

Convivendo com a hipertensão: saberes e práticas de pessoas diagnosticadas

Living with hypertension: knowledge and practices of patients diagnosed

Susanne Pinheiro Costa e Silva¹, Nádyá Thalita Novaes dos Santos², Layana Karitiana Queiroga Bezerra³

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: maio de 2016 – Aceito: junho de 2021

RESUMO

Objetivo: Identificar saberes e práticas de pessoas diagnosticadas com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada com 31 hipertensos atendidos em unidade de saúde de Juazeiro-BA no período de março/maio de 2013, por meio de entrevista gravada. Os achados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** A maioria dos participantes era aposentada, com ensino fundamental completo. Perceberam-se dificuldades para modificações dos hábitos de vida, sendo a hipertensão um problema, principalmente pela imposição destas mudanças e uso cotidiano de medicação. Possuíam informações mínimas sobre HAS, o que pode contribuir para a motivação quanto ao controle dos níveis pressóricos e adesão ao tratamento. **Conclusão:** O estudo apontou a importância do reconhecimento dos fatores socioculturais do cotidiano e necessidade de grupos de educação em saúde. É necessário incentivar a autonomia dos sujeitos frente aos processos de saúde-doença, melhorando sua condição e reduzindo a morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Grupos Diagnósticos Relacionados. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

ABSTRACT

Objective: this study aimed to identify knowledge and practices of people diagnosed with Hypertension. **Method:** It's a qualitative research conducted with 31 hypertensive patients in Juazeiro-BA between March/May 2013, through recorded interview, and data analyzed by the Content Analysis. **Results:** Most participants were retired, with completed elementary school. They were perceived difficulties for changes in lifestyle, hypertension being a problem mainly by imposing these changes and medication every day. Had minimal information about hypertension, which can contribute to the motivation and the control of blood pressure levels and treatment. **Conclusion:** The study pointed out the importance of recognizing the sociocultural factors life of individuals and need inclusion of these groups in health education, this is a strategy that aims to encourage the autonomy of the front subject to processes of health and disease, reducing morbidity and mortality.

KEYWORDS: Hypertension. Diagnosis-Related Groups. Health Knowledge. Attitudes. Practice.

¹ Doutora em Psicologia. Docente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

² Enfermeira formada na Universidade Federal do Vale do São Francisco. Pós-graduanda em Urgência e Emergência/UTI pela AEG.

³ Enfermeira especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Vale do São Francisco. Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. E-mail: Ikaritiana@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e hábitos de vida pouco saudáveis, agregados a outros elementos como predisposição genética e fatores ambientais, dentre outros, têm contribuído para a alta prevalência e baixas taxas de controle de um dos mais importantes problemas da saúde pública: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)¹.

Esta é definida como uma condição clínica originada pelo somatório de fatores, alguns anteriormente descritos, e caracterizada por elevados e sustentados valores da pressão arterial (PA). Tem sido associada a distúrbios funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), como também a alterações metabólicas que desencadeiam uma maior predisposição para eventos cardiovasculares graves e fatais. Dentre suas principais complicações estão o acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio, como também a doença renal crônica terminal^{2,3}.

No Brasil, a prevalência de HAS varia entre 22% e 44% para adultos, com números maiores de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos, e cerca de 75% para indivíduos com mais de 70 anos. Desse modo, ela ocupa lugar de destaque dentre as doenças crônicas não transmissíveis, com níveis elevados de morbimortalidade^{1,4}.

A primeira política dirigida para os acometidos pela HAS ocorreu na década de 1980, com a implantação de ações centralizadas, de caráter vertical e com baixa efetividade. Em 2001, elas foram reformuladas a partir da promulgação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e do lançamento do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial, que orientou a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos cuidados aos hipertensos, com acompanhamento e tratamento medicamentoso pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

O manejo da HAS é complexo e, por este motivo, o controle pressórico das pessoas diagnosticadas ainda é insatisfatório, principalmente pela não adesão ao tratamento que, por ser multifatorial, necessita da abordagem de uma equipe multiprofissional, atuando como facilitadores na obtenção de resultados positivos. É importante destacar a necessidade das modificações de hábitos de vida desta clientela, o que inclui mudanças no padrão comportamental e, por isso, não podem ser consideradas como escolhas individuais livres e descontextualizadas^{3,6}.

