

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

VIVENDO COM HIPERTENSÃO
UM ESTUDO SOBRE
A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE

Lenita Barreto Lorena Claro

Rio de Janeiro

2006

**Tese de Doutorado apresentada à Coordenação de Pós-Graduação da
Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em
Saúde Pública**

Orientadores

Escola Nacional de Saúde Pública

Professor Doutor Carlos Everaldo Álvares Coimbra Junior

Centro de Pesquisas René Rachou

Professora Doutora Maria Elizabeth Uchôa de Oliveira Demicheli

Aos meus filhos,

Leticia e Rodrigo

AGRADECIMENTOS

Agradeço, de um modo muito especial, ao meu orientador, Prof. Carlos Coimbra, que me acompanha com dedicação desde o mestrado em saúde pública na ENSP, e cuja orientação e apoio foram decisivos na minha escolha por dedicar-me à área da antropologia da saúde.

Agradeço, imensamente, à Profa. Elizabeth Uchoa, minha segunda orientadora, pela disponibilidade e atenção e por ter me apresentado ao modelo de análise dos signos, significados e ações, que utilizei na pesquisa. Em face do problema de saúde que atingiu recentemente, uno minhas preces às de seus amigos e colegas, em favor de sua recuperação.

Agradeço aos colegas do Instituto de Saúde da Comunidade, da Universidade Federal Fluminense, pelo apoio, incentivo e sugestões desde a etapa de elaboração do projeto até a finalização deste trabalho.

Agradeço a toda a equipe da secretaria do Departamento de Endemias Samuel Pessoa, pela colaboração nas tarefas práticas envolvidas no curso de doutorado e na elaboração desta tese.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, UFRJ, em especial, ao Prof. Gilberto Velho e ao Prof. Luiz Fernando Dias Duarte, pelas valiosas sugestões e bibliografia cedida.

Agradeço aos colegas Ronaldo Lobão, do Departamento de Antropologia e Sônia Leitão, do Departamento de Planejamento e Gerência em Saúde da UFF, por terem me introduzido na comunidade de pescadores de Itaipu e fornecido material bibliográfico pertinente, além de valiosas sugestões durante o desenvolvimento do trabalho.

Agradeço a *Seu Chico*, pescador e líder comunitário em Itaipu, por ter gentilmente me apresentado a diversas pessoas que participaram da pesquisa e por ter me fornecido uma descrição detalhada da comunidade e sua história.

Agradeço a todos aqueles na comunidade do Canto de Itaipu que participaram da pesquisa de campo, seja através das entrevistas, conversas ou apresentação de outras pessoas, junto aos quais sempre encontrei acolhimento e simpatia e que, ao falarem sobre suas experiências, me forneceram, generosamente, esse rico material sobre a forma de narrativas que constituiu a base desse trabalho.

Agradeço, finalmente, aos meus familiares, amigos e pessoas queridas pelo apoio e incentivo, e em especial aos meus filhos Letícia e Rodrigo, pela paciência durante esses anos em que tiveram que dividir com o doutorado e a *tese* a minha atenção e o meu tempo.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a experiência subjetiva de indivíduos portadores de hipertensão arterial. A experiência individual serviu como base para uma compreensão dos modos compartilhados pelos quais o grupo social identificava, atribuía significados e atuava em relação a esse problema de saúde. Foi utilizada abordagem qualitativa e métodos antropológicos. O estudo foi realizado numa comunidade de pescadores localizada na praia de Itaipu, município de Niterói, R.J.

Foram entrevistados 23 adultos entre 40 e 80 anos de idade, sendo 13 mulheres e 10 homens. O material obtido foi analisado segundo o modelo dos Sistemas de Signos, Significados e Ações. A análise evidenciou os signos diagnósticos, alterações corporais que indicavam aumento na pressão arterial e, em geral, levaram ao diagnóstico, e os signos de agravamento, que indicavam a ocorrência de complicações. Entre as causas apontadas para a hipertensão, destacaram-se as perturbações emocionais, cujas fontes principais eram questões familiares e financeiras, e a alimentação rica em sal e gordura. Uma fisiopatologia popular da hipertensão foi descrita, na qual alterações na quantidade, qualidade e movimento do sangue poderiam levar ao aumento da pressão e a complicações, como derrames e infartes. A gravidade da doença apresentava uma gradação entre os casos, em função dos sintomas, níveis da pressão, outras doenças concomitantes e ocorrência de complicações. A hipertensão era vista como um problema intermitente e as estratégias de controle da mesma baseavam-se nesse modelo e na percepção dos signos corporais. A autorregulação do tratamento era a estratégia mais freqüente, incluindo alterações e interrupções no esquema medicamentoso e na dieta. Propõe-se uma maior aproximação entre profissionais de saúde e usuários, através do estabelecimento de relações mais igualitárias e de uma sensibilização dos profissionais às questões sócio-culturais envolvidas nos problemas de saúde.

Palavras-Chave: hipertensão arterial, comportamento, experiência da doença, adesão ao tratamento, antropologia da saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the subjective experiences of persons diagnosed as hypertensive. Their individual experiences were the basis for understanding the collective perceptions about hypertension, as well as how they reacted in face of the problem. Qualitative and anthropological methods were used in this investigation, conducted in a fishing community in the city of Niterói, state of Rio de Janeiro. In-depth interviews were carried with 23 informants (13 women and 10 men), aged 40 - 80 years old. The theoretical framework of *Signs, Meanings and Actions* was used in the analysis of interviews. The informants identified diagnostic signs and body manifestations perceived to be associated with the rise of blood pressure and, in most of cases, led to the diagnostic of the illness. Signs that indicated the onset of complications, like stroke and heart attacks, were also mentioned by the informants. Emotional disturbances, derived from family and financial problems, as well as diet with too much salt and fat were mentioned as the major causes of hypertension. A popular physiopathology of hypertension was described, based on changes in quantity, quality and flow of blood. In relation to the seriousness of the illness, the cases were classified according to symptoms, levels of blood pressure and the presence of associated diseases and complications. Hypertension was perceived as an episodic illness. This model and the perception of bodily signs led to the selection of control strategies. The more common strategy was the self-regulation of the use of medications and of the diet. Increased partnership between health professionals and patients is needed in order to achieve the better understanding, on the part of professionals, of the social and cultural contexts of hypertension.

Key-Words: arterial hypertension; behavior; illness experience; adherence; anthropology of health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. HIPERTENSÃO ARTERIAL – UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA	9
1.1 Doenças Cardiovasculares – Morbidade e Mortalidade	9
1.2 Hipertensão e Fatores de Risco	12
1.3 Classificação e Manejo Clínico da Hipertensão	16
2. O HIPERTENSO – DOENÇA E SUBJETIVIDADE.....	22
2.1 Aspectos Teórico-Conceituais.....	22
2.2 O Hipertenso – Perspectivas Socioculturais.....	28
2.3 A Adesão ao Tratamento	37
2.4 Risco e Estilo de Vida	47
3. O CONTEXTO DA PESQUISA.....	54
3.1 O Local do Estudo	54
3.2 O Trabalho de Campo.....	58
3.3 A Análise do Material.....	63
4. VIVENDO COM HIPERTENSÃO – SIGNOS, SIGNIFICADOS E AÇÕES.....	64
4.2 Descrição Geral dos Entrevistados	64
4.2 Signos	65
4.3 Causas.....	70
4.4 Gravidade e Evolução.....	88
4.5 Estratégias de controle.....	93
4.5.1 Tratamento medicamentoso.....	93
4.5.2 Tratamento não medicamentoso.....	101
4.5.3 Utilização de serviços de saúde e relação médico-paciente	105
5. CONCLUSÕES	110
Referências Bibliográficas.....	116
Anexo 1	129
Anexo 2	130
Anexo 3	132

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como principal objetivo conhecer, através das narrativas de indivíduos classificados, pela biomedicina, como portadores de hipertensão arterial, parte de sua experiência subjetiva em relação a essa doença. Nosso intento era compreender o que pensavam e sentiam a respeito da hipertensão, seus sintomas, suas causas, sua gravidade e como agiam em relação à doença, com base nas suas sensações e interpretações. A experiência individual dos portadores de hipertensão serviu como base para uma compreensão dos modos compartilhados pelos quais o grupo social, do qual os informantes faziam parte, identificava, atribuía significados e atuava em relação a esse problema de saúde.

Em função desses objetivos, optamos por utilizar uma abordagem qualitativa e métodos antropológicos de investigação.

O trabalho é estruturado em cinco capítulos. O primeiro situa a hipertensão arterial como um problema relevante de saúde coletiva, apresentando alguns dados epidemiológicos sobre sua morbidade, mortalidade e fatores de risco e dados sobre a definição e o manejo biomédico dessa condição.

O segundo capítulo apresenta uma revisão da literatura abrangendo os aspectos teóricos e conceituais vinculados ao campo da doença e subjetividade, os estudos voltados para os modelos explicativos e experiências de portadores de hipertensão, além dos temas adesão ao tratamento e risco/estilo de vida.

No terceiro capítulo, são descritos o contexto e o método utilizado na pesquisa, apresentando a comunidade estudada, um relato do trabalho de campo, dos instrumentos de pesquisa utilizados e do método de análise do material obtido.

O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos com a investigação, começando por uma descrição geral dos informantes. O capítulo é subdividido de acordo com as grandes categorias utilizadas na análise do material obtido em campo.

O quinto e último capítulo consiste nas conclusões do estudo, partindo de um esforço de síntese dos principais resultados obtidos e das reflexões que esses resultados propiciaram à autora, à luz da literatura revisada.

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL – UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA

1.1 Doenças Cardiovasculares – Morbidade e Mortalidade

As mudanças históricas na estrutura demográfica da maior parte dos países do mundo, iniciadas no século XIX, conduziram a uma progressiva queda nas taxas gerais de mortalidade e de natalidade e a um aumento na esperança de vida ao nascer e conseqüente envelhecimento populacional. De modo paralelo a esse processo, denominado “transição demográfica”, observaram-se mudanças no padrão de morbi-mortalidade, cujos aspectos principais foram a substituição das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas e causas externas como principais causas de morbimortalidade na população, o deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos etários mais jovens para os mais idosos e o predomínio da morbidade sobre a mortalidade (Barreto et al., 1993; Schramm et al., 2004).

Para compreender essas mudanças, foram propostas algumas teorias, entre as quais se destaca a da “transição epidemiológica”, desenvolvida por Omram (1971). A idéia de “transição epidemiológica” baseia-se num enfoque evolucionista, no qual a modernização é apresentada como um processo linear e unidirecional, cujo pólo mais avançado é representado pelos países industrializados do primeiro mundo. Essa teoria, apesar de amplamente utilizada como referência, sofre críticas por não levar em conta as diferenças históricas, estruturais e culturais entre os países (Barreto & Carmo, 1995; Murray & Chen, 1994). Alguns autores propõem, para o Brasil, assim como para outros países da América Latina, um modelo diferente de transição, no qual se observa a superposição de etapas – as doenças infecciosas se superpondo às não-infecciosas como causas importantes de morbidade e mortalidade e a chamada “polarização epidemiológica” - uma heterogeneidade do padrão conforme os diferentes grupos sociais e áreas geográficas que compõem o país (Frenk et al., 1991).

Há algumas décadas, as doenças cardiovasculares representam um dos principais problemas de saúde coletiva, na grande maioria dos países, tanto em termos de morbidade, quanto de mortalidade. Dentro desse grupo de doenças, três se destacam: as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração - as principais causas de morte no

mundo atual - e a hipertensão arterial sistêmica, em virtude de sua elevada prevalência e por constituir um importante fator de risco para as duas primeiras.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 17 milhões de pessoas morrem anualmente devido às doenças cardiovasculares, responsáveis por 1/3 dos óbitos em todo o mundo. Mais da metade desses óbitos e dos “anos saudáveis de vida perdidos” poderiam ser evitados, segundo essa organização, com a redução de fatores de risco tais como a hipertensão arterial, níveis elevados de colesterol plasmático, obesidade e hábito de fumar (WHO, 2002; 2003).

Essa epidemia global de doenças cardiovasculares vem atingindo, cada vez mais, os países subdesenvolvidos e as parcelas mais pobres das populações dos países do primeiro mundo (WHO, 2003). O Programa de Doenças Cardiovasculares da OMS (*WHO Programme on Cardiovascular Diseases*), em atividade desde 1959, tem como pontos principais a prevenção, o tratamento e o monitoramento desse grupo de doenças, visando reduzir sua incidência, morbidade e mortalidade em todo o mundo (WHO, 2004).

A doença coronariana e a doença cérebro-vascular estão entre as cinco primeiras causas de “anos de vida ajustados por incapacidades”, o DALY (*disability adjusted life years*) - um indicador de saúde que avalia os anos de vida perdidos por morte prematura e os anos de vida vividos com incapacidades - para ambos os sexos, em todo o mundo (WHO, 2003) e entre as três primeiras causas no estudo sobre carga da doença no Brasil (Schramm et al., 2004).

A relação entre níveis de pressão arterial e risco de doença cardiovascular tem se mostrado contínua, consistente e independente de outros fatores. Quanto maiores os níveis da pressão, maior o risco de ocorrência de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Estima-se que uma redução de 5 mm Hg na pressão arterial sistólica pode levar a uma diminuição de 14% na mortalidade por acidentes vasculares cerebrais, de 9% na mortalidade por doença coronariana e de 7% na mortalidade geral (NHBPEP, 2003).

A prevalência mundial de hipertensos é estimada em torno de 800 milhões a 1 bilhão de indivíduos; aproximadamente 7 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à hipertensão (NHBPEP, 2003). A ocorrência de hipertensão em crianças e adolescentes tem aumentado em vários países, inclusive o nosso. Numa revisão sobre o tema doenças crônico-degenerativas no Brasil, Lessa et al. (1996) sistematizaram os resultados dos estudos sobre prevalência da hipertensão em cidades brasileiras; nos mais recentes, as prevalências encontradas situaram-se geralmente acima de 20% da população adulta.

A hipertensão arterial é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (SBH, 1998). As doenças cardiovasculares situam-se entre os principais motivos de hospitalização no país, acarretando gastos consideráveis ao sistema de saúde (Mello Jorge et al., 2001; Gouvêa et al., 1997). A hipertensão também está relacionada a 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica terminal (Lessa et al., 1996).

Desde a década de 1970, as taxas de mortalidade ajustadas por idade para doenças cérebro-vasculares e doença coronariana em muitos países ocidentais têm diminuído cerca de 60% e 50%, respectivamente, apesar de continuarem como principais causas de morte. A OMS atribui essa redução, em sua maior parte, a um melhor controle populacional da hipertensão arterial e da colesterolemia e à redução do hábito de fumar (NHBPEP, 2003).

Esse declínio tem sido apontado também por estudos realizados em cidades brasileiras, como São Paulo (Lolio & Laurenti, 1986; Lotufo & Lolio, 1993), a partir da década de 1970, e Niterói (Tomassini et al., 2003), a partir de meados da década de 1980. Entre as hipóteses explicativas, destacam-se as modificações nos hábitos alimentares e a diminuição da prevalência do tabagismo, além de uma possível redução na letalidade desse grupo de doenças (Eluf Neto et al., 1990; Lotufo & Lolio, 1995). Vale salientar que esse declínio não tem se dado de forma homogênea dentro das populações, começando pelas classes sociais mais favorecidas e progredindo lentamente em direção às classes com menores níveis de renda e escolaridade (Lessa, 1998b).

1.2 Hipertensão e Fatores de Risco

A partir de meados do século XX, começaram a ser realizados grandes estudos epidemiológicos, com o intuito de desvendar as causas das doenças não-transmissíveis, que se transformavam no principal problema de saúde coletiva no “mundo desenvolvido”.

Na pequena cidade de Framingham (pseudônimo), do estado de Massachussets, iniciou-se, em 1948, por iniciativa do Serviço de Saúde Pública dos E.U.A., um grande estudo prospectivo desenhado para investigar os fatores de risco (termo criado por seus pesquisadores) para algumas doenças cardiovasculares. Após mais de dez anos de acompanhamento de uma coorte de 6.500 adultos (cujos sobreviventes continuam sendo acompanhados até hoje), quatro fatores mostraram-se associados, estatisticamente, à incidência da doença coronariana: a idade, a obesidade, a hipercolesterolemia e a hipertensão arterial (Dawber, 1980).

Esses resultados foram confirmados por outras pesquisas e pelo prosseguimento do estudo de Framingham, que identificaram outras causas para as doenças cardiovasculares, como o fumo, o sedentarismo, o diabetes e fatores psicossociais. O estudo de Framingham foi um marco fundamental na teoria dos fatores de risco (Bloch, 1998). A partir de então, campanhas extensas de “educação popular” e propaganda através da mídia passaram a divulgar essas informações, especialmente nos E.U.A., buscando induzir a população a modificar diversos hábitos de vida (Roccella et al., 1986).

O conceito “estilo de vida” passou a ser usado de forma crescente, especialmente nas áreas de promoção da saúde e medicina preventiva, referindo-se a diversos aspectos do comportamento individual relacionados à saúde, tais como o uso do cigarro e de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, práticas sexuais, entre outros (Davison et al., 1992; Backett & Davison, 1995).

Diversas modificações no “estilo de vida” têm mostrado, em ensaios clínicos e estudos prospectivos, associação com a queda na incidência de hipertensão. Entre elas estão a perda de peso para os obesos, a atividade física, a moderação no uso de bebidas alcoólicas, dietas com menor teor de gordura saturada e sal e maior teor de potássio. A OMS estimula os países a buscarem reduzir os níveis de sal nos alimentos industrializados e a encorajarem o consumo de frutas e vegetais, a realização de atividades físicas e a

redução do uso de fumo e álcool. Mais de 75% do consumo excessivo de sal é proveniente de alimentos industrializados (WHO, 2002).

Outros fatores de risco que têm sido associados à hipertensão são a idade, a suscetibilidade hereditária, a raça, a classe social, a ocupação e o estresse (WHO, 2002).

A distribuição da hipertensão arterial nas populações humanas sofre evidente influência de fatores sociais e econômicos. A mortalidade por doenças cardiovasculares vem diminuindo, como já vimos, nos países desenvolvidos, porém continua em ascensão nos subdesenvolvidos ou nos estratos mais pobres de suas populações.

Estudos mostram que, dentro de um mesmo estrato socioeconômico, as taxas de morbidade e mortalidade por hipertensão são geralmente maiores na população negra (Monteiro & Sansone, 2004).

Para explicar essas diferenças, alguns pesquisadores apóiam-se numa visão biológica da raça, buscando fatores genéticos responsáveis pelo maior risco de adoecer e morrer por hipertensão nos negros, ao passo que outros conferem maior peso aos fatores ambientais, sociais e culturais. Laguardia (2005), numa revisão recente sobre os temas raça, genética e hipertensão, menciona o estudo realizado por Cooper et al (1999), onde foi comparada a prevalência da doença entre negros residentes na Nigéria, na Jamaica e nos E.U.A.. Os resultados mostraram que a prevalência nas áreas rurais da Nigéria era de apenas 7%, aumentando nas áreas urbanas, enquanto atingia 26% dos negros jamaicanos e 33% dos negros americanos. Fatores de risco como o índice de massa corporal e a ingestão de sal, associados aos hábitos culturais das diferentes populações, mostraram aumento progressivo da Nigéria em relação à Jamaica e desta, em relação aos E.U.A..

A discriminação racial e o estresse psicossocial associado à mesma e ao baixo *status* socioeconômico também têm sido valorizados como fatores causais para a hipertensão nas populações negras, por autores que contrapõem-se a uma visão da raça como um marcador biológico de distinções entre seres humanos (Monteiro & Sansone, 2004; Laguardia, 2005).

Ao analisarem a distribuição da pressão arterial em diferentes sociedades, pesquisadores encontraram as médias mais baixas nas sociedades organizadas de maneira mais simples, com uma economia baseada na caça, na agricultura de subsistência ou em atividades pastorais; as médias mais altas estão nas sociedades industrializadas. Segundo resultados de alguns estudos, essa associação se mostraria independente da composição por idade e sexo das populações estudadas, de seu índice médio de massa corporal ou, segundo alguns autores, até mesmo de hábitos como o uso de sal (Dressler & Santos, 2000; Waldron

et al., 1982). Outro dado interessante é que o aumento dos níveis tensionais com o envelhecimento, padrão típico nas sociedades industrializadas, praticamente não é observado nas sociedades mais simples, como as indígenas (McElroy & Townsend, 1989; Bloch, 1998).

Estudos antropológicos acerca das mudanças culturais ou do processo de modernização que ocorre a partir do contato dessas sociedades simples com as complexas sugerem que o mesmo se acompanha, na maioria dos casos, pelo aumento dos níveis médios de pressão sistólica e diastólica e da associação desse aumento com a idade. (Fleming-Moran & Coimbra, 1990; Garro, 1988). Um inquérito realizado em 1990 numa reserva dos índios Xavante, em Mato Grosso, encontrou uma prevalência de 6,5% de hipertensão arterial entre os adultos examinados e a correlação dos níveis de pressão com a idade e com outras variáveis antropométricas. Essa prevalência mostrou-se consistentemente maior que a encontrada em outras tribos indígenas que conservavam seus costumes tradicionais. Outro inquérito realizado na mesma reserva, em 1962, não havia encontrado hipertensos, as médias de pressão sistólica e diastólica eram menores, assim como a média de peso e o índice de massa corporal. Os autores chamam a atenção para o fato de que após 50 anos de contato com o homem branco, os xavantes têm adquirido novos hábitos, como o consumo de sal e álcool, o fumo e diminuído seus níveis de atividade física (Coimbra et al., 2001).

No interior das cidades dos países industrializados, encontram-se maiores médias de pressão nas classes socioeconômicas inferiores (definidas segundo variáveis de renda, instrução e profissão) e em alguns grupos ocupacionais (Cordeiro et al, 1993, Lessa et al, 1996; Bloch, 1998). Prevalências mais elevadas de hipertensão são observadas em indivíduos menores níveis de escolaridade, renda e com ocupações requerendo menor qualificação (Lessa et al., 1996). Além das diferenças no estilo de vida, o estresse tem sido uma das hipóteses para explicar essa distribuição (Bloch, 1998; Dressler, 1985, 1989; Wilkinson, 1997).

A teoria do estresse foi proposta inicialmente por Selye, na década de 1930, o qual postulou uma “síndrome geral de adaptação” dos organismos vivos. Seus seguidores ampliaram a noção de estresse físico para a de estresse psicológico. A partir das últimas décadas, tem sido utilizada ainda a idéia de “estresse social”, vinculada, de um modo geral, à vida nas grandes metrópoles modernas e às desigualdades no acesso a bens e serviços (Castiel, 1993).

Identificado em vários estudos como um dos fatores de risco para a hipertensão, o estresse ainda não conseguiu ser adequadamente definido ou mensurado. O termo estresse é usualmente utilizado referindo-se a um estado de desequilíbrio num jogo de forças onde situam-se, de um lado, fatores ou eventos estressores e, de outro, fatores “amortecedores” (*buffers*), que protegeriam os indivíduos, incluindo seus “estilos de enfrentamento” (*coping styles*), traços de personalidade e o suporte social (Maes et al., 1987). Apesar de ser reconhecido como fator de risco para as doenças cardiovasculares pela OMS (WHO, 2002), sua contribuição é objeto de controvérsias.

A hipertensão arterial têm sido associada aos estressores sociais crônicos, como a pobreza, o racismo, entre outros, aos estressores do trabalho e aos estressores físicos, como temperatura, ruído (Lessa, 1998a)

Dressler & Santos (2000) identificaram limitações no modelo do estresse, especialmente nas formas mais utilizadas para mensurá-lo, que se baseiam em características individuais. Propuseram, então, outro modelo para tentar explicar a influência de fatores socioeconômicos e culturais sobre a pressão arterial - o modelo da “consonância cultural” - definida como o grau em que os indivíduos se aproximam de modelos culturais compartilhados em seu grupo social. Ao testarem o modelo em algumas comunidades (Dressler et al., 1995), os autores obtiveram dados quantitativos que indicaram que, quanto mais próximo desses modelos os indivíduos conseguem viver, melhor seu estado de saúde e menores seus níveis de pressão arterial. Em outras comunidades estudadas, modelos baseados no estresse conseguiram explicar melhor as diferenças nos níveis de pressão arterial. Os autores ressaltaram a conveniência de se utilizarem diferentes modelos para estudar grupos sociais e culturais diversos (Dressler et al., 1992).

1.3 Classificação e Manejo Clínico da Hipertensão

Os primeiros medicamentos anti-hipertensivos surgiram na década de 1950, voltados para o tratamento da “hipertensão maligna”, uma forma da doença sintomática e de alta letalidade. Nos anos 60, ensaios clínicos demonstravam o sucesso da terapêutica medicamentosa no controle da hipertensão considerada “severa” (Kawachi et al., 1990). Em 1958, a Organização Mundial de Saúde definia como hipertensão níveis de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 160 mmHg e de pressão diastólica, maiores ou iguais a 95 mmHg. Em 1962, os níveis de pressão arterial sistólica situados entre 140 e 160 e de pressão arterial diastólica situados entre 90 e 95 mmHg passaram a ser considerados “boderline” (Lessa, 1998a).

Desde então, a partir de novos estudos epidemiológicos, a definição de hipertensão foi se modificando no sentido de que níveis mais baixos de pressão arterial passaram a ser considerados anormais. Isso redundou num aumento avassalador da população considerada hipertensa, que hoje engloba entre 15 e 25% da população adulta e mais de 50% da parcela acima de 65 anos, na maioria dos países.

O NHLBI (*National Heart, Lung, and Blood Institute*) tem administrado, por mais de três décadas, um programa nacional para orientação de profissionais e do público americano acerca da prevenção, tratamento e controle da hipertensão arterial (*National High Blood Pressure Education Program*). A coordenação do programa divulgou, em 1997, o Sexto Relatório do Comitê Nacional Conjunto sobre Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (VI JNC), no qual a hipertensão foi definida como equivalendo a níveis de pressão sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima de 90 mmHg (NHBPEP, 1997).

Como, porém, a associação entre hipertensão e doenças cardiovasculares é considerada progressiva e linear, mesmo níveis de pressão arterial no topo da faixa de normalidade se traduzem em riscos aumentados. A revisão dos estudos observacionais e experimentais publicados após a divulgação do VI JNC levaram a reunião de um novo comitê nacional, o qual, em 2003, concluiu seu Sétimo Relatório (NHBPEP, 2003) trazendo algumas mudanças na classificação da doença. Foi introduzido o termo “pré-hipertensão”, englobando os níveis de pressão sistólica entre 120 e 139 e de pressão diastólica, entre 80 e 89 mm Hg, com o objetivo de identificar parcelas da população que

poderiam reduzir o risco de desenvolverem hipertensão com o passar dos anos, por meio de mudanças no estilo de vida. Os estágios 2 e 3 de hipertensão (do VI JNC) foram englobados na categoria “estágio 2” (Tabela 1).

O III Consenso Brasileiro de Hipertensão organizado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (1998), já havia adotado uma classificação dos níveis de pressão arterial que incluía faixas normais e “normais limítrofes” (Tabela 1).

A mesma comissão divulgou, nas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBH, 2002) uma nova classificação, da qual faziam parte as categorias “pressão arterial ótima”, “normal” e “limítrofe” (Tabela 1). Para esse último grupo, a comissão sugere mudanças no estilo de vida, com o propósito de prevenir a incidência de hipertensão.

Todo paciente com diagnóstico de hipertensão deve ter uma avaliação clínico-laboratorial com os objetivos de: diagnosticar uma possível etiologia da doença; avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo e identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares (NHBPEP, 2003; SBH, 1998). O III Consenso Brasileiro classifica os pacientes em três grupos: A — sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo; B — presença de fatores de risco (não incluindo diabetes melito) e sem lesão em órgãos-alvo e C — presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes melito.

De acordo com a classificação e os níveis da pressão arterial, são tomadas decisões terapêuticas. Para a hipertensão leve, o tratamento inicial consiste em modificações no estilo de vida – se não houver resultado favorável, inicia-se a terapêutica medicamentosa (exceto para o grupo C, que deve iniciar logo o uso de medicamentos). Para a hipertensão moderada e severa, essa terapêutica é indicada logo após a confirmação do diagnóstico, ao lado das modificações no estilo de vida (SBH, 1998).

Tabela 1. Classificação dos níveis de pressão arterial (adultos > 18 anos)**III Consenso Brasileiro de Hipertensão (1998)**

PAD(mmHg)	PAS(mmHg)	Classificação
< 85	< 130	Normal
85-89	130-139	Normal limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 110	≥ 180	Hipertensão grave (estágio 3)
< 90	≥ 140	Hipertensão sistólica isolada

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002)

PAD(mmHg)	PAS(mmHg)	Classificação
< 80	< 120	Ótima
< 85	< 130	Normal
85-89	130-139	Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 110	≥ 180	Hipertensão grave (estágio 3)
< 90	≥ 140	Hipertensão sistólica isolada

VII JNC (2003)

PAD(mmHg)	PAS(mmHg)	Classificação
< 80	< 120	Normal
80-89	120-129	Pré-hipertensão
90-99	140-159	Estágio 1
≥100	≥160	Estágio 2

Fontes: SBH (1998;2002); NHBPEP (2003)

Os medicamentos disponíveis para o tratamento da hipertensão arterial distribuem-se nas seguintes classes: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio e antagonistas do receptor da angiotensina II. Mais de dois terços dos pacientes necessitam da associação de dois ou mais medicamentos para o controle da hipertensão (NHBPEP, 2003)

Após o início do tratamento, o paciente deve ser revisto em intervalos mensais ou menores, até que sua pressão esteja controlada; depois, os intervalos entre as consultas podem ser espaçados para três meses ou mais. É recomendada a abordagem multiprofissional do paciente hipertenso, com a finalidade de melhorar sua adesão e os resultados do tratamento (SBH, 1998).

Inquéritos populacionais têm mostrado que metade dos indivíduos considerados hipertensos leves nas primeiras aferições da pressão arterial apresentam níveis normais em aferições realizadas nos seis meses posteriores. Devido a isso, recomenda-se que aferições repetidas em diferentes ocasiões sejam realizadas antes de se rotular um indivíduo como hipertenso, o que pode lhe trazer consequências danosas (MacDonald et al., 1984; Wagner & Strotgatz, 1984).

A atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial nos serviços públicos de saúde tem se organizado, em nosso país, através de programas, cujas diretrizes principais são formuladas pelo Ministério da Saúde e a implementação fica a cargo dos níveis estaduais e municipais. Assim como a hipertensão, o diabetes e o câncer são objeto de programas de saúde específicos que têm como principal objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade por essas doenças crônico-degenerativas (Brasil, 1989a; 1989b; 1989c).

No final da década de 1970, a Divisão Nacional do Câncer, do Ministério da Saúde, passou a denominar-se Divisão Nacional das Doenças Crônico-Degenerativas. Na década seguinte, foram elaborados programas nacionais para a redução da morbidade e da mortalidade causadas pela hipertensão, pelo diabetes e pelo câncer (Lessa, 1998c).

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (Brasil, 2001), voltado para a sua prevenção, diagnóstico, tratamento e controle, através da reorganização da rede básica dos serviços de saúde do SUS. A finalidade do Plano é reduzir a mortalidade cardiovascular, o número de internações e os gastos com tratamento de complicações e aposentadorias precoces provocadas por essas doenças (Toscano, 2004).

A não-adesão dos portadores às orientações terapêuticas, ao lado da dificuldade de captação de casos novos e do enorme volume de pacientes em acompanhamento são os principais problemas com que se deparam os programas populacionais de controle da hipertensão e do diabete em todo o mundo (Lessa, 1998b).

Nos E.U.A., estima-se que cerca de 30% dos adultos hipertensos desconheçam sua situação e mais de 40% não estejam em tratamento. Apenas um terço dos pacientes

hipertensos consegue o controle adequado de sua pressão arterial (NHBPEP, 2003), estando ainda distante a meta do *Healthy People 2010*¹ de 50% de hipertensos controlados (U.S.DHHS, 2000). A OMS avalia que metade dos indivíduos hipertensos no mundo não saibam de sua condição e, da metade que conhece o diagnóstico, somente 50% recebe algum tipo de tratamento, mas a maior parte não alcança o controle efetivo da doença (NHBPEP, 2003; WHO, 2003).

No Brasil, um inquérito populacional realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, encontrou uma prevalência de quase 20% de hipertensos na população de 20 anos e mais (Piccini & Victora, 1997). Dois terços dos portadores de hipertensão estavam cientes de sua condição e mais da metade fazia uso de medicação antihipertensiva, contudo, apenas um terço apresentava sua pressão controlada.

Um estudo transversal, avaliando 1699 pacientes hipertensos em acompanhamento em um hospital universitário no Rio de Janeiro, mostrou que 55% deles eram considerados aderentes às prescrições medicamentosas, mas apenas 27% tinham sua pressão arterial controlada (Muxfeldt et al., 2004). Outro estudo transversal encontrou uma prevalência de 18% de hipertensos entre 1183 funcionários de um banco estatal, no Rio de Janeiro, sendo que mais da metade dos hipertensos declararam não seguir tratamento para a doença (Chor, 1998).

Como parte de um grande projeto de pesquisa em andamento na cidade de Bambuí, Minas Gerais, foram entrevistados e examinados 1494 adultos com 60 anos e mais de idade, sendo encontrada uma prevalência de 61% de hipertensos (919 indivíduos). Destes, 704 (76,6%) estavam cientes de sua condição e 578 (62,9%) estavam sob tratamento, mas apenas 38,8% dos hipertensos em tratamento apresentavam sua pressão controlada (Firmo et al., 2003).

Fatores outros, que não apenas a não adesão dos portadores de hipertensão às orientações terapêuticas, provavelmente estão por trás da falta de controle efetivo da pressão arterial. A continuidade do acompanhamento por um mesmo médico e/ou equipe profissional favorece não só a adesão dos pacientes, mas também um conhecimento mais aprofundado dos mesmos, de sua evolução e de suas dificuldades, favorecendo o controle

¹ *Healthy People 2010* consiste numa ampla agenda nacional de promoção da saúde e prevenção de doenças, incapacidades e mortes prematuras, coordenada pelo *Office of Disease Prevention and Health Promotion*, do *U.S. Department of Health and Human Services* e designada a servir como um mapa para orientar o melhoramento da saúde da população dos E.U.A. durante a primeira década do século XXI.

da doença (Piccini & Victora, 1997). A relutância de médicos em aumentar doses, acrescentar medicamentos ou modificar esquemas terapêuticos para pacientes em tratamento, nos quais os níveis de pressão arterial, apesar de terem diminuído, continuam acima da faixa considerada de normalidade, tem sido relatada (Muxfeldt et al., 2004). Nesses casos, pode-se falar em ausência de adesão, não por parte dos pacientes, mas dos médicos, às orientações dos programas de controle (Feely, 1999).

2. O HIPERTENSO – DOENÇA E SUBJETIVIDADE

2.1 Aspectos Teórico-Conceptuais

Após tentativas de compreender um pouco melhor a hipertensão do ponto de vista biomédico e da saúde coletiva, chego mais próximo do que me interessa em particular, nesse universo rico de possibilidades: o indivíduo considerado hipertenso pela ciência médica. Interessa-nos conhecer melhor a experiência de indivíduos portadores dessa enfermidade ou que receberam o rótulo de hipertensos. Quem são essas pessoas consideradas hipertensas? Sentem-se ou consideram-se doentes? Fazem alguma coisa para se tratar? Como vivem, o que pensam e sentem a respeito de sua “doença”, das causas, das conseqüências? De que formas, e em que momento, a hipertensão se inscreveu em suas trajetórias de vida? O que representa esse rótulo ou essa condição em suas vidas? Como lidam com as definições biomédicas da doença e com os esquemas terapêuticos preconizados pela medicina oficial ?

A experiência individual do hipertenso é aqui tomada como ponto de partida para uma compreensão dos modos socialmente compartilhados pelos quais um grupo identifica, explica e age em relação à hipertensão, ou seja, uma compreensão do quadro cultural das definições e práticas relativas a essa doença, dentro de uma comunidade (Rabelo et al., 1999).

Nos últimos 50 anos e, especialmente nas décadas mais recentes, o estudo dos aspectos subjetivos do processo de percepção e manejo da doença, por parte dos indivíduos acometidos pela mesma, ganhou reconhecimento e valorização crescentes, não apenas por pesquisadores da área das ciências sociais, mas também da área biomédica. Especialmente no trato com as doenças crônicas, esse estudo reveste-se de uma importância fundamental, tanto para se buscar melhor qualidade e eficiência de intervenções sobre a saúde, nos níveis individual e coletivo, quanto para lançar luz sobre aspectos ligados à cultura e à visão de mundo dos grupos sociais estudados.

Os estudos sociológicos sobre a experiência do adoecimento foram inaugurados por Parsons (1951), ao introduzir o conceito do “papel do enfermo” (*sick role*), isto é, o papel que um indivíduo passa a ocupar, em seu meio social, após ter a sua condição de doente

legitimada pelo saber médico ou pelo saber de pessoas cuja opinião valorize. Esse papel inclui direitos e deveres; entre estes, o de procurar ajuda e seguir as recomendações e tratamentos prescritos; entre aqueles, o direito de ser aliviado ou dispensado de outras obrigações sociais (como as familiares e ocupacionais).

A abordagem de Parsons contribuiu, historicamente, para consolidar a autoridade e o papel social do médico, ao considerar a doença como desvio e o médico como seu agente social de controle. Apesar das limitações, representou um trabalho pioneiro ao tratar a doença como uma realidade social, e estimulou a realização de outros estudos sobre o processo do adoecimento.

Mechanic (1962) utilizou o conceito “comportamento do doente” (*illness behaviour*) para designar a maneira como o indivíduo percebe as alterações causadas pela enfermidade, como as classifica e que atitudes toma em consequência dessa avaliação. Esse conceito, ao invés de partir de uma análise macro-social e funcionalista, como Parsons, busca uma análise interpretativa de comportamentos individuais ou de grupos sociais.

Conrad (1990), ao revisar o desenvolvimento conceitual na pesquisa qualitativa em doenças crônicas, apontou algumas limitações dos conceitos acima descritos, especialmente por centrarem sua atenção na relação médico-paciente e na trajetória do indivíduo na condição de paciente. Ao final da década de 60, começaram a surgir estudos em que se enfatizava a experiência subjetiva do adoecimento e se considerava o indivíduo não apenas como paciente (papel que ocupa uma pequena parte de seu tempo), mas como alguém que experimenta e lida com uma desordem em sua vida cotidiana, de acordo com sua própria visão de mundo (Goffmann, 1961; Strauss & Glaser, 1975).

De acordo com a revisão efetuada por Good (1996), no campo da antropologia e suas relações com a saúde, na primeira metade do século XX, a tradição empírica predominava, considerando as crenças e práticas populares sobre saúde como um estágio primitivo do conhecimento médico, numa visão evolucionista que diferenciava crença, vinculada à cultura leiga, de conhecimento, oriundo da ciência.

A partir de meados do século, surge a antropologia cognitiva, cujas raízes situam-se na antropologia cultural americana. Essa corrente vê a cultura como conhecimento compartilhado, conhecimento que direciona a ação e a interpreta. As representações de doença são construções mentais e os modelos de doença são estudados em termos semânticos (Good, 1996).

No final dos anos 70, começa a delinear-se a corrente interpretativa da antropologia da saúde, centrada na questão do significado. Os estudos interpretativos têm se voltado para a experiência corporificada da doença e para a fenomenologia dessa experiência do adoecimento (Good, 1996).

Outra corrente é a antropologia médica crítica, baseada nas teorias neo-marxistas e que procura compreender as questões de saúde à luz das forças políticas e econômicas mais amplas que condicionam a experiência coletiva (Good, 1996).

O influente grupo de antropólogos médicos norte-americano, formado por Kleinman (1980, 1988), Good (1977) e colaboradores, tiveram suas primeiras publicações ainda dentro de uma abordagem cognitiva e posteriormente, tornaram-se representantes da corrente interpretativa. Como exemplo dessa etapa inicial, pode-se colocar seu conceito dos “modelos explicativos das doenças”, definido como as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são empregadas por todos aqueles envolvidos no processo clínico (profissionais, pacientes e familiares). Esse conceito permite a comparação entre diferentes culturas e sistemas terapêuticos e a exploração de questões como escolha e adesão a tratamentos, entre outras.

Outra proposta desse grupo, trazida inicialmente por Eisenberg (1977), e que tem sido amplamente utilizada, foi a distinção entre as dimensões biomédicas e culturais da doença, através da utilização diferenciada dos termos da língua inglesa *illness* e *disease*. *Illness* descreveria a doença sob o ponto de vista do doente, sua experiência subjetiva de sentir-se doente e procurar ajuda, ao passo que *disease* abordaria a doença de forma objetiva e sob o ponto de vista biomédico (Kleinman et al, 1978).

Um modelo de análise proposto por membros desse grupo de pesquisadores é a “Análise de Redes Semânticas” (*Semantic Network Analysis*), que teve sua origem no clássico estudo de Good (1977) numa comunidade do Iran e que foi desenvolvido por Good & Del Vecchio (1980). Em seu estudo, Good abordou uma doença popular denominada “sofrimento do coração” (*heart distress*) e, através de uma análise semântica, situou-a como um elemento de linguagem ou idioma da doença e como uma representação coletiva com múltiplos e complexos significados ligados especialmente à sexualidade e à opressão sofrida pelas mulheres iranianas.

Young (1982) criticou o modelo *illness/disease* por seu enfoque individualista ou micro-social, incapaz de levar em conta a complexidade da dimensão social do processo saúde-doença. Este autor propôs uma “antropologia da doença” (*anthropology of sickness*),

na qual o conceito *sickness* traduz o processo de atribuição de significados sociais aos sinais e sintomas, ou seja, a um processo de socialização do binômio *disease/illness*. Por exemplo, um mesmo conjunto de sinais e sintomas pode designar mais de uma doença, em contextos e situações socioculturais distintas (Young, 1982).

Alves & Rabelo (2003) chamam a atenção para a reificação sofrida pelo par conceitual *illness/disease*, o qual pode ser situado dentro de um conjunto de dicotomias clássicas do pensamento ocidental (consciência x corpo; objetivo x subjetivo; exterior x interior), às quais podemos acrescentar outros exemplos, como lembram alguns autores: natureza/cultura, emoção/razão, indivíduo/sociedade (Scheper-Hughes & Lock, 1987)

Outra limitação dos modelos explicativos e da análise das redes semânticas, evidenciadas por alguns autores, é que ambos privilegiam o estudo dos aspectos cognitivos do processo de adoecimento. Young (1981) chamou a atenção para o fato de que os indivíduos não utilizam apenas a racionalidade ao falarem sobre a doença, pois atuam também fatores não cognitivos, como as emoções e a habilidade de elaborar um discurso. Alves (1993) sugere que, ao privilegiar um modelo explicativo, essas abordagens não levam em conta que, nos indivíduos, coexistem múltiplas interpretações sobre o processo saúde/doença, além de incoerências e contradições.

Bibeau (1997) chama a atenção para o modo limitado com que a corrente cognitivista nas ciências humanas trata a questão do comportamento humano, como algo que pode ser previsto e compreendido de maneira lógica com base no estudo dos esquemas mentais que os indivíduos constroem. As construções mentais (crenças, idéias, representações), segundo ele, produzem uma enorme variedade de ações e discursos que são tornados significativos dentro de contextos específicos nas vidas dos indivíduos. Este autor defende a idéia de que o comportamento precede a crença e que esta é revelada pelas ações. Através do estudo das práticas, portanto, é que os cientistas sociais chegarão às crenças e valores.

Ao avaliarem os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença no Brasil, Alves & Rabelo (1998) apontaram a determinação que as representações, estruturas cognitivas, exercem sobre as práticas, nesses estudos. A dicotomia representação/prática, segundo os autores, nos remete à clássica dualidade cartesiana entre mente e corpo, a qual, no interior de algumas teorias sociais, confere prioridade ao domínio da mente, que se expressa através da linguagem, da cognição e da representação. O conceito de experiência, segundo a perspectiva fenomenológica, oferece possibilidades de superação dessa

dicotomia, ao transformar as relações entre pensamento e ação, consciência e corpo, acentuar a dimensão vivida da cultura e privilegiar a ação sobre a reflexão (Alves & Rabelo, 1998b).

Em outro texto, Alves e Rabelo (2003) enfatizaram que “priorizar a experiência implica deslocar o foco de análise dos sistemas de representação e das atividades cognitivas dos sujeitos para os modos de atenção e envolvimento em situações que solicitam e engajam o corpo” (p.345).

A abordagem fenomenológica do corpo, com base nos textos do filósofo Merleau-Ponty, situa o corpo como ponto de partida da inserção e experiência do sujeito no mundo e tornou-se um eixo de análise relevante nas ciências sociais (Scheper-Hughes & Lock, 1987). Para Csordas (1993), essa abertura da teoria antropológica para a fenomenologia possibilitou a articulação de um conceito de experiência e de um paradigma da incorporação (*embodiment*). A incorporação é aí considerada a condição existencial na qual a cultura e o *self* estão embasados. O corpo é considerado não como objeto, mas como ponto de partida metodológico, como “corpo vivido”. Esse autor propõe ainda o conceito de “modos somáticos de atenção” o qual coloca a atenção como uma atividade que envolve todos os sentidos somáticos e não apenas o intelecto.

O conceito de *habitus* (Bourdieu, 1984) foi uma proposta fundamental para o estudo do corpo como tradução da inserção social do sujeito. O *habitus* seria um conjunto de disposições corporificadas que se originam a partir das condições de vida (sociais e econômicas) e se expressam através dos usos cotidianos do corpo (práticas) e das preferências (gosto) (p.171)

A análise de narrativas tem sido utilizada, nas ciências sociais e particularmente, em sua aplicação ao campo da saúde, como método para investigar os significados que os indivíduos atribuem às suas experiências de doença, o modo como a doença afeta suas relações sociais, atividades ocupacionais e sua vida cotidiana (Kleinman, 1988; Good, 1996; Hydén, 1997; Rabelo et al., 1999). Segundo Gomes e Mendonça (2002: 117), “as narrativas da doença podem não só dar acesso às representações socialmente construídas, (...) como também promover uma compreensão de como tais representações são produzidas, reproduzidas, atualizadas ou transformadas à luz da experiência que os atores sociais vivem no processo do adoecer”.

Para Good (1996), a narrativa é uma forma através da qual parte da experiência é recontada e se torna acessível ao ouvinte, ao pesquisador. Bibeau (1997) vê a experiência

individual como um texto, uma narrativa diária que é constantemente remodelada. Dentro dela, as ações são tornadas inteligíveis através da interpretação dos próprios sujeitos (interpretações de primeiro nível) e esta constitui a informação básica para a compreensão antropológica de significados.

Buscando uma intersecção entre as perspectivas interpretativa e crítica na antropologia da saúde, Corin, Bibeau, Uchoa e colaboradores (Corin et al., 1992; Corin et al., 1993; Uchoa et al., 1993) propuseram uma teoria da significação que permitisse dar conta da maneira como a cultura e a estrutura social permeiam a experiência dos problemas de saúde. Estes autores propuseram o modelo dos “Sistemas de Signos, Significados e Ações”, que busca, a partir do comportamento de casos concretos, identificar as lógicas conceituais subjacentes e os diferentes fatores que intervêm na tradução destas lógicas em comportamentos, invertendo o sentido habitual dos estudos sobre representações. Este modelo parte da idéia de que cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde, dando ênfase a um conjunto de sintomas, de explicações e estimulando certos tipos de ações e reações. A análise dos sistemas de signos, significados e ações procura situá-los dentro do contexto mais amplo dos valores e representações culturais e dos sistemas de interações sociais que dominam a vida coletiva dentro da comunidade considerada. O modelo foi inicialmente aplicado no campo da saúde mental (Uchoa, 1997) e, posteriormente, adaptado ao estudo de outros problemas de saúde (Uchoa et al., 2000; Uchoa et al., 2002; Firmo et al., 2004).

2.2 O Hipertenso – Perspectivas Socioculturais

Entre os estudos a que tive acesso sobre as concepções de portadores de hipertensão sobre essa doença, está o de Blumhagen (1980), que investigou os modelos explicativos, segundo o conceito introduzido por Kleinman (1980), de hipertensos americanos de classe média, brancos, em tratamento numa clínica especializada. Os modelos individuais obtidos levaram o autor a construir um complexo diagrama acerca do “domínio cognitivo da hipertensão”, o qual interligava fatores determinantes, sinais e sintomas e conseqüências de duas diferentes desordens apontadas pelos entrevistados: *Hyper-Tension* e *High-Pressure*.

A doença denominada *Hyper-Tension* tinha o significado de “tensão excessiva” e resultava diretamente do *stress* agudo e/ou crônico. Seus principais sintomas eram “nervosismo”, irritabilidade, medo, ansiedade, aborrecimento, raiva e outros sintomas de natureza psicológica; no entanto, era considerada uma desordem física e não psicológica (assim, por exemplo, os ansiolíticos não eram indicados no tratamento). A principal conseqüência de *Hyper-Tension* era o coração bater mais rápida ou fortemente, o que poderia resultar no aumento da pressão do sangue.

Segundo os entrevistados, fatores biológicos, como hereditariedade, ingestão excessiva de sal e de água, de alimentos gordurosos, ou de alimentos em geral, estariam relacionados à outra doença: *High-Pressure*. Esses fatores podiam levar a um estreitamento dos vasos sangüíneos, através de depósitos de sal e outros elementos dentro dos vasos, ou através da compressão dos vasos causada por excesso de peso corporal ou de água no corpo (daí o efeito benéfico dos diuréticos no tratamento). Tanto o estreitamento dos vasos, quanto o excesso de peso poderiam sobrecarregar o coração, fazê-lo bater mais fortemente e aumentar a pressão no sangue.

O autor analisou, ainda, os modelos explicativos dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiras) e comparou-os com os modelos dos pacientes. Concluiu que, apesar de os primeiros influenciarem os últimos, os pacientes retinham das explicações médicas apenas o que fazia sentido dentro de seus próprios modelos de crenças.

Utilizando também o conceito de modelos explicativos, foi realizado um estudo em um serviço de atenção primária situado em área rural do sul dos E.U.A. (Nations et al., 1985), para conhecer as crenças e práticas etnomédicas dos pacientes. Estes foram entrevistados por antropólogos imediatamente antes da consulta médica, de modo a captar

suas queixas e suas concepções sobre o problema. As anotações médicas durante a consulta foram, posteriormente, comparadas com as queixas prévias dos pacientes.

Os autores diferenciaram as queixas etnomédicas - derivadas de um saber popular e não, explicitamente, do modelo médico-científico - das queixas biomédicas. Dos pacientes entrevistados, 45% apresentavam pelo menos uma queixa etnomédica e todos apresentavam queixas biomédicas (provavelmente por estarem procurando um médico).

High blood foi a queixa etnomédica mais freqüente, sendo descrita pelos pacientes como uma desordem crônica na qual o sangue viscoso causa obstruções na parte superior do corpo ou sobe subitamente para a cabeça. Todos consideravam a dieta (excesso de carne de porco ou carne vermelha, de alimentos gordurosos e de sal) o principal fator causal; 2/3 acreditavam que emoções como excitação, raiva, aborrecimento, nervosismo e *stress* poderiam desencadear *high blood*; outras causas foram a obesidade, o calor e características de personalidade.

Os sintomas mais freqüentemente mencionados foram vertigens, dores de cabeça, distúrbios visuais, desmaios, calor e vermelhidão na face, andar cambaleante, náuseas e “nervosismo”. As crenças quanto ao tratamento para essa condição baseavam-se, por um lado, em se alcançar um equilíbrio na consistência do sangue, evitando-se certos alimentos e ingerindo coisas que “afinavam o sangue” e, por outro, em se procurar manter um estado de calma e relaxamento, para evitar “ataques de subida do sangue à cabeça”.

A maior parte dos entrevistados havia procurado ajuda não-médica antes da visita à clínica, principalmente de familiares, amigos, curandeiros e religiosos. Também a maior parte havia recorrido à auto-ajuda, através do uso de medicamentos sintomáticos ou modificação de hábitos como a dieta, exercícios e relaxamento.

Embora tão freqüentes nas entrevistas prévias, nenhuma das queixas etnomédicas foi anotada nas fichas médicas durante as consultas, enquanto 78% das queixas biomédicas o foram. Os autores questionaram se os pacientes teriam apresentado diferentes listas de queixas para o antropólogo e para o médico, ou se as anotações médicas teriam incluído apenas uma pequena parte do relato dos pacientes. Entretanto, o fato sugere não ter havido reconhecimento por parte dos médicos das queixas não biomédicas dos pacientes e de seus diferentes usos da linguagem.

Morgan & Watkins (1988) estudaram as crenças sobre a hipertensão e a adesão ao tratamento em hipertensos de um distrito de Londres - metade ingleses brancos e metade jamaicanos - todos de classe social semelhante (operária). A maior parte identificou

estresse, aborrecimento ou tensão como causas de seu aumento de pressão; alguns identificaram hereditariedade, dieta rica em sal, gordura e amido, fumo, uso de álcool e obesidade. Os ingleses tiveram maior dificuldade em apontar causas para a doença do que os jamaicanos.

Segundo os autores, houve diferentes interpretações do termo “hipertensão”: cerca da metade dos pacientes o consideravam o mesmo que pressão sanguínea alta, 32% não lhe conheciam o significado e 18% o conceituaram como estresse, “nervosismo” ou tensão.

Mais da metade dos entrevistados disseram perceber se sua pressão sanguínea estava alta através de sintomas como dores ou “sensações” na cabeça, fraqueza, distúrbios visuais, vertigens e sensação de calor. Todos os pacientes afirmaram saber que a hipertensão não controlada poderia levar a um “ataque cardíaco”, “derrame” e à morte, mas 53% afirmaram não se preocuparem com o problema. Os motivos alegados foram a suposição de que sua pressão estava em níveis normais; a existência de outros problemas cotidianos mais graves e a percepção de que a hipertensão é um problema de saúde muito freqüente. Os jamaicanos preocupavam-se menos com a doença do que os ingleses.

Quanto ao tratamento, a terça parte dos entrevistados disseram ter experimentado inicialmente efeitos colaterais dos medicamentos, que a alteração destes solucionou, em sua maior parte. Dos trinta ingleses, vinte e seis afirmaram seguir a prescrição médica, dois disseram que seu médico havia suspenso as drogas porque sua pressão estava normal na última visita e dois esqueciam ou interrompiam freqüentemente o tratamento. Dos trinta jamaicanos, apenas doze disseram usar regularmente a medicação; dois a esqueciam freqüentemente, dois reduziam a dose prescrita e catorze interrompiam freqüentemente o tratamento, apesar de estarem cientes de que seu médico esperava que o seguissem.

As razões para explicar esse comportamento foram: o receio de misturar as drogas com álcool, o medo de se tornarem dependentes das mesmas ou de que seu uso crônico lhes causasse danos e a incerteza quanto à necessidade de usar medicamentos, já que se sentiam bem. Depoimentos de alguns pacientes incluíam uma confusão a respeito da eficiência dos medicamentos, pois, por vezes, quando estavam em uso regular dos mesmos, o médico afirmava-lhes estarem com a pressão alta, e em ocasiões em que haviam interrompido a medicação, o médico encontrava a pressão normal. O uso de tratamentos alternativos foi relatado por apenas um inglês e por dezessete jamaicanos, que utilizavam ervas medicinais.

Uma investigação dos modelos culturais sobre a hipertensão e as variações apresentadas nos modelos individuais foi realizada em uma comunidade indígena Ojibway,

no Canadá (Garro, 1988). Essa comunidade enfrentava dificuldades como a escassez de terras para sua subsistência, o desemprego e a dependência de assistência social externa. Segundo a autora, o padrão de doenças nas comunidades indígenas canadenses modificou-se nas décadas recentes, com o declínio das doenças infecciosas e a ascensão das crônico-degenerativas. A hipertensão representa, portanto, uma doença “nova” para esse grupo, uma doença “do homem branco” – muitos informantes recordam-se de épocas em que era desconhecida.

A maioria dos entrevistados referiu a preocupação excessiva como a principal causa do problema. O aumento da pressão era visto como resultante de um estado de desequilíbrio, provocado por excessos de naturezas diversas, como o trabalho muito cansativo, abuso de álcool, obesidade, além de excessos alimentares – no uso de sal, por exemplo, associados à mudança do padrão alimentar tradicional para o emprego de alimentos industrializados ou de vegetais e animais nos quais se borrifam ou injetam substâncias químicas. A gravidez e a histerectomia também eram consideradas causas da doença, em função da supressão da menstruação, que seria um mecanismo natural de eliminação do excesso de sangue no organismo.

A hipertensão era considerada um problema intermitente; os níveis de pressão oscilam, segundo os entrevistados; quando aumentam, o sangue sobe e se concentra em algumas regiões do corpo, como a cabeça, provocando, então, os sintomas que permitem identificar que a pressão está elevada. O uso de medicamentos apenas em vigência de sintomas era a prática comum.

Segundo a autora, esse modelo cultural, que denominou “prototípico”, dava significado às experiências e ações associadas à hipertensão. A maioria das variações individuais observadas não destoava desse modelo predominante, mas baseava-se em experiências pessoais diferentes.

Um estudo realizado numa comunidade de classe média baixa numa cidade da Tanzânia (Strahl, 2003) mostrou as concepções e experiências em relação à hipertensão arterial, que é percebida, assim como para os Ojibway (Garro, 1988) como um problema de saúde relativamente novo enfrentado por essa população, cujo quadro de morbidade sofreu mudanças semelhantes, com a diminuição das doenças infecciosas e aumento das crônico-degenerativas. A hipertensão é ali vivenciada como uma expressão somática de um desconforto emocional associado às mudanças ambientais, socioeconômicas e culturais que

acompanharam o processo de urbanização e que resultaram em profundas alterações no estilo de vida e hábitos das pessoas dessa comunidade.

A doença é entendida como um problema incurável e que se manifesta através de ataques episódicos – esses ataques são imprevisíveis e podem levar à morte súbita. O diagnóstico da hipertensão se deu, para a grande maioria dos portadores da doença, quando os sintomas se iniciaram. Os desconfortos psico-emocionais são vistos como sintomas e, simultaneamente, causas da doença. Outros sintomas comuns são fraqueza, tonteiras e sensação de peso no corpo.

As duas causas mais freqüentemente mencionadas para a hipertensão (tanto para os doentes, quanto para os não doentes entrevistados) foram as “dificuldades na vida” (problemas econômicos, no casamento ou com a família) e distúrbios somáticos (obesidade, hereditariedade e gravidez). A doença é tida, nessa comunidade africana, como originando-se no coração e na alma, que são considerados os centros principais da vitalidade e das emoções.

Outro interessante estudo foi realizado por Heurtin-Roberts (1993), em New Orleans, nos EUA, através de entrevistas com 60 mulheres negras, de 45 a 70 anos de idade, de classe social baixa, hipertensas, em tratamento num serviço público de saúde. Um dos principais objetivos da autora era investigar as crenças e o comportamento relacionados à doença, como parte de uma resposta de adaptação dessas mulheres ao ambiente social que as rodeava.

Na análise dos dados obtidos, os modelos individuais foram consolidados sob a forma de modelos culturais ampliados da doença e deram origem a duas condições básicas: *high-blood* e *high-pertension*. *High-blood* era vista como uma doença crônica do sangue e do coração, na qual o sangue quente ou grosso, ao subir para a parte alta do corpo, causava obstruções e sobrecarregava o coração. Fatores exclusivamente físicos causavam ou exacerbavam a doença - a alimentação inadequada era o principal e incluía a ingestão de carne de porco, sal, temperos e gordura - seguida da hereditariedade, calor e estresse. O tratamento baseava-se, principalmente, no uso de medicamentos anti-hipertensivos e na dieta e, em menor grau, na perda de peso e no uso de medicamentos caseiros para afinar e esfriar o sangue.

High-pertension era considerada uma “doença dos nervos”. Episódios marcados por emoções intensas podiam levar o sangue, normalmente em repouso, a ascender subitamente para a cabeça, e a descer em seguida; se essa ascensão fosse muito rápida poderia levar à

morte. As causas de *high-pertension* eram “maus nervos”, estresse, aborrecimentos e raiva, resultantes, em especial, da interação do indivíduo com o seu meio social. O único tratamento considerado eficaz era o uso das “pílulas para os nervos”; nem a dieta, nem a perda de peso tinham valor. Evitar aborrecer-se, relaxar e afastar-se das pessoas em momentos críticos eram maneiras de evitar *high-pertension*, vista como uma condição mais perigosa que *high-blood*, pelo seu caráter abrupto e imprevisível.

Em sua análise, a autora utiliza o conceito “idioma do infortúnio”, proposto por Nichter (1981), segundo o qual algumas doenças têm uma função metafórica ao adquirirem, para o indivíduo, o significado simbólico de um sofrimento psico-social. O uso da palavra idioma transcende, aqui, os aspectos lingüísticos e cognitivos e abrange também as manifestações somáticas, emocionais e comportamentais relacionadas à doença.

Para as mulheres entrevistadas, *high-pertension* era um idioma que utilizavam para expressarem seus problemas de interação com seu ambiente social e familiar, problemas oriundos principalmente de suas funções como responsáveis por numerosas famílias, num meio marcado por dificuldades financeiras, drogas e crime.

High-pertension poderia ser utilizada, por essas mulheres, para controlar o comportamento de familiares e pessoas próximas. E as ajudaria a concretizar mudanças em suas vidas, mudanças de papel e de identidade social, e a dar-lhes um sentido de identidade própria dotado de maior liberdade e poder. A doença, em resumo, lhes permitiria um alívio legitimado de seus pesados papéis como mães, avós, provedoras de cuidados, e as ajudaria a reconhecer suas próprias necessidades pessoais de atenção, cuidado e bem-estar.

Uma investigação qualitativa com homens negros americanos, de 18 a 49 anos, hipertensos, explorou suas percepções de saúde e doença e situações de vida que influenciavam o tratamento da hipertensão, tendo esse grupo sido escolhido por apresentar os menores níveis de adesão e controle da doença (Rose et al., 2000). O contexto social em que viviam, marcado por carência de empregos e baixos salários, dificultava a compra de medicamentos e desestimulava a procura por ajuda médica, já que alguns consideravam que, com o rótulo de hipertensos, teriam maiores dificuldades de serem aceitos em várias ocupações. Outra questão levantada foi a de que os hábitos de alimentação das comunidades em que viviam não facilitavam sua adesão a dietas e diminuição no uso de álcool. Atitudes de auto-ajuste da medicação, em resposta à presença de sintomas, ao uso de bebidas alcoólicas e aos efeitos adversos dos medicamentos eram muito freqüentes no

grupo estudado, assim como dificuldades para procurar ajuda profissional, em função do desejo de manterem a aparência de força, masculinidade e independência.

No Brasil, Alves (1998) realizou um estudo qualitativo para avaliar as representações sociais sobre a hipertensão de pacientes e profissionais de saúde de uma unidade básica do município de Niterói, estado do Rio de Janeiro, onde também realizamos o presente estudo. Para a maioria dos hipertensos estudados, a doença não era motivo de grande preocupação, por não trazer muitos sintomas, nem muitas limitações à vida cotidiana. Apesar de conhecerem a opinião dos profissionais a respeito dos riscos de complicações da hipertensão não tratada, grande parte dos doentes interrompia ou seguia irregularmente o tratamento, em função de sua avaliação sobre os efeitos dos medicamentos, de dificuldades, tanto de acesso aos mesmos, quanto de incorporar seu uso aos hábitos cotidianos.

Outro estudo realizado no Brasil, utilizando metodologia antropológica, investigou as concepções de idosos hipertensos sobre a doença e o tratamento no município de Araraquara, São Paulo (Carvalho et al., 1998). Muitos entrevistados desconheciam as possíveis causas da doença, mas grande parte referiu-se ao “nervoso”, como causa emocional da mesma e outros consideravam a alimentação rica em gordura e sal. A maioria procurou serviços de saúde a partir do aparecimento de sintomas, como dores de cabeça, cansaço, tonturas.

A auto-regulação do tratamento mostrou-se freqüente; muitos pacientes faziam uso da medicação apenas quando tinham sintomas, interrompiam a mesma por alguns dias quando sentiam-se bem ou mesmo deixavam de fazer uso da medicação para testar os resultados. As queixas sobre efeitos colaterais dos medicamentos eram comuns, assim como a idéia de que “tomar remédio demais faz mal”, devido a “muita química”. Entre os idosos entrevistados, todos em tratamento num centro de reabilitação do município, evidenciou-se uma grande adesão ao tratamento não medicamentoso, como dieta e exercícios, aparentemente com menores dificuldades que a população mais jovem. O acompanhamento por equipe multiprofissional foi valorizado pelos participantes.

Lima et al. (2004) realizaram uma investigação sobre os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos de risco para a hipertensão em uma população urbana de baixa renda em Fortaleza, Ceará. Utilizando os métodos quantitativo e qualitativo de pesquisa, o estudo identificou comportamentos de risco e as crenças e atitudes com relação ao sedentarismo, à ingestão de sódio e gorduras na dieta, ao uso do álcool e ao tabagismo.

Entre os indivíduos entrevistados, o tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas são associados, ao mesmo tempo, às idéias de prazer e de vício. Como a bebida é aceita socialmente, a forma e a frequência com que é usada é o que lhe confere a característica de uma fonte de prazer ou de um fator prejudicial à saúde.

Com relação à dieta, foram identificados três fatores importantes que a influenciam: o econômico, limitando a escolha dos alimentos, o emocional, ligado ao prazer e a questão do hábito. O uso do sal de cozinha mostrou-se associado ao prazer, por “dar mais sabor à comida” e à saúde, por “fortalecer o corpo”. Mais da metade dos entrevistados tinham o hábito de ingerir gorduras na dieta, também associadas ao prazer.

A prática de exercícios físicos, fora da rotina de trabalho, não era um hábito frequente entre os participantes da pesquisa, embora a maior parte referisse satisfação e sensação de bem-estar ao praticar exercícios e considerasse sua prática importante para a saúde. O trabalho doméstico – “*a luta de casa*” – e a atividade profissional eram os exercícios físicos mais praticados.

Os autores concluem que as características sócio-econômicas desse grupo são um dos obstáculos para a mudança de comportamentos e sua adesão a um estilo de vida considerado mais saudável. Além disso, a importância da questão do prazer, nesse contexto de dificuldades e carências, dificulta o abandono de hábitos como fumar, ingerir bebidas alcoólicas e comer alimentos apreciados.

Uma interessante investigação sobre as formas de pensar e de agir diante da hipertensão arterial foi realizada com idosos no município de Bambuí, Minas Gerais (Firmo et al., 2004). Utilizando o modelo de análise dos sistemas de Signos, Significados e Ações, as autoras avaliaram o conhecimento do diagnóstico, a percepção de sintomas, as representações sobre as causas, a gravidade, o tratamento da doença e as estratégias utilizadas pelos idosos para lidar com a hipertensão.

A maioria dos idosos entrevistados afirmou ter tomado conhecimento de sua condição por acaso, durante uma visita ao médico por outros motivos. Apesar disso, vários sintomas foram mencionados pelos entrevistados, associados ao aumento dos níveis de pressão e que funcionavam como sinais de alerta.

Os problemas emocionais (nervosismo, contrariedades, preocupações, principalmente de origem familiares) foram considerados como a principal causa do aumento de pressão. Outros fatores citados são a alimentação inadequada, com excesso de

gordura e sal, a hereditariedade, e, com menor frequência, o hábito de fumar, os “problemas de coração” e o calor.

Para a maior parte dos entrevistados, a hipertensão é um problema grave, que pode levar a um “derrame”, “infarto” ou morte súbita e que não tem cura, requerendo controle através do tratamento. Entretanto, para a maioria, a doença não traz grandes repercussões em sua vida cotidiana, em função de apresentar poucos sintomas e não impedir as atividades rotineiras, exceto nas ocasiões em que a pressão sobe e provoca sintomas, o que requer a adoção de estratégias para controlá-la. Entre essas estratégias, foram mencionados o repouso, a diminuição do ritmo de vida, maior cuidado com a alimentação, uso de chás caseiros, caminhadas e tentativas de aliviar o efeito dos problemas emocionais.

Dificuldades financeiras foram apontadas como empecilho para o seguimento de dietas saudáveis e para a compra dos medicamentos, considerada necessária para a maioria. A maior parte dos idosos que afirmaram seguirem o tratamento para a hipertensão auto-regulavam o uso dos medicamentos prescritos, aumentando ou diminuindo as doses ou os intervalos entre as tomadas, ou interrompendo ocasionalmente seu uso, de acordo com suas percepções a respeito dos níveis de sua pressão arterial, dos sintomas e da eficácia do tratamento.

Em resumo, os estudos revisados acerca dos modelos explicativos e da experiência de portadores de hipertensão mostram a predominância de dois modelos. Num deles, a doença é vista como uma expressão somática do desconforto ou estresse psicossocial; no outro, é a resultante de fatores físicos, entre os quais se destacam a dieta e a hereditariedade, os quais vão atuar sobre a qualidade, quantidade e o fluxo do sangue no organismo.

A hipertensão é considerada, por vários grupos estudados, como um problema intermitente, sendo que o aumento dos níveis da pressão arterial poderia ser percebido através de sintomas específicos. As práticas relacionadas ao tratamento baseiam-se, em grande parte, nos modelos de crenças adotados, sendo comum o uso de medicamentos apenas em vigência dos sintomas. A auto-regulação do tratamento mostrou-se uma estratégia muito frequente, implicando em interrupções do mesmo ou alterações nas doses prescritas de medicamentos. A adesão às orientações não medicamentosas era dificultada, em muitos casos, por barreiras sociais e culturais.

2.3 A Adesão ao Tratamento

A ênfase no tema “adesão ao tratamento”, nessa revisão, se dá em função de sua relevância para a compreensão das atitudes dos pacientes hipertensos em relação a essa doença, que, como outras crônico-degenerativas, exige tratamento por toda a vida e caracteriza-se, ao menos em sua definição biomédica, por apresentar poucos ou nenhum sintoma. O estudo da adesão de pacientes às recomendações de médicos e outros profissionais de saúde é um campo muito vasto, que vai além de questões como utilizar medicamentos em doses, intervalos e durante períodos recomendados, comparecer às consultas apazadas ou seguir as demais orientações terapêuticas, como dietas, atividades físicas e mudanças de hábitos. É um estudo sobre aspectos do comportamento humano diante de uma desordem, que se manifesta nos níveis físico ou mental, e de seu manejo por parte da biomedicina.

A não-adesão tem se tornado, nas últimas décadas, um dos principais problemas para a medicina ocidental, que dispõe de tratamentos cientificamente eficazes para grande parte das doenças (Miller, 1997; Eraker et al, 1984). Pesquisas mostram que entre um terço e metade dos pacientes, especialmente com doenças crônicas, não seguem os esquemas terapêuticos conforme recomendado por profissionais de saúde (Haynes et al., 1979; Conrad, 1985).

Multiplicaram-se, nas últimas décadas, os trabalhos científicos sobre o tema, principalmente na literatura médica. Grande parte desses trabalhos situa o problema da adesão no doente, considerando a não-adesão um comportamento, irracional, auto-destrutivo ou causado por ignorância ou falta de informações adequadas. Mesmo quando o enfoque se volta para a relação médico-paciente, em seu modelo tradicional o médico detém conhecimento e autoridade para decidir sozinho o tratamento que será prescrito e que tipo de comportamento o paciente deve adotar diante dessa prescrição.

A adesão às terapêuticas médicas (*compliance*) tem sido conceituada como a extensão em que o paciente segue as recomendações médicas, as quais podem incluir uso de medicamentos, dietas, prática de exercícios físicos e outras mudanças no estilo de vida (Haynes et al., 1979). Esse conceito tem sido largamente empregado na literatura médica e de saúde, embora sofrendo algumas críticas. Entre estas, a principal é a de que parte da premissa de que os médicos (ou profissionais de saúde) detêm o único conhecimento

legítimo sobre as doenças e os tratamentos mais apropriados; e de que a questão da adesão só pode ser compreendida sob este ponto de vista (Donovan & Blake, 1992; Hunt et al., 1989).

Procurando minimizar a dominância da ideologia médica, outros termos têm sido propostos, na língua inglesa, como *adherence* (ou *adhesion*), *drug use behavior* e, mais recentemente, *self-regulation* ou *self-management*. O termo aderência (*adherence*) tem sido utilizado no sentido de um esforço colaborativo de profissionais de saúde e pacientes para alcançarem objetivos de saúde mútuos (Rose et al., 2000).

Para demonstrar a construção social do termo “não adesão” (*noncompliance*), Lerner (1997) descreve a linguagem pejorativa e condenatória utilizada pelos médicos no início do século XX, referindo-se aos pacientes tuberculosos pobres, imigrantes e que não seguiam suas orientações. Apesar da noção de não obediência às ordens médicas anteceder a descoberta de antibióticos eficazes no tratamento das doenças infecciosas, seu uso reforçou a autoridade médica e o direito dos médicos de tratarem como desviantes aqueles que a desafiassem.

A partir da década de 1970, a questão do direito à autonomia dos pacientes passou a ser discutida, de forma crescente, embora ainda hoje, a maioria dos médicos não a tenha incorporado, de fato, à sua prática. Lerner (1997) propõe um modelo para a adesão que busca o equilíbrio entre o controle médico e poder de decisão do paciente.

Trostle (1988:1300) conceitua adesão como uma ideologia, isto é “um sistema de crenças compartilhadas que legitimam normas de comportamento e valores, ao mesmo tempo em que se afirmam baseadas em verdades empíricas”. Essa ideologia, que ajuda a “transformar o poder (influência potencial) em autoridade (controle legitimado)”, estabelece os papéis apropriados para médicos e pacientes e tem norteado a maior parte das pesquisas médicas sobre adesão. A abordagem unilateral da questão, com base na visão de mundo da profissão médica, explica, em parte, porque os resultados das investigações têm sido contraditórios e incompletos. Muitos dos cientistas sociais que estudam a adesão têm também adotado, segundo Trostle, o viés da perspectiva médica em suas investigações.

Através de uma análise histórica do conceito, Trostle demonstra que a adesão começou a ser extensamente estudada a partir da consolidação da profissão médica e não após o advento de medicamentos cientificamente eficazes, como os antibióticos, na década de 1950. O autor atribui a magnitude crescente na produção de estudos e pesquisas médicas sobre adesão nas últimas décadas, principalmente, à busca de reforço da autoridade

médica. