da pessoa. Dimensões espaço-temporais do ambiente influenciam percepção, ego, imagem corporal e crescimento e desenvolvimento.

Todos esses conceitos relacionam seres humanos dinâmicos, que vivem em interação contínua com o ambiente. Entretanto, com o aumento do número de indivíduos, aumenta a complexidade das relações. A seguir, abordaremos os conceitos relevantes do sistema interpessoal, segundo King (1981):

- *Interações* são os comportamentos observáveis em díades, tríades ou em grupos, em presença mútua. A interação entre dois ou mais indivíduos representa uma sucessão de comportamentos verbais e não verbais, que são dirigidos a uma meta. No processo interativo, dois indivíduos identificam metas e os meios para as alcançar mutuamente, sendo que uma das formas mais elevadas de interação é a fala. Interações são valores que influenciam transações e metas alcançadas. Através das interações, os seres humanos estabelecem relações entre si. Quando uma pessoa inicia a interação, acontece uma ação, ela reage a essa outra e o desenrolar dessa reação é que vai determinar se a interação continua e chega a transação ou não. Dessa maneira, interação são os atos de duas

ou mais pessoas em presença mútua. As interações representam o que uma pessoa pensa e sente sobre outra, como cada indivíduo percebe o outro e reage às ações do outro. Nas situações de enfermagem é importante haver interação recíproca no estabelecimento de um sistema interpessoal positivo. O desenvolvimento de um conceito de interação requer o conhecimento do papel dos indivíduos em interação.

- *Comunicação* é o processo pelo qual uma informação é repassada de uma pessoa para outra, de maneira direta ou não. As funções prioritárias da linguagem em uma sociedade são facilitar a cooperação e interação entre indivíduos. Comunicação é um intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos. Pode ser verbal ou não verbal. A verbal é efetivada quando satisfaz desejos básicos de reconhecimento, participação e auto-realização no contato direto entre as pessoas. A comunicação não verbal inclui gestos, expressões faciais, ações e posturas de ouvir e sentir. O cuidado de enfermagem envolve conhecimento e habilidades de comunicação com uma variedade de indivíduos, em busca de alcançar metas. O alcance de uma meta é visto como transação.

- *Transações* são comportamentos humanos dirigidos a metas. Acontecem em situações nas quais os seres humanos participam ativamente em eventos e esta participação ativa nos movimentos/ações para alcançar uma meta provocam mudanças nos indivíduos. Não estão relacionados ao movimento de "análise transacional". A interação humana conduz a transações. A ocorrência de transações reduz o estresse em uma situação. A transação será necessária por ocasião da formação de díades no sistema interpessoal, assim como a interação.

- *Papel*, como um constructo, é pertinente em cada um dos três sistemas em interação dinâmica no modelo conceitual de King (1981). No sistema interpessoal identifica relações interativas e modos de comunicação. Um conceito de papel exige que os indivíduos se comuniquem uns com os outros e interajam com o propósito de alcançar metas. O papel pode ser aprendido com a família ou com outros grupos. É

situacional, pois depende da situação vivenciada e das pessoas envolvidas na interação. O papel do enfermeiro é instruído nas universidades e, mais tarde, no grupo de trabalho. Ele pode ser definido como o conjunto de comportamentos esperados de parte dos que ocupam uma certa posição no sistema social, ou o conjunto de procedimentos ou regras que definem as obrigações e direitos inerentes a uma posição organizacional. O conhecimento de papel é importante às enfermeiras para facilitar seu desempenho nos sistemas de cuidado à saúde. O conflito de papéis em um sistema interpessoal, ou seja, a não adequação do ego ao papel a ser desempenhado, pode aumentar a tensão ou estresse no ambiente, interferindo de forma positiva ou não nas interações humanas.

- *Estresse* é, em tese, um estado de dinamicidade pelo qual indivíduos interagem com o ambiente em busca de um equilíbrio que propicie o crescimento, desenvolvimento e desempenho efetivo de papéis, envolvendo troca de energia e informação entre as pessoas e o ambiente, possibilitando a regulação e controle dos estressores. Mas, nem sempre ressalta-se seu lado benéfico, pois o estresse excessivo pode ser prejudicial à saúde. A exposição ao convívio com a morte causa estresse ao ambiente das enfermeiras e isso não é benéfico. Mas o estresse parece ser essencial à vida. Algumas de suas características são: 1. universalidade, pois não está limitado a um tempo ou lugar; 2. tem uma dimensão espaço-temporal porque a elevação excessiva do estresse acontece em momento e situação determinados; 3. subjetividade porque ele varia de acordo com a forma como as pessoas respondem (reagem) aos eventos da vida. Dessa forma, pode-se dizer que as enfermeiras estão numa posição de observadoras de padrões de respostas a estressores, pois, uma vez identificadas as causas da tensão, torna-se possível sua intervenção.

Considerando que as situações de enfermagem se localizam, em grande parte, nos sistemas de cuidado de saúde, serão apresentados os conceitos relacionados ao sistema social, pois, pelo largo alcance com as experiências humanas no ciclo vital, uma base de sistemas sociais é

essencial ao conhecimento das enfermeiras. Esse sistema provém a estrutura para a definição de relações sociais e estabelece regras de comportamento, modo e ação. Um sistema social é um sistema de limite organizado de papéis sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos de regulação dessas reações. Tem como conceitos relevantes, segundo King (1981):

- *Organização*, que é onde os seres humanos dispõem a maior parte de suas vidas. Seus parâmetros são: 1. valores humanos, padrões de comportamentos, necessidades, metas e expectativas; 2. ambiente natural, no qual os recursos humanos e materiais são essenciais à consecução de metas; 3. os constituintes dos grupos interagem coletivamente para atingir metas; 4. tecnologia facilitadora do alcance das metas, pois é necessário conhecer a filosofia, as metas, funções, recursos e quem toma decisões em todos os níveis da organização. Dessa forma, os indivíduos e grupos são as unidades sociais de uma organização, que é um sistema no qual as atividades contínuas são administradas para alcançar metas. O entendimento do conceito de organização ajuda as enfermeiras na identificação e trato com o conflito entre a organização e seus papéis e funções profissionais, associado ao conhecimento de autoridade e poder.

- *Autoridade* é o poder para tomar decisões que guiam as ações do *self* e de outros. É um processo ativo e recíproco de transação em que conhecimento, experiência, percepções e valores dos sujeitos influenciam a definição, confirmação e aceitação dos que se encontram em posições organizacionais, associados a esse poder. É essencial à realização de metas e às organizações, especialmente as formalmente constituídas. Mas é válido ressaltar que deve ser reconhecida por quem sofre sua influência, aceitando e obedecendo. Nos diversos sistemas de cuidado à saúde nos quais as enfermeiras trabalham, há a necessidade de entender a autoridade organizacional vigente, assim como a autoridade legítima da enfermeira. Sua apropriada utilização em uma organização promove

satisfação ao trabalhador, eficiência, elevação moral e facilita o alcance de metas.

- O *poder* é uma característica da autoridade, sendo o processo através do qual uma ou mais pessoas influenciam outras numa determinada situação. O poder existe dentro das relações sociais e os que o exercem podem controlar grupos e organizações.

- *Status* é a posição de um indivíduo em um grupo como percebido por outros indivíduos desse. É o prestígio adquirido em um papel. Por exemplo, o papel de enfermeira tem mais prestígio que o papel do auxiliar de enfermagem e é visto como tendo maior *status*.

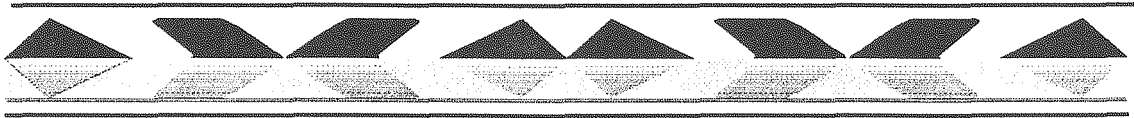
- *Tomada de decisão* é um conceito chave em qualquer organização. Decisões são julgamentos feitos que afetam o curso da ação a ser desenvolvida em situações específicas. Tomada de decisão tornou-se um conceito importantíssimo para as pessoas em todos os aspectos da vida. A todo momento estamos constantemente "tomando decisões" e o acerto ou erro nessas decisões pode ser determinante em uma situação. As decisões regulam a vida e o trabalho das pessoas. A própria ação ou resposta humana é decorrente de um processo de tomada de decisão. As decisões são situacionais e dirigidas a metas, compondo um processo contínuo. Esse, envolve uma situação, estado ou problema. A tomada de decisão necessita de informação pertinente ao assunto. Constantemente, enfermeira e paciente tomam decisões sobre metas a serem alcançadas. Para alcançá-las, faz-se necessária a informação compartilhada entre eles, respeitando os aspectos éticos, pois, embora a vida humana seja um contínuo processo de tomada de decisões, nas situações de vida e morte, conhecimento e habilidades durante esse processo são essenciais.

É possível afirmar, diante da descrição conceitual exposta, que "enfermeiras e pacientes são seres humanos reativos que interagem em situações específicas para alcançar propósitos específicos" (King, 1981).

Em um artigo recente, King (1997) afirma que a meta da utilização de seu modelo conceitual de sistemas é a saúde e que as funções desses

sistemas são verificar ou observar nas relações recíprocas de indivíduos, como eles interagem e fazem transações com outras pessoas. Através do conhecimento de seu modelo conceitual, afirma ser possível identificar conceitos essenciais ao conhecimento da enfermagem enquanto disciplina, derivar e testar teorias em pesquisas que podem resultar em conhecimento científico, servindo também como uma estrutura para desenvolver um currículo para educação de enfermagem e, finalmente, para implementar uma prática com base teórica e desenvolver a qualidade do cuidado para todos os indivíduos em hospitais, agências comunitárias de cuidado à saúde e nas próprias famílias.

4. MATERIAL E MÉTODO



4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma abordagem exploratório-descritiva, que é, segundo Triviños (1993), um tipo de estudo que enfoca o conhecimento de características e problemas de um indivíduo ou grupo. Sua vertente exploratória deve-se ao fato de, inicialmente, permitir o aumento da experiência acerca do assunto. Seu caráter descritivo, entretanto, está relacionado ao desenvolvimento, após essa etapa inicial, do estudo aprofundado da convivência dos pacientes com hipertensão com a não adesão ao tratamento da doença. Por ser descritivo-exploratório, o estudo dispensa hipótese, que é, segundo Triviños (1993) uma possível verdade intuída com o apoio de uma teoria. Seus resultados e interpretações devem gerar hipóteses a serem testadas posteriormente.

É um estudo de natureza predominantemente qualitativa, pois se preocupa com a descrição da reação de não aderência ao tratamento no paciente com HA, associado ao modelo conceitual de King (1981) proposto em sua Teoria de Alcance de Metas, sendo definido esse referencial pela adequação da utilização de sistemas nessa abordagem.

4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O universo constou da clientela participante do programa de controle da hipertensão arterial de um centro de tratamento de hipertensão e diabetes do estado do Ceará que demonstrou não apresentar adesão ao tratamento no período de março de 1998 a março de

1999. A não-adesão foi identificada pela presença de uma ou mais das características abaixo:

1. níveis permanentemente elevados de PA, mesmo com comparecimento às consultas agendadas;
2. descontinuidade no comparecimento às consultas marcadas, sem justificativa, sem estar sendo atendido em outro serviço e com manutenção de níveis elevados da PA;
3. abandono do tratamento ambulatorial, só retomado após atendimento na emergência do serviço por pico hipertensivo;
4. comparecimento às consultas, mas com desenvolvimento de complicações secundárias à doença, como lesões nos órgãos-alvo (rins, coração, retina e cérebro).

Em todas as situações em que os pacientes apresentaram as características um e quatro, isolada ou conjuntamente, procurou-se, junto ao profissional que o atendia, esclarecer se não se tratava de uma resposta terapêutica insatisfatória, pois, na ocorrência disso, tal caso não foi considerado de não adesão, mas de resposta terapêutica ineficaz, não participando, portanto, do estudo. Em relação ao item três, consideramos as condições atuais desse paciente, e sua necessidade ou não de acompanhamento sistemático ambulatorial, do que decorreu sua inserção ou não na pesquisa.

A população do estudo englobou os pacientes que, apresentaram o perfil estabelecido de não-aderência e que atenderam aos seguintes critérios: estarem matriculados nesse programa há, no mínimo, seis meses, para que já tivessem passado por todas as fases do tratamento e estabelecido relacionamento interpessoal. Que, mesmo tendo perfil de não-aderência, não tivessem abandonado o serviço, facilitando a coleta por diminuir gastos com deslocamento. Deveriam residir em Fortaleza ou região metropolitana, pela maior facilidade de acesso para realização de visita domiciliar, quando necessário contato posterior com o paciente.

Foram critérios para inclusão na amostra: aceitar voluntariamente a participação no estudo, estar consciente, orientado, em condições de ser entrevistado e não ter diabetes associada, condição esta que, possivelmente, alteraria a resposta do paciente. A amostra constou das pessoas atendidas durante os meses de março, abril e maio de 1999, dada à necessidade de apresentação do relatório final da pesquisa.

Foram entrevistadas 21 pessoas e todas assinaram o termo de consentimento para a pesquisa. Com a finalidade de preservar a identidade dos sujeitos, no decorrer do trabalho foi adotada como referência a sua denominação por nomes fictícios.

4.3. **U** CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida em um centro integrado de atendimento para diabetes e hipertensão do estado do Ceará. A instituição é caracterizada pela presença de equipe multiprofissional, constituída por enfermeiros, médicos, fisioterapêutas, odontólogos, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Nela são desenvolvidas ações múltiplas que visam estabelecer o controle dos níveis pressóricos e o atendimento globalizado ao paciente, desde a entrevista com a assistente social às consultas de enfermagem, médica, odontológica e nutricional, além do fornecimento da grande maioria dos medicamentos prescritos. Os pacientes têm um espaço no centro, onde se organizam em uma associação, que visa conseguir benefícios para eles, congregando, conjuntamente, aqueles que apresentam diabetes. Em consonância com a direção da instituição, desenvolvem campanhas de detecção precoce da hipertensão, assim como seminários e palestras. Nessa instituição funciona ainda um "hospital-dia", destinado aos pacientes que chegam em estado grave, com pico hipertensivo, ao centro de atendimento e precisam ficar algum tempo sob cuidado, após receberem administração de medicamentos hipotensores.

4.4. **I** NSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado (anexo A) foi composto por dados que permitiram a caracterização da amostra e por três temáticas norteadoras: resposta dos pacientes à doença e ao tratamento, relacionamento com profissionais de saúde e relacionamento com sua família. Estas tomaram forma como entrevista, que para Haguette (1997) é um processo de interação social entre duas pessoas, no qual uma delas (entrevistador) objetiva obter informações por parte do outro (entrevistado). Assim, a mesma se deu de maneira semi-estruturada, que, de acordo com Polit, Hungler (1995) permite a exploração de problemas e questões básicas.

As entrevistas foram gravadas sempre que houve o consentimento do entrevistado para isso, pois este procedimento possibilita uma descrição mais detalhada de seu relato, inclusive de pausas na fala e do tom da voz, permitindo uma avaliação mais acurada do material coletado. Segundo Cabral, Tyrrell (1998), a gravação proporciona maior liberdade para o entrevistador centrar a atenção no entrevistado. Mesmo gravando, foi sempre explicitado dia e horário das gravações, algum gesto realizado e, depois, foi descrita a impressão pessoal de todas as entrevistas e do ambiente naquelas em que foi necessário visita domiciliar. Nas entrevistas em que não houve gravação, foram feitas anotações durante e logo em seguida ao término da mesma. Foi realizada observação com o intuito de registrar tudo, inclusive expressões faciais, gestos e mudanças de postura do entrevistado, uma vez que, segundo Polit, Hungler (1995), esses dados permitem a obtenção de variadas informações de valor inestimável ao pesquisador, propiciando-lhe profundidade, variedade de informações e complementando os achados. Ao término da entrevista, agradeceu-lhes sua contribuição à pesquisa.

A fonte de dados foi do tipo primária, junto aos pacientes e, em alguns casos, utilizou-se também observações feitas por familiares durante a entrevista. A amostra foi aleatória, composta por 21 pacientes

que não apresentaram adesão ao tratamento e o levantamento de dados foi realizado durante os meses destinados a tal procedimento.

O instrumento foi previamente testado durante o mês de janeiro de 1999. Os resultados trouxeram mudanças estruturais, com agrupamento das questões em temáticas, de forma a possibilitar um levantamento de dados mais conciso. Tal procedimento foi realizado com três pacientes de características semelhantes às da amostra, em outra instituição. Sendo realizado novo ensaio em fevereiro de 1999, na própria instituição em estudo, permitindo a adequação do instrumento ao seu propósito.

À medida em que fui me integrando à rotina do serviço, vivenciei inúmeras experiências, como: almoçar na cantina, cuja alimentação é específica para os pacientes, inscrever-me na Associação dos Diabéticos e Hipertensos do Ceará, conversar com as pessoas que lá trabalham, ao ponto de já me sentir parte integrante daquele cotidiano. Os pacientes que estavam em estado de maior gravidade e tiveram retorno agendado nos três meses em que passei lá, ao chegar para a consulta perguntavam até quando eu ficaria no centro. Isso me aproximou mais dos pacientes e facilitou as entrevistas, que transcorreram com naturalidade, pois eles confiavam em mim. Isso evoluiu ao ponto de que, mesmo os que não se encaixavam nos critérios de inclusão da amostra, queriam ser entrevistados, queriam ser ouvidos. E isso foi muito significativo.

Inicialmente, abordei os pacientes no ambulatório, apresentando-lhes a carteira do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), para identificar-me. Eles mostraram-se receptivos e nossa interação foi natural. Foi mostrado o objetivo da pesquisa e esclarecido o que se faria com as informações fornecidas, favorecendo a participação da amostra no estudo.

4.5. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações relacionadas à caracterização da amostra foram apresentadas em um quadro, com freqüências absolutas e relativas,

enquanto as respostas às questões abertas foram tratadas utilizando-se o método de análise de conteúdo.

As entrevistas gravadas foram transcritas mediante a repetida escuta dessas. A leitura sucessiva das falas permitiu a percepção de categorias presentes nos discursos. Assim, para a organização do material, optei por seguir os passos da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), que define categorias como rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um nome genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos.

Rodrigues, Leopardi (1999) afirmam que essa forma de análise é uma das mais antigas cronologicamente e das mais utilizadas na prática. A análise categorial de Bardin (1977) é organizada em três momentos:

-pré-análise, que é a organização dos dados para sua sistematização em núcleos de sentido, referenciando significados e ações expressos pelos pacientes quanto ao assunto em estudo, após ter sido processada exaustiva leitura das entrevistas e destacados os pontos de semelhança;

-exploração do material, na qual acontece a análise propriamente dita, sendo codificados os resultados a partir dos pontos de semelhança já identificados, associados a conceitos, em unidades que surgirão a partir da organização das falas;

-e a terceira e última fase, que é a de interpretação dos resultados, na qual são realizadas inferências, com base no modelo conceitual de King (1981), possibilitando a elaboração de áreas de significado e ações desenvolvidas no tocante à problemática em estudo.

Segundo Bardin (1977), as categorias de análise devem respeitar os seguintes princípios:

- de exclusão mútua, pelo qual as categorias devem ser construídas de tal forma que um núcleo de sentido ou tema não pode ter duas ou mais formas de classificação em categorias, só sendo cabível em uma categoria;

- homogeneidade, por este, as categorias devem ser compostas por assuntos de abrangência similar e organizadas segundo a mesma regra;

- objetividade, segundo o qual o analista deve ser objetivo, isentando-se de seus valores no momento da análise, uma vez que analistas diferentes devem chegar ao mesmo resultado;

- adequação ou pertinência, pelo qual as categorias devem ser condizentes com o conteúdo abordado;

- exaustão, que determina que todos os núcleos de sentido ou temas contidos nas falas devem ser classificados, esgotando totalmente o texto;

- produtividade, segundo o qual o conjunto das categorias será considerado produtivo ao fornecer resultados significativos em dados e índices, permitindo a formulação de novas hipóteses.

À medida em que se vai analisando o texto, a análise vai sendo aperfeiçoada, de maneira que sua realização se dá em contínuo fazer e refazer, somente sendo consolidada ao final e resultando em profunda exploração do material (Rodrigues, Leopardi, 1999; Mussi, 1994).

Inicialmente, fiz uma leitura flutuante, para estabelecer um maior contato com as falas dos pacientes. Depois, procedi a leitura das respostas a todas as entrevistas, permitindo uma "impregnação" das falas em mim e iniciando a codificação do material a ser analisado. A seguir, fiz recortes de unidades, agregando as respostas convergentes. Os elementos de registro e de contexto das respostas coletadas, foram retirados por analogia e organizados em categorias e sub-categorias, que foram denominadas, passando a agrupar núcleos de relação, que continham as falas que as caracterizava. Tal análise foi validada por outra pesquisadora.

Os dados qualitativos tiveram sua análise orientada pela estrutura conceitual de sistemas de King (1981), além de consulta às referências literárias acerca do tema. Esse modelo, como já citado, foi escolhido pela sua adequação ao trato de pacientes portadores de afecções crônicas e por considerar o ser humano como um sistema pessoal aberto, que sofre influências interpessoais e sociais. Inicialmente, fez-se uma leitura prévia de inúmeras teorias que poderiam servir ao estudo, mas, nesse caso, o modelo conceitual de King (1981) mostrou-se mais adequado à realidade.

Triviños (1993), afirma que a realidade não deve ser adaptada à teoria, e sim, deve ser utilizada para aperfeiçoá-la. E, embora a origem da teoria seja norte-americana, concordamos com Garcia (1996) ao afirmar que sua aplicabilidade é perfeitamente possível em qualquer cultura.

4.6. **A** SPECTOS ÉTICOS NA PESQUISA

O ingresso na instituição foi efetivado com autorização da direção da mesma, mediante encaminhamento de ofício, juntamente com o projeto de pesquisa à diretoria desta. O local de contato com o paciente para efetivação da entrevista se fez mediante sua escolha.

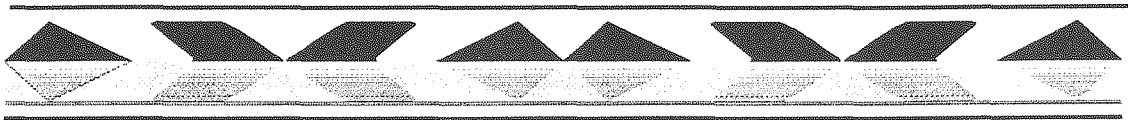
Por ocasião da entrevista apresentava-me, identificando-me inclusive através de documentos. Procurava esclarecer aos pacientes acerca do estudo, de seu objetivo, tornando-os cientes do sigilo conferido a sua identidade e informações e da importância de sua contribuição para a pesquisa, dando-lhes a oportunidade de escolher entre participar ou não do estudo. A anuência do participante era registrada em termo de consentimento (anexo B), previamente elaborado. A aceitação da participação na pesquisa foi voluntária e, mesmo após seu consentimento, poderiam dele retirar-se a qualquer momento.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (anexo C), atendendo aos aspectos éticos da resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (Brasil, 1996).

4.7. **F** INANCIAMENTO E RECURSOS DISPONÍVEIS

A pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob a forma de bolsa de demanda social. Contou, ainda com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), órgão financiador do projeto de pesquisa ao qual o estudo está inserido.

5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS



5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS

5.1. **D**S SUJEITOS DO ESTUDO

Sara:

Sara é uma simpática senhora viúva, de 73 anos, que mora com uma filha solteira, e outra filha também viúva e seus dois filhos. Descobriu ter hipertensão quando o marido teve trombose. Uma médica ia em casa assisti-lo e numa dessas consultas encontrou alteração na sua pressão, diagnosticando hipertensão.

Conheci Sara no ambulatório de hipertensão. Ela estava acompanhada do neto caçula. Como de costume, fiz a triagem dos pacientes que se adequavam ao estudo e, em seguida, abordei-os acerca de seu interesse em participar do mesmo. Ela logo se mostrou disponível e nossa interação foi imediata, conversamos muito. Ela, sempre muito gentil, falou-me de seu tratamento e de seus temores em relação ao mesmo e à vida. Pareceu sentir muito a falta do marido, denotando dependência em relação ao mesmo, já falecido. Parecia sentir-se como um fardo na vida das filhas, o que não achava justo. Relatava ser muito bem tratada pela família, o que transparecia em seu modo de se vestir e falar. Achava injusto também que a filha, "ainda tão nova", passasse pela dor que ela só agora, na velhice, estava passando – a viuvez, e, com essa, a responsabilidade da casa, que, até então, era do marido.

Sara é de estatura mediana, cerca de 1,62m e gordinha, pesando em torno de 76 Kg. Pareceu bastante indisciplinada no tratamento: como uma

"menina travessa" fazia tudo o que não podia às escondidas das filhas, tendo o neto caçula como cúmplice, um garoto de 10 anos. Embora referisse não faltar às consultas, apresentava níveis elevados de PA constantemente, além de, segundo ela mesma, esquecer de tomar os remédios às vezes e não aderir às mudanças de estilo de vida, embora tenha citado diminuição do consumo de sal.

