

ASPECTOS SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Sonia Maria da Silva Garcia¹
Marli Teresinha Gimeniz Galvão²
Ednaldo Cavalcante de Araújo³
Ana Márcia Tenório Souza Cavalcanti⁴

RESUMO

Estudo exploratório e descritivo, com o objetivo de identificar o perfil socioepidemiológico e clínico entre portadores de hipertensão arterial atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Público de Recife (PE). A amostra constituiu-se de 114 adultos em tratamento ambulatorial, após responderem a um questionário com questões abertas e fechadas, entre maio e julho de 2004. Para o processo de análise, as variáveis foram codificadas, formando-se o banco de dados por meio do software Epi Info 6.4, utilizando-se o programa Statical Package for the Social Sciences (SPSS-11.0). Para interpretar as questões abertas, utilizou-se a análise de conteúdo. Os resultados demonstraram que a idade variou de 24 a 65 anos, 80,7% eram casados; 64,9% tinham o ensino fundamental e a renda per capita variou de R\$ 37,14 a R\$ 1.300,00; o tempo de diagnóstico estava entre seis a 10 anos; o uso de drogas anti hipertensiva variou entre um a cinco anos; as mulheres foram as menos aderentes ao tratamento; ao se analisar os hábitos saudáveis de vida, as mulheres os informaram mais do que os homens. No entanto, 55,7% do total dos hipertensos informaram ter apresentado alterações em sua vida advindas do diagnóstico de hipertensão arterial. Portanto, conclui-se que os hipertensos mostraram características semelhantes aos doentes do país e apresentam alterações advindas da própria doença ou do processo do envelhecimento.

Descritores: Hipertensão arterial; Adulto; Fatores de risco.

ASPECTS SOCIOEPIDEMOLOGICAL AND CLINICALS OF CARRIERS OF ARTERIAL HYPERTENSION

ABSTRACT

Exploratory descriptive study, aiming at identifying the profile socioepidemiological and clinical arterial among hypertension carriers attended at a Cardiology Ambulatory of a Public Hospital at Recife (PE). The sample from 114 adults in treatment ambulatory was studied after answering a questionnaire with open and closed questions from May to July 2004. For the data analysis process, the variable had been codified, forming the data base through software Epi Info 6.4 using the program Statical Package for the Social Sciences (SPSS-11.0). For interpreting the opened questions, it was used content analysis. The results have demonstrated the age has varied from 24 to 65 years; 80,7% of the hypertensions were married; 64,9% informed have first degree and per capita income varying from R\$ 37,14 to R\$ 1.300.00; the time of diagnosis varying from six to 10 years; the use of drugs anti-hypertensive among one to five years; the women were the least adherent ones. When analyzing the healthy habits of life the women informed more the healthy habits than the men. Therefore 55,7% of the total of the hypertensions informed to have presented alterations in their life happened of the diagnosis of arterial hypertension. As findings it was concluded that the hypertensions characteristics are shown similar to the patients of the country and they present alterations in the result of the own disease or of the aging.

Descriptors: Arterial hypertension; Adult; Risk factors.

ASPECTOS SOCIOEPIDEMOLOGICOS Y CLÍNICOS ENTRE LOS PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN

Estudio descriptivo exploratorio, tuvo como objetivo identificar el perfil socioepidemiológicos y clínico entre portadores de hipertensión arterial, atendidos en consultorio de cardiología de un hospital público en Recife (PE). La muestra fue 114 adultos en tratamiento ambulatorio; respondieron a un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas entre mayo a julio del 2004. Para el análisis de datos, las variables fueran codificadas, formando la base de datos a través del software Epi-Info 6.4 usando SPSS 11.0. Para interpretar las preguntas abiertas, fue usado el análisis de contenido. Los resultados han demostrado: edad entre 24 a 65 años; 80,7% casados; 64,9% tienen el primer grado; ingreso per capita ha variado entre R\$ 37,14 a R\$ 1.300,00; el tiempo de diagnóstico varía entre seis a diez años; el uso de las drogas anti-hipertensivas entre uno a cinco años; las mujeres tienen menos adherencia al tratamiento. Al analizar los hábitos sanos de vida las mujeres informaron más que los hombres. En tanto, el 55,7% de los hipertensos informaron haber presentado alteraciones en su vida por causa del diagnóstico de hipertensión arterial. Se concluye que los hipertensos muestran características similares a los pacientes del país y presentan alteraciones propia de la enfermedad o del proceso de envejecimiento.

Descriptores: Hipertensión arterial; Adulto; Factores de riesgo.

¹RN. Esp. MSc. Professora Mestra da Faculdade de Enfermagem de Belo Jardim – FABEJA – Belo Jardim (PE), Brasil. E-mail: sonia-garcia2004@ig.com.br

²RN. Esp. MSc. PhD. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com

³Professor Doutor Adjunto II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.. Pós-doutorando em Sorbonne, Paris – França. E-mail: ednenip@gmail.com

⁴RN. Esp. MSc. PhD. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil. E-mail: anapopita@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Define-se Hipertensão Arterial (HA) como o aumento da pressão arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg ou mais e de pressão arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg ou mais em indivíduos que não estão em uso de medicação anti-hipertensiva, tendo sido esses valores encontrados em pelo menos duas aferições, realizadas na mesma ocasião e em momentos próximos.^(1,2) A HA tem sido mais freqüente entre adultos no mundo industrializado, sobretudo nos grandes centros urbanos. No Brasil, a prevalência da hipertensão arterial tem sido estimada, na população urbana adulta, em de 22,3% a 43,9%, embora outros pesquisadores relatem que não há boa representatividade no âmbito nacional e sobre a prevalência da HA, devido à principalmente, diversidade social existente no Brasil.⁽²⁻⁴⁾

Constitui-se hoje, um dos principais problemas de saúde pública do mundo contemporâneo pela sua magnitude, pelo risco e pelas dificuldades no seu controle.⁽²⁻⁴⁾ Sua gravidade depende de atributos biológicos e demográficos das populações, do estilo de vida, do ambiente físico, psicossocial e das características da organização dos serviços de saúde e respectivas interações entre estes vários elementos.⁽⁵⁾ O tratamento efetivo da HA pode reduzir suas complicações, colocando o grupo de hipertensos praticamente no mesmo nível de risco da população geral, e, com isso apresentando um impacto positivo quanto à morbi-mortalidade destes pacientes.^(2,6)

Diversos mecanismos são enumerados para explicar a elevação da pressão arterial (PA), sobretudo o endurecimento da parede dos vasos com perda da sua elasticidade. O aumento de peso e da ingestão de sódio, o sedentarismo, o tabagismo, o uso de bebidas alcoólicas, os distúrbios lipídios e a diabetes têm algumas repercussões nestas alterações.⁽⁶⁻⁸⁾ Existem várias razões para explicar que a hipertensão não é uma doença simples com causa única em todos os indivíduos afetados. A multiplicidade de fatores que determinam a gênese da hipertensão arterial primária compreende aspectos vasculares, humorais, renais, neurais e genéticos. Estima-se que 30-40% da variação da pressão arterial (PA) em uma população se devam a fatores genéticos. Entretanto, a causa do aumento de pressão arterial na maioria dos pacientes permanece desconhecida. Acredita-se que essa síndrome seja, na realidade, quantitativa, complexa e poligênica e que as influências ambientais, como estresse, ingestão de sal, cálcio, magnésio e potássio, álcool, gorduras e tabagismo, além de as questões socioculturais exercerem influência, ampliando em torno de 7% a manifestação da doença.^(2,6,9-11)

Associadas aos fatores anteriormente citados, acrescentam-se outras situações, tais como baixo nível de escolaridade, renda familiar reduzida e ocupações com alto nível de estresse estão relacionados ao aumento da PA⁽⁶⁾. Neste aspecto, a prevenção e o tratamento da HA representam os maiores desafios para a saúde pública. O *Joint National Committee*⁽¹²⁾ destaca os seguintes aspectos: prevenir a elevação da pressão arterial com a idade; diminuir a prevalência da HA; melhorar e aumentar a consciência sobre a existência da HA e sua detecção; promover o controle da HA; reduzir os riscos cardiovasculares; melhorar o reconhecimento quanto à importância da detecção da pressão arterial normal alta; reduzir as variações da hipertensão arterial quanto a fatores étnicos, socioeconômicos e regionais; melhorar as oportunidades de tratamento, e, finalmente, aumentar os programas comunitários, incluindo assim suas atividades de prevenção e atendimento a um número maior de portadores de HA.

Diante do exposto, este estudo apresenta o objetivo de identificar o perfil sócio-epidemiológico e clínico em portadores de hipertensão arterial atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Público de Recife – PE.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado em Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Público de Recife – PE, considerado referência em Cardiologia no Estado de Pernambuco e Região Nordeste. A amostra, do tipo intencional, foi constituída de 114 indivíduos, sendo 39 homens e 75 mulheres, portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial após a aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas, durante os meses de maio a julho de 2004.

Para o tratamento dos dados, os questionários foram enumerados, as variáveis codificadas, formando-se o banco de dados por meio do software Epi-Info 6.4 para proceder com a análise estatística utilizando-se do programa Statical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 11.0. Os dados foram analisados descritivamente, apresentados em valores numéricos absolutos e relativos. Para interpretar as questões abertas, utilizou-se a análise de conteúdo⁽¹³⁾: 1) as informações referentes às perguntas foram retiradas das respostas, de modo a obter indicadores sobre a hipertensão arterial; 2) as falas foram reunidas, a fim de que se pudesse proceder a uma classificação, segundo características comuns ou feixes de relação, dando origem a categorias; 3) a partir das categorias, procedeu-se à análise quantitativa dos dados discutida à luz da literatura científica relacionada ao tema.

Para todos os pacientes foi esclarecido que a participação seria voluntária e sobre os possíveis riscos que poderiam advir ao participar desse estudo. A coleta dos dados foi realizada após o atendimento médico e todos terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Portanto, a pesquisa só teve início depois da aprovação e autorização do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), procurando atender aos aspectos recomendados na Resolução 196/96, que normaliza a pesquisa com seres humanos.⁽¹⁴⁾

RESULTADOS

Tabela 1. Dados relacionados à categorização sociodemográfica dos portadores de hipertensão arterial atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Público de Recife – PE. Recife (PE), 2004.

Categorização sociodemográfica	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa Etária* (anos)						
≤ 29	01	02,6	02	2,6	03	2,6
30-39	—	—	05	6,7	05	4,4
40-49	12	30,8	20	26,7	32	28,1
50-59	16	41,0	31	41,3	47	41,2
60-65	10	25,6	17	22,7	27	23,7
Situação civil						
Solteiro	02	5,1	10	13,3	12	10,5
Casado	36	92,3	56	74,7	92	80,7
Outros**	01	2,6	09	12,0	10	8,8
Escolaridade***						
Sem alfabetização	01	2,6	08	10,7	09	7,9
Fundamental	28	71,7	46	61,3	74	64,9
Médio	07	18,0	19	25,3	16	22,8
Superior	03	7,7	02	02,7	05	4,4
Religião						
Católica	21	53,8	37	49,3	58	50,9
Evangélica	15	38,5	35	46,7	50	43,8
Espírita	01	2,6	03	4,0	04	3,5
Outra	02	5,1	—	—	02	1,8

Renda per capita (em Reais)****						
≤ 260,00	32	82,0	65	86,7	97	85,0
261,00–650,00	07	18,0	09	12,0	16	14,1
≥ 651,00	—	—	01	01,3	01	00,9
TOTAL	39	100	75	100	114	100

* Valores: Média = 52,19; Mediana = 52,00 e Moda = 52,00 ; ** Outros: viúvos, separados e divorciados; *** A classificação em 1º, 2º e 3º graus incluí os indivíduos que completaram, ou não, os respectivos graus; **** Salário mínimo da época igual a R\$ 260,00. Valor mínimo da renda per capita= R\$ 37,14; renda máxima R\$ 1.300,00. Média= R\$ 187,76; Mediana= R\$ 130,00 e Moda= R\$ 130,00.

Tabela 2. Tipo das atividades ocupacionais informadas pelos portadores de hipertensão arterial atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Público de Recife – PE, de acordo com adaptação da Classificação Internacional das Ocupações da Organização Internacional do Trabalho (CIUO), e a nomenclatura utilizada é definida como *Tipo de Ocupações**. Recife (PE), 2004.

Tipo de ocupação	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inativo	17	43,5	39	52,0	56	49,1
Profissional científico e intelectual	01	2,6	--	--	01	0,9
Técnico e profissional de nível médio	01	2,6	06	8,0	07	6,1
Empregado de escritório	01	2,6	01	1,3	02	1,8
Prestador de serviço e vendedor do comércio	08	20,5	09	12,0	17	14,9
Operário e artesão de artes mecânicas e de outros ofícios	06	15,3	08	10,7	14	12,3
Trabalhador não-qualificado	04	10,3	12	16,0	16	14,0
Forças armadas	01	2,6	—	—	01	0,9
TOTAL	39	100	75	100	114	100

*Adaptação da CIUO.

Tabela 3. Resultados obtidos em relação ao sexo e ao tempo de diagnóstico da hipertensão arterial dos portadores de hipertensão arterial atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Público de Recife – PE. Recife (PE), 2004.

Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial* (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1–5	14	35,8	28	37,3	42	36,8
6–10	19	48,7	24	32,0	43	37,7
11–15	04	10,3	08	10,7	13	11,3
16–20	--	--	08	10,7	09	7,9
> 20	02	5,2	07	9,3	07	6,3
Total	39	100	75	100	114	100

Média= 9,05; Mediana= 7,00; Moda= 1

Tabela 4. Sexo e o tempo de tratamento da hipertensão arterial dos portadores de hipertensão arterial atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Público de Recife – PE. Recife (PE), 2004.

Tempo de tratamento da hipertensão arterial (anos)*	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1–5	18	46,1	34	45,3	52	45,6
6–10	17	43,6	23	30,6	40	35,0
11–15	03	7,7	10	13,4	13	11,4
16–20	—	—	06	8,0	06	5,3
> 20	01	2,6	02	2,7	03	2,7
TOTAL	39	100	75	100	114	100

Média= 7,40; Mediana= 6,00; Moda= apresenta mais de uma.

Tabela 5. Sexo e à interrupção do tratamento farmacológico da hipertensão arterial dos portadores de hipertensão arterial atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Público de Recife – PE. Recife (PE), 2004.

Interrupção do tratamento farmacológico anti-hipertensivo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%

Não	28	71,8	49	65,3	77	67,5
Sim	11	28,2	26	34,7	37	32,5
TOTAL	39	100	75	100	114	100

Tabela 6. Tipos de anti-hipertensivos utilizados entre homens e mulheres hipertensos atendidos no Ambulatório de Cardiologia de um Hospital Público de Recife – PE. Recife (PE), 2004.

Anti-hipertensivo utilizado	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alfa-adrenérgico	—	—	01	1,4	01	0,9
Antagonista do canal de cálcio	02	5,1	02	2,7	04	3,5
Betabloqueador	04	10,3	09	12,0	13	11,4
Diurético	02	5,1	06	7,9	08	7,0
Inibidor Enzima Conversora	08	20,5	10	13,3	18	15,8
Angiotensina II Terapêutica anti-hipertensiva combinada*	23	59,0	47	62,7	70	61,4
TOTAL	39	100	75	100	114	100

* Utilização simultânea de mais de um tipo de anti-hipertensivo.

DISCUSSÃO

Nos últimos 50 anos, a população brasileira ampliou-se de 51,8 milhões para 167,5 milhões, crescendo a uma taxa geométrica média da ordem de 2,3% ao ano, tendo atingido o seu ápice entre 1960 e 1970, quando o crescimento demográfico nacional subiu para 3,4% ao ano.⁽¹⁶⁾ Em virtude disso, tem-se observado elevado número de doenças características de faixas etárias mais velhas, principalmente as doenças cardiovasculares, incluindo a HA. No presente estudo, a faixa etária entre homens e mulheres portadores de HA variou de 24 a 65 anos, com média de 52,19 anos. Os valores da mediana e da moda foram 52 anos.

Ao se estudarem as percentagens entre os indivíduos por sexo, observou-se semelhança nas diferentes faixas etárias. Desta forma, notou-se que a clientela da presente investigação foi constituída, predominantemente, por indivíduos na faixa etária dos 50 aos 59 anos (41,2%). Estes dados são semelhantes aos achados de outro estudo desenvolvido na Unidade Clínica de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP, o qual encontrou, entre 136 hipertensos, que 49,0% possuíam idade entre os 40 aos 59 anos. Em relação à associação da idade com a doença HA, a literatura reporta que o envelhecimento aumenta a prevalência da hipertensão arterial.⁽¹⁷⁾

Ao se considerarem diferenças entre os sexos, as mulheres suportam essa doença mais satisfatoriamente do que os homens, uma vez que a morbidade e a mortalidade são mais elevadas em homens, em qualquer nível de hipertensão. São necessárias pressões altas para que tal doença se manifeste nas mulheres.⁽¹⁷⁾

Poucos estudos investigam a relação da situação conjugal em indivíduos com HÁ. Entretanto, durante a assistência prestada por uma das pesquisadoras deste estudo ao longo do tempo a estes pacientes, notou-se que a presença de um outro indivíduo próximo é situação fundamental para se ter auto-estima elevada, melhores condições de aceitação da doença, melhores chances de se ter um tratamento realizado corretamente, entre outras vantagens. A situação civil descrita na Tabela 1 mostra que 80,7% dos hipertensos informaram ser casado; grande parcela dos homens, 92,3% apresentava-se casados, seguidos por 5,1% solteiros e 2,6% informaram outra situação civil. Quanto às mulheres, 74,7% eram casadas, 13,3% eram solteiras e 12% apresentavam outra situação conjugal. Entretanto, como se verifica, homens e mulheres apresentam o mesmo modelo relacionado à situação civil, ou seja: casados, seguidos pelos solteiros e por outras situações.

Segundo dados preliminares do Censo 2000, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de um terço da população (31,4%) com mais de dez anos de idade é considerada analfabeta ou analfabeta funcional (não completou a quarta série do ensino fundamental). Portanto, a população brasileira continua registrando níveis baixos de escolaridade, embora, ao longo das últimas décadas os indicadores tenham apontado uma melhora significativa da apresentação de anos escolares entre os brasileiros.⁽¹⁸⁾

No presente estudo, a escolaridade foi avaliada de acordo com a informação fornecida pelos hipertensos no momento da entrevista. Perguntava-se ao pesquisado até quando ele tinha estudado. Como a maioria informava a série, nomenclatura usual no período de suas formações, optou-se para facilitar o processo de análise e comparação com a literatura, categorizar os dados referentes à escolaridade como: primeiro, segundo ou terceiro grau, independente de serem completos ou não. Também foi atribuída a designação *sem alfabetização* para aqueles que não informaram contato com sistemas de ensino e não conseguiam soletrar palavras ou letras de uma frase. Assim, os resultados obtidos, na presente investigação demonstram que os indivíduos informaram desde a ausência de instrução até o terceiro grau (Tabela 1).

O primeiro grau foi alcançado por 64,9% da amostra de hipertensos, seguida por 22,8% de segundo grau e 7,9% sem alfabetização, e ainda 4,4% de terceiro grau. No sexo masculino, estes números foram, respectivamente, 71,7%, 18,0%, 2,6% e 7,7%. Para o sexo feminino, a situação de escolaridade mostrou-se diferente: houve predomínio da escolaridade de primeiro grau, com 61,3% hipertensas, seguidas por 25,3% que informavam o segundo grau, já 10,7% relatam falta de alfabetização e, finalmente 2,7% referiam o terceiro grau.

Ao se analisar a escolaridade entre os sexos, são interpretados duas peculiaridades entre os pacientes. Observou-se que o sexo feminino tinha maior proporção de “*sem alfabetização*” 10,7% vs 2,6%. Já, entre aqueles que informam o segundo grau, são as mulheres que indicam essa situação 25,35 vs 18,0%. Assim, quanto maior o grau de instrução do indivíduo, maior será o nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os indivíduos com baixo grau educativo apresentam menos informação de como prevenir as doenças, e isso fazem com que tenham o nível de adesão ao tratamento medicamentoso diminuído.⁽¹⁸⁾

Os hipertensos com maior nível de escolaridade têm melhor adesão ao tratamento não medicamentoso, demonstrado em estudo por intermédio do peso corporal, enquanto 46% dos hipertensos com formação de 3º grau estavam dentro da faixa do peso normal, apenas 24% dos indivíduos com nível educacional mais baixo estavam dentro dos padrões do peso preconizado. Esses dados revelam que os indivíduos com maior escolaridade têm maior propensão de aderir às práticas físicas.⁽¹⁹⁾

A religiosidade tem sido definida como uma busca e atitude dinâmica de procura do ser humano ao sentido fundamental de sua existência, onde está a raiz da vida humana na sua totalidade.⁽²⁰⁾ A busca pela religiosidade intensificada é uma ação que tem sido observada quando o indivíduo se depara com uma doença e busca na espiritualidade alívio para suas ansiedades, uma verdadeira *terapêutica religiosa*, que funciona como medicina mágica, atuando de forma complementar a medicina tradicional.

De acordo com os dados apresentados pela Tabela 1, 50,9% dos hipertensos pertenciam à religião Católica, acompanhada pela religião Evangélica 43,8%, religião Espírita 3,5%, e 1,8% citou ter outra religião. Analisando-

se os sexos constatou-se que todos professaram algum tipo de busca por algo superior, indicando uma religião ou uma crença religiosa. Os dados deste estudo demonstraram maior prevalência de HA entre os católicos, metade dos hipertensos. Infere-se que isto teria como uma das justificativas o fato de os católicos geralmente, não possuírem hábitos de vida tão rigorosos e saudáveis como é preconizado nas outras religiões, ou melhor, possuem hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e, às vezes, são tabagistas, o que é restritamente desaconselhado nas outras religiões.

Os evangélicos procuram viver em condições de vida mais saudáveis, são indivíduos com baixo risco a desenvolver HA. Divulga-se que os membros religiosos e praticantes têm uma vida psicossocial mais saudável e apresentam mais saúde, pois os ritos religiosos com o público ou mesmo os ritos privados produzem uma maior relação com as pessoas, o que leva a uma diminuição da ansiedade, da tensão, da agressividade. Estas pessoas ficam menos tempo sozinhas e apresentam uma maior interação com o seu meio e com a sua gente. Portanto, nesse caso específico a religião de certa forma pode sugerir efeito protetor para a hipertensão arterial.⁽²¹⁾

O Brasil vem apresentando, excepcionalmente, uma enorme desigualdade na distribuição de renda, com elevados níveis de pobreza. Um país desigual, exposto ao desafio histórico de enfrentar uma herança de injustiça social que exclui parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania.⁽²²⁾ Os cidadãos com menores condições de sobrevivência compartilham um número maior de mazelas advindas das péssimas condições de moradia, de saneamento e de saúde, influenciando no aumento exponencial de doenças.

A Tabela 1 também mostrou a distribuição da renda *per capita* obtida entre os 114 hipertensos. Ressalta-se que, para este quesito foi considerado o salário mínimo na época equivalente a R\$ 260,00 (duzentos e sessenta reais). A renda *per capita* variou de R\$ 37,14 a R\$ 1.300,00. A média *per capita* era de R\$ 187,76, a mediana e a moda eram de R\$ 130,00, cujos índices foram menores do que a média, depreende-se que os pacientes conviviam com baixo poder aquisitivo. Os dados também indicam que, em relação ao total dos entrevistados, 85% possuíam renda *per capita* inferior a um salário mínimo. Portanto, possuíam valor inferior a R\$ 480,00, renda estimada pelo IBGE para o padrão ideal de consumo das famílias brasileiras.⁽²²⁾

Nesta perspectiva, a dificuldade financeira conduz os indivíduos a ter menores chances de aquisição de medicamentos essenciais ao tratamento, bem como menores chances de uma alimentação mais saudável, além da dificuldade de acesso às consultas periódicas.⁽⁸⁾ Essa situação em que o fator econômico era uma situação que impedia a liberdade para escolher alimentos mais adequados entre hipertensos, conduzindo a hábitos não-saudáveis, interferindo indiretamente nos valores pressóricos. Ademais, pode existir relação entre classe social e hipertensão arterial, tendo episódio maior entre os grupos economicamente menos privilegiados cuja concentração de bens materiais é menor, havendo com isso uma repressão na vida social influenciando nos valores da pressão arterial. Diante das diversas citações apresentadas, acredita-se que os escassos recursos financeiros entre os hipertensos podem contribuir negativamente nos valores da pressão arterial.⁽¹⁰⁾

Na maior parte das vezes, o trabalho da vida contemporânea se transforma em uma rotina, quando o indivíduo necessita exercer horários, realizar tarefas com destreza e precisão, instituir vínculos de caráter prático entre os colegas para que a produção do grupo seja

competente e com qualidade. Alcançar as metas e os objetivos escolhidos pelo estabelecimento ao qual está inserido, servir-se dos equipamentos oferecidos em seu setor de trabalho com segurança para si e para os outros, sejam esses colegas de trabalho ou os consumidores finais desses serviços e produtos.

Independente do tipo de ocupação há relatos que certos tipos de ocupações podem proporcionar o surgimento de doenças psicossomáticas tais como a HA. Portanto, o trabalho, quando exercido sob pressão psicológica ou física e/ou com grandes cargas, aumenta os riscos de incidência de doenças.⁽²³⁾ Neste estudo, considerou-se como ocupação a profissão, o cargo ou a função desempenhada pelos hipertensos na ocasião da entrevista. Os resultados referentes às ocupações, às quais os indivíduos desta pesquisa se ocupavam, foram construídos pela aplicação de uma adaptação da Classificação Internacional das Ocupações da Organização Internacional do Trabalho o que admitiu a formação de categorias com maior semelhança entre as ocupações.

De acordo com a Tabela 2, dentre aqueles pacientes incluídos na população não-economicamente ativa, para os quais se empregou a denominação "Inativo", encontrou-se: 43,5% de homens e 52% de mulheres, que eram desempregados ou aposentados. Na condição de profissional científico e intelectual, encontrou-se 2,6% de homens. Nas ocupações técnica e profissional de nível médio, foram encontrados 2,6% de homens e 8,0% de mulheres. Entre os que se dedicavam às ocupações do tipo empregado de escritório, existiam 2,6% de homens e 1,3% de mulheres.

No item prestador de serviço e vendedor do comércio, foram identificados 20,5% de homens e 12,0% de mulheres. Nas ocupações referentes a operário e artesão de artes mecânicas e de outros ofícios, encontraram-se 15,3% de homens e 10,7% de mulheres. Entre as ocupações referentes ao trabalhador não-qualificado, 10,3% de homens e 16% de mulheres informavam essa situação. Na condição de ocupação referente às Forças Armadas, encontrou-se 2,6% de homens.

Na categoria de trabalhador não-qualificado, como vendedor ambulante, empregada doméstica, porteiro, faxineiro e motorista, encontram-se 14% do total dos pacientes, sendo que as mulheres tiveram maior representatividade nessa categoria. Estes dados estão de acordo com os resultados do estudo realizado, em Volta Redonda/RJ⁽²⁴⁾, em que foi constatada, entre os profissionais técnico-científicos e administrativos, a prevalência da HA de 2,9%, ao passo que, em trabalhadores do setor de prestação de serviço, foi de 16%. Portanto, nesse estudo⁽²⁴⁾ e no nosso estudo, os índices mais baixos de pressão arterial estavam entre indivíduos socialmente mais privilegiados. Logo, depreende-se que a maior frequência das taxas de HA foram observadas entre os trabalhadores não-especializados, que ganham menores salários, dos setores secundário e terciário da economia.

Foram observados homens e mulheres hipertensos atendidos em diferentes serviços universitários públicos do interior de São Paulo⁽²⁵⁾ e a maioria das mulheres hipertensas informaram como ocupação o *serviço doméstico*, semelhante ao nosso estudo, provavelmente essa semelhança dos dados ocupacionais se deva das características em comum dos serviços, ou seja, hospitais públicos universitários, onde grande parte da clientela sem oportunidades de acesso aos serviços conveniados procura por atendimentos nestes centros.

A HA é reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular. Existe crença de que a HA teria maior prevalência nas classes socioeconômicas

elevadas em consequência da sobrevida mais extensa e, principalmente, da urbanização.^(26,27) Todavia, diante das citações anteriormente referidas e diante dos dados da presente casuística, foi o oposto, ou seja, a prevalência de HA é maior nos estratos socioeconômicos mais baixos, como os inativos. Provavelmente, em decorrência de a maioria dos estudos terem sido realizados em serviços públicos que abrigam um grande contingente da população das diferentes cidades, com baixo poder aquisitivo, cuja oportunidade de tratamento se dá nestes centros universitários.

Por fim, uma última questão a ser observada é a necessidade da avaliação de outros aspectos do mundo do trabalho, sobretudo aqueles relacionados à organização do trabalho que são potencialmente estressores e que podem estar associados com maior episódio de hipertensão, sobretudo aquelas atividades ocupacionais caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixos controles das situações.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

No presente estudo foram consideradas características clínicas as seguintes situações: 1) tempo de diagnóstico da hipertensão arterial; 2) tempo de tratamento e 3) drogas anti-hipertensivas utilizadas.

1. Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial

Procurou-se saber dos pacientes quando tinham tomado conhecimento de alterações nos valores de sua PA. Salienta-se que houve vários pacientes que, mesmo sabendo do seu diagnóstico, só procuraram por tratamento e seguimento médico em períodos posteriores. Muitos dos quais só buscaram por tratamento na presença de sintomas mais severos. Os dados apresentados na Tabela 4 mostraram que o tempo médio de diagnóstico entre os hipertensos foi de 9,05 anos, mediana de sete anos e moda de dez anos. Assim, grande parcela, 37,7% dos hipertensos possuía diagnóstico entre seis a dez anos, existindo, inclusive, 6,3% dos indivíduos com mais de 20 anos de diagnóstico.

Depreende-se que os indivíduos da presente casuística conviviam a um período considerado tempo suficiente para adaptar-se às novas condições de saúde-doença e, durante esse percurso quando adequadamente orientados, motivado às mudanças de hábitos mais saudáveis, poderão conviver com a hipertensão de forma satisfatória. Em um grupo de 622 hipertensos moradores de Salvador-BA foi observado que o tempo de diagnóstico variou de menos de um ano a mais de dez anos.⁽²⁸⁾ Então, foi concluído que os hipertensos conviviam plenamente com seu diagnóstico, provavelmente em decorrência das mudanças de hábitos mais saudáveis e uso de recomendações terapêuticas adequadas.

O conhecimento do diagnóstico, para muitos indivíduos, serve para mudar alguns hábitos a fim de conviver bem com a hipertensão. Entretanto, se não houver mudanças associados ao uso inadequado de drogas, nesse período os indivíduos podem estar expostos a agressões crônicas, deixando-os mais vulneráveis a doenças das artérias coronárias como infarto do miocárdio e morte súbita, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e aneurisma dissecante da aorta.^(29,30)

Divulga-se que o conhecimento do diagnóstico de HA tem influência sobre o estado emocional do indivíduo, haja vista que doentes sabidamente hipertensos e sob tratamento referem menor bem-estar psicológico do que aqueles indivíduos que não estão sob tratamento e desconhecem apresentar a doença.⁽²¹⁾

2. Tempo de tratamento

Para se discutir tempo de tratamento considera-se necessário que inicialmente se discutam alguns aspectos referentes ao tratamento anti-hipertensivo. Este tem como propósito a diminuição da morbidade e

da mortalidade cardiovasculares do indivíduo portador de hipertensão arterial, proveniente dos altos valores pressóricos e de fatores agravantes. Ele é compreendido por medidas não-medicamentosas isoladas ou associadas a fármacos anti-hipertensivos. A terapêutica farmacológica da HA deverá ser iniciada sempre com a instituição prévia ou concomitante das medidas não-farmacológicas para controle dos níveis pressóricos alterados.⁽²⁾

A decisão terapêutica deve ser adotada fundamentada em princípios estabelecidos, valorizando-se simultaneamente os níveis tensionais e as características clínicas dos hipertensos a serem tratados. A HA como uma alteração essencialmente hemodinâmica, deverá ganhar uma abordagem terapêutica que se proponha a trazer uma correção destes estados circulatórios inadequados, melhorando a qualidade de vida, além dos níveis pressóricos, corrigindo os distúrbios circulatórios e melhorando o prognóstico dos seus portadores.

Pela tabela 4, notou-se que uma grande parcela dos hipertensos 45,6% faziam uso de drogas anti-hipertensivas entre um a cinco anos. E estavam expostos aos efeitos do tratamento farmacológico anti-hipertensivo por um tempo médio de 7,4 anos, período considerado amplo. Desta forma se beneficiavam da ação do tratamento que é baixar a PA e de até normalizá-la, mas por outro lado sofriam, há um tempo longo, com os efeitos colaterais, os quais podem causar transtornos importantes que levam ao abandono da terapia, como, por exemplo, a libido pode ficar diminuída em ambos os sexos. Alguns anti-hipertensivos causam disfunção erétil e problemas ejaculatórios em até 50% dos homens. Outros efeitos podem ser verificados como o efeito dos diuréticos elevando o colesterol plasmático; o efeito dos betabloqueadores baixando as lipoproteínas de alta densidade, HDL; o efeito hiperuricemiante dos tiazídicos; ou ainda a tosse seca que pode ser causada por inibidores da enzima conversora.⁽²⁹⁾

Também, há de se notar que a exposição prolongada à terapêutica anti-hipertensiva representa o ponto de partida para a redução tanto dos níveis pressóricos como da qualidade de vida. Dentre os fatores limitantes à melhor qualidade de vida, observa-se a disfunção sexual, que apresenta alta prevalência na população de hipertensos.⁽²¹⁾ A frequência de comprometimento da qualidade de vida quase sempre explica a baixa adesão dos hipertensos ao tratamento e o baixo percentual de êxito no controle dos níveis pressóricos e, também, a preocupação maior com os reflexos nocivos da terapêutica sobre a sua vida.

Um estudo com indivíduos de ambos os sexos com diferenciado padrão social, os quais dispunham de assistência à saúde privada, além de amplo acesso às informações em saúde, observou-se que estas situações não foram suficientes para garantir a adesão ao tratamento, nem tampouco a adoção de hábitos saudáveis.⁽³²⁾ Têm sido relatados na literatura, outros aspectos que dificultam o tratamento, como a problemática de convencer o paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente, especialmente quando implica na mudança de hábitos prazerosos ou ainda na obrigação de usar medicamentos para sempre.

Todavia, as diferentes leituras conduzem a refletir que os aspectos sociais e os fatores pessoais podem conduzir os indivíduos a interferir no tempo e na adesão ao tratamento. Estudos adicionais podem ser realizados a fim de se determinar esses fatores, os quais poderão contribuir nas orientações mais seguras, vislumbrando adesão ao tratamento na totalidade dos pacientes.

3. Interrupção do tratamento

A adesão ao tratamento é a tomada de decisão de adotar, ou não, as sugestões do plano terapêutico,

considerando-se a autonomia do hipertenso.⁽³³⁾ A falta de adesão ao tratamento constitui-se em um dos maiores problemas no controle da HA. No presente estudo, pelo fato de se ter um convívio com o atendimento a estes pacientes, e entender que a melhor maneira de se obterem respostas esperadas sobre a interrupção ou a adesão ao tratamento, seria perguntando diretamente aos indivíduos hipertensos se em algum momento interrompia o tratamento farmacológico instituído pelo médico.

Quanto às respostas expostas na Tabela 5, em relação à interrupção do tratamento farmacológico anti-hipertensivo, observou-se que 71,8% dos entrevistados do sexo masculino aderiram ao tratamento farmacológico enquanto 28,2% não. Em relação às mulheres, 65,3% referiram que faziam uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos, enquanto 34,7% não utilizavam corretamente as drogas anti-hipertensivas.

Comparando-se os dois gêneros, constata-se que os homens mostraram-se mais aderentes ao tratamento medicamentoso que as mulheres. No entanto, em diferentes épocas, estudos divulgam que as mulheres interromperam menos o tratamento instituído do que o sexo oposto. Um estudo⁽²⁸⁾ demonstrou novamente que as mulheres apresentavam maior frequência no uso de anti-hipertensivo do que os homens visto que as mulheres são mais conscientes nos cuidados da saúde e, por isso, apresenta maior aderência ao tratamento do que os homens. Entretanto, não se sabe referir as possíveis causas para o comportamento feminino apresentado na pesquisa em questão, onde as mulheres indicavam interromper mais o tratamento do que os homens.

Um inquérito nacional com médicos cujo objetivo era identificar a opinião desses profissionais sobre o tratamento dos pacientes, observou-se que a maioria dos médicos indicava haver maior adesão ao tratamento farmacológico do que ao não-farmacológico entre os seus pacientes, entretanto não se definia o sexo. Depreende-se que, mesmo o profissional de saúde ao prescrever o tratamento, tem noção do não cumprimento ao tratamento medicamentoso adotado entre os hipertensos.⁽³⁴⁾

Desta forma, avalia-se que o uso da terapia é uma necessidade de autocuidado, ou seja, o hipertenso deveria compreender que o sucesso da sua evolução clínica depende, não apenas do profissional de saúde, mas, principalmente, do investimento pessoal.

O maior percentual dos hipertensos deste estudo seguiu o tratamento farmacológico. Assim, contribuíram, através de sua participação ativa, para o sucesso da terapêutica adicionando as oportunidades de incorporar em seu dia-a-dia o controle dos níveis pressóricos que, por sua vez, resulta em diminuição na incidência ou demora na ocorrência de complicações e, por conseguinte, no progresso da qualidade de vida do indivíduo portador de hipertensão arterial.⁽³³⁾

Uma vez que houve a ocorrência de interrupção no tratamento anti-hipertensivo, procurou-se saber quais as justificativas, razões ou motivos para tal conduta. Essas respostas foram analisadas qualitativamente, independentes do sexo. Por ter encontrado uma diversidade de respostas, as mesmas foram categorizadas, baseando-se nas falas agrupando-se em categorias aquelas com significados semelhantes. As categorias elaboradas foram: 1) Falta de compromisso com a terapêutica; 2) Escassos recursos financeiros e, 3) Déficit de conhecimento sobre a doença.

1. Falta de compromisso com a terapêutica

Pelos depoimentos que justificavam a interrupção do tratamento entre alguns hipertensos, observa-se falta de compromisso com a terapêutica prescrita. Julga-se que estes pacientes não compartilhavam a

responsabilidade com sua terapêutica farmacológica, sendo isso admitido através de algumas justificativas, tidas como “banais”, como se seguem:

[...] *não gosto de usar remédios* (P 1)

[...] *por esquecimento* (P 2)

[...] *deixo de tomar remédio quando preciso sair de casa porque ao tomar o remédio faço muito xixi* (P 3)

[...] *para descansar do uso de remédios de pressão* (P 4)

[...] *para os anti-hipertensivos quando vou para uma “farra” e quero usar bebida alcoólica.* (P 5)

Foram várias as razões atribuídas para justificar a interrupção da terapêutica sugerindo falta de compromisso individual, provavelmente em decorrência da carência de motivação pessoal para o tratamento e o desconhecimento da doença e a importância da terapêutica. O uso de álcool também foi relatado pelos hipertensos em estudo realizado no Estado do Ceará⁽¹⁰⁾. Apontou que a ingestão de bebida alcoólica foi prática adotada entre 33% dos hipertensos, com diferentes graus de satisfação em usá-la. O álcool, embora seja uma droga legal, sua produção e consumo não são clandestinos, ele provoca danos ao indivíduo e principalmente interfere na ação de diversos medicamentos, inclusive, os anti-hipertensivos.

Nas falas que apontam o consumo de álcool como motivo para o abandono ou interrupções no uso da medicação anti-hipertensiva, denotaram a crença de que álcool e remédio não devem ser misturados, influenciando, assim, na regularidade do uso da medicação anti-hipertensiva, bem como no seu total abandono. Há importância da participação ativa do portador de hipertensão arterial para o alcance dos objetivos da terapêutica anti-hipertensiva, ou seja: controle da PA, melhoria da qualidade de vida, prevenção de complicações e, com isso, a diminuição da morbimortalidade.⁽³³⁾

2. Escassos recursos financeiros

As questões referentes aos escassos recursos financeiros para adquirir os remédios podem ser observadas nos seguintes depoimentos:

[...] *deixo de tomar os remédios por problemas financeiros.* (P 1)

[...] *muitas vezes deixo de tomar os remédios para pressão porque falta dinheiro.* (P 2)

Justificativas semelhantes foram observadas em outro estudo⁽⁸⁾ pelas quais os pacientes indicavam como uma das situações da consequência para a interrupção do tratamento farmacológico a dificuldade no orçamento familiar. Destacaram que a dificuldade financeira também foi um fator impeditivo do acesso do paciente ao serviço de saúde, devido o deslocamento da sua residência para o serviço. Esse estudo encontrou a maioria dos pacientes apontando dificuldades à aquisição de medicamentos.

Em outro estudo⁽³⁵⁾ foram observados que 50% dos sujeitos estudados mencionaram dificuldade financeira para obter os medicamentos. Estas informações tornam-se fortalecidas e sugerem que o custo da medicação interfere na adesão ao tratamento. A situação financeira precária tem influenciado em diversas situações para a promoção da saúde entre hipertensos, inclusive impedindo que o indivíduo faça escolhas alternativas para se ter uma alimentação balanceada desejável ao hipertenso, não só para a aquisição de drogas anti-hipertensivas. Entretanto, outro estudo⁽³²⁾ com indivíduos com um padrão de vida considerado bom atendidos em serviço privado, também, foi observada a presença da interrupção e ausência de tratamento entre homens e mulheres. Daí depreende-se que independente da situação financeira a não adesão ao tratamento é um fato.

A disponibilidade de assistência à saúde e o acesso, a serviços públicos e privados não foram suficientes para causar e manter mudanças de hábitos e atitudes

relacionados à saúde nos estudos acima mencionados quanto ao uso sistemático dos anti-hipertensivos. Também, destacou-se que um fator que pode colaborar na interrupção do tratamento esteja relacionado aos serviços públicos, os quais apresentam déficit de medicamentos necessários ao tratamento para hipertensão, bem como não descontinuidade na dispensação contínua das drogas.

3. Déficit de conhecimento sobre a doença

Outra categoria relacionada à interrupção do tratamento trata-se do déficit de conhecimento sobre a doença como mais uma das causas para a suspensão do tratamento. Os seguintes depoimentos retratam esta situação:

[...] *para o tratamento para descansar do uso de remédios de pressão.* (P 1)

[...] *interrompo o tratamento porque considero que tomo excesso de remédios.* (P 2)

[...] *não acho necessário usar remédios para a pressão alta.* (P 3)

[...] *deixo de tomar os remédios porque não estou sentindo mais nada.* (P 4)

[...] *para não viciar com esses remédios de pressão.* (P 5)

[...] *porque a minha pressão é emocional, não preciso tomar remédios direto.* (P 6)

Durante as entrevistas, embora não fosse interesse principal, observou-se que as informações que eram reveladas pelos pacientes sobre HA, em geral, eram parciais, superficiais, muitas vezes o conhecimento popular prevalecia interferindo no tratamento instituído. Percebeu-se que os pacientes que não apresentam sintomas mais severos da doença deixam de usar as drogas anti-hipertensivas, equivocando-se e interrompendo o tratamento. É fundamental que o hipertenso possua conhecimento sobre o que de fato está acontecendo com ele, pois sem orientação sobre a enfermidade, seus riscos e possíveis complicações e como se cuidar corretamente pode comprometer a participação desse indivíduo no tratamento.⁽³²⁾

CONCLUSÕES

Esta pesquisa partiu da necessidade de se identificar em hipertensos atendidos no Ambulatório de um Serviço de Cardiologia da cidade de Recife o perfil socioepidemiológico e clínico. Os resultados mostraram que 41,2% dos pacientes encontravam-se na faixa etária de 50 a 59 anos; 80,7% informaram ser casados; o primeiro grau foi alcançado por 64,9% dos hipertensos; 50,9% dos indivíduos pertenciam à religião Católica, 85,0% possuíam renda *per capita* entre R\$ 37,14-260,00 e 49,1% dos pesquisados encontravam-se na categoria profissional de inativo.

Pôde-se observar que, dentre os entrevistados, parcela significativa de 37,7% possuía diagnóstico de hipertensão arterial entre seis a 10 anos. Diante disso, observou-se que os hipertensos deste estudo estavam expostos com intensidade a agressões crônicas expressivas das células endoteliais e, conseqüentemente mais vulneráveis a outras doenças cardiovasculares. Outro aspecto detectado foi com relação ao período de tratamento anti-hipertensivo, sendo evidenciado um tempo médio de 7,4 anos, o qual pôde ser considerado prolongado. Esse tempo poderá contribuir com situações de desestímulo frente ao tratamento, repercutindo em situações de abandono ou negligência, em relação ao autocuidado no controle da doença. De fato, os participantes justificaram o não-cumprimento do tratamento por falta de compromisso ou interesse com a terapêutica, em virtude de problemas financeiros e déficit de conhecimento da própria patologia.

Os pacientes manifestaram atitudes positivas frente aos hábitos considerados indesejáveis, principalmente

quando associados ao consumo de cigarro de papel ou de palha e consumo de bebidas alcoólicas, haja vista que, entre os 114, somente 7% fumavam e 18,4% informaram uso de bebidas alcoólicas. Outra situação desejável em se tratando de hipertensão citou-se o fato de aderir ao tratamento não-farmacológico, como a redução de sal, onde 77,2% dos indivíduos informaram esta prática e o controle do peso corporal estava presente em 48,2% deles. Entretanto, referiram a necessidade de maior incentivo para adquirir hábitos para realizar atividade física e lazer.

Enfim, a pesquisa possibilitou conhecer melhor as características dos indivíduos atendidos em um serviço de referência estadual, de modo que o enfoque não se deteve à doença, mas, sim ao ser humano holístico que necessita de uma assistência integral articulando seus sentimentos e reações ao lidar em seu cotidiano com uma patologia crônica, que pode vir a comprometer suas condições de saúde cardiovascular, interferindo no seu interagir, na sua socialização e no seu modo de viver emoções.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus – Protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. São Paulo. Anais... Campos do Jordão: [s.n.]; 2002.
3. Oliveira JRW. Hipertensão arterial e sexualidade. *Arq Bras Cardiol.* 1991; 56(5):349-54.
4. Molina MCBF. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Rev Saúde Pública.* [periódico na Internet]. 2003 [acesso em: 13 jun 2007]; 37(6): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>
5. Jardim PCBV, Sousa ALL, Monego ET. Hipertensão arterial. In: Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. p. 453-60.
6. Jardim PCBV, Sousa ALL, Monego ET. Hipertensão arterial. In: Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
7. Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de Hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(5):635-42.
8. Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchôa E. Projeto bambu: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(4):1029-40.
9. Nobre F, Lima NKC, Moura JrLA. Hipertensão arterial essencial. In: Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 461-71.
10. Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. Hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública.* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em: 22 ago 2007]; 20(4): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>
11. Krieger JE. Bases genéticas da hipertensão arterial. [acesso em: 22 ago 2007]. Disponível em: <http://www.videbulas.com.br>.
12. Joint National Committee: on prevention, detection, evaluation, and treatment of blood pressure. Bethesda: National Institutes of Health; 1997.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Persona; 1997.
14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 Supl):15-25.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle de hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro; 2003.
16. Ramos LR. Hipertensão arterial no idoso. *Rev Soc Cardiol.* 1992; 2(4):75-9.
17. Kaplan NM. *Clinical hypertension.* 50ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1990.
18. Freitas OC. Prevalência da hipertensão na população urbana de Catanduva, no Estado de São Paulo. *Arq Bras Cardiol.* 2001; 77(1):16-21.
19. Kyngas H, Lahdenpera T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J Advanc Nurs.* 1999; 29(4):832-9.
20. Barros RP, Henriques R, Mendonça R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Rev Bras Ci Soc.* 2000; 15(42):123-142.
21. Nomura PI, Prudencio LAR, Koblmann Jr O. Características do indivíduo hipertenso. *J Bras Nefrol.* 1995; 17(1):13-20.
22. Leite LF, Praça VB. Discípulos de Emaús: uma referência para a prática do ensino religioso. *Rev Centro Edu UFAL.* [periódico na Internet]. 1995 [acesso em: 07 jul 2007]; 20(12): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://www.cedu.ufal.br/Revista/Revista10/laelver.html>
23. Castro AP. Saúde mental: manifestações de estresse no cotidiano do hipertenso. Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade São Paulo – Escola de Enfermagem; 2003.
24. Klein CH, Araújo JWG. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda. *Cad Saúde Pública.* 1985; 1:160-76.
25. Mac Fadden MAJ, Ribeiro AV. Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. *Rev Ass Med Brasil.* 1998; 44(1):4-10.
26. Porto CC, Araújo DG, Kluthcouski JMC. Profissão, tipos de trabalho e doenças cardiovasculares. In: Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 179-81.
27. Pessuto J. Mecanismos de coping utilizados por indivíduos portadores de hipertensão arterial [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem; 1999
28. Noblat ACB, Lopes MB, Lopes AA. Race and hypertensive target-organ damage in patients from an university-affiliated outpatient care referral clinic in the city of Salvador. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82(2):116-20.
29. Oates JA. Fármacos anti-hipertensivos e a terapia farmacológica da hipertensão. In: As bases farmacológicas da terapêutica. 9ª ed. Rio de Janeiro: McGraw; 1996. p. 572-92.
30. Carvalho MHC. Hipertensão arterial: o endotélio e suas múltiplas funções. *Rev Bras Hipertensão.* 2001; 8(1):76-88.
31. Batista MC. Anti-hipertensivos e disfunção sexual. *Rev Hipertensão.* 2001; 4(2):64-6.
32. Chor D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro: hábitos de vida e tratamento. *Arq Bras Cardiol.* 1998; 71(5):653-60.
33. Araújo GBS. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba – Mestrado de Enfermagem; 2002.
34. Mion JrD, Pierin AMG, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev Assoc Med.* 2001; 47(3): 249-254.
35. Castro VD, CAR MR. O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev Esc Enferm USP Ribeirão Preto.* 2000; 34(2):145-53.
36. Rocha JC. Hipertensão arterial em idosos. In: Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 540-3.
37. Branco RFGYR, Naghettine AV, Salgado CM. Hipertensão arterial em crianças. In: Porto CC. Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 531-39.
38. Oliveira JrW. Hipertensão arterial e sexualidade. *Arq Bras Cardiol.* 1991; 56(5):349-54.

Recebido em: 10/08/2007

Aceito em: 30/08/2007

Publicado em: 01/10/2007

Endereço para correspondência

Sonia Maria da Silva Garcia
Avenida Sebastião Rodrigues da Costa, s/n
São Pedro – Belo Jardim (PE) – Brasil

CEP: 55.165-000

Rev enferm UFPE on line. 2007 out./dez.; 1(2):181-88