Dessa forma, classificar a HAS como problema de Saúde Pública busca o entendimento sobre questões psicossociais, econômicas, biológicas e culturais de seus portadores. Entender estas relações possibilita-nos observar de que forma tais aspectos influenciam no modo como as pessoas percebem a patologia e orienta as condutas a serem planejadas.

Sabe-se que a relação estabelecida entre o sujeito e a hipertensão encontra-se permeada por

conhecimentos provenientes do seu cotidiano e do contexto sociocultural no qual esteve inserido durante sua vida, e por isso é tão importante estudar o assunto. É complexo modificar as atitudes de repente, e por isso a questão merece atenção por parte das pessoas com hipertensão como também dos profissionais da área da saúde, que lidam diariamente com situações que se referem ao senso comum de determinadas realidades, influenciando o controle da doença^{7,8}.

É indispensável controlar os fatores de risco para HAS, assim como garantir a adesão ao tratamento, embora as mudanças no comportamento necessárias para o controle pressórico sejam desafiadoras para hipertensos e serviços de saúde. Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) detém grande potencial para atuar na redução desses fatores, através de estímulo às mudanças dos hábitos de vida, individuais e/ou coletivos, podendo contribuir também para respostas positivas acerca do tratamento medicamentoso. Estudos revelam que municípios com ampla cobertura de ESF demonstram maiores esforços para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS^{1,9,10}.

Diante do contexto da temática estudada, elaborou-se a seguinte questão norteadora: qual o entendimento de indivíduos com hipertensão arterial atendidos em uma unidade de ESF sobre a doença e de que forma se sentem e vivem após o seu diagnóstico? Assim, este estudo objetivou identificar os saberes e as práticas de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica acerca da doença.

O presente estudo se justifica tendo em vista o planejamento de estratégias em saúde preventivas, terapêuticas e assistenciais. Destarte, os profissionais de saúde, especialmente, necessitam entender a importância da relação entre conhecimentos e práticas para a execução de tais ações junto à comunidade, na busca pela melhoria da qualidade de vida daqueles sob as suas ações de cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de tipo descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvido com 31 pacientes diagnosticados com HAS, sendo 20 do sexo feminino e 11 do sexo masculino. A escolha dos sujeitos da amostra se deu por conveniência, de acordo com atendimento de livre demanda e de agendamentos em uma ESF de Juazeiro-BA, no período de março a maio de 2013. Aqueles que passaram pelo atendimento de enfermagem do Programa HiperDia, com diagnóstico de HAS durante o período de coleta, foram convidados a participar.

O município de Juazeiro dista da capital do estado da Bahia - Salvador - 512 km, tendo sua economia baseada na fruticultura, com população estimada em cerca de 215 mil habitantes pelo IBGE em 2018, sendo esta predominantemente jovem. Apresenta 93% de cobertura da ESF, possibilitada pelas 63 equipes de Saúde da Família, 42 delas na zona urbana e outras 21 responsáveis pela área rural. O

município conta também com quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um para cada distrito sanitário.

Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação do Comitê de Ética (Protocolo nº 0023/121211), iniciou-se o processo de coleta de dados, considerando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes não terão sua identidade divulgada, sendo identificados pela letra P de participante e por número sequencial em que aconteceram as entrevistas.

A coleta de dados foi realizada individualmente em sala da própria unidade após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de entrevista que incluiu questões abertas e fechadas. As questões fechadas abrangeram a caracterização da amostra e as questões abertas tratavam sobre o conhecimento acerca da doença. Foram excluídas pessoas menores de 18 anos; aqueles que não estivessem sendo acompanhados pela equipe da ESF e sujeitos que não concordaram em participar da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio, sendo posteriormente transcritas e lidas exaustivamente, a fim de definir a categorização de dados. A análise ocorreu por meio da Análise Temática de Conteúdo de Bardin (2004). Ao final, as falas dos entrevistados foram divididas em quatro eixos discutidos adiante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontaram para a predominância do sexo feminino (64,5%). Da mesma forma, outras pesquisas verificaram dados semelhantes nos quais as mulheres eram maioria^{6,9,10}. Acredita-se que esse fator pode estar relacionado com uma maior preocupação delas com questões de saúde, existência de mais programas direcionados ao público feminino que ao masculino nas ESF, acrescido ao fato de que, na maioria das vezes, são elas que acompanham os demais membros da família aos serviços de saúde, o que facilita o seu acesso⁶.

Em relação à escolaridade, 70,6% dos entrevistados apenas concluíram o Ensino Fundamental e 22,5% relataram nunca ter estudado. No que tange à situação conjugal, 74,1% eram casados e 16,1% viúvos. A maioria dos participantes tinha idade superior a 50 anos (76,7%), eram aposentados (48,3%) ou mencionaram trabalhos domésticos como ocupação principal (32,2%); 48,3% referiram não possuir outras doenças, sendo que 22,5% citaram a presença de Diabetes Mellitus (DM) como patologia associada. Perfil semelhante foi encontrado por outro estudo que avaliou a adesão ao tratamento por idosos hipertensos usuários de um serviço público de saúde, encontrando baixa escolaridade e associação considerável de DM à HAS (33%)¹¹.

A seguir, serão apresentados e discutidos os eixos em que foram categorizados os dados resultantes da análise de conteúdo sobre as comunicações dos participantes do estudo.

Eixo 1 – percepções dos hipertensos sobre a doença

O primeiro eixo trata sobre o entendimento dos participantes acerca da HAS, através do qual demonstra-se que a maioria relatou a doença como um problema, uma vez que muitas mudanças se fazem necessárias para estabelecer o equilíbrio da pressão arterial, exigindo o abandono de antigos hábitos não recomendados pelos profissionais da área da saúde. Os relatos a seguir podem descrever tais considerações:

“É horrível, ruim demais, porque tem muita coisa que a pessoa se priva de fazer... tem muita coisa boa que a gente não pode comer”. (P6)

“Eu acho ruim porque não pode comer um monte de comida, tem que comer a dieta certa. Não pode comer sal, fritura, gordura... e eu gosto disso tudo, só que eu não como. Eu comia muito doce e agora eu não como mais”. (P9)

Os depoimentos revelam que as modificações nos hábitos alimentares impostas quando do diagnóstico da doença são algo incômodo, e talvez pela cronicidade da hipertensão isto seja tão presente. Compreendam que os excessos, bem como hábitos alimentares ditos inadequados, não deveriam fazer parte da dieta a partir de então, o que causava tristeza e indignação nos participantes. Observa-se que as condutas dietéticas ainda constituem um grande desafio para todos, e em especial quando do surgimento de uma doença crônica.

De forma similar a este, outros estudos verificaram que hipertensos geralmente passam a ter alimentação parcialmente adequada após diagnosticados, demonstrando que grande parte entende a necessidade de ajustes na sua dieta, sendo isso mais frequente em pessoas do sexo feminino e com menor escolaridade^{9,12}.

É importante ressaltar que as alterações nas rotinas alimentares geralmente não ocorrem de forma harmoniosa, acarretando em alterações de comportamento, descontentamento e afetos e levando a resultados insatisfatórios com relação à aceitação da doença e seu tratamento, que necessita ser mantido diariamente¹³.

Alguns participantes percebiam a pressão alterada como um “perigo/risco de vida”, sendo esta uma eterna preocupação, principalmente devido à possibilidade de complicações em órgãos vitais ocasionadas pela doença, caso não fossem tomados os devidos cuidados, como transcrito a seguir.

“Um perigo de vida! Tem que ter todo cuidado com a pressão pra ela não passar do limite e vir às consequências, como um derrame, ou então a pessoa pode ficar aleijada”. (P17)

“Um risco de vida! Eu mesmo, que não tomo o remédio corretamente porque esqueço, de repente pode dar um infarto e morrer. Pode dar um derrame e você ficar em cima de uma cama”. (P18)

Estes dados revelam a compreensão da hipertensão como uma ameaça para os acometidos, especialmente pela possibilidade de complicações geradas. A percepção de que a HAS pode trazer consequências, algumas delas incapacitantes, pode não ser de todo ruim, já que, conforme observado nos relatos, gera maior preocupação com os cuidados voltados para o controle da pressão e consequente adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

De acordo com a literatura, pessoas hipertensas têm representações ambíguas e contraditórias com relação ao tratamento da doença. Embora saibam a necessidade do uso de medicação de forma sistemática e prolongada, deixam também transparecer que o esquecem, diminuem as dosagens ou o abandonam, tornando-se mais suscetíveis às complicações¹³.

Em suma, a hipertensão foi percebida pelos participantes como uma patologia que gera um misto de sentimentos, como medo e inquietação. Paradoxalmente, embora reconhecessem algumas das implicações da não adesão ao tratamento, alguns ainda permaneciam resistentes a sua implementação, talvez pela dificuldade em mudar práticas de toda uma vida.

Eixo 2 – motivos que levaram à hipertensão

Este eixo apresenta o conhecimento dos sujeitos sobre as possíveis causas para o aparecimento da HAS. Nessa perspectiva, os participantes revelaram a hereditariedade, os excessos alimentares e patologias anteriores como possíveis explicações para o surgimento da doença, como descrito nos próximos fragmentos:

“Eu sei que a pressão alta também tem a parte hereditária, você já herda geneticamente dos seus pais, e meu pai é hipertenso. Você já fica esperando, porque hereditariedade é uma coisa que você não pode fugir da raia”. (P1)

“A minha pressão alta, segundo o médico, é proveniente do problema de tireoide que eu tenho... E realmente eu comecei a ter pressão alta depois desse problema de tireoide”. (P26)

“Eu acho que é devido a pessoa que come muita coisa que não pode comer. E eu comia muito doce, gordura, essas carnes magras a gente não gostava. E eu acho que é isso que faz a gente ter pressão alta”. (P30)

A contribuição de fatores genéticos para a HAS é algo que já se encontra bem estabelecida na população, embora não tenham sido descobertas variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual para desenvolver hipertensão¹.

A associação da hipertensão à hereditariedade é um fator que merece atenção, principalmente porque contribui para a estigmatização de que esta patologia acontece na vida das pessoas unicamente

pela história familiar. Estudo realizado para determinar o risco para doenças cardiovasculares evidenciou um quadro preocupante, já que 89% dos participantes estavam com grau de risco elevado/alto para a idade¹⁰.

Diversos são os fatores de risco associados à HAS, como idade, sexo, raça, hereditariedade, alimentação rica em sódio e gorduras, álcool, tabaco, sedentarismo, obesidade, estresse e uso de anticoncepcionais. Alguns, como idade, sexo, raça e hereditariedade, são imutáveis¹. Os demais, relacionados ao estilo de vida, podem ser modificados para que os riscos sejam minimizados, com estratégias viáveis e de baixo custo programadas pela própria equipe de saúde, como exercícios diários de caminhada, que podem servir como tratamento coadjuvante para os principais fatores de risco modificáveis¹⁴.

Além disso, vale destacar que problemas na tireoide realmente podem ocasionar aumento pressórico, conhecido como hipertensão secundária. No entanto, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a hipertensão^{1,15}.

Assim, infere-se que o saber dos entrevistados sobre os fatores que contribuíram para o aparecimento da HAS foi pautado no que diz o conhecimento científico: os fatores predisponentes podem ser hereditários, como também devido ao estilo de vida. Cabe a cada um minimizá-los como puder por meio de medidas preventivas e mudanças nos hábitos vida. A população estudada possuía informações mínimas sobre HAS, o que pode ser um fator contributivo para a motivação quanto ao controle dos níveis pressóricos e a adesão aos tratamentos. É necessário, então, investir em ações de educação em saúde, na tentativa de reduzir os fatores de risco e diminuir os altos índices desta doença.

Eixo 3 – o diagnóstico da pressão alta

Este eixo versa sobre as situações nas quais os pacientes receberam o diagnóstico de HAS e a maneira como se sentiram frente a este. Sabe-se que a descoberta da pressão alta, em muitos casos, pode ser postergada por não apresentar uma sintomatologia própria. A maioria dos entrevistados disse não apresentar sintoma algum antes do diagnóstico da HAS, enquanto outros relataram situações diversas, como pode ser conferido adiante:

“Pra mim foi a maior surpresa da minha vida esse negócio de pressão alta e diabetes. Eu vim fazer um tratamento no dente aqui e tinha que medir a pressão. Eu não tava sentindo nada. De repente me deu um nervosismo, aquela agonia, aí a dentista veio conversar com um doutor que tinha aqui. Eu já fiquei assim, pensando... esse negócio não tá certo! Aí começou a dizer que eu tava com a pressão alta. Eu fiquei vários dias chateada, mas chateada mesmo... eu acho que se eu não tivesse vindo tratar desse dente aqui até hoje eu não sabia porque eu nunca fui de médico. A gente relaxa!” (P14)

“Eu tive um derrame, passei dois anos e não podia fazer nada. Deu derrame duas vezes. Eu não sabia que eu tinha pressão alta... daí pra cá foi que apresentou”. (P16)

“Foi quando minha mãe morreu... eu desmaiei, caí no chão. Depois eu fui pro médico e ele disse que eu tava com pressão alta”. (P23)

O diagnóstico tardio da HAS acontece, em muitos casos, devido à falta de hábito da população em verificar periodicamente a pressão arterial, bem como por falha nos serviços de saúde, já que muitos profissionais não costumam verificar a pressão arterial em pacientes que não apresentem queixas relacionadas e estejam em atendimentos diversos, impedindo o diagnóstico precoce.

Geralmente a procura pelos serviços de saúde acontece quando sintomas relacionados às lesões em órgão-alvo estão instalados, provocando intenso desconforto ao paciente. Neste estudo percebeu-se uma cultura muito presente nos dias atuais: a busca por cuidados de saúde apenas no momento do adoecimento, com acompanhamento preventivo pouco valorizado ou praticado. Vale destacar que a ESF deve trabalhar cotidianamente para a promoção da saúde e não somente prevenção de doenças e outros agravos. Embora várias mudanças no modelo de atenção à saúde tenham ocorrido, elas ainda têm pouca visibilidade no senso-comum, sendo muitas vezes desconhecidas pelas pessoas e comunidades, contribuindo para a perpetuação de práticas do modelo médico-hegemônico.

Mesmo assim, outra pesquisa demonstrou que em determinado serviço de saúde, o diagnóstico da HAS era estabelecido pela confirmação de valores alterados da pressão arterial em consulta casual, não acompanhada de sintomas, a não ser em situações que houvesse complicações¹⁶. Receber o diagnóstico de HAS sem a presença de sintomas deve ser entendido, então, como grande feito do serviço, por propiciar melhores prognósticos e até mesmo diagnóstico precoce.

Por meio dos relatos dos participantes pode-se perceber que alguns atribuíram sintomas relacionados à HAS para buscarem o serviço de saúde, bem como foram motivados pelo agravamento destes ou situações de extremo estresse, que podem gerar complicações conforme descrito. A descoberta da hipertensão acabou sendo realizada tardiamente para muitos, devido ao “silêncio” da mesma. Por esse motivo, é notável a necessidade de aferição periódica da pressão arterial por todos, mesmo na ausência de sintomas, com a finalidade de detecção precoce e prevenção das complicações, conforme estabelecem as Diretrizes Brasileiras¹.

Na maioria das vezes, a ida ao serviço de saúde acontece principalmente quando as pessoas têm suspeita de agravamento da doença, principalmente nos indivíduos do sexo masculino^{17,18}. Portanto, é preciso intensificar ações que promovam a inserção de toda a comunidade na ESF e vice-versa, com ênfase na prevenção de doenças, especialmente na comunidade em que foi realizado o estudo, pela sua escassez. Somente assim poderão ocorrer modificações dos fatores de risco e das práticas referidas, na tentativa de melhorar os ainda altos índices de morbimortalidade provocados pela hipertensão.

Eixo 4 – convivendo com a pressão arterial alterada

O quarto e último eixo trata da convivência diária dos participantes com a pressão alterada. Muitos referiram o medo das consequências que a mesma pode trazer, acarretando inclusive a morte, sendo o fim da vida a grande preocupação em relação à HAS quando não há adesão ao tratamento. Outra questão importante referiu-se à dependência de medicamentos, conforme traçado a seguir:

“Dá preocupação na gente, de morrer de repente. A gente quer viver. Ninguém quer morrer”. (P7)

“Eu tomo a medicação. Eu não faço caminhada todo dia, mas eu sou do tipo que na hora que eu tô com vontade, eu caminho. Quando eu tenho condições, eu faço. Mas como regra pra fazer todos os dias, eu não faço não”. (P11)

“Pra mim, a única coisa que interfere é o remédio. Porque você ficar dependente de remédio é muito ruim. É muito ruim você ter que tomar aquilo todo dia, todo dia”. (P22)

“Eu tomo os remédios controlados. E eu como do jeito que a médica passa, eu como o que ela passa. Não pode usar manteiga, tem que ser a manteiga adequada. E não pode botar sal na comida, tem que ser bem pouquinho”. (P24)

O futuro parece ser algo que passa a ser temido quando os valores pressóricos são alterados, principalmente pela dependência medicamentosa e medo da morte. Alguns autores encontraram o medo da morte como principal resultado de seus estudos, descrevendo que este temor pode favorecer a adoção de comportamentos positivos em relação aos cuidados com a doença^{13,19}.

O medo da morte é algo que permeia pessoas com saúde frágil, por sentirem na pele o limiar entre estar bem e tudo ser mutável a qualquer momento, como uma bomba relógio. Mesmo diante de tal sentimento, e embora reconhecessem a importância do tratamento farmacológico para o controle da pressão arterial, apesar do incômodo da ingestão diária, essa questão foi estritamente significativa para eles.

Um fator que dificulta a adesão ao tratamento medicamentoso refere-se aos efeitos colaterais. Alguns autores chamam a atenção para essa ocorrência, embora reconheçam outros fatores como “esquecimento” e “achar que a pressão estava controlada” para justificar esta dificuldade. Alguns pacientes que sentem efeitos colaterais ao iniciar o uso de medicamentos anti-hipertensivos podem fazer associação do tratamento com piora da qualidade de vida, aumentando a tendência a descontinuar o seu uso^{9,20}.

A Organização Mundial da Saúde refere que a adesão ao tratamento é um processo dinâmico e multifatorial, que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilidades entre usuário do serviço, equipe de saúde e rede social de apoio, objetivando uma melhor qualidade de vida das pessoas²¹.

O fato de a HAS raramente manifestar sintomas constitui uma das razões do portador não se comprometer com as condutas necessárias ao seu controle, percebendo-se doentes apenas quando há alterações na qualidade de vida que os impeça de trabalhar, comer, dormir ou executar atividades rotineiras²⁰.

Para suprir a falta do medicamento, relataram outras medidas executadas no próprio domicílio, evitando que o corpo ficasse sem nenhum cuidado. As modificações alimentares e a prática de exercícios físicos figuraram como os principais cuidados relatados. Entretanto, apesar de reconhecerem a importância destes, grande parte expôs não se exercitar com frequência.

A prática regular de exercícios físicos é recomendada para os hipertensos, inclusive aqueles em tratamento medicamentoso, devendo iniciar a atividade física para diminuição da pressão arterial e dos riscos de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, facilitando também no controle do peso^{14,15}.

Assim, é necessário que as equipes de saúde estejam atentas para estimular essa prática, o que pode ser realizado pela educação em saúde, seja pela formação de grupos ou outras estratégias que estimulem o conhecimento e a autonomia no que tange às questões de saúde/doença. Neste aspecto, nenhum dos entrevistados referiu fazer parte de tais ações, o que demonstra ainda a fragilidade dos serviços para a concretização da promoção da saúde e redução de danos.

Entretanto, a Atenção Básica tem, desde a sua implantação, a responsabilidade de trabalhar na perspectiva de Promoção da Saúde, sendo um espaço privilegiado para tal. Por ser coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, pode atuar de forma a intervir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, fortalecendo a capacidade individual e coletiva e inserindo as pessoas no cuidado com a sua saúde e com o meio onde se vive²².

Urge que sejam estabelecidas medidas que permitam aos hipertensos compreensão adequada da doença e adaptação frente a esta nova realidade, que traz consigo modificações na rotina alimentar, física, psíquica e outras que, se bem executadas, poderão auxiliar na manutenção e melhoria da qualidade de vida, ajudando também na boa convivência com os novos costumes.

Embora haja vasto conhecimento na literatura acerca do tema, tal problemática foi pouco ou nada estudada na região em que ocorreu o estudo, embora os índices sejam cada dia mais alarmantes aqui também. Por isso, merece destaque para sedimentar a elaboração e execução de estratégias que levem em conta os saberes populares, mesmo que este tenha tido como fator limitador o número de participantes.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo indicam que os entrevistados apresentavam informações básicas sobre a hipertensão, seus fatores de risco, complicações e cuidados, percebendo-a como um problema devido à necessidade de modificação dos costumes de toda uma vida e considerados inadequados pelos profissionais de saúde que deles cuidavam. Destacaram as mudanças na alimentação e inserção do tratamento medicamentoso à rotina como fatores negativos advindos do diagnóstico. Além disso, observaram-se sentimentos de medo e angústia frente a possíveis complicações.

Mesmo assim, grande parte dos entrevistados relatou dificuldades na modificação dos seus hábitos, não seguindo as orientações recebidas. As percepções negativas acerca da doença dificultavam a adoção de hábitos e costumes saudáveis pelos participantes. Por isso mesmo, investir na educação em saúde e estimular o compartilhamento de saberes pode ser uma estratégia válida, que possibilite a estes e outros hipertensos pensarem criticamente a respeito dos seus problemas de saúde. É necessário também que os profissionais reconheçam e identifiquem as implicações dos fatores socioculturais no processo saúde-doença, levando em conta a singularidade dos indivíduos e comunidades, possibilitando a melhoria do cuidado ao outro e auxiliando-os nessa difícil tarefa da transformação das práticas de acordo com os saberes incorporados.

Ao finalizarmos, destacamos a importância da Estratégia Saúde da Família para atuar na educação em saúde da comunidade. Através de ações que a envolvam, poderá haver desconstrução de representações acerca do tema, dando lugar a atitudes que favoreçam a manutenção da saúde e qualidade de vida. Além disso, poderá haver a busca por soluções para problemas encontrados, auxiliando hipertensos e outros grupos no cuidado consigo e com seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(Supl.1): 1-51.
2. Nobre F, Coelho EB, Lopes PC, Geleilate TJM. Hipertensão arterial sistêmica primária. Medicina (Ribeirão Preto) 2013; 46(3):256-72.
3. Calegari DP, Goldmeier S, Moraes MA, Souza EM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes hipertensos acompanhados em ambulatório multiprofissional. Rev. Enferm. UFSM. 2012 Set/Dez; 2(3):610-618.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.37).
5. Costa JMBS, Silva MRF; Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;

- 16(2):623-33.
6. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Sousa GA, Dias G, Castro FAF, Alfenas RCG. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1251-60.
 7. Moscovici S. *As representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2003
 8. Silva MEDC, Barbosa LDCS, Oliveira ADS, Gouveia MTO, Nunes MVT, Alves ELM. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. *Rev. bras. enferm*. 2008; 61(4):500-7.
 9. Girotto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(6):1763-72.
 10. Sassi MM, Franco GP, Petroni S, Dalegrave D, Nogueira GM. Quantificação de risco para doenças cardiovasculares em usuários de uma Estratégia de Saúde da Família. *Rev. enferm UFSM*. 2015; 5(2):204-12.
 11. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, Lima NKC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq bras cardiol*. 2012; 99(1):636-41.
 12. Silva PCS, Fava SMCL, Machado JP, Bezerra SMMS, Gonçalves MPT, Veiga EV. Alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. *Rev RENE*. 2014; 15(6):1016-23.
 13. Silva MEDC. *Representações sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde [manuscrito]: uma contribuição para a enfermagem. (dissertação)*. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2010. 153 p.
 14. Silva LF, Silva EAM, Moreira RC, Mantovani MF. Grupo de caminhada: fator de proteção para eventos cardiovasculares em mulheres hipertensas. *Rev. enferm UFSM*. 2012 Mai/Ago; 2(2):222-31.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 16).
 16. Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad. saúde pública*. 2004; 20(4):1079-87.
 17. Merino MFGL, Marcon SS. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. *Rev. bras. Enferm*. 2007; 60(6):651-58.
 18. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem*. Brasília (DF); 2008.
 19. Mantovani MF, Ulbrich EM, Pinotti S, Giacomozzi LM, Labronici LM, Sarquis LMM. O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. *Cogitare enferm*. 2008; 13(3):336-42.
 20. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev. eletrônica enferm*. [Internet]. 2006; 8(2):259-72.
 21. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Tuberculosis. Geneva; 2003.
 22. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. *Rev. bras. Enferm*. 2012; 65(6): 991-9.