Bem vestida, educada, morando em um bairro de classe média alta, refere conhecer perfeitamente todas as nuances do tratamento anti-hipertensivo. Segundo ela, apesar de ter plano de saúde, vai à consulta no Centro por gostar da médica, fazer exames e receber medicamentos gratuitamente.

Daniel:

Daniel é um senhor de 62 anos, estatura mediana, magro, aparentando ansiedade em relação à doença e depressão por não trabalhar. Citou ter um relacionamento difícil com os filhos. Nós nos conhecemos no ambulatório de hipertensão. Ele referiu não seguir as medidas higiênico-dietéticas, nem tomar os medicamentos regularmente. Com isso, sua pressão arterial apresentava-se elevada com frequência. Veio à consulta acompanhado da mulher, de quem demonstrou excessiva dependência. O casal pareceu bastante simpático e integrado, embora com muitos problemas familiares. Durante a entrevista procurei ouvi-lo com atenção, o que acalmou sua ansiedade. Ele contou que não gosta de ir à consulta, que fica nervoso, pois quando criança, caiu e levou um ponto. Disse ter "horror a médico". Sempre que vem à consulta sua pressão se eleva mais ainda e ele fica internado no hospital dia do serviço. Conversamos antes da consulta. Ele desabafou, falou sobre os filhos, contou sua história. Tirou muitas dúvidas também sobre o tratamento, medicamentos e possíveis interações farmacológicas. Depois foi para a consulta, sempre seguido da esposa. Ao sair desta, estava muito feliz porque, pela primeira vez (segundo informação dele), desde que tem HA,

teve os valores de PA normais durante a consulta e não precisou ficar internado. Ficou exultante, radiante mesmo de tanta felicidade.

Ruth:

Ruth é uma senhora de cinquenta anos, solteira, que mora sozinha em um bairro pobre da periferia. Trabalha na área da saúde, como auxiliar de laboratório, estando próximo da aposentadoria. Tem poucos amigos, recebendo apenas visitas da irmã, a quem ajuda financeiramente.

Ansiosa pela aposentadoria, acredita que todos os seus problemas serão resolvidos por ocasião desta. Mostrou-se, inicialmente, um pouco resistente à abordagem. Aos poucos foi relaxando e aprofundando mais o assunto. Ao saber que eu também era da área da saúde, conversou mais à vontade, falou de seu dia a dia no trabalho, não parecendo ter outros focos de atenção. Mantém contato com as amigas do trabalho e vai às vezes aos aniversários em suas casas. Esses são um dos poucos momentos de lazer e relaxamento. Refere ter problema de locomoção devido à artrite no joelho, o que dificulta ainda mais sua integração social.

Extremamente sincera e lutadora, Ruth refere dificuldades em aderir ao tratamento, especialmente em obedecer à dieta. Admite, ainda, dificuldade para fazer caminhada e tomar os remédios corretamente.

Revela que boa parcela de sua hipertensão é emocional, por sofrer de extremo estresse, não tendo, segundo a mesma, um canal aberto para falar com seu médico, pois cada vez é atendida por um médico diferente, dado do qual ela não gosta. Parece ser muito revoltada com tudo, diz só ir à consulta porque precisa e afirma não gostar do tratamento.

Ana:

Ana é uma mulher de 32 anos, separada do marido, cria sozinha a filha de três anos. Bem vestida e educada, mora em um bairro de classe média alta.

Depressiva, afirma ter descoberto a doença durante a gravidez, quando começou a tomar os remédios. Refere que a PA normalizou depois do parto. Foi embora do Ceará com o marido e a filha, quando ainda era casada. Com a separação, retornou a Fortaleza. Com a volta dos sintomas, reiniciou o tratamento. Parece associar a hipertensão à depressão por causa do divórcio, que ela não queria, mas o marido achou que não dava mais certo. Para ela, ele tem outra e isso a deixa ainda mais deprimida. Ela foi à consulta só, estava sentada em um canto do corredor, sem conversar com ninguém.

Discreta, falou pouco, apesar de demonstrar interesse pela pesquisa. Disse que ninguém poderia entender o que ela estava passando. "É muito duro separar e ter que voltar à casa dos pais", disse. Foi muito difícil a entrevista com Ana, ela se mostrou deprimida a maior parte do tempo e nada do que conversávamos parecia animá-la.

Ester:

Ester é uma senhora casada, com dez filhos, evangélica da Igreja Assembléia de Deus. Conservadora, um pouco gordinha, de cabelos bem longos, foi bastante acessível e generosa em sua entrevista. Conversamos bastante, ela contou o seu cotidiano, suas crenças, falou do marido e dos filhos, que ela acredita "serem uma bênção de Deus em sua vida". Trabalha duro em casa, mas tem uma pessoa que a ajuda nas tarefas domésticas. Relatou ser bem relacionada no seu grupo – a igreja. Apresenta características do tipo mãezona: protetora, arrisca tudo para defender seus filhos, não se importando se vai sofrer com isso ou não. Mora em um bairro pobre da região metropolitana de Fortaleza. Pega três ônibus para ir até ao ambulatório. Mesmo assim, diz-se "conformada" com este fato. Revela satisfação com o tratamento, mas apresenta níveis de pressão constantemente elevados, o que ela acredita serem fruto de sua intensa "luta diária". Com cerca de 1,60 e 75 Kg, não segue corretamente a dieta, segundo ela própria relata, pois em casa sempre tem muita gente

nas refeições e a comida é feita junta, então ela come tudo o que os outros comem. Adora ver a casa cheia, repleta de "irmãos em Cristo". Tem fé em Deus que nada de mal vai lhe acontecer e que vai ficar boa. Com a intensidade das tarefas domésticas, às vezes esquece de tomar o remédio nos horários corretos. Foi muito bom conversar com ela porque é uma pessoa de uma fé intensa, mas de poucos recursos educacionais. Não entende muito da doença, deixa um pouco as decisões a cargo dos filhos, que estudaram mais. Às vezes falta às consultas.

Isabel:

Isabel é uma simpática velhinha de 81 anos, que mora na região metropolitana de Fortaleza. Está viúva há quatro meses e ainda se emociona muito ao falar do marido. É hipertensa há 30 anos. Não segue o tratamento, não toma os medicamentos como prescritos por achar ruim e apresenta níveis pressóricos elevados. Foi à consulta acompanhada de seu genro, um senhor de cerca de 60 anos, também hipertenso, mas que não faz tratamento.

Isabel demonstrou dependência das filhas para sair, embora em casa consiga se locomover sem maiores problemas. Lúcida, apesar da idade, demonstra coerência e raciocínio lógico. Falou de seu passado, da saudade do marido e, quando eu lhe perguntei porque não segue o tratamento, disse que já está muito velha para obedecer algo. Falou, ainda, que achava que já estava perto de ir para junto de seu velho, então iria fazer tudo o que tivesse vontade, apenas evitando excesso de gordura e sal. Tem uma úlcera varicosa no membro inferior direito há um ano, o que lhe dificulta um pouco os movimentos.

Alexandre:

Alexandre é um senhor alto, moreno, de meia idade, evangélico. Sua esposa também tem pressão alta, diabetes, cardiopatia e já teve câncer em

um dos seios. Ele acredita que, de tanta preocupação com a mulher, adoeceu também. Bastante acessível, conversou muito. Pareceu muito carinhoso com a mulher, esta aparentando ser bem mais velha que ele, em decorrência de seus múltiplos processos patológicos, uma vez que era até mais nova. O casal mostrou-se interessado na pesquisa, pois tinham dificuldade em aderir ao tratamento, ele mais que ela, e, como fator resultante, ele tinha níveis de pressão constantemente elevados. Nos últimos meses vinha tentando aderir, mas sem muito sucesso, pois não conseguia seguir as recomendações dietéticas e ingeria bastante sal, pois, para ele, a comida sem sal ficava sem gosto. Com isso, passou a fazer apenas uma refeição por dia, situação à qual já se dizia habituado. Demonstrou, como os demais entrevistados, sinceridade no que falou.

Falou do medo que tinha de que a mulher viesse a ter novamente um câncer, do quanto dependia dela e do quanto ela também dependia dele. Os filhos complementavam sua união, embora cada um já tivesse sua vida, trabalhasse e, assim, era com a esposa que ele contava sempre e a quem temia perder.

Rebeca:

Rebeca é uma senhora que tem dois filhos. Mãe solteira, sempre lutou sozinha pela criação deles. Ambos são adultos e moram com a mãe, sendo que um tem companheira e o outro está noivo. Rebeca afirmou que vai dividir a casa em três, para acomodar os filhos e suas famílias.

Rebeca tem uma aparência jovial, usa roupas curtas, maquiagem, mas se diz achar muito velha, doente e quer se aposentar. Durante a entrevista Rebeca se mostrou descontraída e assumiu sem transtornos a não adesão ao tratamento, referindo adorar comida oleosa e ser sedentária, tendo níveis de PA constantemente elevados, justificados como consequência de não aceitar o tratamento por não gostar de tomar muitos comprimidos. Revelou dificuldades financeiras e incômodo pelo fato de não trabalhar, pois segundo ela, no tipo de trabalho que desempenhava –

em fábricas – não se contratam pessoas doentes ou mais velhas, pela alta demanda de pessoal disponível.

Rebeca só refletia sua postura frente ao tratamento ao ser aconselhada pela mãe que, em decorrência da mesma doença, teve uma trombose.

Helena:

Helena é uma jovem senhora negra, que trabalha como doméstica em uma casa há vários anos. Tem duas filhas, uma legítima e outra adotiva. Mora com as filhas e o marido, que bebe com frequência, causando-lhe aborrecimento.

Reside em um bairro da periferia de Fortaleza. Passa o dia no local onde trabalha como cozinheira, estando em casa somente à noite.

Aparentando estar de bem com a vida, Helena encara os problemas de frente e já é acostumada às barreiras da vida.

Mostrou-se extremamente aberta à entrevista, fornecendo dados precisos que demonstram sua não adesão ao tratamento, como níveis pressóricos constantemente elevados e, até, sucessivas internações nas emergências dos hospitais por picos hipertensivos, que ela refere nos últimos três meses serem mais raros. Não segue o tratamento farmacológico, nem as medidas higiênico-dietéticas. Segundo Helena, ela não fornece à médica tais dados porque, caso o fizesse, teria que ouvir uns sermões sobre o risco de sua conduta, o que ela diz conhecer. Tais fatos foram revelados a mim em confiança.

Lúcia:

É uma senhora de 46 anos, casada, de cor branca, dona de casa, católica, com baixo nível de escolaridade, residente na periferia de Fortaleza.

Refere passar mal com frequência, sentindo dor nas pernas, cefaléia intensa e mantendo constantemente níveis elevados de pressão arterial. Mesmo concordando em participar da pesquisa, Lúcia mostrou-se algumas vezes reticente em falar, parecendo não perceber a gravidade do problema que a acometia.

Muito religiosa e cheia de crenças, Lúcia procurava uma explicação para o fato de ter hipertensão arterial e tentava deixar de tomar os comprimidos, pois achava que, da forma permanente como os tomava, fariam mal à saúde. Demonstrou ansiedade na busca de suas respostas.

José:

José é um senhor de 48 anos, divorciado há 14 anos, católico não praticante, trabalha como despachante imobiliário, cursou grau superior em administração de empresas, não chegando a concluir o curso. Tem um filho da primeira mulher e nova companheira há dez anos.

A entrevista com José foi muito agradável. Conversamos muito e ele abriu seu coração, disse estar me contando coisas que ninguém sabia, nem mesmo seu filho – o arrependimento do divórcio. Contou piadas e foi contagiante sua alegria de viver. Sendo intrigante, porém, sua opção por não seguir o tratamento, seja farmacológico ou higiênico-dietético, considerando seu alto nível intelectual e sua experiência de vida, o que ele justificou como teimosia natural do ser humano.

José fala da segunda mulher com carinho, mas não com a mesma paixão com que fala da primeira. Ele afirma que a segunda é mais velha que ele e que é muito boa esposa, mas que a mãe de seu filho marcou demais. Ele parece nunca ter superado o fracasso do primeiro casamento e, depois disso, ter se dedicado à diversão e ao prazer. Reflete profundo interesse pela pesquisa, pois afirma que não consegue entender seu próprio comportamento, embora seja uma opção de vida. Apresenta PA constantemente elevada e falta muito às consultas.

Raquel:

É uma simpática senhora de 42 anos, casada, morena, de voz macia, aparentando muita tranqüilidade. Mora na região metropolitana de Fortaleza, é evangélica e trabalha na área da saúde, como atendente dental. Educada, mostrou-se bem acessível à pesquisa, demonstrando interesse pelo seu conteúdo. Apesar de ter terminado apenas o primeiro grau, comunica-se com fluência, embora aparentando muita timidez.

O contato com Raquel foi prejudicado devido à presença de níveis muito elevados de pressão arterial, sendo ela logo internada no hospital dia daquele centro. Parecia conviver com freqüência com aquela intercorrência, tal a calma apresentada.

Segundo ela, tratou-se de HA regularmente durante um ano e, como não apresentasse cura, passou a fazer o tratamento de forma irregular.

Júlia:

Júlia é uma senhora de 51 anos, dona de casa, ex-costureira, terminou o 3º ano primário. Mora na região da periferia de Fortaleza. Morena, casada, teve cinco filhos, um falecido. Demonstra ter vários problemas em relação ao marido, como alcoolismo e o fato do mesmo ter outra mulher e dois filhos com esta. Tem um aspecto sofredor, resignado, embora venha tentando superar seus problemas. Religiosa, demonstra muita fé em Deus e acredita que Ele vai lhe ajudar a superar suas dificuldades.

Em nosso primeiro contato no Centro, ela, embora tenha se mostrado interessada na pesquisa, perguntou se teria que pagar algum dinheiro para participar da mesma, pois só tinha um vale transporte para voltar para casa.

Na segunda vez em que nos vimos, também no Centro, por opção dela, que afirmou não ter espaço suficiente para conversar em sua casa

sem que o marido visse, deu-se a entrevista. Durante a mesma ela conversou bastante, chorou diversas vezes ao falar da morte de um dos seus filhos, da relação com o marido e dos problemas pessoais da filha.

Foi a entrevista mais emocionante deste estudo. No decorrer da mesma, pude perceber claramente porque, mesmo fazendo a dieta e tomando os medicamentos, ela não conseguia, de forma alguma, controlar os níveis tensionais: ela não tinha paz em casa.

Maria:

É uma jovem senhora, de 47 anos, casada, morena clara, dona de casa, terminou o primeiro grau. Mora na periferia de Fortaleza. Não aderente "de carteirinha", esquece de tomar os medicamentos, não faz a dieta, não pratica exercícios, recebendo críticas ferrenhas do marido e dos filhos, que insistem numa mudança de comportamento por parte dela. Já foi internada várias vezes por pico hipertensivo. Demonstra uma vontade recente de seguir o tratamento, segundo ela, pelos excessivos sintomas que vem apresentando ultimamente, como: cefaléia intensa, hipertermia, sudorese e tontura, controlados com a utilização dos medicamentos.

Felipe:

É um senhor de 51 anos, casado, moreno claro, comerciante, terminou a 4^a série primária e mora em uma favela de Fortaleza.

Minha conversa com Felipe foi, inicialmente, tensa. Ele apresentava ansiedade e vergonha ao confessar o que, para ele, era seu maior problema, a impotência sexual, que já o acometia há 20 anos e que, segundo ele, era resultado da grande quantidade de fármacos que tomava, inclusive antidepressivos. Referiu que somente estava confessando aquilo porque, apesar da tenra idade, sabia que eu era uma profissional, que iria tratá-lo como tal e que estava falando com todo o respeito. Pude perceber,

então, a razão de sua expressão triste, sentado em um canto do ambulatório e entender o quanto era difícil para ele confessar seu segredo.

Referiu dificuldades no relacionamento com os filhos e com a mulher porque, para ele, era muito difícil estar há 20 anos com uma mulher, tê-la ao seu lado e não conseguir “ficar” com ela, que ele afirma ser uma boa esposa, atenciosa e carinhosa com ele e os filhos.

Felipe aparentou inquietude e tensão, afirmando que gostava mais no tratamento lá no Centro porque haviam palestras com psicólogos, pois, nesse momento, tinha alguém para ouvi-lo, o que fazia com que ele se sentisse aliviado ao sair de lá.

Afirmava tomar os remédios e seguir as recomendações higiênico-dietéticas, não conseguindo justificar porque sua pressão arterial não tinha os níveis controlados. Convém acrescentar que, em contato com o profissional responsável pela prescrição, não foi detectada inadequação posológica ou do fármaco, sendo a falta de controle da PA justificada pelo comportamento do paciente.

Matheus:

É um senhor, de 61 anos, casado, moreno, evangélico, aposentado, terminou o 5º ano primário, mora na região metropolitana de Fortaleza.

Compareceu à consulta acompanhado da filha, uma senhora de uns 40 anos. Ele aparentava mais idade do que realmente tinha, referindo já ter sofrido muito por causa dessa doença – hipertensão- por ter demorado muito a descobri-la, fato que propiciou a evolução silenciosa da doença, chegando a lhe causar uma lesão em um dos olhos.

Matheus é tranqüilo e demonstra sabedoria de vida. Conversamos muito e ele contou inúmeros fatos: falou da esposa, dos filhos, de sua vida. Foi uma entrevista agradável. Em alguns momentos, sua filha se aproximava e comentava um ou outro fato, podendo-se notar a afinada relação pai-filha e a solicitude e instinto protetor desta para com ele.

Marta:

É uma senhora simpática de 44 anos, casada, morena, trabalha como cabeleireira, católica, terminou o 2º grau, mora na periferia de Fortaleza. Bastante extrovertida, conversou muito. No dia de nossa entrevista, ela estava levando a tia, irmã de sua mãe, para a consulta com o cardiologista porque ela também tem hipertensão.

Pude perceber que, para Marta, conviver com a morte por acometimentos cardiovasculares era uma rotina: perdera a mãe, o irmão e sua tia, a quem tinha como referência materna desde a morte da mãe, também estava com hipertensão. Parecia acreditar que também morreria da mesma doença e a hipertensão não a assustava, era normal. Ela não fazia o tratamento e acreditava que logo iria morrer e não se preocupava com isso porque com a mãe e o irmão também fora assim.

Foi assustador, para mim, assistir ao pensamento de Marta, dito de uma forma contundente, explícita e sem temores, o que me chocou profundamente. Enquanto ela falava, tentava saber se realmente pensava o que estava falando e parecia que sim. É difícil entender como, para alguém, é mais fácil conviver com a morte que com um tratamento. Eu tentava de alguma forma explicar para ela que não tinha que ser assim, mas ela disse não ter medo, pois sabia que era uma tendência da família dela e, portanto, inevitável.

Fátima:

É uma senhora de 54 anos, casada, com filhos também já casados, morena, católica, dona de casa. Nunca estudou, só sabendo assinar o nome. Mora na região metropolitana de Fortaleza.

Ao perguntar-lhe de seu interesse em participar da pesquisa, consultou sua sobrinha, que sempre a acompanha às consultas e é quem a ajuda a resolver seus problemas. Com o consentimento da sobrinha, ela então começou a conversar.

Morando em um lugar distante, de difícil acesso, Fátima afirmou conviver com o perigo de uma crise hipertensiva a qualquer momento, pois não tinha carro e, sempre que passava mal, tinha que mandar alguém andando até a estrada, para de lá pegar o ônibus e avisar a sobrinha que ia buscá-la e a levava a um serviço de saúde. A sobrinha era sua referência com o mundo além de seu sítio. Em casa, ela fazia tudo: cozinhava, varria e lavava. Com a doença, afirmou que piorou, pois com frequência sentia-se mal, atrapalhando o desempenho dos afazeres domésticos. Não fazia o tratamento como prescrito: tomava os medicamentos, mas o sal e a gordura não podia tirar, pois, segundo ela, era o que de melhor tinha em casa, seu único alento naquele mundo isolado. Como, então, retirá-lo?

Ageu:

É um senhor de 52 anos, casado, moreno, católico, trabalha como motorista, terminou a 8ª série e mora na periferia de Fortaleza.

Demonstrou extremo interesse pela pesquisa por ter toda a família com hipertensão e, à exceção de um irmão, todos sem controle dos níveis tensionais. Segundo ele, seu irmão somente conseguira controlar a doença porque tinha dinheiro e tomava os remédios comprados, que eram melhores que os fornecidos pelo governo.

Com uma forte tendência a caracterizar tudo entre pobre e rico, com dinheiro e sem dinheiro, Ageu acreditava que vivia mais doente porque não tinha a fórmula da felicidade – moeda. Deprimido, "fazendo bicos", sofria terrivelmente com o ciúme excessivo da mulher, que sustentava a casa com o que ganhava de uma lojinha localizada na frente de sua residência. Em uma visita ao casal, a mulher participou da entrevista, muitas vezes complementando informações, mas também desenhando o quadro clínico do marido como alguém em estado de saúde muito grave, que deveria ser aposentado e ser tratado com todo o cuidado pelos filhos, aos quais ela pediu que eu aconselhasse nesse sentido.

Betânia:

É uma senhora de origem humilde, com 55 anos, casada com um senhor viúvo, de mais posses. Morena, católica, dona de casa, mora na periferia de Fortaleza. Não sabe sequer assinar o nome, mas fez questão de por na escola os dois filhos, que já terminaram o 2º grau. Não faz o tratamento como prescrito, deixa de tomar os remédios quando quer, apresentando valores constantemente elevados de pressão arterial.

Muito cheia de crenças e tabus, Betânia acredita que tem hipertensão porque um dia estava dormindo e, ao acordar, tomou vento. Para ela, os “remédios do mato” surtiam muito mais efeito no controle da hipertensão que os de farmácia. Com isso, o quintal de sua casa continha as mais variadas espécies: colônia, capim santo, laranjeira, chuchu, tudo, segundo ela, que servia para controlar os níveis pressóricos, especialmente o chuchu, o seu preferido.

Morando em uma casa ampla, tinha no marido e nos filhos seus grandes amigos. O marido já idoso, tinha hipertensão e diabetes. A filha, separada do marido, um rapaz de classe média, voltou com suas duas filhas a morar com os pais. O filho, ainda solteiro, terminara o 2º grau recentemente. As filhas do primeiro casamento do marido tinham boas condições financeiras e os ajudavam também de vez em quando, dando presentes e oferecendo o carro para levá-los à consulta.

Betânia mostrou uma extensa sabedoria cultural, descrevendo contos e histórias durante todo o decorrer da entrevista. Rapidamente, começou a contar-me tudo, sendo extremamente acessível e detalhista nas informações e comentários. Contou da doença ao casamento da filha, levou-me para conhecer os netos, a outra filha do marido, que morava próximo, enfim fez-me sentir o imenso calor humano vindo daquela senhora gordinha, de olhos expressivos e, por vezes, tristonhos, deixando-me à vontade em sua casa.

Talita:

É uma senhora de 45 anos, casada, morena, católica, trabalha como lavadeira e passadeira de roupas, não tem salário fixo, terminou a 4ª série primária e mora na periferia de Fortaleza. Tem HA há 12 anos, desde a gravidez do último filho, não conseguindo até hoje controlar a PA.

Tem problemas com o marido, que bebe com frequência. Luta com os filhos pela sobrevivência, tendo uma filha que faz Faculdade de Letras à noite. Como cuidado, a mãe vai sozinha esperá-la na estrada, para que a filha não corra riscos, uma vez em que moram em um local perigoso.

Trabalha muito, tendo um aspecto de sofrimento no rosto. Ansiosa, refere descrença no tratamento e problemas no relacionamento com o marido, por isso preferindo que conversássemos no Centro de tratamento.

Referiu que sua mãe, também com pressão arterial elevada, teve uma trombose há alguns anos. Desde então, passa uns tempos na casa de cada filho. Talita se preocupa muito com a mãe e quer ajudá-la, mas ganhando pouco, fica difícil até quando ela vem para sua casa porque precisa de uma alimentação melhor, que nem sempre pode lhe dar.

Com isso, muitas vezes deixa de ir às consultas porque prefere deixar o dinheiro do transporte para que a filha vá à faculdade. Isso a desestimula quanto ao tratamento e ela só toma os medicamentos quando sente algo, para que não acabem logo e não tenha que ir novamente ao Centro e "ouvir sermões".

Após conhecer um pouco da história dos sujeitos do estudo, passaremos agora à caracterização da amostra.

5.2. CARACTERIZAÇÃO AMOSTRAL

Os dados relativos a sexo, idade, estado civil, religião, ocupação, salário e escolaridade, serão apresentados de forma quantitativa, com vistas a caracterizar a amostra.

Quadro I: Caracterização dos pacientes quanto ao sexo, idade, estado civil, religião, ocupação, salário e escolaridade. Fortaleza, 1999.

SEXO						
Feminino		Masculino		Total		
f	%	f	%	f	%	
15	71,4	06	28,6	21	100	
IDADE						
Faixa Etária	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
32 --42	02	9,5	00	00	02	9,5
42 --52	08	38,2	02	9,5	10	47,7
52 --62	03	14,3	02	9,5	05	23,8
62 --72	00	00	02	9,5	02	9,5
72 --82	02	9,5	00	00	02	9,5
ESTADO CIVIL						
	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Casado	10	47,7	05	23,8	15	71,5
Divorciado	01	4,7	01	4,7	02	9,5
Solteiro	02	9,5	00	00	02	9,5
Viúvo	02	9,5	00	00	02	9,5
RELIGIÃO						
Católicos		Protestantes		Total		
f	%	f	%	f	%	
16	76,2	05	23,8	21	100	
OCUPAÇÃO						
	f	%				
Aposentado/pensionista	04	19,0				
Auxiliar de laboratório/consultório	02	9,5				
Cabeleireira	01	4,75				
Comerciante	01	4,75				
Despachante imobiliário	01	4,75				
Doméstica/lavadeira	02	9,5				
Dona de casa	06	28,7				
Motorista	02	9,5				
Sem ocupação/desempregado	02	9,5				
SALÁRIO						
	f	%				
Nenhum	08	38,2				
01	05	23,7				
02	06	28,7				
03	01	4,7				
10	01	4,7				
ESCOLARIDADE						
	f	%				
Analfabeto	01	4,7				
Escreve o nome	02	9,5				
1º grau incompleto	10	47,7				
1º grau completo	03	14,3				
2º grau incompleto	03	14,3				
2º grau completo	01	4,7				
3º grau incompleto	01	4,7				

No quadro I, pode-se observar que, relacionado ao sexo, 15 (71,4%) da amostra eram mulheres, enquanto seis (28,6%) eram homens, o que

pode ser decorrente de uma procura maior destas pelos serviços de saúde, pela padronização de programas de atenção especial a esse grupo.

Quanto à idade, a faixa etária predominante foi a de 42 a 51 anos, no sexo feminino, com oito pessoas (38,1%), sendo que todos os pacientes tinham 32 anos ou mais. Nos homens, a incidência mostrou-se relativamente constante nos de 40 anos e mais.

No quadro, vemos que 15 pessoas (71,4%) eram casadas, sendo dez mulheres e cinco homens, enquanto que seis (28,6%) indivíduos eram solteiros, viúvos e divorciados, o que pode ser decorrente da idade em que se encontram, pois a maioria das pessoas com 30 anos já é casada.

No que tange à religião, 16 (76,2%) eram católicos e cinco (23,8%) eram protestantes. Observou-se no segundo grupo maior resignação em relação ao tratamento e à doença, embora não se tenha encontrado estudos que abordem tal relação. Não é de admirar, no entanto, que 76,2% da amostra seja de católicos, uma vez que tal característica se estende ao Brasil, que é um país de maioria católica.

Quanto à ocupação, boa parcela do grupo esteve compreendido nas ocupações de dona de casa (28,6%) e aposentado ou pensionista (19,0%).

Podemos ver também que o maior número do grupo (19) esteve compreendido nas classes de receber de nenhum a dois salários mínimos por mês (90,5% da amostra). Assim, os componentes da amostra tinham um baixo nível econômico, o que pode ter sido influenciado por se tratar de um ambulatório estatal.

A baixa renda pode dificultar a adesão ao tratamento. É necessário o dinheiro do transporte para ir ao serviço. Caso haja falta de medicamento nessa instituição é necessário comprar o fármaco, dentre outros gastos, inclusive com alimentação porque o atendimento geralmente é demorado devido à alta demanda de pacientes por se tratar de um local de referência, sendo outro motivo de demora o fato de que o paciente é visto por vários profissionais (enfermeira, médico, nutricionista,

assistente social, entre outros). Para quem recebe nenhum, um ou dois salários, embora pareça pequeno, esse gasto representa muito, o que pode fazer com que o tratamento passe a um plano secundário de prioridade. Por outro lado, há a perspectiva de receber o medicamento gratuitamente, o que não ocorre no serviço privado.

No quadro I vemos ainda que uma grande parcela da amostra (13 = 63%) esteve compreendida nas classes de analfabeto, escrever o nome e primeiro grau incompleto. Assim, é possível inferir que os componentes da amostra tinham um baixo grau de instrução. Dantas, Colombo, Aguillar (1999) também encontraram precário índice de instrução, sendo que 51% da amostra era de analfabetas e 42,8% tinham primeiro grau incompleto.

Esses dados são os mais preocupantes, pois o desconhecimento, a desinformação, a ausência de uma formação escolar básica que lhes permita compreender a importância da adesão para o controle da hipertensão arterial e de todos os males dela decorrentes é um dos problemas principais, relacionado aos pacientes.

Magro, Silva e Riccio (1999) estudando a percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença, encontraram que 40% desses pacientes assumiram não conhecer o processo de sua doença e 66,7% não conheciam seus efeitos colaterais. Esses dados associados a uma baixa escolaridade podem dificultar muito o seguimento do tratamento, sendo clara a importância do profissional de saúde na facilitação de conhecimento de sua patologia e do tratamento respectivo com vistas ao aumento dos índices de adesão ao tratamento. Especialmente em nosso país, onde é elevado o analfabetismo e muitas são as dificuldades enfrentadas na educação, os profissionais de saúde precisam ser, antes de tudo, educadores, facilitadores das transformações nas mentes humanas e, para isso, é necessário que haja uma porta aberta de comunicação entre os pacientes e esses profissionais.

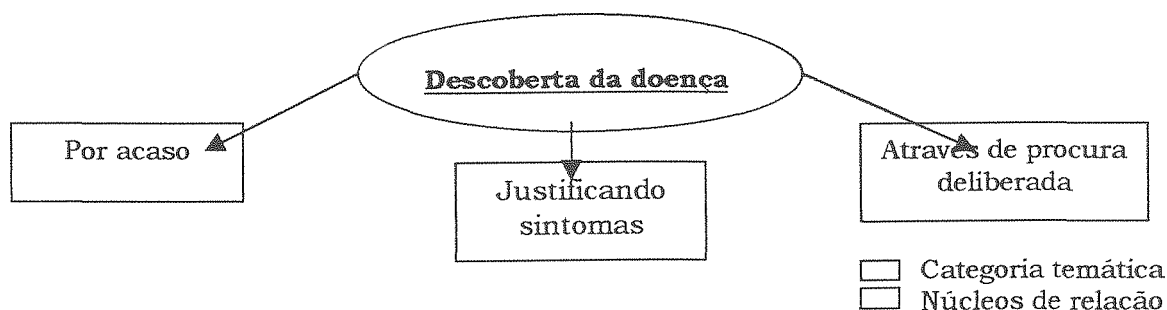
Agora que conhecemos os sujeitos e suas características, passaremos a descrever e analisar nossos achados propriamente ditos.

5.3. ORGANIZANDO E EXPLORANDO AS CATEGORIAS

Apresentaremos a seguir as categorias encontradas. Elas se apóiam no modelo conceitual de King (1981):

- relacionadas ao **sistema pessoal**: *descoberta da doença, sentimentos em relação ao tratamento, respostas à descoberta da doença, dificuldades individuais para seguir o tratamento, descrição do ambiente e medo das seqüelas;*
- inerentes ao **sistema interpessoal**: *estabelecendo relacionamentos interpessoais, comunicação ineficaz com o profissional de saúde, interagindo com o profissional de saúde, ajuda recebida e dificuldades no cotidiano;*
- que dizem respeito ao **sistema social**: *grupos dos quais participa, relações críticas, interferência dos relacionamentos, pessoas influentes e tomando decisões em relação aos problemas cotidianos.*

Passaremos a expor as categorias relacionadas ao **Sistema Pessoal**. A categoria temática *descoberta da doença*, pode ser assim representada:



Descoberta da doença

Por acaso

Meu marido teve trombose e a médica ia em casa assisti-lo. Verificou uma vez a minha pressão e descobriu a hipertensão. (Sara)

Descobri que tinha pressão alta durante a gravidez. Comecei a tomar os remédios ainda na gravidez (aldomet). Depois que eu tive o nenê a PA normalizou. Fui embora do Ceará. Quando voltei, senti os mesmos sintomas e estava com HA de novo. (Ana)

Descobri que tinha pressão alta por casualidade. Minha mulher, que tem pressão alta, foi tirar a pressão

e insistiu para eu tirar também. Quando eu vi, a minha tava mais alta que a dela. (Alexandre)

Descobri que tinha HA porque fui atrás de emprego numa firma e a médica de lá viu que eu tinha pressão alta. (Rebeca)

Descobri que tinha pressão alta há quinze anos, quando estava grávida, no pré-natal. Mesmo depois da gravidez, minha pressão continuou alta. (Helena)

Descobri que tinha hipertensão em São Paulo, trabalhando na Volkswagen, após me divorciar da minha 1ª mulher, quando fui fazer uma consulta. (José)

Podemos observar que a hipertensão se caracteriza na amostra como uma doença que se descobre "por acaso", havendo situações em que essa descoberta se deu por conta de um pré-natal, uma consulta de rotina, uma prevenção de câncer, à procura de emprego ou, ainda, em consulta a outra pessoa da família. Isso mostra um dado importante: não há um comportamento preventivo em relação à patologia nos indivíduos que participaram do estudo, refletindo uma posição muito comum na sociedade. Quando não existe ainda sintomatologia, não há nenhum incômodo ao paciente decorrente de seu acometimento pela doença, que está em uma fase inicial. Assim, é detectada muitas vezes em estágio já avançado, o que levanta a necessidade de verificação da pressão arterial como rotina de qualquer consulta, o que serviria como mecanismo de busca ativa de casos. Cruz (1995) comenta que promoção da saúde e prevenção de doenças são metas a serem alcançadas pelas atividades de enfermagem dentro do sistema único de saúde. E Trentini et al. (1996) acrescentam, afirmando que o exercício da cidadania constitui o componente básico para essa promoção da saúde. A situação da saúde pública brasileira chega a ser caótica, não deixando margem a esse exercício, uma vez que não tem se mostrado capaz de atender à demanda.

Mion Júnior (1994) afirma que não tratar a hipertensão significa multiplicar em milhões de vezes as chances de sofrer um infarto, ter algum problema de insuficiência cardíaca e renal, de obstrução nas

artérias e que, na gestação, a hipertensão apresenta uma importância ímpar, pois sua continuidade é a primeira causa de morte materno-fetal.

Percebe-se, então, a elevada importância das campanhas educativas voltadas à população e mesmo aos profissionais de saúde, enfocando a detecção precoce e a prevenção da hipertensão, o que não é ainda uma realidade no cotidiano ambulatorial de nosso país. De acordo com Araújo (1999) ainda restam dúvidas entre os profissionais de saúde até sobre a própria técnica de verificação da pressão arterial, que é um procedimento considerado rotineiro, sendo que vários aspectos que podem induzir a erros de medida ainda são ignorados. Assim, ressalta-se a extrema importância da atualização dos profissionais, pois, estando eles à frente das campanhas, é necessário que passem a ver a hipertensão como uma doença grave, sem cura, mas passível de controle e que deve ser detectada o quanto antes, visando diminuir seus conseqüentes danos.

Justificando sintomas

...senti uma tontura e fui ao médico da empresa. Ele me disse que minha PA estava altíssima, 220 mmHg. (Daniel)

Eu descobri que tinha pressão alta porque eu sentia dor no peito esquerdo e descia no braço. Meus filhos ficaram apavorados, eu fui em Messejana e minha pressão estava alta. (Ester)

Eu levei um pessoal pra Messejana- a mãe da minha esposa e uma vizinha que morava aqui em frente. Quando chegou lá, estourando a cabeça, eu fui e foram me dar remédio, tiraram a minha pressão e eu tava mais doente do que as pessoas que eu levei. (Ageu)

Nos casos em que a descoberta da doença se deu em justificativa a sintomas, a hipertensão normalmente já demonstra sinais de avanço, encontrando-se plenamente instalada e desenvolvendo lesões orgânicas, uma vez que seu caráter silencioso já fora abandonado. Ribeiro (1996) afirma que, na maioria dos casos, a HA não se manifesta por sintomas

claros e, por isso, ela pode ocorrer sem que se perceba e, quando diagnosticada, pode já haver comprometimento de órgãos vitais.

Faz-se necessário que durante as consultas ambulatoriais de rotina, os profissionais de saúde busquem uma visão holística do paciente, facilitando a detecção dessa doença. Uma vez que a verificação da PA é um procedimento básico a toda consulta, não se deve prender apenas às queixas dos pacientes, pois o caráter silencioso da hipertensão inviabiliza o aparecimento precoce de sintomas. Capra (1997) afirma que, ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano. O despreparo de alguns profissionais de saúde os faz ver apenas o órgão que apresenta sintomas e, como a hipertensão tem um caráter silencioso e sindrômico, muitas vezes não há um sintoma claro, passando despercebida, especialmente nos grupos mais jovens, que, em sua maioria, não apresentam ainda lesões em órgãos-alvo.

Através de procura deliberada

Na minha família, outras pessoas têm. Então, eu descobri... (Raquel)

Eu tenho história familiar de hipertensão: meu irmão de 22 anos faleceu de derrame, minha mãe era cardíaca, faleceu com 44 anos. Foi fácil descobrir. Eu já esperava. (Marta)

Raros foram os casos em que a doença foi descoberta através de procura deliberada, acontecendo somente em duas pessoas que já tinham uma forte história familiar de cardiopatia, já tendo indicativos de que poderiam vir a desenvolver a HA pela presença de fator genético.

Isso só vem comprovar que a percepção, não só dos pacientes, mas dos próprios profissionais de saúde ainda é muito limitada no que tange ao acometimento por hipertensão, pois essa procura deliberada deveria ser um procedimento de rotina nos serviços de saúde. Além disso, o paciente deve atuar como agente do seu próprio cuidado, não devendo

permanecer inerte aos acontecimentos de sua vida, embora se saiba que o mundo atual colabora sobremaneira para que nossa percepção fique mais aguçada em torno de como obter um melhor emprego, ou mesmo das tarefas cotidianas, fazendo com que a saúde seja deixada de lado e se trabalhe enfocando, não a promoção da saúde, mas o tratamento das doenças.

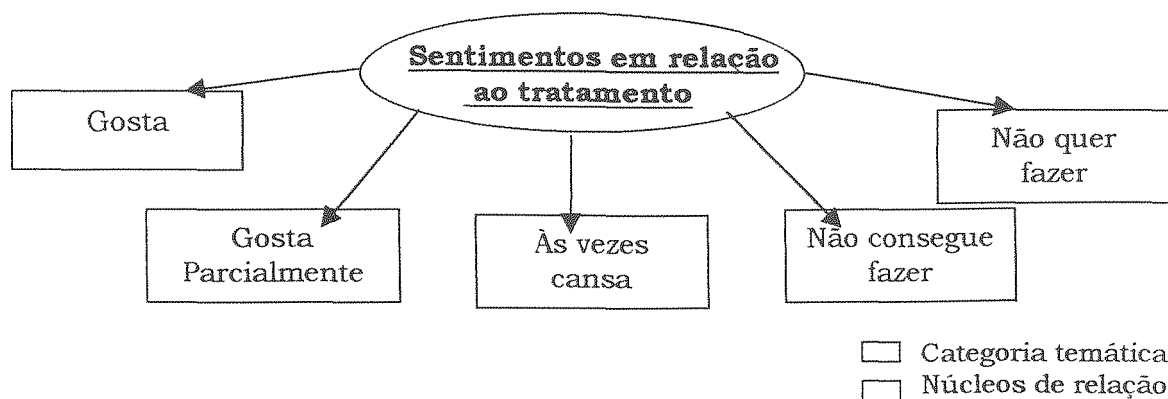
Percebemos que a categoria temática *Descoberta da doença*, através dos núcleos de relação: "por acaso", "justificando sintomas" e "através de procura deliberada", encontra-se extremamente ligada ao conceito de percepção de King (1981), pois caracteriza o modo como o paciente percebe a patologia e a representa na realidade a partir das informações a ele disponíveis. A autora descreve as características da percepção como:

- universalidade, as pessoas percebem indivíduos e objetos no ambiente e estas percepções provêm informação sobre o mundo;
- subjetividade, pessoal e seletiva, pois as experiências de cada um e sua percepção dos fatos variam;
- ação orientada no presente, uma vez que a pessoa vê o mundo de informações que está disponível, sendo as suas percepções influenciadas por interesses atuais, precisos e metas futuras;
- transações, uma vez que todos os indivíduos entram em uma situação como participantes ativos e sua existência em interação afetará sua identidade.

Para Magro, Silva e Riccio (1999), 24,3% dos pacientes com hipertensão não-aderentes que compuseram a amostra de seu estudo percebiam a doença como uma forma de restrição dos seus hábitos e 13,5% como patologia que causa incapacidade. Se isso é uma realidade entre a maioria das pessoas com hipertensão não-aderentes ao tratamento, não é de admirar que não haja um comportamento de detecção precoce desta. É necessário que se desenvolva nos pacientes a percepção dos benefícios do tratamento, do controle da doença e da diminuição das seqüelas causadas por esta. Esse desenvolvimento, no entanto, deve ser adequado a cada pessoa, uma vez que a percepção é

subjetiva e requer interação dos indivíduos como participantes ativos, buscando alterar sua percepção orientada no presente.

Veremos agora a categoria *sentimentos em relação ao tratamento*:



Sentimentos em relação ao tratamento

Gosta do tratamento

Eu acho certo fazer o tratamento e gosto de me tratar...Seguir o tratamento já me incomodou muito antes porque eu comia tudo. Hoje me acostumei, só o que eu não gosto é de ter que tomar chá no jantar para perder peso. (Sara)

Não tenho nenhum problema com o tratamento. Acho que quem é comelão, não se satisfaz, é difícil. Mas a gente tem que prezar pela saúde. (Ester)

Eu acho que eu já me acostumei com a idéia do tratamento. Desde os 28 que eu faço, já tenho 44, me acostumei com a idéia. (Marta)

Penso que vou seguindo o tratamento e vou me dar bem, acho que vou melhorar. Acho bom seguir o tratamento porque se eu deixar, é pior. (Fátima)

Alguns pacientes falam do tratamento como algo necessário e que devem seguir. Para eles, não seguir a terapêutica proposta pode ser pior que segui-la (Fátima), ou porque já estão a bastante tempo em contato com as recomendações, ou porque acabam se acostumando com esse regime (Sara, Ester e Marta). Podemos observar, então, que, após um certo período de tempo, a tendência do indivíduo é de se adaptar ou afastar do tratamento. Então, se ele supera o impacto inicial de descoberta da

doença e de implantação do tratamento sem se desvincular do serviço, dificilmente abandonará este, ainda que não mantenha um nível de adesão satisfatório (falte a algumas consultas, não faça caminhada, entre outros). Os pacientes, porém, não apontaram orientação ou esclarecimento por parte dos profissionais no favorecimento da adesão ao tratamento.

Gosta parcialmente do tratamento

Também não faço caminhada. (Ruth)

Não faço caminhada por causa do meu pé doente e tenho dor no joelho. (Isabel)

Eu não faço dieta. A única extravagância que eu faço é o sal, porque eu gosto de sentir o gosto do sal quando eu como. Aí eu só almoço, não janto... Hoje não faço mais dieta, não tem quem faça, não quero ficar fraco de novo. Essas comidinhas não sustenta ninguém, prefiro só almoçar, do que almoçar e jantar aquelas comidas de doente. (Alexandre)

Eu tomo os comprimidos direto, mas a dieta eu não faço. Eu gosto muito de colocar óleo na comida, mas como ensosso. Eu como muito gorduroso, não sei ficar sem comer porque eu gosto. Eu penso: se eu comer, eu morro; se eu não comer, eu morro também, então vou comer... Eu também não gosto de andar, meu destino é só estar dentro de casa. (Rebeca)

As caminhadas é pouca, dificilmente eu ir. (Helena)

Nestes casos, em que os pacientes demonstram que gostam apenas parcialmente do tratamento, podemos inferir que podem não ter compreendido as orientações do profissional de saúde, isso considerando que elas foram repassadas. Ou seja, sua captação do tratamento pode ter sido parcial. Ou ainda que, ao seguirem algumas condutas e outras não, eles estão fazendo o seu próprio programa terapêutico, independente dos profissionais de saúde. Assim, vê-se que até tomam remédio, mas, na maioria dos casos, não gostam de fazer caminhada ou dieta. Magro, Silva e Riccio (1999) descreveram que, em seu estudo, 56,3% dos pacientes com

HA não-aderentes ao tratamento, denotaram sentimentos negativos em relação à doença, como angústia, tristeza, insatisfação, indiferença e complexo de inferioridade.

Isso comprova que os pacientes ainda não estão conseguindo perceber efetivamente uma mensagem positiva em relação à necessidade de aderir ao tratamento da hipertensão. A modificação do estilo de vida necessária ao tratamento é vista como cerceamento da liberdade de escolha, quando na verdade, deveria ser percebida como uma forma atenuada de intervenção, que, dependendo do estágio da doença, pode trazer resultados tão bons quanto a terapia farmacológica.

Às vezes o tratamento cansa

Às vezes eu exagero, canso do tratamento e como tudo que tenho vontade. Quero lá saber, eu quero é comer. Minhas colegas ficam com medo que eu piore, mas eu nem ligo. Também não faço caminhada. Se for pra ir a um aniversário, eu vou e como de tudo. (Ruth)

Eu me sinto cansada do tratamento, tenho depressão, minha vontade é de nem estar aqui, de não estar em lugar nenhum. (Ana)

Às vezes eu sigo o tratamento, às vezes não... a gente cansa. (Isabel)

Vê-se que a maior dificuldade de controle das doenças crônicas é que seu aspecto duradouro muitas vezes conduz a um certo desânimo por parte do paciente. Como o tratamento não leva à cura, há diminuição da motivação para tratar-se com o decorrer do tempo, podendo mesmo conduzir ao seu abandono. Assim, é evidenciada a necessidade da motivação e envolvimento do indivíduo e família com o tratamento, sendo este um enfoque que deve estar presente nas orientações em grupo ou nas consultas individuais.

A enfermeira pode contribuir sobremaneira nesse ponto assistindo à necessidade de motivação e orientação do paciente e incentivando sua assistência por uma equipe multidisciplinar. Magro, Silva e Riccio (1999)

afirmam que a participação do indivíduo no processo educativo exige, a princípio, a aceitação de sua doença para, a partir disso, desenvolver mecanismos de adaptação com vistas a melhorar sua qualidade de vida. Araújo et al. (1998) ressaltam a grande importância de inclusão dos familiares no processo educativo, pois isso possibilita a verificação dos mecanismos de adaptação que estão sendo utilizados pelos pacientes para que se adequem à nova situação, assim como a avaliação de sua eficácia, o que permitira à enfermeira a organização do cuidado de forma a prevenir complicações e aumentar o nível de adesão ao tratamento instituído.

Não consegue fazer o tratamento

Meu tratamento é assim: tomo remédio só de manhã e à noite, então é estável. Vou trabalhar, vou andar... mas não consigo fazer do jeito que a doutora¹ manda... quase todo fim de semana eu bebo e não faço a dieta como é pra ser... (Daniel)

Eu não acho difícil seguir o tratamento, difícil é vir ao médico, faltar ao trabalho, aquilo tudo. (Helena)

Para mim, esse tratamento é muito assim porque manda tomar os remédio, caminhar, mas, eu não posso caminhar que eu não tenho tempo, eu que faço tudo em casa, então fica difícil. (Lúcia)

O tratamento é tomar os remédios controlado, fazer dieta e caminhar. Mas a gente vive porque tem que viver mesmo. (Júlia)

Nem acho difícil, nem fácil seguir o tratamento, eu prefiro me isolar. (Matheus)

... eu não consigo fazer a dieta direito, se eu sentir fome, eu como. Os remédio até que eu tomo... (Raquel)

Ao discutirem a impossibilidade de seguir o tratamento, os pacientes mostram que não são participantes do processo terapêutico,

¹ Em Fortaleza, no Ceará, a designação "Doutor (a)" não se refere exclusivamente ao profissional médico, mas a todos os profissionais de nível superior que atendem a pacientes, tais como: enfermeira, assistente social, farmacêutico, dentista, dentre outros.

pelo menos não da forma como ele se apresenta, uma vez que, para eles, são prescritas condutas impossíveis de serem seguidas.

É possível observar que o seguir um programa institucionalizado, padronizado, de maneira a que todos os pacientes devam obedecê-lo, torna-se inviável na medida em que os indivíduos diferem entre si em suas características, vontades, problemas, fazendo-se necessário que os profissionais de saúde estabeleçam uma margem de flexibilização. Não adianta padronizar até o recado que se dá ao paciente, se seu tratamento não está surtindo efeito e isso é extremamente observável no caso da hipertensão (Pierin, Mion Jr., 1999), que conta com níveis de cerca de 40% de não adesão, o que representa quase metade das pessoas que tem hipertensão e fazem o tratamento.

É preciso que se quebre a dogmatização do profissional de saúde de dono da vontade e, até, da vida do paciente em tratamento.

Não quer fazer o tratamento

Eu tenho todas as informações sobre o tratamento porque meu médico é meu amigo de infância e ele me diz, mas eu não faço... Eu acho que não sigo o tratamento pela estupidez do ser humano, porque o ser humano sabe tudo o que é errado, mas não larga o osso. É minha opção não seguir o tratamento. (José)

Tenho HAS há oito anos. Sei tudo como é o tratamento e eu acho muito ruim seguir o tratamento porque você tem vontade de comer uma coisa e não pode, sabe que não pode, os filhos ficam naquele cuidado de dar uma notícia, tudo escondido da gente... Às vezes é por mim mesmo: como coisa salgada, passo dois dias sem tomar medicamento... (Maria)

Vemos que alguns pacientes reconhecem seu direito de escolher, sua independência para optar, pelo direito de ter seu espaço, ainda que traga prejuízos. Isso é difícil de ser trabalhado, pois está relacionado ao ego. Piterman (1993) assegura que a barreira da adesão requer tolerância e boa comunicação do profissional de saúde com o paciente. Para Budó (1997), sensibilidade e racionalidade são parte de um mesmo conjunto. A

sabedoria de cada um significa conseguir colocar um pouco de racional no sensível e de sensível no racional. Na enfermagem, a arte consiste em conseguir transitar neste caminho e adequar as parcelas necessárias aos diferentes momentos da vida. Beck (1997) descreve melhor isto quando afirma que reconhecer o paciente, sua família e a enfermeira enquanto sujeitos históricos, marcados por suas histórias de vida; identificá-los como pessoas únicas, conformadas por corpos, mentes e espíritos (aspectos indissociáveis); compreender que a doença é um fator que pode dificultar a interação paciente/enfermeira; conceber o processo de cuidar dentro de um contexto sócio-político-econômico e social, reconhecendo que o relacionamento interpessoal efetivo é imprescindível a uma assistência de enfermagem qualificada, são alguns dos fatores que possibilitam iniciar este processo de mudanças na assistência a ser desenvolvida pelas enfermeiras.

Percebemos que a categoria temática *Sentimentos em relação ao tratamento*, através dos núcleos de relação "gosta do tratamento", "gosta parcialmente do tratamento", "às vezes cansa do tratamento", "não consegue fazer o tratamento" e "não quer fazer o tratamento", acha-se associada ao conceito de ego de King (1981), pois diz respeito às respostas e sentimentos do paciente ao tratamento, revelando partes do seu "eu".

Para King (1981), o ego (*self*) obedece às seguintes características:

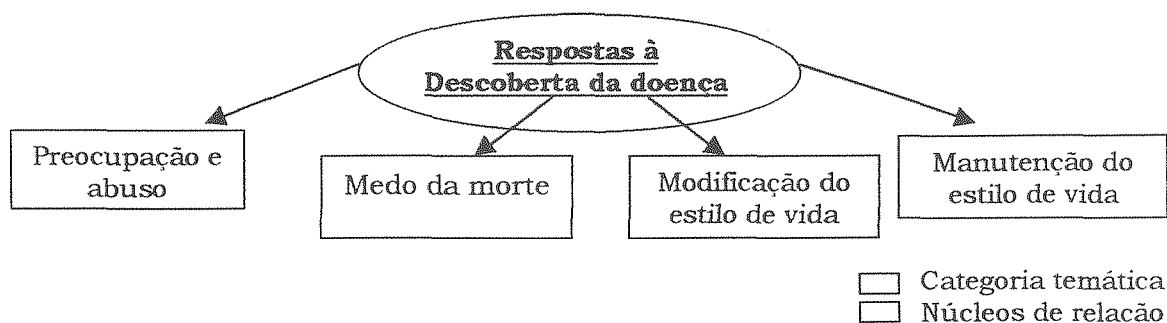
- de dinâmica individual, pois os valores e convicções dos indivíduos os ajudam a manter equilíbrio na vida, embora cada nova experiência tenha a tendência de influenciar mudanças no ego;

- de sistema aberto, sendo sua preservação inata a cada pessoa, embora possam haver projeções artificiais de limites do ego;

- de orientação a metas, pois cada pessoa é única em herança genética, experiências e percepção de mundo, o que a faz adquirir um sistema de valores, necessidades e metas. A orientação dessas metas dirige as atividades para o alcance da realização e atualização do ego.

Assim, podemos ver o quanto é complexo o lidar com o ego, pois mesmo sendo um sistema aberto, obedece a dinâmicas individuais próprias, dirigindo-se ao alcance das metas de realização do *self*.

A categoria temática *resposta à descoberta da doença*, apresenta o seguinte desenho esquemático:



Respostas à descoberta da doença

Preocupação e abuso

Com a descoberta da doença, fiquei mais preocupada. Tudo eu me impressiono. Se sinto qualquer coisa, eu não durmo. (Sara)

...descobri a pressão alta e fiquei preocupada com isso. (Isabel)

Minha vida mudou, a gente fica tão abusado, tão agressivo. Tem tempo mesmo que dá vontade de mais coisa ruim, que coisa boa (olhos lacrimejando). (Felipe)

O impacto à descoberta da doença é sentido nessas falas. As pessoas revelam preocupação e o fato de se perceberem mais “abusadas” com a descoberta da doença.

Revolta, inconformismo, desespero foram encontrados nesses pacientes. Felipe deixou mesmo subtendido que tinha vontade de agredir a mulher, os filhos e até se auto-agredir por se sentir prisioneiro da HA.

Em geral, essas pessoas não relacionaram a doença como resultado de seu comportamento, ou por terem fatores predisponentes e

acumularem outros ambientais ao longo dos anos. Preferiram associar a patologia ao acaso ou como fonte de castigo.

Foi demonstrado inconformismo dos pacientes quanto à terapêutica adotada, o que dificulta o tratamento, visto como cerceador de costumes. Se a doença fosse vista como realmente é colocada pelos profissionais de saúde nos dias atuais, como uma síndrome influenciada por múltiplos fatores, a adesão ao tratamento seria facilitada, pois isso levaria ao desenvolvimento de atitudes preventivas. Ao contrário do acaso, que não pode ser prevenido.

Medo da morte

Tenho medo de adoecer do coração. (Sara)

Quando soube da pressão alta, tive muito medo. Fiquei só em casa, sem trabalhar, sem sair de casa, com medo de sair na rua. Passei um ano assim. Sentia dor e já pensava que era coração. (Daniel)

É ruim a gente saber que tem uma doença dentro da gente, mesmo que quase todo mundo tenha essa mesma doença. (Ana)

A gente fica preocupado porque eu tenho um pouquinho de conhecimento do que pode acontecer: um derrame, uma trombose... (Alexandre)

Eu tenho medo de ter uma trombose porque meu pai morreu de trombose. (Júlia)

É perceptível que esses pacientes manifestam claramente o medo de adoecer do coração, de ter uma trombose e isso está relacionado ao processo de morrer. Loureiro (1998) afirma que a morte é um tema delicado e perturbador. Por si só, motiva espanto, fuga e temor em nossa sociedade. Atualmente é uma palavra interdita, sua ocorrência se reveste de tabu e é sombreada de dor e mistério, o que a mantém oculta e a faz repudiada do convívio social.

Assim também, a imobilização em que o paciente deve ficar num pós-infarto, como ele percebe a relação entre sua doença e a morte, sua

percepção de ser indivíduo passível de fraqueza, que pode morrer, tudo isso os amedronta. Em geral, é mais fácil que eles sigam o tratamento nos estágios avançados da doença, nos quais, decorrentes das lesões nos órgãos-alvo, é apresentada uma série de sintomas. O medo do pior, de uma doença grave, que para muito deles a hipertensão não é, da imobilização por uma trombose, da dependência de outras pessoas ou da própria morte, leva-os a tratar-se com mais dedicação, embora, muitas vezes a hipertensão já venha desenvolvendo complicações, decorrentes de sua evolução silenciosa ao longo dos anos. Esse temor por parte dos pacientes muitas vezes é utilizado por alguns profissionais como um mecanismo de coerção para exercício de poder sobre estes.

Modificação do estilo de vida

Depois que descobri que tenho a pressão alta, tomei a atitude de não agüentar mais desaforo de ninguém... (Ruth)

Depois da doença o que mudou foi que eu passei aqui na nutrição e mudei minha alimentação. Hoje, como muita verdura e tomo muito suco de fruta. (Ester)

Pra mim, a doença mudou, porque todas as comidas que eu gostava de comer – carne assada, torrada - tive que deixar tudo... (Helena)

Vemos que a principal modificação adotada foi em relação à alimentação, diminuindo o sal e os lipídios e aumentando o consumo de frutas e verduras. Outra coisa que é possível observar é o fato de uma paciente adotar uma mudança no sentido de desabafar suas angústias. É nítido, nesses casos, a reestruturação formulada por estes pacientes, seu esforço no sentido de adaptar-se a um novo estilo de vida. O mais comum é o seguimento parcial do tratamento, pois eles não têm adesão ao tratamento, mas ainda assim desenvolvem estratégias de seguimento deste segundo sua percepção do mesmo.

Vemos que Helena, quando diz "tive que deixar tudo", intimamente coloca o quanto é difícil romper com a barreira do tradicional, dos

costumes e das crenças. Deixar de comer tudo o que gosta em benefício do tratamento é uma prova de que essa pessoa não rejeita o tratamento, mas tem dificuldades em romper com seus padrões. Como não consumir mais os alimentos que gosta de comer e que, muitas vezes, são a única "mistura" disponível, ou seja, fora o arroz e o feijão, aquilo é tudo o que alguns deles têm para comer e não devem mais fazê-lo? Constatamos, assim, que o tratamento da hipertensão envolve uma situação difícil, na qual é necessário muito diálogo entre o paciente e o profissional de saúde.

Manutenção do estilo de vida

Eu acho que a doença não mudou nada na minha vida, porque eu já estou acostumada a comer sem sal por causa da minha mãe, que também tem HA. Mas me deu um pouco de medo. (Ana)

Reagi normal porque, na época, eu não tinha idéia da dimensão do problema. Depois é que eu fui pro médico cardiologista, aí é que eu fui saber... Não mudei depois da doença, não até o momento. (Maria)

Depois da doença não mudei, achei que fiquei foi mais doente, eu não posso andar no sol quente ou fazer caminhada que eu sinto dor no coração. (Rebeca)

Gosto de comer com sal e nunca deixei porque minha pressão não é alta exagerada e não tenho diabete, só colesterol. (Ester)

É visível nesse grupo que os pacientes decidiram manter seu estilo de vida em detrimento de seguir a terapêutica proposta. Muitas vezes, não precisam modificar seus hábitos porque já conviviam com o tratamento em razão da existência de casos anteriores de hipertensão na família. Outras vezes, o paciente não muda o seu estilo de vida porque não tem uma noção clara dos riscos que corre na exposição à presença constante de níveis pressóricos elevados. Outro fato ainda bastante comum na amostragem é que, por se tratar de um centro que atende a pessoas com hipertensão e diabetes e, por visualizar as alterações que a diabetes traz a muitos pacientes ali atendidos, principalmente amputações de membros,

aqueles somente com pressão arterial elevada acreditam não estarem tão graves por não serem portadores de diabetes. Ora, nem por isso podemos dizer que as conseqüências dessa doença no organismo serão menos lesivas, dependendo do estágio em que esta se encontra. Além disso, alguns autores (Luna, 1989; Ribeiro, 1996) têm estudado a correlação entre diabetes e hipertensão e parece mesmo haver uma probabilidade maior de desenvolvimento da diabetes entre os hipertensos.

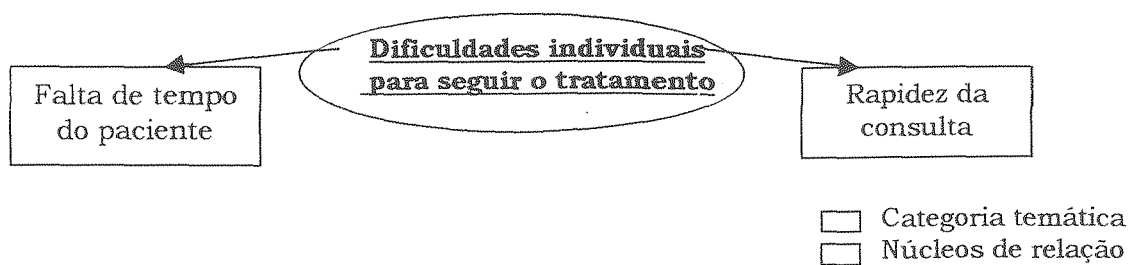
Percebemos, assim, que a categoria temática "*Respostas à descoberta da doença*", através dos núcleos de relação "*preocupação e abuso*", "*medo da morte*", "*modificação do estilo de vida*" e "*manutenção do estilo de vida*" acha-se associada ao conceito de crescimento e desenvolvimento de King (1981), pois diz respeito às respostas em relação à doença e aos mecanismos de enfrentamento utilizados junto a esta.

King (1981) descreveu as seguintes características do crescimento e desenvolvimento:

- incluem mudanças celulares, moleculares e de comportamento nos seres humanos;
- são significantes, descrevendo o processo que acontece na vida das pessoas e as ajuda a mudar de acordo com sua maturidade, influenciando no ego;
- são influenciados pela idade, que é a medida do tempo em várias fases do crescimento e desenvolvimento.

Podemos observar a presença ou não de mudanças de comportamento nos indivíduos participantes do estudo, o que indica maior ou menor grau de desenvolvimento. Poderíamos atribuir influência da faixa etária na atitude de mudança de comportamento, uma vez que, com maturidade e desenvolvimento, a pessoa se tornaria mais flexível, no entanto, observamos que isso não ocorre sempre, uma vez que a velhice pode ser acompanhada de dificuldades na aquisição de novos hábitos.

A categoria temática *dificuldades individuais para seguir o tratamento* apresenta o seguinte desenho esquemático:



Dificuldades individuais para seguir o tratamento

Falta de tempo do paciente

Prefiro assistir minha novela, a fazer caminhada com minha filha quando ela chega do trabalho, pois é bem na hora da novela. Não faço nada para perder peso. (Sara)

Eu não acho difícil seguir o tratamento, difícil é vir ao médico, faltar ao trabalho... (Helena)

Eu num tenho tempo de sair e fazer nada. Esse negócio de ir pra reunião num sei aonde é coisa pra gente desocupado, num dá pra mim não. (Talita)

Vê-se que, na ordem de prioridades cotidianas, o tratamento nem sempre ocupa o primeiro lugar para o paciente. Isso pode ocorrer por não ter ainda captado a importância deste para o controle de sua patologia.

O caráter silencioso da hipertensão a faz parecer aos pacientes uma doença pouco grave e sua alta incidência a faz uma doença comum para os entrevistados. Esses fatores aliados à falta de tempo para o tratamento relacionada pelo grupo, traz uma grande preocupação embutida, pois, achar a hipertensão comum, não tão grave e sequer requisitar tempo para o seu tratamento, vai levar ainda mais esses pacientes para o rol da cronicidade, do descontrole, da não adesão e quem sabe até, do abandono do tratamento, podendo, assim, aumentar os índices de cárdio, nefro e oftalmopatias decorrentes da HA.

Rapidez da consulta

Também não dá muito tempo pra conversar...(Sara)

*As consultas são muito rápidas e, mal a gente sai,
já tem outro entrando... (Ruth)*

Vemos que a falta de tempo do profissional de saúde para cada consulta é citada e pode ser considerada como uma característica de um atendimento despersonalizado. O ter que atender muitas pessoas no mesmo período, o não dar tempo de conversar, são falas citadas pelos pacientes que descrevem bem essa despersonalização da consulta. E isso é muito grave, pois eles podem sentir que as orientações fornecidas e os esclarecimentos dados são partes de uma mensagem não direcionada a uma pessoa especificamente, mas pluralizada, ou seja, a “mesma consulta” seria mantida para todos. Isso os desestimula com relação ao tratamento, pois o seu ego é atingido, não encontrando uma individualidade, uma atenção terapêutica direcionada, mas uma massificação no atendimento.

É possível perceber que a categoria temática “*Dificuldades individuais para seguir o tratamento*”, através dos núcleos de relação “falta de tempo” e “rapidez da consulta” acha-se associada ao conceito de tempo de King (1981), pois se relaciona às dificuldades individuais do paciente para seguir o tratamento, nas quais o tempo foi o grande fator ressaltado. Para King (1981), o tempo é universal e inerente aos processos de vida, seguindo o fluxo rítmico dos eventos.

- é relacional e individual, sendo baseado na singularidade de cada pessoa e de cada ambiente perceptual. As pessoas percebem o tempo como um evento que segue outro, havendo ordem e duração implicadas. O prolongamento ou encurtamento da ordem e duração de tempo determinam a percepção da sucessão de eventos no ambiente.

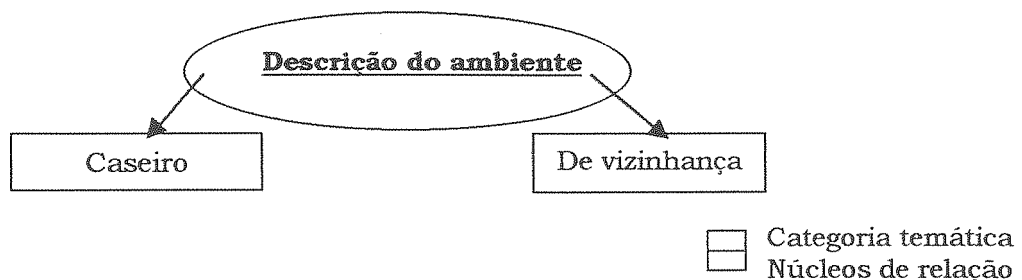
- o tempo é unidirecional. O crescimento, desenvolvimento e diferenciação em organismos vivos dão evidência das características do tempo. A irreversibilidade está implícita em movimento que indica ordem no processo de vida, porque esta é vista como uma sucessão dinâmica de mudanças e há um movimento que é contínuo, com presença de um

elemento futuro em um conceito de tempo, que move do passado ao futuro.

- o tempo é mensurável, assim alguma medida de tempo sempre esteve implícita na existência humana primitiva pela fixação do sol e da lua no ambiente. A invenção do relógio e dos calendários deram maior precisão aos períodos de tempo. A percepção humana do tempo varia de uma pessoa a outra e é determinada pela idade, educação, regras sociais, valores e atitudes.

Os adultos já têm aprendido a estimar o tempo, mas as crianças somente começam a desenvolver um conceito de tempo com, aproximadamente, dez anos de idade (King, 1981). A medida de tempo está baseada no crescimento dos indivíduos, no desenvolvimento da lingüística e nas suas habilidades de memória. Portanto, é possível que o processo metabólico e hormonal conte a passagem do tempo mais lentamente para idosos que para crianças e adultos jovens.

A categoria temática *descrição do ambiente*, apresenta o seguinte desenho esquemático:



Descrição do ambiente

Caseiro

Lá em casa mora eu, a mulher, filha, genro e neto. Outra filha casada também vive lá em casa, come lá em casa. (Daniel)

Eu tenho um filho que bebe e eu me preocupo muito com ele. Minhas filhas fazem tudo pra não me perturbar, até agüentam as coisas dele por isso, pois quando ele bebe ele mexe nas coisas delas, mas quando ele está bom, ele é uma ótima pessoa. (Sara)

Moro com minha mãe de novo. Não é como antes. Eu tinha a minha casa, agora não tenho nada ... (Ana)

Lá em casa mora eu e minha filha solteira. Tenho uma filha casada que mora na Aerolândia. Minha filha me ajuda muito, eu só faço mesmo o almoço. (Isabel)

Em casa, moro eu, minha mulher e mais quatro dos seis filhos. Mora também um genro, um neto e minha mãe, que morava no interior, mas teve uma trombose e está morando comigo. (Alexandre)

Moro eu e quatro filhos, um é casado e mora com a mulher. (Marta)

Observamos que, na descrição do ambiente, a maioria dos relatos estiveram voltados para o ambiente doméstico, no qual as pessoas vivem. Descrevendo quem mora com eles - marido/esposa, filhos, genros/noras, netos - eles iam construindo a imagem do seu espaço, seu *habitat*, no qual se reconhecem como *self*. Até mesmo alguns hábitos de rotina como o alcoolismo do filho ou as atividades desenvolvidas em casa iam formando matizes a colorir a retratação do espaço de cada um.

De vizinhança

*Moro só, mas eu me dou muito bem com meus vizinhos. Eu tenho dois vizinhos que são minha família.
(Ruth)*

Ruth, entretanto, morando sozinha, não tendo filhos, restringiu seu *habitat* ao ambiente da vizinhança, com os quais ela convive no dia a dia e, que, segundo suas palavras, são sua família. Fica evidente a necessidade do *self* de pertencer a um ambiente, a uma família, sua necessidade de referência, de não se tornar massificado. Dizendo *na minha família* ou *com os meus vizinhos*. Também se observa a necessidade de, ao mesmo tempo em que é pertencente a, possuir algo, tentando, sobremaneira, diferenciar-se, o que tem que ser levado em conta.

Percebemos que a categoria temática "*Descrição do ambiente*", através dos núcleos de relação "caseiro" e "de vizinhança" acha-se

associada ao conceito de espaço de King (1981), pois se refere ao relacionamento do paciente em sua casa, que foi relatado como o que eles consideram o seu espaço. Para King (1981) o espaço se caracteriza como:

- universal, já que todas as pessoas têm algum conceito de espaço. Existe em todos lugares e não tem nenhum limite;

- pessoal, pois existe na extensão em que é percebido por cada pessoa e é, então, único. O uso da percepção de espaço está arraigado nas culturas e é comunicado em comportamentos aprendidos pela cultura. Arregimentos espaciais comunicam papel, posição e interações, separando uma área para dar aos próprios indivíduos uma sensação de segurança e identidade. As necessidades do espaço variam para cada pessoa. Ao arrumar objetos, o indivíduo dá pistas da sua necessidade para o uso do espaço, que é subjetivo e identifica o que é meu. Espaços diferentes são individuais, devido às percepções de cada pessoa. O espaço é influenciado por necessidades, experiências passadas e cultura;

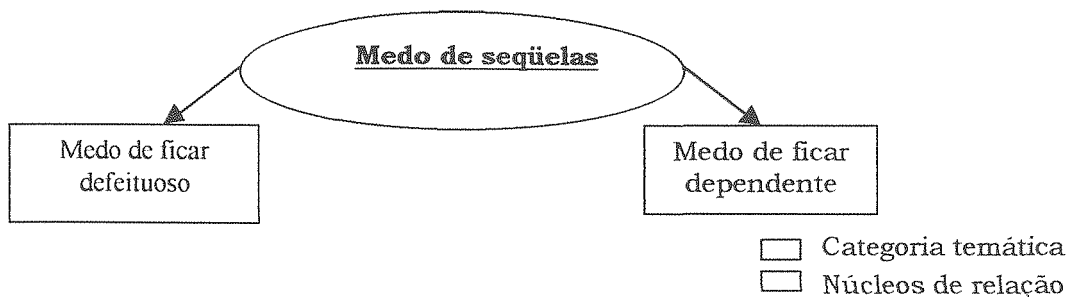
- situacional, porque o espaço de uma pessoa no trabalho é usualmente menor que os espaços em casa. Cada mudança de situação muda a necessidade do modo da pessoa usar o espaço. Os medos de uma pessoa, ansiedades, alegrias e prazeres influenciam a necessidade por espaço em diferentes situações. Em algumas colocações, como num hospital, as necessidades de espaço de uma pessoa são alteradas; o espaço está limitado e as experiências dos indivíduos minoradas. Algumas situações tendem a reunir as pessoas e outras tendem a mantê-las separadas. Os indivíduos têm espaço pessoal alterados de uma situação a outra;

- dimensional, uma vez que existe em função de área, volume, distância e tempo. Às pessoas com *status* numa organização são normalmente dadas áreas mais largas e espaçosas;

- transacional, pois a maneira na qual o espaço é utilizado comunica mensagens com significados diferentes em culturas diferentes, determinando as transações entre os seres humanos e o ambiente. O modo como as pessoas percebem o espaço influencia o modo como eles se comportarão em certas situações. A distância espacial cresce com as

diferenças de *status* e diminuí com o aumento de interação. Pode-se inferir distância na relação paciente – profissional de saúde pela existência de uma escrivaninha entre eles, ou por fornecer acomodações melhores ao profissional, como uma cadeira mais alta, gerando distância entre eles. Trabalhar em grupos, sentando em círculos aumenta o vínculo entre eles.

A categoria temática *medo de seqüelas*, apresenta o seguinte desenho esquemático:



Medo de seqüelas

Medo de ficar defeituoso

Tomei bebida na véspera do natal e senti um lado todo dormente. Fiquei com medo de ter uma trombose e ficar todo torto. Meus filhos e mulher levaram ao médico. Minha pressão tava 28 por alguma coisa. (Felipe)

Esse temor pode ser característico do fato da hipertensão não desenvolver mudanças visíveis, a não ser em fase avançada, quando dá origem a seqüelas. No entanto, ocorrem alterações de forma interna: na conformação dos vasos, no diâmetro de sua luz, na elevação dos índices de angiotensina e aldosterona, dentre outros. Mas tudo isso é invisível aos olhos do paciente até o momento em que ele se depara com uma seqüela.

Medo de ficar dependente

Comecei a sentir coisa ruim, calorão, dor no peito, tive medo de ter um derrame e ficar numa cadeira de roda pro resto da vida. Aí minha sobrinha me levou no médico e tava alta demais minha pressão. (Fátima)

Podemos observar que o conceito de *Imagem Corporal* quase não foi identificado nas categorias que emergiram das falas dos pacientes. Isso

pode se dar devido ao avanço silencioso da hipertensão arterial, até o momento em que dá origem a um acidente vascular cerebral (AVC), tão temido por eles, ou outro tipo de lesão, como amputação de membros conseqüentes à aneurisma obliterante.

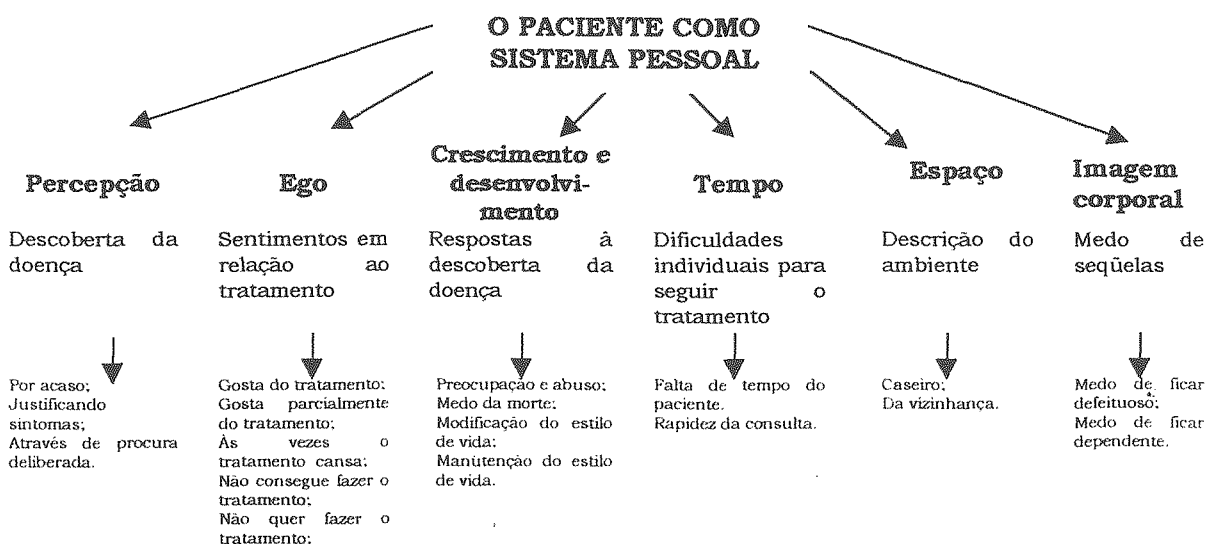
Quase não houve falas que relacionassem modificação da imagem corporal após a doença, mas muitos denotaram temor em relação às seqüelas subseqüentes a esta. A imagem corporal apareceu relacionada a um AVC, infarto ou derrame.

Incluído por King (1981) no sistema pessoal, a imagem corporal é caracterizada como:

- um conceito pessoal e subjetivo, adquirido ou instruído no processo de crescimento e desenvolvimento, demonstrado em recém-nascidos que percebem o dedão do pé e os dedos como limite do seu corpo;
- dinâmica, podendo ser visto seu desenvolvimento no decorrer da vida, com as mudanças das percepções e também da imagem corporal;
- um conceito consciente ou não, baseado no que as pessoas identificam da aparência do seu corpo e as reações que provocam em outras pessoas.
- parte de cada fase do crescimento e desenvolvimento, sendo que os fatores socioculturais influenciam os princípios de sua percepção.

Veremos agora o esquema das categorias do sistema pessoal.

Quadro 2: Resumo de temáticas sobre a descrição da não-adesão ao tratamento pelo paciente no sistema pessoal.



No esquema resumido, podemos visualizar os conceitos do arcabouço teórico de King, servindo de base às nossas categorias temáticas e seus respectivos núcleos de relação. Fica evidente que, na grande maioria dos casos, não houve, na amostra, um comportamento preventivo com vistas à descoberta precoce da doença, sendo que as principais formas encontradas foram a descoberta da doença por acaso ou na tentativa de justificar sintomas aparentes, o que pode estar relacionado à percepção do paciente do processo saúde-doença de que só está doente quem apresenta sintomas, ou, ainda, de que saúde é não ter doenças.

Os sentimentos mais presentes em relação ao tratamento foram de formulação de uma adequação terapêutica pelo paciente a partir da prescrição do profissional de saúde, ou de cansaço, impotência ou rejeição ao tratamento, sendo que o ego foi muito valorizado, havendo uma clara delimitação do seu eu pelo paciente no momento em que ele reestrutura seu tratamento a partir das prescrições realizadas.

As respostas mais comuns à descoberta da doença foram: aumento das preocupações/abusos cotidianos, medo da morte e modificação ou não do estilo de vida, revelando diferentes níveis de desenvolvimento dos pacientes em relação a se adequar à necessidade de convivência com uma doença crônica como a hipertensão, embora apresentassem graus de crescimento semelhantes, uma vez que todos eram adultos, sendo alguns mais idosos.

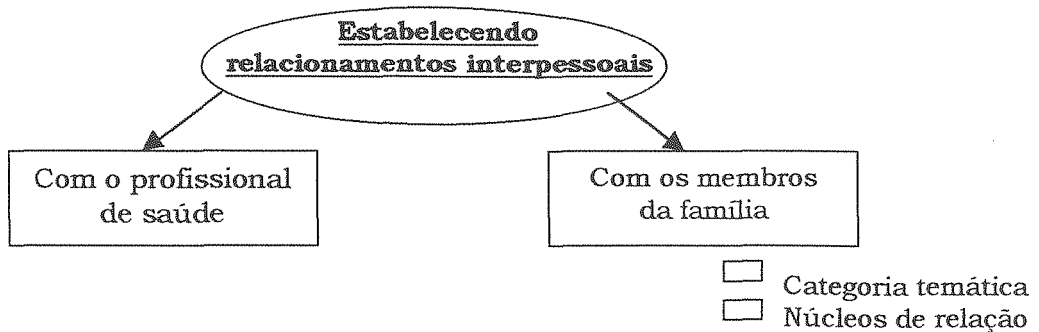
As dificuldades individuais para seguir o tratamento foram falta de tempo do paciente e rapidez das consultas, denotando que o tratamento parece não ser prioridade para o paciente, que não lhe reserva um tempo e revelando, ainda, impessoalidade na consulta, gerando contrariedade.

Os pacientes, ao descreverem seu ambiente, restringiram-se ao de suas residências ou vizinhança, não havendo nenhuma referência ao serviço de saúde, sendo o espaço restrito ao seu ambiente mais próximo.

O medo de seqüelas foi relatado pelos pacientes, que demonstraram temor de ficarem com alterações físicas, decorrentes de uma trombose, ou

de terem um acometimento que os levasse à dependência de outros, como estar paralisado em uma cadeira de rodas. Entretanto, não foram percebidas por eles alterações na sua imagem corporal.

A seguir, passaremos a expor as categorias relacionadas ao **Sistema Interpessoal**. A categoria temática *estabelecendo relacionamentos interpessoais*, apresenta o seguinte desenho esquemático:



Estabelecendo relacionamentos interpessoais

Com o profissional de saúde

Eu sou assim: eu vou a um médico a primeira vez, se ele não me tratar bem, eu não volto nunca mais. É tchau. (Ruth)

Se eu não gostasse, acho que eu não vinha, porque é muito longe. Eu venho porque me dou bem com as Doutora, elas me consulta, tira a pressão e é difícil faltar o remédio. (Ester)

O pessoal é muito bom, tem remédio suficiente, é muito difícil faltar. (Alexandre)

Aqui chego, faço que tem a senhora pra falar comigo, até pra dar um conforto tem a psiquiatra que faz palestra, a coordenadora chama a gente pra conversar... quando eu vou pra psicóloga, eu saio feliz porque ela escuta tudo o que a gente diz... (Felipe)

Porque a gente quando gosta assim de um canto e o tratamento é muito bom pra gente, eles tratam a gente bem, aí a gente deve ficar naquele canto onde a gente é mais bem recebido, não é? Eles tratam a gente melhor, tá certo todo canto trata a gente bem, mas tem sempre um pra chatear... (Betânia)

É nítida a satisfação dos pacientes com o serviço. É possível, porém, observar, pela fala de Ruth, a importância que o profissional de saúde deve dar ao atendê-los em uma primeira consulta. Isso é o que King (1981) chama de interação. Esse contato inicial, aliado à percepção que um forma do outro, é dificultado nos dias atuais pelas especializações cada vez maiores, facilitando a perda da visão holística do paciente. Percebemos isso na fala de Felipe: a necessidade de atenção, a preferência pela psicóloga porque esta o escuta, tem tempo para ele, permitindo que ocorra uma interação eficaz entre o paciente e o profissional.

Barroso (1998) comenta que o especialista passou a ver a pessoa humana sob uma perspectiva fragmentária, levando-a a entrar nesse esquema e permanecer insatisfeita, visto que seu problema é fruto de situações globais do complexo sócio-cultural, econômico e sanitário que representa. Comenta ainda que o fato de atualmente se formarem equipes não impede que seus profissionais manifestem características de grupo de especialistas, que se agrupam por determinação legal, mantendo-se as discriminações de status, de classe profissional e de conseqüentes relações assimétricas de poder, numa relação autoritária de categorias hegemônicas sobre as demais. Segundo ela, a ação, para surtir efeitos permanentes e duradouros, deve ser integrada, partindo de uma equipe multiprofissional instituída em um processo de interação e, assim, difícil de operacionalizar em um momento em que a super-especialização é exigência do mercado de trabalho, sendo que essa consciência deve iniciar nas próprias universidades.

Isso, no entanto, não parece ser tão fácil. Almeida (1998) afirma que, não só o ensino médico, mas também o dos demais profissionais de saúde, encontra-se ainda um pouco distanciado das novas diretrizes organizacionais e ideológicas do Sistema Único de Saúde – SUS vigente, sua formação tecnicista e, muitas vezes, descontextualizada, abstrai a pessoa do seu espaço social, dificultando uma abordagem holística dos pacientes. Essa dificuldade dos acadêmicos, e posteriormente, dos profissionais de saúde, é visível e tão transparente quanto a satisfação dos

pacientes com o serviço. Ela se dá pela visão factória do indivíduo e por sua fundamentação sempre na doença e não na promoção da saúde das pessoas. Damasceno (1991) afirma que o homem não é um ser somente biológico, é simultaneamente uma estrutura mental e social. A enfermidade é pois, via de regra, um fenômeno social por sua essência e biopsicológico por sua forma de expressão. O adoecer engloba o homem na sua totalidade e, portanto, pensar na doença como algo isolado é pensar o homem como um ser fragmentado, o que não condiz com a realidade.

Com os membros da família

Às vezes, eu quero ficar agressivo com meus filhos, com minha esposa. Depois disso aí, eu não tive mais relações com minha mulher ou com outra... A gente fica só ali trancado naquele comércio, só esperando que alguém venha comprar algo... (Felipe)

Ah! Eu me enjôo, eu brigo com elas, eu às vezes chego a bater, mas não por mim, mas isso é... muito difícil, porque a gente passa muito por cima porque, se for levar tudo a sério, ou morre ou briga a vida toda, não é? (Ageu)

As relações interpessoais no ambiente familiar denotaram conflito do paciente com um dos membros familiares. Felipe não se conforma por não se relacionar sexualmente com sua mulher, isso o deixa confuso e, muitas vezes, agressivo. Ageu tem problema com as duas filhas, e isso tem gerado aborrecimento para ele. É freqüente a referência a alguém de casa que causa problema, dificultando o equilíbrio familiar e, segundo eles, o tratamento. Barroso (1999) afirma que existe a indústria nutrindo a cultura da doença, da violência, e isso tem se multiplicado em todos os campos de atividade humana alimentados por uma sociedade consumista, que deterioriza os valores humanos e os vínculos afetivos na família. O problema não é de alguns, somos todos co-responsáveis pelo bem-estar das pessoas e pela qualidade de vida do planeta. Uma boa interação entre as pessoas que compõem o ninho familiar facilita a adesão ao tratamento

por propiciar um ambiente de tranqüilidade, benéfico não só ao doente, mas à família, à comunidade e à própria sociedade.

A categoria *Estabelecendo relacionamentos interpessoais* acha-se associada ao conceito de interação humana de King (1981), pois reflete a efetivação dessas interações junto ao paciente. Os relacionamentos do paciente com o profissional de saúde e com sua família constituem uma rede, na qual a interação humana é o conceito chave.

As interações que têm componente informador podem ser observadas na comunicação, mas elas também podem ser observadas nas transações ao identificar valores de uma meta que se pretende alcançar.

A categoria temática *comunicação ineficaz com profissional de saúde* pode ser assim representada:



Comunicação ineficaz com profissional de saúde

Profissional não dialoga

...às vezes eu venho pra consulta, eu fico é pior... Ela é ótima pessoa, mas é vexada demais. Eu já vi dizer que a outra Dra. daquela sala é mais calma e eu já vi bem umas três pessoas mudar pra ela. Acho que vou pedir pra mudar também. (Daniel)

...não dá pra ter um relacionamento assim, tem uns que são mais simpáticos, eu sou também. Outros não são, eu também não sou. Esse é meu jeito... (Ruth)

Hoje, na consulta daqui, a Dra. não disse quanto tava a minha pressão, só disse que tava muito alta e pediu uns exames. (Rebeca)

Eu vi ele assim com a cara dura, aí eu achava que ele ia ser antipático... (Ageu)

A Dra. briga comigo, mas eu já tô velha demais pra isso. Eu me dou bem com elas, todas duas, mas elas são novinha demais, não sabe nada da vida ainda. (Isabel)

A dificuldade de comunicação entre os pacientes e os profissionais de saúde é perceptível, pois, na grande maioria dos casos, não há um acordo entre eles em relação ao tratamento, ou seja, as preferências do paciente não são levadas em consideração, dificultando a adesão.

Referente às dificuldades de comunicação enfrentadas na relação enfermeira-paciente, Rocha e Silva (1998) afirmam que as enfermeiras que trabalham nos centros e postos de saúde (unidades básicas de saúde) realizam atividades dirigidas a populações específicas, com ações verticalizadas, o que concorre para a fragmentação do cuidado de enfermagem ao paciente. Aliada a esse fato, a exigência de produtividade e a elevada demanda que os serviços de saúde possuem, concorrem para uma prática massificada, produzindo insatisfação no desempenho profissional. Essa atenção massificada não dá margem ao diálogo, impossibilitando uma boa comunicação.

Demora no atendimento

O médico custa a chegar. Marca sete horas, eu chego seis e quinze e o médico chega à nove. (Helena)

Eu gosto do atendimento aqui, mas só faz é custar muito, porque nós chegamos é cedo e uma hora dessa ainda não fui atendida (9:30 h). É isso mesmo, tem que ter paciência, né? (Isabel).

A dificuldade que eu tenho de seguir o tratamento é que, se eu venho pegar o remédio, eu passo bem dizer o dia todinho aqui. (Júlia)

A dificuldade de comunicação entre o profissional e o paciente, já demonstrada, aliada à demora no atendimento, gera uma situação desconfortante e inibidora ao paciente, causando entraves no processo

que antecede a consulta. A demora até pode ser entendida quando há um grande número de pessoas a serem atendidas, mas o atraso do profissional de saúde, principalmente, o atraso excessivo passa ao paciente a idéia de descaso em relação a sua pessoa e tratamento, o que é muito negativo no momento de tentar conseguir uma maior adesão à terapêutica por parte deste.

Além disso, contribui para aumentar os níveis de PA, sobretudo dos pacientes que apresentam o fenômeno “white coat”, que é a elevação da PA no consultório médico, a chamada hipertensão do jaleco branco.

Ações educativas desvinculadas da realidade do paciente (dieta)

Não acompanho a dieta da nutricionista porque não tenho condição. (Daniel)

...elas passam uma alimentação que a gente nem faz porque se torna difícil. Para quem é rico sempre tem aquela coisa certa, a gente pobre uma hora tá aqui, outra tá lá, aí come umas coisa diferente mesmo... Uns mentem: "Não, eu faço tudo direitinho", mas é mentira, ninguém toma o remédio nesse sistema, come pela nutricionista, tudo nas horas. Ninguém faz isto. (Ageu)

Orientar uma dieta que eles não têm como seguir foi uma queixa muito ressaltada, pois muitos não podiam adquirir os alimentos recomendados, gerando uma má expectativa em torno do tratamento, uma vez que, na percepção deles, parte do mesmo não poderia ser seguido.

Rocha e Silva (1998) afirmam que a saúde, para a maioria da população, é um bem ainda inacessível, dado que este indivíduo não dispõe, por si só, de acessibilidade aos bens e serviços relativos à manutenção de sua saúde. Tal acessibilidade não se restringe a ser conduzido a um serviço e atendido neste, mas também a ter condições de implementar as medidas terapêuticas nele prescritas.

A categoria *Comunicação Ineficaz com Profissional de Saúde* acha-se associada ao conceito de comunicação de King (1981), pois observamos a

dificuldade na implementação de uma boa comunicação entre profissional e paciente. Vemos também o problema gerado pelo atraso no atendimento e pela impossibilidade na aquisição dos alimentos recomendados.

A comunicação é importante na busca da adesão. Para Littlejohn (1988) a comunicação resulta em mudança e esta se origina de condições na pessoa e na mensagem e ocorre em atitudes, valores e comportamentos, que estão inter-relacionados. Ressalta ainda que um importante aspecto da comunicação interpessoal é o fato de estabelecer relações na qual ocorrerá interação e conseqüente percepção do outro.

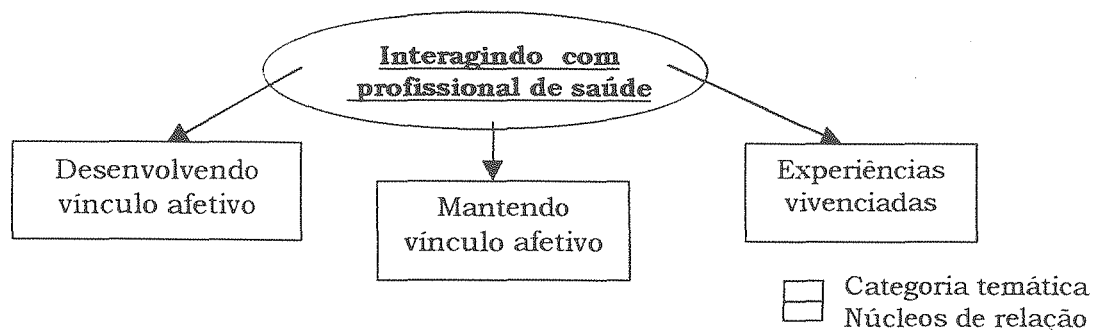
Assim, a comunicação é importantíssima em um relacionamento interpessoal. O espaço comunicacional compreende, além da fala (expressão verbal), também os gestos, o lugar onde se dá a interrelação, o olhar e o escutar (Faria, 1998).

Na comunicação entre o profissional de saúde e o paciente foi constatado um vazio, que por isso mesmo não resultou na mudança – adesão ao tratamento – relatada acima. Faltou ver o paciente como pessoa e a comunicação como um processo vivo de diálogo e de troca mútua, um espaço de persuasão para adesão ao tratamento do paciente com HA.

Para King (1981) são dois os tipos de comunicação: intrapessoal, que é a informação comunicada geneticamente por DNA. E a interpessoal, que é a comunicação entre os indivíduos. É mais complexa e é componente de informação nas interações humanas e sistemas interpessoais.

Assim, interação e comunicação são inter-relacionadas. A comunicação é uma informação de algo, determinada pessoa a pessoa e a comunicação interpessoal é a interação face a face entre indivíduos, o contato que permitirá ou não a efetivação da transação.

Um desenho esquemático da categoria temática *interagindo com profissional de saúde* e seus núcleos de relação pode ser:



Interagindo com o profissional de saúde

Desenvolvendo vínculo afetivo

Eu acho que o relacionamento com a Dra. interfere para que eu venha à consulta. Eu venho porque gosto dela, do tratamento dela. (Sara)

Eu gosto da consulta daqui, por isso que eu voltei de novo. (Rebeca)

Eu só venho aqui dia de consulta e pronto, mas eu num tenho o que falar daqui não, nunca me trataram mal... (Lúcia)

Gosto daqui, é muito bom. Acho que contribui muito pro tratamento da gente. Eu acho melhor que as clínicas que eu fazia tratamento porque aqui eles se preocupam mais com a gente. (Maria)

Tem certos postos de saúde que o pessoal é enjoado, não dá atenção a ninguém... Mas tratam a gente muito bem lá, tanto os médicos, quanto os doutores também. Talvez se eu tivesse enjoado com eles, eu me interessasse menos pelo tratamento. (Ageu)

É possível observar que os pacientes manifestam satisfação no relacionamento com o profissional de saúde, havendo desenvolvimento de vínculo afetivo entre estes. Foi também relatado vínculo afetivo com os demais profissionais do serviço, como os vigias, a dona da cantina, dentre outros. Esse vínculo é muito positivo no sentido de permitir uma relação de maior confiança entre estes, fazendo com que passem de um momento de interação inicial a um de transação, no qual já há manifestação de um relacionamento mais estável. É necessário que tal vínculo seja aproveitado para obter do paciente o seguimento do tratamento e o controle da PA.

Mantendo vínculo afetivo

Eu não gosto de vir e encontrar outro médico, mas ela dificilmente falta. (Sara)

Do outro serviço eu não gosto porque tá com quatro vezes que eu vou e não vejo a Dra. ... Aí eu vou e encontro outro médico no lugar dela. (Rebeca)

Desde o começo eu me tratei lá, mas já troquei de Dra. umas quatro vezes...não sei quando muda... (Ageu)

A manutenção de um vínculo afetivo é manifestada pelo paciente no momento em que ele requer a continuidade do atendimento por um mesmo profissional. Ou seja, a continuidade do vínculo inicial estabelecido seria garantida pelo atendimento por um mesmo profissional, o que é desejo dos pacientes quando eles conseguem atingir um nível de interação satisfatório e uma boa comunicação. A fala de Sara caracteriza bem esse comportamento quando diz *eu não gosto de vir e ser atendida por outro doutor, ou seja, prefiro que minha consulta tenha uma continuidade e que eu seja atendida pelo mesmo profissional. Eu quero, eu preciso manter um vínculo com este serviço para que consiga manter meu tratamento.* O paciente fala isso claramente, mas nós muitas vezes não nos dispomos a ouvi-los.

Experiências vivenciadas

Já aconteceu comigo, de eu ir a um médico e chegar um amigo dele e eles só falarem de vaquejada. Eu me senti como um cachorro, mas depois de uns vinte minutos, eu me levantei e disse: bem, doutor, eu vou embora porque eu não sou boi. E deixei ele lá. (Ruth)

...eu disse assim: Doutora, você podia tirar minha pressão, depois quando a senhora terminar? Aí ela, minha filha, deu um murro tão grande assim na mesa que eu não sei como não quebrou o braço dela. Aí ela disse assim: Olhe, eu tenho ódio de quem me pede pra tirar a pressão. Não sabe que eu tiro? (...) eu fiquei tão angustiada, que eu comecei foi a chorar na mesma hora, tu acredita? Chorei como uma criança, foi, eu chorei como uma criança. (Betânia)

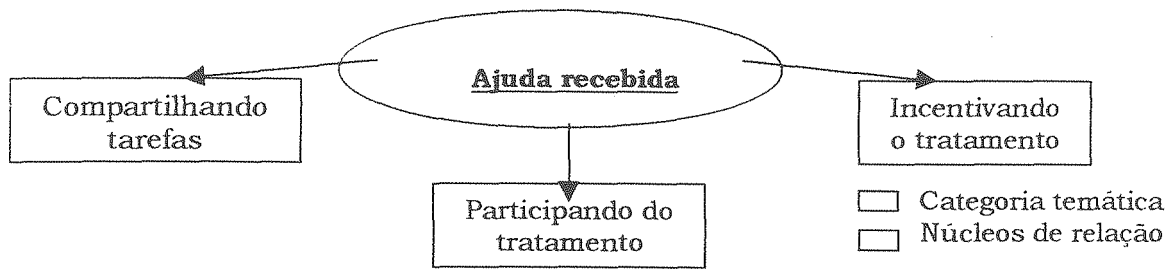
Muitas foram as experiências anteriores relatadas pelos pacientes, no entanto, as duas acima mostraram-se mais fortes. Embora não tenham acontecido no serviço onde se desenvolveu a pesquisa, foram relatadas pelos sujeitos do estudo. Servem para demonstrar o quanto alguns profissionais de saúde negligenciam o momento da consulta como possibilidade de abertura de um canal de comunicação com o paciente em função de outras coisas.

É necessário entender que o momento da consulta, e mais ainda os casos de primeira consulta, são ansiosamente esperados pelos pacientes, que chegam a aguardar até três meses ou mais para falar com o profissional e, no momento tão esperado, se este não lhe dá a devida atenção, observa-se a frustração. Forte et al. (1999) afirmam que os hábitos culturais numa comunidade são importantes individualmente. É notório que é conferida pela população reverência e respeito aos profissionais de saúde, sendo necessário que tais sentimentos sejam recíprocos para que a relação se efetive. Além disso, existe toda uma questão ética envolvida, o respeito que se deve ter ao paciente e a dedicação que se deve dar a cada caso.

A categoria *Interagindo com o Profissional de Saúde* está associada ao conceito de transação de King (1981), denotando necessidade de seu aprimoramento na relação entre pacientes e profissionais de saúde.

Para King (1981), as transações são únicas, pois o indivíduo tem o mundo dele, sua realidade baseada em suas percepções. A comunicação é um componente da transação. Podem ser observadas transações em situações de interações concretas. As transações são influenciadas pelas variáveis da situação, experiências passadas e pelas percepções que os indivíduos têm da realidade. Ao invés de tentar impor os valores ao paciente, o profissional tem que achar algo comum para ajudar os indivíduos e promover a transação.

A categoria temática *ajuda recebida* e seus núcleos de relação pode ser assim representada:



Ajuda recebida

Compartilhando tarefas

Meu marido, meus filho me ajuda, só que eles tudo trabalha e, em casa, tem uma mocinha pra me ajudar com os afazer de casa. Mas, quando eu sinto qualquer coisinha, eles ficam doidim. (Ester)

Minha filha me ajuda muito, eu só faço mesmo o almoço. (Isabel)

...eu faço tudo só porque os menino estuda, e ele trabalha fora, então eu que faço mesmo... (Lúcia)

Não é que elas me ajudem não, é que eu tenho consciência do que eu tenho que fazer. (José)

Então, mora tudo perto e tudo ajuda, meu marido também quando ele tem, ele dá, ele nunca deixou de dar dinheiro em casa não... (Júlia)

Vemos que os pacientes e os demais membros de suas famílias possuem papéis a serem desempenhados no contexto familiar e social. Os papéis desempenhados pelos pacientes são comuns à cultura que se tem de família brasileira, no entanto nota-se que há ainda uma relativa dependência desses no momento em que se deparam com algum problema de saúde, como um pico hipertensivo, por exemplo. Apenas na fala de José aparece uma postura um pouco diferenciada, demonstrando maior autonomia.

O desempenhar um papel que lhe confira maior liberdade faz o paciente sentir-se capaz, o que pode facilitar a formação de uma percepção autônoma do ego, repercutindo beneficemente no tratamento.

Participando do tratamento

Meu neto vem comigo à consulta porque eu tenho dificuldade em vir de ônibus, porque minhas pernas doem. Então, minha filha sempre paga um táxi. (Sara)

A noiva do meu filho me ajuda a pegar ficha pra consulta. (Rebeca)

Antes sempre ia alguém comigo pra consulta porque toda vida eu internava. (Helena)

Minha família me ajuda, minha sobrinha vem comigo pra consulta. (Fátima)

É perceptível que há sempre um membro da família que assume o papel de *protetor* do doente. Essa pessoa pode ser um filho, neto, marido ou até alguém próximo à família, como a noiva do filho, um amigo. A presença dessa pessoa aparece nos relatos como importante para o paciente, porque exerce um papel que lhe é caro e do qual muitas vezes ele depende, podendo este ser perfeitamente utilizado na busca de uma maior adesão ao tratamento pelo paciente.

Incentivando o tratamento

*Minha esposa é quem me ajuda mais e uma das minhas filhas também, lembra o horário do remédio...
(Alexandre)*

Minha mãe teve trombose, paralisou um lado e aconselha pra eu não comer gordura. Às vezes, eu penso em fazer, quando minha mãe fala, mas depois passa pela cabeça e resolvo comer de novo. (Rebeca)

Eles ajudam, lembram o medicamento. Minha filha, meu filho e meu marido brigam para eu não comer o que eu não posso. (Maria)

A minha esposa ajuda a lembrar do remédio quando eu esqueço. O meu filho já não tem nada a ver comigo, não vai me tratar mal, então tá bom. (Matheus)

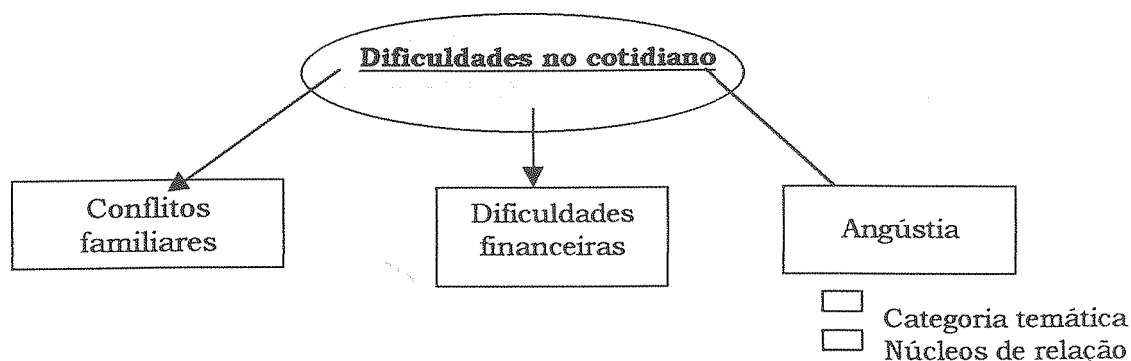
As pessoas mais referidas como incentivadoras do tratamento foram o (a) cônjuge, os filhos e os pais. Especialmente o (a) cônjuge foi a pessoa

mais referida, pelo contato direto e contínuo com o paciente, devendo este ser requisitado como um membro chave de apoio no alcance da tão almejada adesão ao tratamento e o conseqüente controle da pressão arterial. O contato maior com o cônjuge facilita a interação com o paciente e o desenvolvimento de uma avaliação contínua do seguimento do tratamento deste.

A categoria *Ajuda recebida* acha-se associada ao conceito de papel de King (1981), pois descreve os papéis do cotidiano familiar do paciente, com os quais ele convive no seu dia a dia. Assim, tais papéis desenharam um cenário familiar que muito pode interferir no tratamento da HA.

King (1981) afirma que os papéis identificam relação do *self* para outro e do outro em relação ao ego. O papel é instruído para funcionar em uma variedade de sistemas dentro de uma sociedade. As crianças aprendem um papel na família, outro como estudante na escola, outro no grupo de amigos deles e ainda outro na comunidade. Quando passam ao mundo de trabalho, eles aprendem os papéis de empregador e empregado. Com isso, vemos que o papel é situacional, pois depende do momento e do espaço ocupado pela pessoa. No decorrer do tratamento, deve-se sempre incentivar o desempenho de um papel de maior autonomia pelo paciente, levando em conta sua opinião e preferências.

A categoria *dificuldades no cotidiano* pode ser assim representada:



Dificuldades no cotidiano

Conflitos familiares

Tem hora que eu brigo, grito, bato a porta. Assisto à TV trancado no meu quarto. Minha filha, que mora lá

perto, só fala gritando com o filho dela, com todo mundo. Tomo cada susto...Meu filho me culpa por não ter feito medicina. Ele desistiu das Agulhas Negras e não ficou. (eles discutem, domingo mesmo os dois estavam bebendo, brigaram e estão intrigados, pai e filho intrigados, diz sua esposa). Isso é um grande aborrecimento para mim. (Daniel)

O meu neto perturba demais. Ele é novinho, mas é chorão, aí tudo a gente se perturba. Eles reclamam que a comida é ensossa, pede sal. O mais novo é brincalhão, me aperreia e às vezes eu brigo com ele. Minhas noras também se estranham porque uma tem ciúme da outra comigo, disse que gosto mais de uma que de outra. (Rebeca)

...a gente se revolta, a gente não quer aceitar, eu já disse a ele depois que ele arranhou essa mulher: pode ir se embora pra onde ela tá, me deixe em paz!! (Júlia)

Os conflitos foram ressaltados como a principal fonte das dificuldades familiares, sendo os principais: problemas com filhos, netos e dificuldades com o cônjuge, especialmente quando existe uma terceira pessoa entre o casal.

Os conflitos funcionam como uma fonte de estresse e os pacientes que referiram tais dificuldades familiares foram os que não têm conseguido controlar a PA, mesmo tentando seguir o tratamento, tomando medicamentos e implementando as medidas higiênico-dietéticas, revelando elevados índices de estresse.

Dificuldades financeiras

A condição financeira eu acho que interfere mais... Ela é muito pesada. Porque você já tem um problema e tem que resolver com grana e você não tem... ela afeta muito em cima, é demais. Os meninos ainda não trabalham, um começou, mas adoeceu e saiu... (Ageu)

Antes da doença, eu trabalhava como castanheira e saí porque a firma fechou e não consegui emprego por causa da idade e por ter hipertensão. (Rebeca)

Eu me preocupo muito. Meu marido tá desempregado, os meninos é que tão sustentando a casa, o que tem 21 ano e a mais velha e a outra mais nova... também tá trabalhando, ela dá uma ajuda. A minha luz cortaram terça-feira, acredita? (Júlia)

A dificuldade financeira também foi muito referida como uma importante fonte de estresse. O desemprego, a desqualificação profissional, as enormes crises pelas quais vêm passando grande parcela da população brasileira, os coloca, muitas vezes, em uma séria dificuldade econômica, o que pode comprometer o tratamento, que depende de alimentação e medicamentos adequados, esses últimos nem sempre disponíveis nos postos de atendimento.

Somam-se a esses fatores a própria doença, que é vista pelos empregadores como uma possível fonte de gastos e risco, pois temem que o empregado com HA tenha um problema de saúde no serviço e requisite benefícios ao empregador, e também a idade desse paciente, em geral mais velho.

Angústia

...a vida hoje tá muito difícil. Vejo minhas filhas se preocupando com tudo e me preocupo. Quando eu tinha marido, eu não me preocupava com despesa, essas coisas. (Sara)

Trabalho só fim de semana dirigindo para um oftalmologista, que atende no interior. Me preocupo porque não tenho emprego fixo, não me aposentei, minha filha, que é fonoaudióloga também está desempregada... Com o pouco que eu ganho sustento lá em casa, então, não dá. (Daniel)

Depois que me separei, fico só em casa, não tenho com quem sair, só tenho uma amiga minha pra me ouvir, também não gosto de ficar reclamando, porque minha mãe já é doente e ela não se conforma com minha separação, nem eu. Com isso, aumentou minha depressão e a hipertensão... Eu tinha a minha casa, agora não tenho nada, não trabalho, não sei fazer nada, vivo da pensão do meu marido. Por isso, tenho depressão e me sinto só. (Ana)

Eu preciso trabalhar, preciso do dinheiro. Quando eu fui fazer o teste prum emprego, eu tomava os comprimidos direto pra na hora de tirar a pressão, dá baixa e deu certo. O médico de lá depois descobriu que eu tinha pressão alta, mas ele entendeu o meu problema. Ele disse pra eu tomar todos os remédios direitinho pra eu não sentir nada lá. Só que a firma fechou e eu fiquei sem emprego de novo. (Rebeca)

A dificuldade econômica, as crises conjugais, a falta de emprego facilitaram o desenvolvimento de angústia e depressão na amostra, o que foi muito evidenciado no comportamento de Rebeca, que vê na hipertensão um empecilho a uma vida melhor, financeiramente falando, e nas falas de Ana que, quando se refere ao conflito da separação conjugal, atribui à ocorrência o aumento de depressão e da hipertensão.

É possível observar que a categoria *Dificuldades no cotidiano* achasse claramente associada ao conceito de estresse de King (1981), pois traz à tona o conflito, a depressão, as dificuldades vivenciadas por estes pacientes, o que os deixa tão expostos à doença e tão impotentes frente a ela. Para Ribeiro (1996), indivíduos estressados correm maior risco de adquirir doenças cardiovasculares. A prevenção da ocorrência do estresse pode auxiliar no tratamento da HA. Vieira, Trindade e Antunes (1999), acrescentam a essa informação o fato de que a manifestação e a descoberta dessa doença freqüentemente encontram-se associadas à presença de fator traumático desencadeante, sem que se consiga precisar sua origem e tempo de instalação no indivíduo.

Para King (1981), o estresse é um componente essencial à vida, universal, não sendo limitado por tempo ou lugar. É dinâmico, pois os sistemas abertos estão em mudança contínua. Tem uma dimensão temporal e de espaço, pois as medidas dos eventos com grande tensão predizem o potencial de enfermidade subsequente. O estresse é subjetivo, sendo que as pessoas respondem a ele baseado na sua percepção, experiências passadas e interpretação dos eventos.

Veremos agora o esquema das categorias do sistema interpessoal.

Quadro 3: Temáticas sobre a descrição da não adesão ao tratamento pelo paciente nos seus sistemas interpessoais.



No quadro resumido é possível observar que, em relação ao estabelecimento de relacionamentos interpessoais, foi transparente a satisfação dos pacientes com o serviço, embora tenha sido requisitado aos profissionais de saúde que dessem maior importância às consultas. As relações interpessoais no ambiente familiar denotaram presença de conflito do paciente com um dos membros familiares.

A dificuldade de comunicação entre os pacientes e os profissionais de saúde foi fortemente perceptível, pois não houve discussão entre eles acerca do tratamento e a mensagem repassada não foi individualizada. A demora no atendimento foi citada como um fator que gera desconforto e inibição ao paciente, causando entraves no processo de comunicação entre ele e o profissional de saúde. Outro fator bastante mencionado foi a orientação de dietas que eles não têm como seguir.

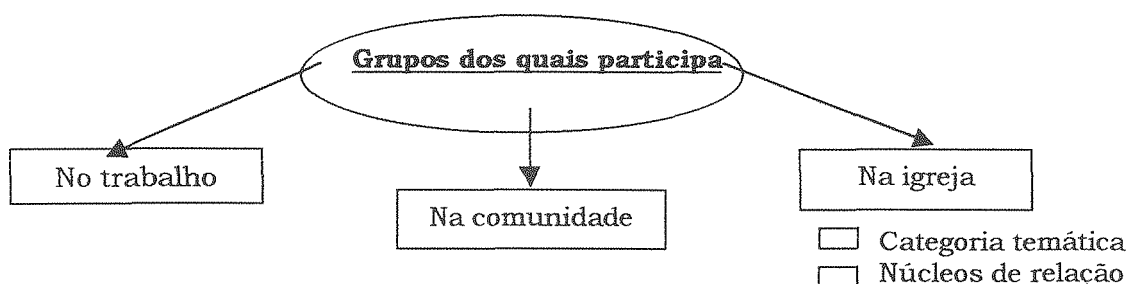
Apesar disso, os pacientes relataram satisfação na interação com o profissional de saúde, havendo desenvolvimento de vínculo afetivo entre eles, sendo também mencionado vínculo afetivo com os demais profissionais do serviço. Isso denota que, mesmo havendo um verdadeiro vazio no relacionamento interpessoal entre profissional de saúde e paciente, o primeiro, assim como as demais pessoas que trabalham no serviço, são bem vistas pelos pacientes, o que é um fator muito positivo e que deve ser utilizado. Na prática, porém, a comunicação e o alcance do objetivo final, que é o seguimento do tratamento, não se efetivam. A

manutenção de um vínculo afetivo foi requerida pelo paciente ao pedir a continuidade do atendimento por um mesmo profissional. Muitas foram as experiências de conflito no relacionamento interpessoal relatadas, sendo algumas descritas.

Quanto à ajuda que o paciente recebe, vemos que eles e os demais membros de suas famílias possuem papéis a serem desempenhados no contexto familiar e social, recebendo ajuda no compartilhamento de tarefas, na participação e incentivo do tratamento.

Os conflitos familiares e a dificuldade financeira foram ressaltados com a principal fonte de estresse e alguns pacientes, mesmo tentando seguir o tratamento, não têm conseguido controlar a doença. Tais problemas facilitaram desenvolvimento de angústia e depressão em alguns membros do grupo, que demonstraram níveis muito elevados de estresse.

A seguir, passaremos a expor as categorias relacionadas ao **Sistema Social**. A categoria temática *grupos dos quais participa*, apresenta o seguinte desenho esquemático:



Grupos dos quais participa

No trabalho

A outra empregada que trabalha lá, me ajuda e vai começando o almoço enquanto eu chego. Eles não descontam do meu salário porque eles me conhecem desde antes da minha filha nascer. Eu trabalhava lá, saí e tá com dois anos que eu voltei. (Helena)

Liberam lá no trabalho pra eu vir à consulta. (José)

A inserção em um grupo é um fator bastante positivo que pode ser utilizado na busca de adesão ao tratamento, no entanto, não foi referida

formação de grupo no centro onde foi desenvolvida a pesquisa, apesar de terem sido observadas algumas palestras na instituição durante o período de coleta de dados. O desenvolvimento de grupos de encontro com enfoque de auto-ajuda facilita a adesão ao tratamento pela troca de experiências, aumento da interação entre os pacientes, possibilitando uma alteração na percepção da patologia por estes.

Foi relatada cooperação de colegas de trabalho no sentido de facilitar a ida à consulta pelo paciente. Essa cooperação foi sentida no momento em que um colega de trabalho acumula temporariamente a função do outro para que este possa dar seguimento ao tratamento, ou ainda quando o seu chefe não desconta do salário essas horas que são utilizadas para o comparecimento às consultas agendadas. Poder contar com isso facilita o tratamento.

Na comunidade

Não participo de nada na comunidade, mas eu me dou muito bem com meus vizinhos. (Ruth)

Não participo de nada na comunidade, nem gosto de sair. Também onde eu moro só tem prédio e é esquisito para sair, só se tiver alguém pra sair e eu não tenho. Então... (Ana)

Não participo de nada na comunidade porque eu moro afastado... (Isabel)

Eu num tenho tempo de sair e fazer nada. Esse negócio de ir pra reunião num sei aonde é coisa pra gente desocupada, num dá pra mim. Foi umas mulher lá em casa pra me chamar pra ir pro grupo duma cooperativa lá, mas eu lá tenho tempo pra isso. (Talita)

O fato de não se engajarem em atividades na comunidade tem um aspecto muito negativo, denotando o isolamento social que se vive hoje nas grandes cidades. A inserção em grupos comunitários possibilitaria o contato com outras pessoas que tivessem também hipertensão, havendo a possibilidade de intercâmbio de informações entre esses. Possibilitaria, ainda, um maior pressão junto aos serviços de saúde do bairro em direção

a um atendimento mais adequado às suas necessidades, além de propiciar um espaço de interação, entretenimento e lazer.

As enfermeiras há muito tempo têm desenvolvido atividades com grupos embora seus registros sejam recentes (Munari, Rodrigues, 1997). Assim, uma tarefa comum no trabalho da enfermeira são as atividades com grupos, objetivando promover ou facilitar ações de auto-assistência, além de possibilitar ampliação da comunicação nas relações (Moreira et al., 1998; Moreira, Maciel e Araújo, 1999).

Na igreja

O único grupo que eu frequento é o da igreja e lá também tem irmã que são hipertensa, então a gente conversa, fala o que tá sentindo e já melhora. Outro grupo eu não frequento não. (Ester)

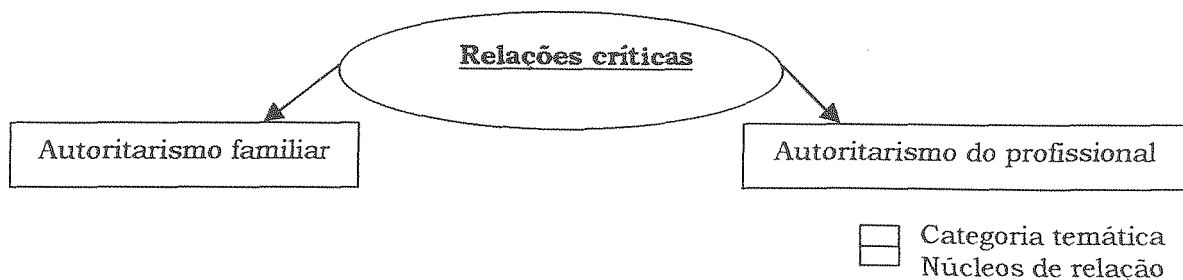
... Lá na igreja outras pessoas têm pressão alta, então eu converso mais com as irmãs, elas ensinam muitas coisas,... É bom, ... Tem algumas que se trata aqui também ... (Raquel)

A igreja foi bastante referida pelos pacientes evangélicos, por ser o ambiente comunitário com o qual eles mais convivem. Assim, percebemos que, por ser normalmente um grupo menor, há um contato maior entre as pessoas e o conhecimento de seus problemas, inclusive os de saúde. Esse é um meio que pode ser utilizado na abordagem a essa clientela. Lopes, Aguiar e Silva (1999) estudando o comportamento de mulheres evangélicas frente à epidemia de AIDS, afirmam que existe a necessidade de debate de temas de saúde nas igrejas, a fim de que estas contribuam como um espaço de compartilhamento de informações acerca da saúde.

A categoria *Grupos dos quais participa* acha-se associada ao conceito de organização de King (1981), pois relaciona-se às unidades sociais caracterizadas por estrutura, funções e recursos para alcançar metas. Para essa autora, a estrutura de uma organização provê ordem de posições e atividades que incluem tamanho, complexidade e arranjos, sejam eles formais ou não. As organizações formais provêem regras para

nomear atividades específicas a cada posição. As informais são compostas de grupos com interesses comuns que desenvolvem suas próprias normas.

A categoria temática *relações críticas* pode ser assim representada:



Relações críticas

Autoritarismo familiar

Hoje em dia tudo me deixa preocupada, eu só não falo mais porque as meninas brigam comigo. (Sara)

Minha filha só fala gritando. Grita com o filho dela, comigo, com todo mundo... (Daniel)

...às vezes implicam comigo ou com a minha filha e eu não gosto e penso, se eu estivesse na minha casa, não estava passando isso... (Ana)

Percebe-se nessas falas a denotação de uma certa *autoridade familiar*, nos recortes: “as meninas brigam comigo”, “grita...comigo” e “às vezes implicam comigo...”. Essa atitude é facilmente confundida com autoritarismo, pelo grau e postura que alcançam diante do paciente. Esse autoritarismo familiar parece estar relacionado à fragilidade que é associada ao portador de doença crônica, já, muitas vezes, mais velho, ou ainda, ao fato de, não raro, não estar trabalhando e não oferecer uma renda definida à família. Essa autoridade, embora presente no núcleo familiar, destaca-se em um de seus membros, geralmente o que ganha mais, ou o que tem mais facilidade de comunicação.

Autoritarismo do profissional

A Dra. briga comigo, mas eu já tô velha demais pra isso... elas são novinha demais, não sabe nada da vida ainda. (Isabel)

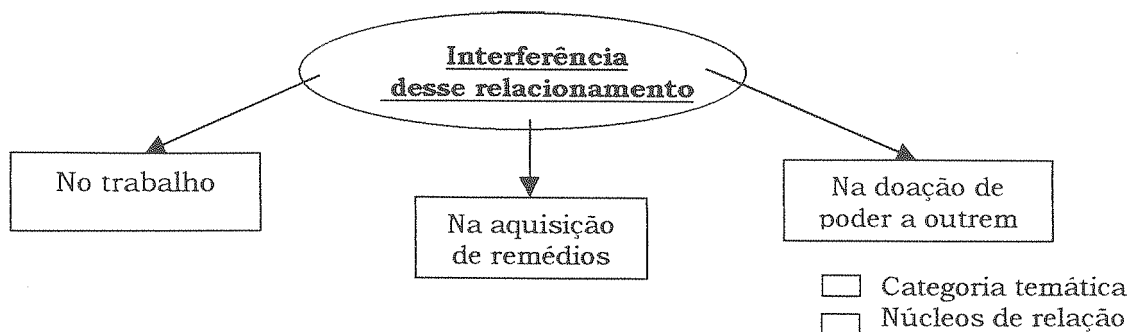
...manda tomar os remédio, caminhar, mas, eu não posso caminhar que eu não tenho tempo, eu que faço tudo em casa, então fica difícil. (Lúcia)

*...a Dra. disse que eu nunca mais vou ficar boa e que tenho que fazer assim porque senão vai ser pior.
(Raquel)*

O autoritarismo do profissional é ainda mais claro. Esse é nítido nas falas: “a Dra. briga comigo”, “manda tomar o remédio, caminhar...” e “ela diz que tenho que fazer assim, senão vai ser pior”. Tais falas denotam uma postura autoritária dos profissionais de saúde sobre o tratamento de seus pacientes, no momento em que definem o que deve ser feito e amedrontam o outro com o “se não fizer, vai ser pior”. Na verdade, isso comprova a completa falência da comunicação, interação e transação nessa díade. Com isso, tal relacionamento sofre profundos prejuízos e a relação entre os dois passa a ser, não de esclarecimento ou orientação num contexto de igualdade, mas de terrorismo, de autoritarismo total no momento em que se diz *ou você faz o que mando, ou vai ter uma doença pior*. Isso pode se dar de forma inconsciente, mas o fato é que ocorre e é observado com frequência no dia a dia de um ambulatório de HA.

É então, perfeitamente visível que a categoria *Relações críticas* achasse associada ao conceito de autoridade de King (1981), pois mostra a autoridade na sociedade e como esta a cultiva, podendo ser observada provendo ordem, direção e responsabilidade de ações. Para essa autora, todos os indivíduos estão sujeitos à autoridade na manutenção de ordem e segurança numa sociedade, sendo essa essencial às organizações formais. Em situações em que ocorre autoridade, há sempre uma pessoa que é superior, com “autoridade” e um ou mais que são subordinados, devendo existir cooperação e comunicação entre eles na organização, uma vez que a autoridade é essencial à realização de metas. No entanto, quando em excesso, a autoridade pode ser prejudicial por gerar conflitos.

A categoria temática *interferência desse relacionamento* pode ser assim representada:



Interferência desse relacionamento

No trabalho

Aí a Dra. disse que eu não podia mais trabalhar porque a minha pressão podia subir e eu morrer dentro da firma. (Rebeca)

O Dr. disse pra eu ir me tratar e deixar logo o emprego. (Daniel)

Percebemos o quanto o relacionamento entre o paciente e sua família ou dele com o profissional de saúde têm poder sobre sua vida. Esse poder é sentido no momento em que a pessoa abre mão de seu próprio trabalho, de sua condição de gente para se submeter ao tratamento, como se fosse despersonalizado. Isso, além de terrível, não é necessário ao tratamento, pois não está escrito em nenhum manual ou consenso de hipertensão que a pessoa portadora dessa patologia não possa e, até, não deva trabalhar. O trabalho edifica o homem, o torna capaz de realizações, de ser atuante pela crença em si mesmo. Abdicar disso é deixar de lado sua autonomia e, em si, já pode fazer com que não goste do tratamento. Essa sensação de castração vivenciada pelo paciente só não foi observada naqueles que almejam a aposentadoria e que vêm na doença uma justificativa para esta.

Na aquisição de remédios

A Dra. nunca passou pra eu comprar remédio. (Rebeca)

A Dra. passou remédio controlado pra mim, eu nem comprei, porque a Dra. do DIU disse que era menopausa. (Helena)

O poder do profissional de saúde junto ao paciente é tanto, que algumas vezes, aqueles que têm recursos financeiros só compram remédios quando o profissional recomenda que o façam. Existe, então, uma dependência do profissional de saúde no sentido de tomar decisões em relação a sua própria vida e tratamento. Esse respeito à opinião do profissional poderia ser melhor utilizado no sentido de adquirir uma nova postura do paciente com relação ao tratamento, mas, para isso, é necessário que a mensagem que lhe é passada seja diferenciada, e não uma única mensagem para todos. E ainda que a comunicação seja estabelecida mutuamente e possibilite um melhor relacionamento interpessoal entre ele e o profissional de saúde.

Na doação de poder a outrem

— Eu já entreguei nas mãos de Deus, seja o que Ele quiser... (Raquel)

O que eu posso fazer ? Deus quis assim... (Helena)

Só Deus mesmo é quem tá me ajudando até hoje, é quem tá me segurando nas dificuldades que eu passo todo dia... (Júlia)

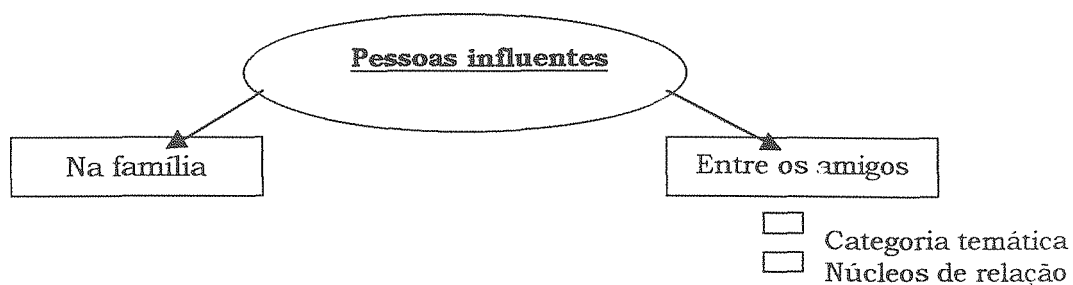
Nesse núcleo de relação observamos que a doação de poder a outrem aconteceu em relação a Deus, mas não se tornou evidente no tocante a outras pessoas, o que não significa que não exista, uma vez que foi encontrada autoridade na família e no profissional de saúde em relação ao paciente. Essa autoridade pode estar relacionada a poder, embora isto não tenha sido nítido nas falas dos pacientes. Segundo Almeida (1999), tentar descentralizar o poder na saúde, na qual secularmente os limites da hierarquia são estabelecidos pela hegemonia do saber do profissional de saúde, implica atentar para conflitos entre os próprios profissionais e entre esses e a população.

A categoria *Interferência desse relacionamento* acha-se associada ao conceito de poder de King (1981), pois ele emana da autoridade, sendo, de

acordo com essa autora, uma de suas características. Para King (1981), o poder é universal, pois todos os indivíduos e organizações sofrem poder, controlando ou sendo controlado. O poder é sentido em famílias, escolas, nas relações com indivíduos e em sistemas políticos.

É situacional, pois não é um atributo pessoal. Em uma situação, uma pessoa pode ter poder legítimo e exercitar isto e, em outra situação, a mesma pessoa pode ser impotente. O poder implica uma relação de dependência com um no papel de superior e outro no de subordinado. O poder é essencial à manutenção de equilíbrio e harmonia organizacional, porém, o abuso dele pode causar caos e desorganização. O poder é dinâmico, pois os eventos e as pessoas estão mudando continuamente, é dirigido a metas e, assim, o seu uso apropriado ajudará os indivíduos a alcançar metas.

A categoria temática *pessoas influentes* pode ser representada da seguinte forma:



Pessoas influentes

Na família

Na minha família tem muita gente influente. Meus irmãos tudo são formado, vive bem, só eu que não, mas às vezes eles me ajudam, me dão remédio, levam fruta pra mim. (Daniel)

Meu irmão vive bem. Às vezes ele me ajuda., me deu um remédio muito bom que o Dr. dele passou pra ele, que também tem pressão alta. (Ageu)

Percebemos a forma de relato que os pacientes usam para falar acerca das pessoas que detêm maior *status*, seja na família ou entre seus amigos. Na família é percebida sempre uma relação de admiração e, ao

mesmo tempo, de competitividade, especialmente quando se trata de irmãos. É denotado também que os familiares em melhores condições financeiras parecem sempre ajudar o parente doente, auxiliando na compra de alimentos e remédios, o que facilita o tratamento.

Entre os amigos

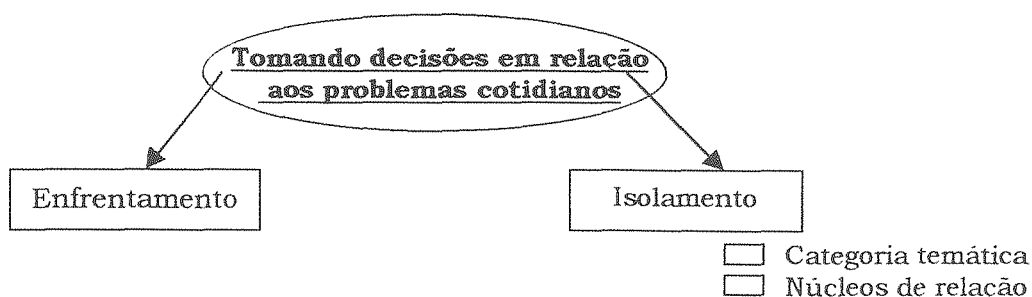
Eu também tenho uma amiga que trabalha no hospital e me ajuda: verifica minha pressão... (Betânia)

Eu tenho um amigo e ele sempre ajeita consulta pra mim. Foi ele que me trouxe pra cá. (Ageu)

Como amigos influentes e que os ajudam, os pacientes citaram pessoas que trabalham em hospital ou em outros serviços de saúde. Marcar consultas, verificar a pressão arterial foram alguns dos favores prestados por esses junto aos amigos com hipertensão. É importante destacar que tais amigos, apesar de trabalharem em serviços de saúde, nem sempre passam informações fidedignas ou têm uma prática que se pode aceitar como correta, inclusive em relação à própria técnica de verificação da pressão arterial. Os estudos têm comprovado que ainda existe muito desconhecimento por parte dos profissionais que a executam (Lima, Araújo e Moreira, 1999a), o que é somado ao desconhecimento dos próprios pacientes (Matias, Araújo e Moreira, 1998a) e pode daí repercutir seriamente no tratamento.

A categoria *Pessoas influentes* acha-se associada ao conceito de *status* de King (1981). Para ela, o *status* é situacional, pois um pai e mãe em uma família têm *status*, mas em outra circunstância podem não ter nenhum. O *status* depende de posição, uma vez que a pessoa é vista com *status* quando em posição estimada por alguns indivíduos, tendo *status* em virtude de sua classe sócio-econômica. É reversível, assim, quando alguém perde seu lugar na organização, está perdendo nela o seu *status*.

A categoria temática *tomando decisões em relação aos problemas cotidianos* pode ser assim representada:



Tomando decisões em relação aos problemas cotidianos

Enfrentamento

Quando eu tenho qualquer problema, logo eu sou nervoso, eu fico agressivo, com raiva das pessoas, às vezes também eu vou andar. Ando, ando... (Daniel)

Quando eu tenho qualquer problema, espiritualmente é uma bênção, eu vou logo orar e me tranquilizo. Viajo pro interior, pra casa da minha irmã e vou descansar. Não tenho motivos pra brigar. (Ester)

Eu tendo qualquer problemazinho, eu vou logo saindo, conversando com outra pessoa. (Matheus)

Foram visíveis duas formas dos pacientes tomarem decisões em relação aos problemas cotidianos, enfrentando-os ou por meio de isolamento. Na primeira, foram observadas formas diferentes de enfrentamento, pois enquanto Daniel se irrita e vai andar, Ester vai orar, viaja para a casa da irmã, tenta espairecer. Já Matheus procura conversar com alguém, pedir uma opinião. Isso reafirma que as pessoas têm formas de enfrentamento diferenciadas em relação aos obstáculos que se interpõem ao alcance das metas traçadas, justificando, sobremaneira, a individualização das mensagens dirigidas ao paciente, seja em palestras, em campanhas de detecção precoce da hipertensão ou nas decisões do Consenso (Consenso, 1998) a serem adotadas pelos especialistas na área.

Isolamento

Quando eu tô estressada, eu fico muito calada, eu me isolo. Não brigo com ninguém, só se vier me atingir, aí o cachorro pega. (Ruth)

Quando tenho um problema, fico calada, não falo pra ninguém. (Rebeca)

O isolamento foi outro mecanismo relatado. Nesses casos, os pacientes ainda não demonstraram maturidade suficiente em seu desenvolvimento para resolver suas fontes de estresse e tomar decisões necessárias ao seu cotidiano.

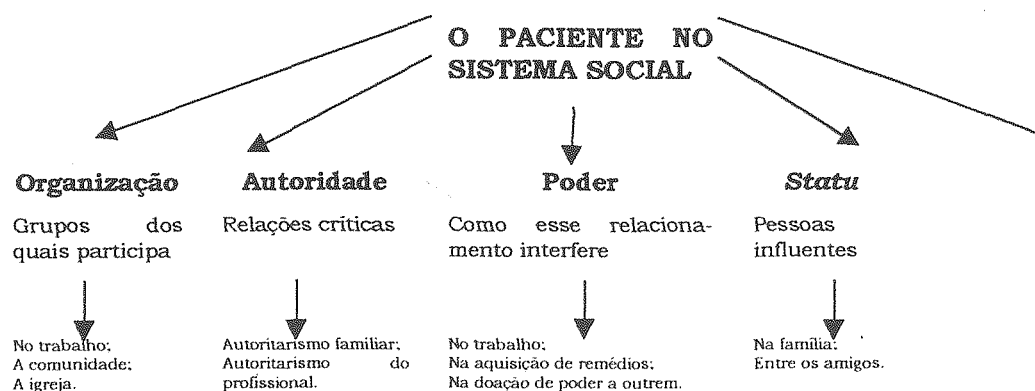
O aprimoramento de seu desenvolvimento e o maior domínio do espaço vão propiciar um tempo adequado para tal decisão, fazendo com que o paciente saia do ostracismo no qual se colocou e tome, realmente, as decisões pertinentes ao seu dia a dia. O isolamento pode agravar a doença porque tende a aumentar o estresse no indivíduo.

A categoria *Tomando decisões em relação aos problemas cotidianos*, acha-se associada ao conceito de tomada de decisão de King (1981), pois mostra a maneira como se opera o enfrentamento pelos pacientes, de forma dinâmica e sistemática, dirigido a metas e à escolha de alternativas.

Esse processo envolve uma situação ou problema, definindo sua resolução analisando fatos e selecionando o melhor caminho de ação em termos de alcance das metas, pesando riscos, obstáculos, ganhos, perdas, tempo e limitação de recursos. A efetividade da tomada de decisões é avaliada pelo alcance de meta ou solução dos problemas com menor quantia de dinheiro, energia e perturbação na família ou organização.

Veremos agora o esquema das categorias do sistema social.

Quadro 4: Temáticas sobre a descrição da não adesão ao tratamento pelo paciente no seu sistema social.



No esquema resumido, vemos que, em relação aos grupos dos quais participa, foi citada a inserção no trabalho, comunidade e igreja, não

sendo muito relatada a participação dos pacientes em grupos comunitários. A inserção em grupos é um fator positivo na busca da adesão ao tratamento, não sendo, porém, referida sua formação no centro.

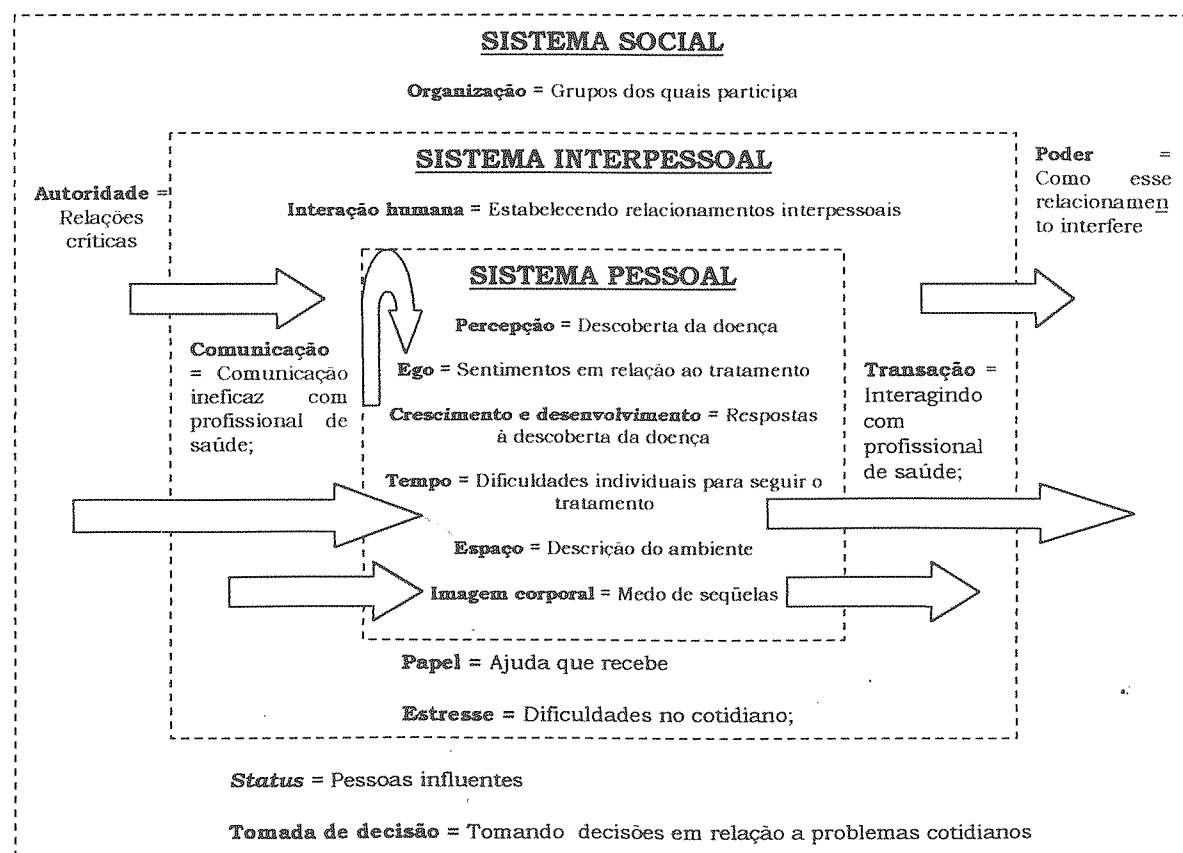
No que tange às relações críticas, foi percebida autoridade da família e do profissional de saúde para com o paciente. Tal autoridade, no entanto, se confunde com autoritarismo quando é adotada uma postura de mando em relação às escolhas na vida do paciente.

Tais relacionamentos denotaram poder sobre a vida do paciente em seu trabalho, na compra de remédios, na aquisição de alimentos, levando à dependência. Foi observada doação de poder a Deus.

Pessoas influentes receberam menção especial dos pacientes, seja na família ou entre amigos, sendo lembrados como dotados de *status*.

Quanto à tomada de decisões referentes a problemas cotidianos dos pacientes, foram relatadas atitudes de enfrentamento ou isolamento.

Figura 4: Estrutura de sistemas de King com as categorias encontradas nos pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento.



5.4. ARTILHANDO O SISTEMA INTERPESSOAL

Os achados desse estudo reforçam a importância da participação ativa dos hipertensos no tratamento. Ao se propor um esquema terapêutico deve-se dar a oportunidade para que exponha suas preferências e necessidades em relação ao mesmo. Concordo com Mion Jr. (1995) quando afirma que o envolvimento do hipertenso em seu autocuidado, por meio de uma participação efetiva deve-se fazer presente em todas as fases da doença. Uma abordagem individual que caracterize as suas reais necessidades, considerando crenças, valores, hábitos de vida, compromissos com a saúde do paciente e de sua família, é imprescindível à adequada adesão ao tratamento, já que o seguimento das medidas não farmacológicas implica em modificação no estilo de vida.

Até agora, a Enfermagem tem desempenhado um importante papel no progresso do controle da HA. Sua focalização sobre o estabelecimento das habilidades de assistência dos pacientes por eles mesmos e suas famílias, sua ênfase sobre a consideração dos indivíduos no contexto familiar e ambiental, e a atenção dirigida à prevenção das enfermidades e à manutenção da saúde orientadas por metas, se voltam às necessidades presentes e aos problemas no controle da pressão arterial. Alguns trabalhos têm sido desenvolvido nesse sentido (Lima, Araújo e Moreira, 1999; Marcelino et al., 1998; Marcelino, Moreira e Araújo, 1999; Matias, Araújo e Moreira, 1998a), inclusive com aplicação da Teoria de Imogene King (Moreira, Araújo, 1999; Moreira, Araújo, 1999a) e o estudo mais aprofundado de uma das etapas de seu processo, a de diagnóstico (Moreira, Araújo, 1998). Tudo isso no sentido de entender melhor a não adesão ao tratamento pelo paciente, para, a partir daí, melhorá-la ou aperfeiçoá-la.

Um dos dados dessa pesquisa, assim como de alguns dos outros estudos realizados, foi a focalização da dificuldade de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente.

Para Dellácqua et al. (1997), a comunicação é um instrumento básico para a assistência de enfermagem e é certo que existem dificuldades que podem afetar tal processo, assim, espera-se que os enfermeiros, por desempenhar importante papel na equipe multiprofissional, tenham a intencionalidade de detectar tais barreiras, podendo dessa maneira intervir nos elementos que estejam dificultando ou impedindo a compreensão básica efetiva necessária à tomada de decisão para o autocuidado. Assim, para haver uma correta abordagem junto ao indivíduo portador de hipertensão arterial, tem-se que considerar, além dos fatores de risco, a situação sócio-econômica, grau de instrução, atividade que executa, sentimentos e conhecimentos sobre a doença, crenças de saúde, estilo de vida, experiência anterior com a doença no meio em que vive, percepção da seriedade do problema, complexidade do tratamento, atividades decorrentes do sistema de saúde vigente, efeitos colaterais dos medicamentos, percepção social do problema e relacionamento inadequado com membros da equipe de saúde. Tudo isto justifica que o controle dos milhões de pacientes com hipertensão leve, possa e somente deva ser feito dentro de um contexto de assistência primária (O' Brien, Beevers e Marshall, 1996).

Além disso, o fato de o indivíduo ser rotulado como portador de hipertensão pode gerar ansiedade e insegurança, sendo o esclarecimento da doença um ponto inicial na manutenção do controle tensional adequado e na observância do tratamento, reafirmando a necessidade de uma comunicação efetiva entre as duas partes e, inclusive, junto à família do paciente também. Tal relação, de acordo com Ribeiro (1997) e Lima et al. (1998), pode contribuir para aumentar a aderência ao tratamento com medidas simples, como a realização da aferição da PA em casa pelo próprio paciente ou familiar.

Entretanto, muitos são os caminhos e incontáveis os descaminhos no sentido de atingir tal comportamento. No decorrer do estudo, tivemos a oportunidade de vivenciar inúmeras experiências, dentre as quais a de, ao conversar com uma menina em primeira consulta ao cardiologista, com

provável diagnóstico de hipertensão, ouvi-la dizer que, no hospital da cidade onde mora, a auxiliar de enfermagem afirmou que só se verifica a pressão arterial de pessoas com 25 anos ou mais. Outra experiência marcante foi o contato com uma senhora que, vendo-me entrevistar outras pessoas e estes falarem de suas vidas, pediu para também ser entrevistada, pois queria contar seus problemas para alguém, uma vez que nem o marido, nem os filhos a ouviam. Outra ainda foi o contato com a associação do serviço e a convivência contínua com os pacientes na cantina do mesmo, o que permitiu, por algumas vezes, comer os alimentos lá vendidos, que são destinados obviamente à clientela ali assistida. Essas experiências me levaram a refletir e a me fazer a seguinte pergunta: até que ponto a "aderência" é conceituada de forma institucionalizada? Como é realmente possível atuar para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial primária ?

Luna (1989) sugere as seguintes estratégias para melhorar a adesão do paciente com hipertensão ao tratamento: 1.explanação acerca dos riscos da hipertensão; 2.explanação acerca dos benefícios da terapêutica; 3.agendamento regular das consultas; 4.contato com o paciente que falta à consulta; 5.requisição do mínimo necessário de exames complementares; 6.prescrição do menor número possível de drogas; 7.prescrição de menores doses efetivas; 8.compatibilização da medicação com os hábitos do paciente; 9.instrução do doente para a própria medida da PA e 10.inclusão do pessoal paramédico.

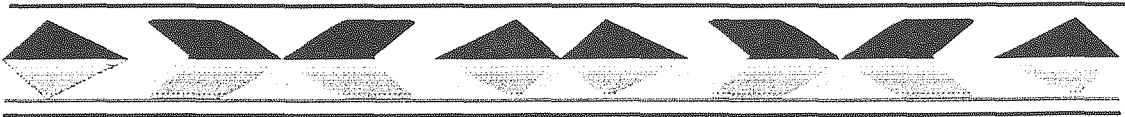
Mas será que tal comportamento, colocado dessa maneira, conseguirá realmente efetivar a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo ? A própria colocação de "inclusão do pessoal paramédico" já reflete a pequena ou nenhuma existência de interdisciplinaridade e do desenvolvimento de um trabalho de grupo por uma equipe multiprofissional integrada, verdadeira, capaz de desenvolver um cuidado holístico. Para Franco et al. (1996), cada pessoa aprende de maneira singular valores, crenças, hábitos, costumes e idéias a partir das formas de relacionamento, sendo que as pessoas orientam suas ações não em

função de uma realidade objetiva, mas tomando por base a percepção dos significados subjetivos e intersubjetivos, atribuídos às experiências no desenrolar de sua história pessoal e social. Dessa forma, o cuidar fundamenta-se a partir da visão de mundo de cada um, de sua cultura pessoal e institucional e toma direcionamentos diferenciados delineando as ações e percepções do outro como ser institucional. Assim, vemos que é necessário muito mais que isso para atingir a meta de adesão ao tratamento da hipertensão pelos pacientes. É necessário que estes sejam vistos realmente de maneira holística e não só pela enfermeira, mas por todos os profissionais de saúde, trabalhando em ações conjuntas, com a mesma meta – o alcance da aderência.

A família também precisa ser inserida como agente de cuidado, pois conforme coloca Elsen (1994), a família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta e sua participação deve ser incentivada em todo o processo profissional de cuidar/curar.

Além disso, não deverá também a percepção do paciente pelos profissionais de saúde ser trabalhada? Silveira et al. (1999) afirmam que o acesso à realidade se dá através da percepção e esta não depende só da integração das informações do cérebro, mas também da experiência passada, do estado emocional e motivacional, bem como de nossos preconceitos e expectativas a nosso respeito e do futuro, vendo, assim, não as coisas como são, mas como nós as vemos ou queremos. O que realmente queremos ver? Será que é realmente desejo de todos os profissionais de saúde a integração, a comunicação efetiva, a participação do paciente e de sua família no tratamento, tão proclamados e tão necessários ao seguimento do tratamento da hipertensão pelo paciente?

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados apresentados, pode-se concluir que, apesar de ser grande a necessidade de adesão ao tratamento, nem sempre essa é percebida assim pelos pacientes, que, ao sofrerem influência dos três sistemas de King, têm sua própria percepção da doença, mesmo antes de sua descoberta, uma vez que não há um comportamento preventivo em relação a mesma, que é identificada na maioria das vezes por acaso ou na tentativa de justificar sintomas aparentes. Em seu íntimo, eles adequam a terapêutica às suas percepções, sentindo-se, muitas vezes cansados, impotentes ou, ainda, rejeitando completamente o tratamento. Ainda assim, com a descoberta da doença aumentam as preocupações, os abusos cotidianos, desenhando-se em suas mentes o medo da morte, com modificação ou não do estilo de vida. As principais dificuldades individuais para seguir o tratamento relatadas foram a falta de tempo e a rapidez das consultas. Referiram sentir-se bem em seu ambiente e o temor do aparecimento de seqüelas decorrentes da doença.

Em relação à influência do relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde na adesão ao tratamento, foi possível perceber que a interação esteve presente e foi relatada satisfação e formação de vínculo entre o paciente e o profissional de saúde, sendo requerida sua manutenção nos vários papéis desempenhados por esses. Apesar disto, foi enfatizada uma relativa dificuldade de comunicação entre eles, geradora de intenso desprazer ao paciente. Também foi relatado estresse excessivo no contato com alguns membros familiares e na dificuldade financeira, culminando, algumas vezes em sentimentos de depressão e angústia.

Quanto à influência da família na adesão ao tratamento, foi percebido que os pacientes muitas vezes não participam de grupos e que a relação com a família é ameaçada pela doença, visto que ela se utiliza de autoridade excessiva e poder em relação ao paciente, também presentes na sua relação com o profissional de saúde. O poder foi mais nítido nas falas dos pacientes como concedido a Deus. As pessoas identificadas pelo paciente como portadoras de *status* foram alguém da família com maior prestígio ou poder aquisitivo e amigos ligados a um serviço de saúde. O guiar sua própria vida ainda esteve ameaçado por situações de isolamento na tomada de decisões em situações cotidianas.

Pode-se ver que o estudo permitiu a compreensão da realidade efetiva e contextual vivenciada pelos pacientes acometidos por hipertensão arterial que têm dificuldade em aderir à terapêutica recomendada. Acredita-se que, a partir desta pesquisa, será possível abordar o paciente levando em conta seu caráter holístico, visto sempre a partir de uma compreensão de sistemas, que lhe é peculiar e inseparável. Nesse sentido, pretende-se colaborar junto à instituição onde foi desenvolvida a pesquisa, através do desenvolvimento de trabalhos que visam melhorar o conhecimento e despertar as percepções, não somente dos sujeitos da pesquisa, mas dos pacientes com hipertensão atendidos nesse centro e dos profissionais que os atendem, sobre a questão da importância da singularidade na consulta e do desempenho de ações coletivas que visem alcançar a meta da adesão ao tratamento da hipertensão arterial, efetivando, assim, o controle dessa doença.

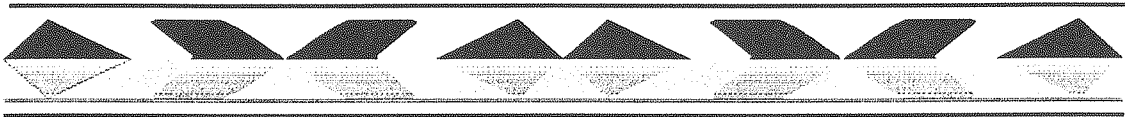
Assim, a expectativa é de que esse estudo seja de aplicação prática, por estar inserido em um relevante projeto de prevenção e acompanhamento do paciente com hipertensão, além do fato de que cópia do estudo será enviada à instituição em estudo e ao próprio Ministério da Saúde, podendo daí repercutir no tratamento da hipertensão. Permanecerá, ainda, a colaboração em cursos e oficinas a acadêmicos e à comunidade, no sentido de divulgar os achados, que deverão ser publicados para conhecimento por parte da comunidade científica.

Os dados encontrados reforçam a importância da participação ativa dos hipertensos no tratamento e o desenvolvimento de uma abordagem holística do paciente desenvolvida por todos os profissionais de saúde e contando, inclusive, com a participação da família.

A BSTRACT

The no-compliance to the treatment of the arterial hypertension (HA) is a problem that sensitizes professionals of health more and more, for hindering the installment of an effective attendance in the its patients' accompaniment. Thus, I established as objective to describe the patients' reactions with HA that haven't had compliance to the treatment, relating them to the personnel, interpersonnel and social systems of the King's conceptual model. The research consisted of exploratory-descriptive boarding and it had as sample the participant clientele of a program of control of a center of hypertension treatment and diabetes of Ceará that presented no-compliance to the treatment in the last year, registered in that program with, at least, six months, that resided in Fortaleza or metropolitan area and they had not abandoned the service, accepting the participation voluntarily in the study, conscious, guided, in conditions of they be interviewed and that didn't have associated diabetes. They signed consent term for the research, that elapsed of March to May of 1999. The instrument applied during the interview was composed of three thematic: reactions of the patients to the disease and to the treatment, its relationship with professionals of health and its relationship with the family. The discoveries were treated using the method of analysis of content of Bardin. All the ethical aspects were respected. The discoveries show that, in the personal system, in spite of being big the compliance need to the treatment, not always that is noticed like this by the patients, that, to the they suffer influence of the three King's systems, they have their own perception of the disease, not having a preventive behavior in relation to same. They adapt the therapeutics to their perceptions, feeling tired, impotent or rejecting the treatment. With the discovery of the disease, they increase their concerns, drawing in its minds the fear of the death, followed or not of modification in the lifestyle. The main individual difficulties to follow the told treatment went to lack of time and the speed of the consultations. Fear of the happened of current sequels of the disease was referred. In the interpersonnel system, it was possible to notice that the interaction between patient and professional of health was present, being the communication difficulty between them and the delay in the generating of sad attendance to the patient. It was told excessive stress in the contact with some family members and in the financial difficulty, culminating in depression and anguish feelings. In the social system, it was noticed that the patients don't participate in groups and that its relationship with the family is threatened by the disease, because relatives use of excessive authority and cannot in relation to the patient, happening the same in its relationship with the professional of health. They were close to identified people status carriers the patient. Isolation situations were registered in the taking of decisions in daily situations. Such data reinforce the importance of the active participation of the persons with HA in the treatment and the development of an integral boarding of the patient in your treatment developed by all the professionals of health and counting, besides, with the participation of the family.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMANN, M. L. et al. **Nursing Theorists and their work**. St. Louis: Mosby-Year book, 1994, p. 305-320.
2. ACHUTTI, A. C. C.; ACHUTTI, V. A. R. Aspectos epidemiológicos. In: AMODEO, C.; LIMA, E.G.; VAZQUEZ, E.C. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997, cap. 2, p. 11-21.
3. ALMEIDA, V. L. de. Novo modelo assistencial: cotidiano e conflito dos profissionais de saúde. In: FORTE, B.P.; FRAGA, M. de N. de O. **Cultura e poder nas políticas de saúde: prática clínica e social aplicada**. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC, 1998, parte II, cap. 4, p.107-115.
4. ALMEIDA, V. L. de. **Saúde e Cidadania: a experiência de Icapuí-CE**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999, 121 p.
5. ARAÚJO, M. G. de et al. Estudo da Elevação dos Níveis de Pressão Arterial na Mulher In ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFC, 6., 1997, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: EDUFC, 1997, n B5 - 034.
6. ARAUJO, T. L. de.; ARCURI, E. A. M. Influência de fatores anátomo-fisiológicos na medida indireta da pressão arterial: identificação do conhecimento do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 6, n. 4, p.21-29, Out. 1998.
7. ARAUJO, T. L. de., ARCURI, E. A. M., MARTINS, E. Instrumentação na medida da pressão arterial: aspectos históricos, conceituais e fontes de erro. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 1, p. 33-41, Abr. 1998.
8. ARAÚJO, T. L. de et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 8, n 2 (Supl A), p1-6, Mar./Abr. 1998.
9. _____. Pressão arterial indireta: discutindo a medida correta. **Rev. Nursing**, n. 9, ano 2, p. 28-34, Fev. 1999.
10. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

11. BARROSO, M. G. T. Trabalho em equipe: uma vivência multiprofissional. In: VARELA, Z.M.de V.; SILVA, R.M. da; BARROSO, M.G.T. **Dimensões do cotidiano: violência doméstica, saúde da mulher e desempenho no trabalho.** Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC, 1998. parte III, cap. 1, p.103-110.
12. BARROSO, M. G. T. Reflexões sobre a saúde da família: dimensões culturais e éticas. In: ALVES, M.D.S.; PAGLIUCA, L.M.F.; BARROSO, M.G.T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo, família.** Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC, 1999. parte III, cap. 1, p.111-116.
13. BECK, C. L. C. A enfermagem fazendo a diferença na vida dos pacientes, através do relacionamento interpessoal. **Cogitare enferm**, v.2, n. 2, p. 55-58, Jul./Dez. 1997.
14. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Decreto nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, n 2. Suplemento, 1996, p. 15-25.
15. _____, Ministério da Saúde. **Controle da HA uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro: NUTES, 1993a, 36p.
16. _____, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Coord. de doenças cardiovasculares. **Doenças cardiovasculares no Brasil.** Sistema Único de Saúde/Brasília, 1993b, 36p.
17. _____, Ministério da Saúde. Sec. Nac. de Programas Especiais de Saúde. Div. de doenças crônicas degenerativas. **Programa Nac. de Educação e Controle da Hipertensão Arterial.** 1988, 88p.
18. BUDÓ, M. de L. D. Sensibilidade e racionalidade na enfermagem – uma indissociabilidade necessária. **Cogitare enferm**, v.2, n. 2, p. 55-58. Jul./Dez. 1997.
19. CABRAL, L. V.; TYRREL, M. A. R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 1998, cap. 2, p. 18-29.
20. CADE, N. V. O cotidiano e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n. 2, p.10-15, Jul./Dez. 1997.
21. CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** 20 ed. São Paulo: Ed. Cultrix, 1997. p. 116-155.

22. CARLBERG, A. Patient satisfaction and design of treatment: results from a study of two different ways of treating hypertension. **Scand Journal Health Care**, v 11, n 2, p. 105-110, 1993.
23. CHACRA, A. R. O endocrinologista frente à mulher menopausada. In: REUNIÃO DO GRUPO DE ESTUDOS SOBRE CLIMATÉRIO, 5., 1993, São Paulo. **Programa e Resumos...** São Paulo, 1993. v. 1, n. 5, p. 5-9.
24. COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem**, 1994. Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto N.º 94.406/87. Estabelece critérios sobre a prática de enfermagem.
25. CONSENSO Brasileiro de Hipertensão Arterial, 2. **J. Bras. Nefrol.**, v.16, supl.2, p.257-77, 1994.
26. _____ Brasileiro de Hipertensão Arterial. In: CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., 1998, São Paulo. **Anais...** Campos do Jordão-SP, Fev. 1998. 38 p.
27. CRUZ, I. C. F. da. O cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. **Rev. Enf. UERJ**, v 3, n 1, p. 71-76, Mai. 1995.
28. DAMASCENO, R.N. **Relacionamento aluno-paciente: do senso comum a uma compreensão crítica**. Rio de Janeiro: Renovar, 1991, 134 p.
29. DANTAS, R. A. S.; COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio segundo o modelo de "campo de saúde". **Rev. Latino-am. de enfermagem**, v.7, n.3, p.63-68, Jul.1999.
30. DELLÁCQUA, M. C. Q. et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Rev. latino-am. enfermagem**, v.5, n.3, p.43-48, Jul.1997.
31. ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Elsen, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: EDUFSC, 1994. cap. 2, p. 61-77.
32. FARIA, E. M. **Comunicação na saúde: fim da assimetria...?** Série teses em enfermagem, n 10. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1996. 185 p.
33. FISHMAN, T. The 90-second intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. **Public Health Reports**, v. 110, n. 2, p.173-178, Mar./Abr. 1995.

- 34.FONSECA, J. da S. **Adesão de pacientes hipertensos à consulta e/ou ao tratamento.** Salvador-BA, 1995. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1995.
- 35.FORTE, B. P. et al. Famílias com tabus, mitos e credences populares: padrões culturais para a saúde. In: ALVES, M.D.S.; PAGLIUCA, L.M.F.; BARROSO, M.G.T. **Cultura e poder nas práticas de saúde:** sociedade, grupo, família. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC, 1999. parte III, cap. 6, p.155-163.
- 36.FRANCISCHETTI, E. A., FAGUNDES, V. G. de A. A história natural da hipertensão essencial começa na infância e na adolescência? **Hiper Ativo**, v. 3, n. 2, p.77-85, Abr./Jun. 1996.
- 37.FRANCO, M. C. et al. Construção epistemológica e cultural do cuidar em enfermagem. In: SILVA, Y. F. e; FRANCO, M. C. **Saúde e Doença:** uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa - Livro, 1996. cap. 2, p. 26-55.
- 38.GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras.** Ribeirão Preto, 1996. 241 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.
- 39.GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993. 338 p. Cap. 13: Imogene M. King, p. 174-189
- 40.GIORGI, D. M. A. Modelos de comportamento e estratégias para a melhoria da aderência. **Rev. Hipertensão**, v 2, n 1, p. 6-8, 1999.
- 41.GUERRA, E. M. D. **Recusa ao tratamento da hipertensão arterial:** contribuições para o refinamento do diagnóstico. Fortaleza - CE, 1998. 142 p. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 1998.
- 42.HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 1997, p. 86-91.
- 43.KING, I. M. **A theory for nursing:** systems, concepts, process. New York: Wiley Medical Publications: 1981, 181 p.
- 44._____. King's Theory of goal Attainment in practice. **Nursing Science quarterly:** theory, research, and practice, v 10, n 4, p. 180-185, 1997.

45. LIMA, F. E. T., ARAÚJO, T. L. de, MOREIRA, T. M. M. Verificando os fatores inevitáveis para a hipertensão em uma comunidade In ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFC, 16., 1997, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: EDUFC, 1997. n 388
46. _____. Ação educativa para prevenção da hipertensão arterial na zona rural. In: CONVENÇÃO INTERIORANA DE ENFERMAGEM, 15, 1999, Crato - CE, **Anais...** Crato - CE, Mai. 1999.
47. _____. Aferição da pressão arterial: conhecimento teórico e prático de auxiliares e técnicos de enfermagem. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIFOR, 5., 1999, Fortaleza-CE, **Anais...** Fortaleza: EDUFC, 1999a, p. 153.
48. LIMA, F. E. T. et al. Enfermagem em Saúde Coletiva: desafio à promoção da qualidade de vida junto a um grupo de pessoas com hipertensão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador-BA, **Anais...** 1998, Salvador -BA: ABEn-BA, 1998, p. 93, n SC 379.
49. LIPP, M.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**: um guia de tratamento para o hipertenso. São Paulo: Papirus editora, 1996, 130 p.
50. LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1988, p. 162-252.
51. LOPES, M. V. de O.; ARAÚJO, T. L. de. Aspectos epidemiológicos de mulheres com angina pectoris. In: DAMASCENO, M.M.C.; ARAÚJO, T. L. de; FERNANDES, A.F.C. **Transtornos vitais no fim do século XX**: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. parte II, cap. 7, p. 55-62.
52. LOPES, M. V. de O.; AGUIAR, C. N. de; SILVA, R. M. Comportamento de mulheres evangélicas frente à epidemia da AIDS. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIFOR, 5., 1999, Fortaleza-CE, **Anais...** Fortaleza: EDUFC, 1999a, p. 169.
53. LOUREIRO, M. F. F. **O sentido do comportamento materno diante da morte do filho**. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC, 1998, p.17-26.
54. LUNA, R.L. **Hipertensão arterial**. São Paulo: MEDSI, 1989, 301p.
55. MAGRO, M. C. da S.; SILVA, E. V. da; RICCIO, G. M. G. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a

sua doença. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 9, n 1 (supl A), p. 1-10, Jan./Fev.1999.

56.MANCIA, G. et al. Alerting reaction and rise in blood pressure during measurement by physician and nurse. **Hypertension**, v.9, p.200-15, 1987.

57.MARCELINO, S. de L. et al. Controle da Pressão Arterial: hábitos e percepções dos clientes acometidos. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFC, 7., 1998, Fortaleza-CE, **Anais...** Fortaleza: EDUFC, 1998, n B5/65.

58.MARCELINO, S. de L., MOREIRA, T. M. M. e ARAÚJO, T. L. de. Terapias Alternativas: modificando o estilo de vida e aumentando a adesão ao tratamento do cliente com hipertensão. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM/SENPE, 10., 1999, Gramado - RS, **Anais...** Gramado: ABEn - RS, 1999, n OA - 350, p. 137.

59.MATIAS, L. da S., ARAÚJO, T. L. de., MOREIRA, T. M. M. Hipertensão arterial: favorecendo a adesão do cliente ao tratamento. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/UFC, 17., 1998, Fortaleza - CE, **Anais...** Fortaleza: EDUFC, 1998, n 0422.

60._____. Conhecimento dos clientes com hipertensão arterial sobre a doença e fatores intervenientes para a adesão ao tratamento. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UECE, 7., 1998a, Fortaleza - CE, **Anais...** Fortaleza - CE, 1998a, p. 150.1.

61.MARTINEZ, T. L. da R. et al. Obesidade e coração. **Rev. Soc. Cardiol. São Paulo**, v.6, n.4, p.447-451, Jul./Ago. 1996.

62.MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-am. enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

63.MION JÚNIOR, D. Pressão alta, orientação para vencer esse problema. **Rev. Tec Art.**, n 1, p.10, 1994.

64.MION JÚNIOR, D. et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **J. Bras. Nefrol.** v. 17, n. 4, p. 229-236, 1995.

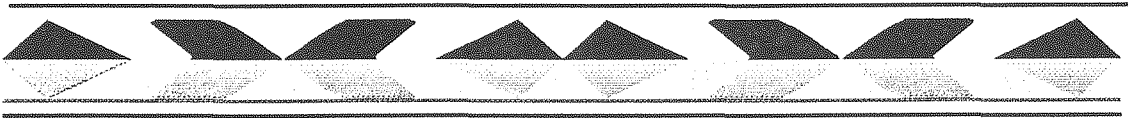
65.MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. de. Facilitando a Adesão do Cliente com Hipertensão ao Tratamento a Partir da Teoria de Alcance de Metas de King. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM

- ENFERMAGEM/SENPE, 10., 1999, Gramado - RS, **Anais...**
Gramado: ABEn - RS, 1999, n OA - 487, p. 166.
66. MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. de. A Teoria de Alcance de Metas de Imogene King no atendimento a um cliente com hipertensão não aderente ao tratamento In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA DA UNIFOR, 5., 1999a, Fortaleza-CE, **Anais...** Fortaleza: EDUFC, 1999a, p. 217.
67. _____. Estabelecendo diagnósticos de enfermagem a uma cliente com hipertensão - estudo de caso. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES DA UECE, 4., 1998, Fortaleza - CE, **Anais...** Fortaleza, 1998, p. 129.
68. MOREIRA, T. M. M. et al. Controle da hipertensão arterial: auto-ajuda na manutenção da qualidade de vida de um grupo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador-BA, **Anais...** 1998, Salvador -BA: ABEn-BA, 1998, p. 147, n DV 584.
69. MOREIRA, T. M. M.; MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. de. Trabalhando a auto-ajuda em grupo no controle da hipertensão. **Revista Nursing**, n 13, ano 2, p. 20-24, Jun.1999.
70. MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: Ed. AB, 1997. 114 p.
71. MUSSI, F. C. **Conforto**: significados e necessidades na perspectiva do cliente com infarto agudo do miocárdio. São Paulo - SP, 1994. 102 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1994.
72. O' BRIEN, E. O., BEEVERS, D. G., MARSHALL, H. J. **Manual de Hipertensão**. 3 ed. São Paulo: Santos, 1996, 80 p.
73. PIERIN, A. M. G.; CAR, M. R. Instrumento de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Rev. Esc. USP**, v. 26, n. 1, p. 17-32, Mar. 1992.
74. PIERIN, A. M. G.; MION JR., D. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceito, avaliação e fatores determinantes. **Rev. Hipertensão**, v 2, n 1, p. 9-12, 1999.
75. PITERMAN, L. Hypertension: are we getting the message? **Australian Family Physician**, v 22, n 5, p. 711-722, Mai.1993.
76. POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p. Cap. 12: Ética e pesquisa em enfermagem. p. 291-309.

77. RESENDE, M. M. de C. **Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da Teoria de King**. Belo Horizonte, 1998. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 1998.
78. RIBEIRO, A. B. **Atualização em Hipertensão Arterial**. São Paulo: Ed. Ateneu, 1996. 231 p.
79. RIBEIRO, J. M. Acompanhamento do paciente hipertenso. In: AMODEO, C.; LIMA, E.G.; VAZQUEZ, E.C. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 15, p. 115-117.
80. RIVERA, G. V. et al. Cumplimiento del tratamiento anti-hipertensivo por pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de ciudad de la Habana. **Rev. Cubana Med. Gen. Integral**, v 11, n 2, p. 150-156, Abr./Jun. 1995.
81. ROCHA, A. C. L.; SILVA, M. J. da. A enfermeira de saúde pública: paradoxos do saber e do fazer na prática cotidiana. In: FORTE, B. P.; FRAGA, M. de N. de O. **Cultura e poder nas políticas de saúde: prática clínica e social aplicada**. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC, 1998. parte II, cap. 3, p. 95-105.
82. RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999, 118 p.
83. ROSA, I. M. F. da. Otimizar o ensino sobre a atividade sexual ao doente coronário. **Revista Nursing**, n. 5, ano 1, p. 23-25, Out. 1998.
84. SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 4, p. 335-53, Dez. 1998.
85. SCHUELER, K. Cost-effectiveness issues in hypertension control. **Canadian Journal of Public Health**, C. 85, supplement 2, p. S54-S56, Set./Out. 1994.
86. SILVEIRA, M. de F. A. Percepção da realidade: uma abordagem conceitual para a enfermagem. **Revista Nursing**, n 15, ano 2, p. 15-21, Ago. 1999.
87. SOUSA, L. S. A entrevista, o Imaginário e a Intuição. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. cap. 3, p. 30-50.

- 88.TRENTINI, M. et al. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. **Cogitare Enferm.**, v. 1, n. 2, p. 19-24, Jul./Dez. 1996.
- 89.TEIXEIRA, A. C. de A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. Fortaleza – CE, 1998, 113 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, 1998.
- 90.TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1993, 120 p.
- 91.VIEIRA, V. de A.; TRINDADE, Z. A. e ANTUNES, N. M. Estratégias de enfrentamento: um estudo com idosos participantes de grupos de orientação e controle da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 9, n 1 (supl A), p. 11-17, Jan./Fev. 1999.
- 92.VIEIRA, F. L. H. Estresse e hipertensão arterial. In: AMODEO, C.; LIMA, E. G.; VAZQUEZ, E. C. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 23, p. 191-199.

ANEXOS



ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Resposta do paciente à doença e ao tratamento

2. Relacionamento do paciente com profissionais do serviço e influência na adesão.

3. Relacionamento familiar/comunitário do paciente e influência na adesão.

4. Outros dados objetivos e subjetivos.

ANEXO B

TERMO DE COMPROMISSO

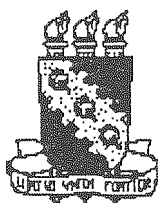
Através deste termo, eu _____

concordo em participar da pesquisa "Descrevendo a não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir de uma compreensão de sistemas", sabendo que a mim são garantidos os direitos de anonimato e de me retirar da pesquisa a qualquer momento.

_____, ____ de _____ de 1999.

ANEXO C

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 062/99

Fortaleza, 13 de setembro de 1999

Protocolo nº 036/99

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Adesão ao tratamento do cliente com hipertensão: uma abordagem embasada no modelo conceitual de King" (provisório)

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado, na reunião do dia 02 de setembro de 1999.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro
Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC