

AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE-DOENÇA DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL¹

Águeda Lenita Pereira Wendhausen *

Bárbara Christina Rebello **

RESUMO

A Hipertensão Arterial (HA) é considerada hoje um agravo de grande magnitude econômica e social. A adesão ao tratamento encontra-se intimamente ligada às concepções que os portadores tenham acerca de seu processo de saúde/doença. Objetivando verificar as concepções de saúde/doença de portadores de HA, empreendemos estudo qualitativo com clientes do Programa de Controle de HA localizado em Itajaí, SC, os quais dividimos em grupos A, B e C. Este é um recorte da pesquisa, no qual se destacam as concepções de saúde dos clientes já referidos. A partir da análise de entrevistas semi-estruturadas, construímos sete categorias. Os entrevistados compreendem o processo saúde-doença para além da concepção biológica, pois o associam com bons relacionamentos, hábitos saudáveis e felicidade. Os grupos mais assíduos ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial (grupos A e B) possuem um repertório mais amplo de possibilidades terapêuticas para lidar com sua condição de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Processo saúde-doença. Educação em saúde.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é um agravo de grande magnitude em termos econômicos, sociais e de qualidade de vida. Estima-se que no Brasil cerca de 20% da população adulta sofra de hipertensão. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares. É também comprovada sua relação com 80% dos casos de Acidentes Vasculares Encefálicos e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo do trabalho em nosso meio. Enquanto o quadro norte-americano mostrou redução na mortalidade por doença cerebrovascular em 60% e doença arterial coronariana em 53%, no Brasil, de 1980-1996 essa redução foi de apenas 20% e 13%, respectivamente (CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998; IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2004).

Dada a sua importância, a HA tem sido preocupação mundial no sentido do aperfeiçoamento de métodos para diagnóstico e tratamento, exigindo uma nova abordagem e

implementação de estratégias visando à prevenção primária (CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

A partir dessa compreensão, o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí (Univali/SC), desenvolveu, durante sete anos (1993-2000), um Programa de Extensão para atender à clientela portadora de HA do Bairro Votorantim, em Itajaí, SC. Lá foram realizadas atividades assistenciais e educativas, com vistas à capacitação dos clientes para que compreendessem seu problema e desenvolvessem hábitos de vida saudáveis, visando diminuir os riscos a que estavam expostos. Durante esse período, além da assistência a essa clientela, desenvolveram-se alguns trabalhos de pesquisa, motivados pela busca de melhor assisti-la e melhorar sua adesão ao tratamento.

Nossa opção pelo tema da HA advém de uma crítica ao modo como vem ocorrendo a assistência à saúde em geral e aos portadores de doenças crônicas em especial. A busca da adesão ao tratamento, nesses casos, tem sido desenvolvida pelos serviços e pelos profissionais por meio de uma atitude autoritária, cuja visão é a do cumprimento das ordens médicas e/ou das

¹ Recorte de projeto de pesquisa financiado pelo PIBIC/CNPq.

* Enfermeira, Professora Doutora e Coordenadora do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Univali.

** Discente do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Univali. Bolsista Pibic.

ordens de outros profissionais. Como o tratamento à hipertensão, mais do que tomar “remédios” supõe mudanças no estilo de vida, alguns autores têm se reportado à dificuldade dos clientes em aceitarem tais mudanças (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; RODRIGUES, 1996; ALVES, 1998).

O que queremos ressaltar aqui é que a forma como essa clientela vem sendo abordada, sendo desconsiderada enquanto parte (a mais importante) do processo de cuidado, pode estar sendo, em si mesma, um fator que contribui para a não-adesão ao tratamento. Entendendo o cuidado à saúde como algo complexo, torna-se necessário tanto para a enfermagem como as outras profissões de saúde repensar a forma como se desenvolve a assistência aos portadores de HA. Até o momento, a ênfase do cuidado tem sido nos aspectos biológicos, desconsiderando a subjetividade dos indivíduos e dificultando sua participação no processo de restabelecimento (ALVES, 1998). Trentini (1992), enfermeira estudiosa da assistência à saúde nas doenças crônicas, afirma que é imprescindível gerar um novo processo assistencial/educativo em saúde no qual o cliente e o profissional partilhem saberes, refletindo e discutindo sobre o seu significado, confirmando-os ou modificando-os de modo a utilizar forças disponíveis para atender às necessidades e obter ganhos positivos para sua vida. Essa concepção de educação em saúde como prática dialógica vem se incorporando cada vez mais às práticas de atenção à saúde desde a Reforma Sanitária Brasileira, implicando em um trabalho de interpretação do processo saúde-doença a partir de vários referenciais, considerando o saber popular e o saber científico como complementares (VASCONCELLOS, 2001).

É relevante uma mudança de nossa perspectiva enquanto profissionais do cuidado, incluindo a assistência a ser prestada à percepção do cliente sobre seu estado e suas opções terapêuticas. A contribuição deste estudo está em fornecer subsídios para que se instale essa possibilidade, a partir da compreensão mais acurada das concepções desses clientes sobre o processo saúde-doença e de sua vivência como portadores de hipertensão arterial. Dada a riqueza dos dados emergentes na pesquisa que realizamos, elaboramos para este artigo um

recorte, trazendo o que os pacientes concebem como saúde. Acreditamos que esses resultados, juntamente com os de outros estudos já realizados, poderão subsidiar propostas para o estabelecimento de novos modelos assistenciais, mais satisfatórios do ponto de vista dos clientes e mais eficazes em conseguir sua aderência aos hábitos de vida saudáveis.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. O local do estudo foi o Bairro Votorantim, em Itajaí, SC. O contato com os participantes do estudo, ao longo do ano de 2001, se deu por meio do Programa de Controle da Hipertensão Arterial, já mencionado anteriormente.

Entrevistamos 30 clientes que freqüentavam esse Programa, tendo o cuidado de formar grupos que possibilitariam alguma comparação em relação às concepções dos que freqüentavam assiduamente as atividades do programa, dos que o faziam de modo intermediário e dos inscritos no Programa, mas que raramente compareciam à Unidade de Saúde. A composição foi a seguinte: Grupo A – 13 (treze) clientes que participavam assiduamente das caminhadas e das reuniões educativas mensais, da consulta médica e da verificação da pressão arterial; Grupo B – 10 (dez) clientes assíduos à consulta médica e à verificação da pressão arterial, mas que participavam das atividades educativas com pouca ou nenhuma assiduidade; Grupo C – 7 (sete) clientes que participavam muito esporadicamente ou não participavam das atividades do Programa. Tentamos garantir o mesmo número de entrevistados nos 3 (três) grupos (10); entretanto, tivemos dificuldades de encontrar alguns nos horários disponíveis para as entrevistas, tendo que optar pela composição descrita.

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semi-estruturada, cujo roteiro versou sobre o que constitui estar saudável e ter saúde. As entrevistas, feitas pelos pesquisadores no domicílio dos participantes, foram gravadas em fitas cassete, sendo transcritas imediatamente após sua realização, aspecto que também garantiu rigor na coleta de dados.

Para a análise dos dados, foram realizadas várias leituras, denominadas flutuantes (LÜDKE; ANDRÉ, 1986), as quais permitiram a identificação de padrões relevantes, semelhanças, diferenças e a partir das quais se fez a primeira normalização das falas, que denominamos unidades de registros. Estas foram agrupadas em unidades de significado, que após mais um nível de análise nos levou às categorias definidoras do tema Concepções de Saúde, que foram as seguintes: Estar sob Cuidado Médico/Medicado, Período da Vida/Local Diferenciado para Viver, Hábitos de Vida Saudáveis, Ter Bons Relacionamentos, Possuir Condições Materiais para Viver, Cuidar-se e Saúde Como Um Valor Grandioso.

Quanto aos aspectos éticos, atentamo-nos ao que recomenda o parecer 196/96 no tocante às pesquisas que envolvem seres humanos. Demos especial atenção em assegurar o anonimato dos entrevistados e antes da realização da entrevista garantimos o fornecimento do consentimento livre e informado para que assinassem. Já em fase de projeto este trabalho foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univali, obtendo o parecer de número 56/2001, que autorizou a realização do trabalho.

Ainda para assegurar o anonimato dos clientes nesta publicação, os identificamos com a letra E (Entrevistado) e lhes atribuímos um número – E-01 a E-30; ainda com vistas à visualização dos entrevistados nos três sub-grupos, adotamos as letras A, B e C após sua identificação.

RESULTADOS

Os 30 entrevistados situam-se em uma faixa etária entre 38 e 80 anos, sendo predominante a idade de 50 e 60 anos; a grande maioria era do sexo feminino (28). A alta incidência de mulheres entrevistadas é decorrente do fato de que a clientela da Unidade de Saúde local é, em sua maioria, composta de mulheres, assim também como o Programa de Controle da Hipertensão, já mencionado. Quanto à escolaridade, 24 (vinte e quatro) entrevistados possuíam o primeiro grau incompleto, somente 2 (dois) possuíam o 2º grau incompleto e 4 (quatro) entrevistados não possuíam escolaridade alguma. Em relação à ocupação, 27

(vinte e sete) entrevistadas são de donas de casa ou mulheres que realizam trabalhos em casa, como costurar, fazer rede de pesca, ou trabalham como diaristas ou cozinheiras. Do restante dos clientes, 1 (um) é auxiliar de enfermagem e 2 (dois) são aposentados.

Discutimos, a seguir, as categorias construídas a partir das concepções de saúde dos entrevistados.

Em nosso estudo, constatamos que alguns de nossos entrevistados mencionaram o Tratamento Medicamentoso e/ou Frequência à Consulta Médica como uma maneira de ter saúde e/ou de estar saudável, como no exemplo da fala a seguir:

É tomar os remédios, se preciso. Procuro sempre me tratar, tomar os remédios certinhos, procurar um médico, tudo para manter a saúde dentro do normal (E-15- B).

Em outro estudo desenvolvido por Péres, Magna e Viana (2003) com portadores de hipertensão arterial, quando interrogados sobre o que fizeram ao saber sobre o diagnóstico de hipertensos, mais da metade dos entrevistados se referiu somente ao uso de medicação alopática e tratamento médico e exames.

O uso de medicamentos possui a vantagem de não exigir mudanças drásticas nos hábitos e ter uma rápida eficácia no alívio dos sinais e sintomas, além de apresentar uma inegável ação simbólica sobre os indivíduos, maior do que sua ação farmacológica, tanto para o médico quanto para o paciente, ainda que a representação que um e o outro fazem da enfermidade e de seu processo de cura ou alívio seja diferente (ALVES, 1998).

Entretanto, segundo Scliar (1987) e Berlinguer (1996), essa alusão aos medicamentos e tratamentos médicos pode ser vista de uma outra ótica, pode ser expressão da intensa medicalização que vivemos hoje. Berlinguer (1996) menciona três problemas que essa medicalização pode ocasionar: primeiro é a tendência a considerar a medicina e as profissões médicas como o único modo justo e possível para melhorar a saúde, tanto individual como coletiva; o segundo consiste no fato de os medicamentos, as profissões médicas e as ciências biomédicas serem cada vez mais chamados, mais que a demonstrar, a encobrir as

causas dos problemas, dos conflitos e das doenças e terminam, em muitos casos, a prometer o impossível, não realizando o possível; o terceiro problema é a tendência da medicina assumir funções de regulação e controle, seja como repressão, seja como neutralização de conflitos de muitas atividades humanas.

Essa subjetividade medicalizada se faz sentir nas falas das pessoas que relacionam saúde com a possibilidade de acesso a atos médicos. Não que isso não seja algo recomendável no caso da HA. Nossa preocupação é que essa visão seja absoluta, no sentido de que para elas o acesso ao serviço de saúde seja absoluto, de modo que seja considerado superior em relação às condições básicas de existência (alimentação, transporte, moradia) e à aquisição de hábitos saudáveis de vida. A consequência pode ser a de supervalorizar atos médicos em detrimento das mudanças no estilo de vida e mesmo da percepção das condições de vida como determinantes de sua saúde, o que interferiria diretamente no modo como o portador de hipertensão encara seu tratamento.

De acordo com Machado (1995) o anseio do ser humano de prolongar a vida e de manter a força e a saúde por muitos anos é tão antiga quanto a própria humanidade. Observamos que alguns entrevistados, ao serem interrogados sobre o que é saúde, referiram-se a um Período da Vida/Local Diferenciado para Viver, como a juventude ou a fase adulta, como uma fase mais saudável, como podemos depreender na seguinte narrativa:

Quando eu era mais nova, eu tinha uma saúde de ferro! Só fui ao médico após ter três filhos (E-17-B).

Sabemos que o grande sonho da humanidade sempre foi o de atrasar a decadência e lutar contra o envelhecimento (MACHADO, 1995). Essa busca incessante pela juventude está intrinsecamente interligada à busca pela saúde. A juventude representa uma época de buscas na qual se deseja inovar, desfrutar e desafiar e para tal é imprescindível gozar de uma boa saúde. Contrapondo-se a essa idéia, à medida que o tempo passa modificam-se os limites e os desafios. A busca passa a ser

vencer o próprio tempo para se fazer tudo o que não foi feito antes.

A idéia da velhice como limitação à saúde é ainda válida para muitos de nossos interlocutores. Porém, vivemos um momento em que se começa a pensar na possibilidade de que a velhice seja um período de vida saudável, embora reconheçamos que haja algumas limitações reais, como a decadência física, por exemplo. Em conformidade com Gonçalves, Santos e Silva (1992), para uma velhice saudável é importante considerar que a saúde e o bem estar dos idosos dependem consideravelmente do estilo de vida que adotaram nos períodos anteriores da vida. A nova maneira de encarar o envelhecimento parece ainda não ter sido incorporada pelos nossos entrevistados, pois em nenhum momento se referiram ao fato de terem uma velhice saudável, visto que delegaram somente à juventude e à fase adulta a possibilidade de maior saúde e disposição.

Um pequeno número de pessoas referiu que a condição de estarem saudáveis estava relacionada a um outro período de sua vida em que moravam ou trabalhavam em outro local, mais especificamente em um local não urbanizado, como a “roça” ou sítio.

Tinha saúde quando a gente era mais nova, na época eu morava num sítio. Trabalhava e ajudava na roça e tinha bastante saúde naquele tempo (E-04 - A).

O sentido dado aqui parece ser aquele que relaciona a vida rural ao saudável e conseqüentemente o urbano a uma maior possibilidade de adoecer. O próprio estilo de vida – sem a poluição, os hábitos de acordar e dormir cedo, por exemplo –, dão ao indivíduo que mora na zona rural a segurança de uma vida saudável.

Os Hábitos de Vida Saudáveis para os participantes do estudo também foram indicados como fatores para determinar ou manter a saúde. O mais citado em nosso estudo foi o hábito alimentar. Em pesquisa desenvolvida por Péres, Magna e Viana (2003) com portadores de hipertensão arterial, tendo como objetivo conhecer suas crenças sobre essa doença verificou-se que depois dos fatores emocionais, os quais, segundo eles mais interferem em sua

saúde são os hábitos alimentares, constituindo-se, inclusive, em obstáculo para o controle da pressão arterial. Também nos trabalhos de Gelbecke (1992) e o de Boruchovitch, Souza e Schall (1991), que estudaram o conceito de saúde/doença para trabalhadores de enfermagem e professores de 1o grau, respectivamente, essa relação entre alimentação e saúde fica bastante evidenciada.

Para Helman (1994), o alimento é mais do que apenas uma fonte de nutrição; desempenha diversas funções nas várias sociedades humanas e está relacionado com os aspectos sociais, religiosos e econômicos da vida. O alimento traz consigo uma série de simbolismos, manifestando e criando as relações entre os homens e o meio ambiente. Isto fica evidente na fala de um entrevistado, que relaciona saúde à alimentação:

Saúde é comer bem. Conforme o alimento, ou se a gente não se alimentar bem, a gente fica doente também (E-01-A).

Fica notória também, na fala de outro participante, a restrição que os portadores de hipertensão possuem com relação à alimentação:

É a alimentação, tem que tirar o sal, é não comer nada gorduroso (E-13-A).

Duas questões nos chamam a atenção em relação ao Grupo A: os depoimentos aparecem de forma mais intensa nessa categoria e que vários entrevistados pertencentes a esse grupo relacionam o exercício como um hábito saudável; foram seis referências. Poderíamos pensar na influência desse serviço de saúde e do Programa de Controle da Hipertensão já mencionado nas concepções dos clientes em relação à saúde e mesmo na contribuição para o aumento do repertório terapêutico em relação à hipertensão, interferindo de modo positivo na adesão ao tratamento.

Para alguns entrevistados, a importância das Condições Materiais para Viver e para a manutenção da saúde se evidencia:

Saúde pra mim é ter estabilidade, um bom emprego, uma boa casa, e uma boa educação; isso é o primordial (E-30-B);

Saúde é a gente viver bem. É ter condições para se viver bem, com

dinheiro, saneamento e com segurança (E-14-C).

As falas desses entrevistados têm uma grande aproximação com conceito ampliado de saúde proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (LACERDA et al., 1997), no qual se entende que

em sentido amplo, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, tempo livre, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

O que nos intrigou ao construirmos essa categoria é que poucos entrevistados fizeram referência a essa relação entre saúde e condições de vida. E-30-B, que é uma auxiliar de enfermagem, foi a entrevistada que mais destacou e detalhou a relação entre condições de vida e saúde/doença; podemos inferir que o conceito estabelecido pela mesma resulte, também, de seu conhecimento profissional.

Estranhamos que sendo os entrevistados de um estrato social cuja sobrevivência é cotidianamente colocada à prova, não percebam, em sua maioria, a relação entre sua condição de vida e sua saúde. Isto nos faz pensar que a construção de conceitos também tem um sentido ideológico, pois na aprendizagem a partir do concreto também interferem controles sobre os processos do pensar. Ou seja, de certa forma, embora o conceito de saúde como determinação social venha sendo amplamente discutido no meio acadêmico, isso não acontece nos meios de comunicação populares e mesmo sua prática pelos Serviços de Saúde é incipiente, de modo que essa visão não está ainda socialmente apropriada, nem pela maioria dos profissionais, nem pela população. O que é veiculado, normalmente, é a concepção de saúde ligada a determinantes biológicos e/ou aquela que impõe aos indivíduos a responsabilidade pela manutenção da mesma.

Para um dos entrevistados, a saúde está relacionada a ter dinheiro:

É viver bem, para poder aproveitar a vida. É ter felicidade e dinheiro (E-18-A).

Essa fala parece denunciar algo bastante grave sob o ponto de vista ético. Em nosso país, o acesso a um bem socialmente universal, que é a saúde, depende do que os sujeitos possuem, ficando evidente o quanto a saúde em nosso país ainda é precária; isto é, faz-se necessário certo poder aquisitivo para o acesso a qualidade de vida e à assistência à saúde.

Na categoria Saúde Como um Valor Grandioso, agrupamos as falas dos entrevistados que atribuem à saúde um caráter de valor, cuja repercussão em suas vidas é de grande importância.

É a coisa mais rica do mundo, a gente tendo saúde, a gente tem tudo! (E-3-A).

É tudo o que um pobre precisa, não só o pobre mas todo mundo precisa ter saúde. É o principal da vida! (E-8-A).

Essas falas, de certa maneira, sintetizam as demais no sentido de conceberem a saúde como especial. Na segunda fala, o entrevistado define a saúde como algo necessário para poder trabalhar ou garantir o futuro de sua família, por isso é “tudo o que um pobre precisa”. Esse sentido parece coadunar-se com aquele estabelecido pela Conferência de Ottawa sobre a promoção da saúde: que a saúde não é uma finalidade em si, mas constitui-se em riqueza da vida cotidiana, ou seja, converte-se em recursos de vida mediante os quais indivíduos, grupos e comunidades podem se adaptar e responder positivamente às trocas com o meio, realizando suas próprias ambições (ALVES; ARRATIA; SILVA, 1996). A saúde, portanto, é instrumento necessário para que os demais aspectos da vida possam acontecer, e isto parece ser uma percepção bastante corrente para vários entrevistados. A saúde, para nossos entrevistados, é o meio de acesso a outros bens. Nessa categoria destaca-se o Grupo A, com um número maior de referências.

Goleman (1997) aponta que desde o dia em que nascemos, os relacionamentos, o apoio, seja ele social ou não, é essencial à nossa sobrevivência. Os seres humanos têm um período de impotência e de dependência mais longo do que qualquer outro mamífero.

Para o mesmo autor, não é difícil imaginar como o apoio social pode ajudar emocionalmente as pessoas, especialmente diante de uma doença grave; ajuda-as a se sentirem menos sozinhas e assustadas e mais prontas para enfrentar a doença. O relacionamento traz como consequência física certa influência em nosso comportamento. Por exemplo, as pessoas que sentem que os outros se preocupam com elas têm mais probabilidade de seguir as recomendações básicas para permanecerem saudáveis ou lidarem com uma doença: alimentar-se bem, dormir bastante, exercitar-se regularmente. Da mesma forma, os nossos relacionamentos ajudam-nos a evitar maus hábitos, como o fumo e o excesso de bebidas alcoólicas.

Essa relação entre Ter Bons Relacionamentos e ter saúde se expressa na fala a seguir:

Saúde é se dar bem com as pessoas. Estar com alguém conversando, não falar mal de ninguém (E-10-B).

Como podemos observar, o entrevistado relaciona o interagir bem com os amigos e com a família como uma das características do ser saudável. Conforme Spiegel (1997), o alto nível de apoio social (por exemplo, dos amigos) pode beneficiar nossa saúde física, não apenas influenciando nosso comportamento, mas afetando diretamente nossos processos biológicos.

Goleman (1997) assevera que as pessoas que interagem bem com os amigos e com a família também tendem a ter relacionamentos positivos com médicos e outros profissionais da saúde. Apresentam-se como pessoas independentes, ativas, valiosas, que merecem e precisam do tipo mais vigoroso de tratamento médico, estabelecendo, assim, uma relação de confiança entre médico e paciente. A valorização da confiança no profissional de saúde aparece no depoimento de um dos entrevistados:

Saúde é a pessoa estar bem medicada, ter o acompanhamento e ter confiança ‘naquele’ médico, no posto que você vai e nas pessoas que nos acompanham (E-11-A).

Para Boff (1999, p. 33) “o cuidado é mais que um ato é uma atitude”, abrangendo mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. O cuidado é um modo de ser essencialmente humano. Nas falas de muitos dos entrevistados observamos essa preocupação com o Cuidar-se, ter zelo com relação a sua saúde. Mesmo os que não mencionaram a palavra “cuidado” citaram algum tipo de cuidado com a saúde, como a alimentação e a caminhada. Entretanto, intrigou-nos o fato de que mesmo quando inquiridos sobre como costumavam cuidar-se alguns não conseguiram descrevê-lo. Ao mesmo tempo, em outros momentos da entrevista, ao questionarmos sobre como se mantinham saudáveis, discorreram sobre vários cuidados com a saúde, como estar sob cuidado médico e cuidar dos relacionamentos.

Esse cuidado parece ter ainda, para vários dos entrevistados, um sentido que vai além do “cuidar-se quando está doente”, pois referiram que para manter a saúde é necessário cuidar-se. Assim, parece que há um certo consenso de que há formas de evitar ficar doente, ou seja, de prevenir-se. De fato, essa visão da possibilidade da intervenção humana no processo saúde/doença ficou mais evidenciada do que a outra que atribui ao destino ou a alguma divindade a causalidade da doença. O depoimento a seguir ilustra essa forma preventiva em relação ao cuidado com a saúde:

Ter saúde é viver bem, é cuidar-se, cuidar do organismo e prevenir. Não esperar ficar doente pra depois cuidar. É ter conhecimento do corpo da gente, para pode cuidar e poder prevenir (E-12- A).

Nas respostas, o que observamos é que embora os clientes do grupo C tenham se manifestado mais veementemente na categoria Cuidar-se, os grupos A e B parecem detalhar com mais facilidade sobre como os cuidados podem ser empreendidos para manterem-se saudáveis.

CONCLUSÃO

Constatamos que os entrevistados não separam saúde e doença, visualizando o processo de modo interligado. Mesmo não sendo claro para todos que as condições de vida são

determinantes da saúde, sua concepção está para além da questão biológica, pois relacionam saúde a vários aspectos da vida, como hábitos, relacionamentos e felicidade, o que se constitui em fator positivo à medida que possuem uma percepção ampliada de saúde, mais próxima da requerida pela Reforma Sanitária Brasileira.

Mesmo considerando que o grupo C era menor, os entrevistados dos grupos A e B demonstraram mais facilidade em detalhar os tópicos relacionados à saúde, de modo que emergiram mais unidades de significado decorrentes de suas falas, principalmente ao referirem-se aos hábitos de vida. Talvez esse fato possa ser atribuído à participação mais ativa dos clientes dos grupos A e B no Programa de Controle da Hipertensão Arterial. Poderíamos pensar que o cunho educativo do Projeto tenha sido uma influência positiva, especificamente servindo para aumentar seu repertório terapêutico com relação aos cuidados com a saúde. Por outro lado, a referência aos medicamentos e ao tratamento médico também é citada com mais ênfase pelos Grupos A e B, o que nos faz questionar até que ponto os serviços de saúde, incluindo o Programa de HA, acabam sendo mais um estímulo à medicalização, o que colabora para a valorização excessiva do tratamento medicamentoso e da frequência à consulta médica, o que, em alguns casos, pode ser absolutamente desnecessário, se o cliente conseguir aderir a bons hábitos de vida.

A alimentação é um item culturalmente valorizado em relação à saúde pelos entrevistados. Pode ser, portanto, mais valorizada e trabalhada junto aos portadores de doenças crônicas. Porém, sua aceção deve ser revista, já que normalmente é tratada como algo proibitivo (dieta) e não como possibilidade de aumentar o repertório de opções alimentares, as quais, além de saudáveis, devem levar em conta os hábitos culturais de cada povo, tornando-se prazerosas.

Ao término deste estudo, pudemos constatar a importância de nos aproximarmos das concepções e crenças dos clientes de forma compreensiva. Entendemos que essa postura permitiu-nos uma abertura a valores que nem sempre são respeitados e considerados nos serviços de saúde, especialmente em se tratando de clientes portadores de hipertensão, cuja

adesão ao tratamento é geralmente muito deficiente. Poderíamos pensar que esses achados podem ser instrumentos para rever a postura educativo-coercitiva com a qual os serviços têm se colocado frente aos clientes. Deste modo, urge pensarmos em uma educação em saúde que

considere as diversas concepções de saúde, os valores e as crenças – nossas e as dos portadores de hipertensão – de modo que as decisões terapêuticas se dêem com base no diálogo e não sejam advindas de uma única visão, a oficial.

HEALTH CONCEPTS AMONG SUFFERERS OF ARTERIAL HYPERTENSION.

ABSTRACT

Nowadays, Arterial Hypertension (AH) is considered to be a major economic and social problem. Adhesion to treatment is closely linked to the concepts held by sufferers concerning their health/sickness process. With the aim of investigating the concepts of health/sickness among sufferers of AH, a qualitative study with participants of the AH Control Program in Itajaí/ SC was carried out. The individuals were divided into groups A, B and C. This article is resultant from part of the study, and it highlights the concepts of health the above mentioned individuals have. Based on the analysis of semi-structured interviews, seven categories were set. The interviewees see the health/sickness process beyond a simple biological concept, associating it with good relationships, healthy habits and happiness. The most assiduous groups at the Arterial Hypertension Control Program (groups A and B) show a wider range of treatment possibilities for coping with their health condition.

Key words: Hypertension arterial. Health-Sickness process. Health education.

LAS CONCEPCIONES DE SALUD DE LOS PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN

La Hipertensión Arterial (HA) es considerada actualmente un problema de grande magnitud en los aspectos económicos y sociales. La adhesión al tratamiento está íntimamente relacionada a las concepciones que los portadores tienen acerca de su proceso salud-enfermedad. Con el propósito de verificar las concepciones sobre salud-enfermedad de los portadores de HA, realizamos un estudio cualitativo con los clientes de un Programa de Control de Hipertensión Arterial en la ciudad de Itajaí/ SC, los cuales fueron divididos en los grupos A, B e C. Este es una parte de la investigación, donde se destacan sus concepciones de salud. A partir del análisis de las entrevistas semi-estructuradas fueron elaboradas siete categorías. Los entrevistados entienden por proceso salud-enfermedad mas allá de una concepción biológica, ellos lo asocian a los buenos relacionamientos, hábitos saludables y a la felicidad. Los grupos más asiduos del Programa de Control de la Hipertensión Arterial (grupos A y B) tienen un repertorio más amplio de posibilidades terapéuticas para enfrentar su condición de salud.

Palabras Clave: Hipertensión arterial. Proceso salud-enfermedad. Educación en salud.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. D.; ARRATIA, A.; SILVA, D. M. G. V. Perspectiva histórica e conceitual da promoção à saúde. **Cogitare**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 2-7, jul./dez. 1996.
- ALVES, M. G. M. A voz do “hipertenso”: representações sociais da Hipertensão Arterial um estudo de caso em Jurubá. 1998. Tese (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Niterói, 1998.
- BERLINGUER, R. G. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BOFF, L. **Saber cuidar ética do humano**, compaixão pela terra. São Paulo: Vozes, 1999.
- BORUCHOVITCH, E.; FELIX, S.; SHALL, V. T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de primeiro grau. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 418 – 425, 1991.
- CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 3., 1998, Campos do Jordão. **Anais...** Campos do Jordão: CBHA, Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 1998.
- DIRETRIZES brasileiras de hipertensão arterial. 4. **Arquivos Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 82, p. 8-14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 abr. 2005.
- GELBECKE, F. L. Processo saúde-doença: a procura da essência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 4-19, jul./dez. 1992.

- GOLEMAN, D. **Equilíbrio mente e corpo, como usar sua mente para uma saúde melhor o que você pode fazer:** amigos, atitudes e estratégias de enfrentamento. Rio de Janeiro: Campos, 1997.
- GONÇALVES, L.; SANTOS, L. L. C. dos; SILVA, Y. F. e. Ser ou estar saudável na velhice. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 100-113, jul./dez. 1992.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- LACERDA, E. et al. **O SUS e o controle social:** guia de referência para conselheiros municipais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MACHADO, H. **Enfrentando a condição crônica de saúde após um acidente vascular cerebral um estudo de caso**. 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)-Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.
- PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 1-12, out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 jul. 2004.
- RODRIGUES, R. A. P. A adesão ao tratamento da idosa hipertensa. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, São Paulo, n. 9, p. 451-456, set. 1996.
- SCLIAR, M. **Do mágico ao social**. Porto Alegre: LP & M, 1987.
- SPIEGEL, D. M. D. Apoio social: como os amigos, a família e os grupos podem ajudar: In: GOLEMAN, D. **Equilíbrio mente e corpo, como usar sua mente para uma saúde melhor:** o que você pode fazer: amigos, atitudes e estratégias de enfrentamento. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-87, jul./dez., 1992.
- VASCONCELLOS, E. M (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

Endereço para correspondência: Águeda Lenita Pereira Wendhausen. Caixa Postal 551. Itajaí-SC. CEP 88301-970. E-mail: agueda@univali.br; aguejor@milnegocios.com.br

Recebido em: 03/12/2004
Aprovado em: 14/03/2005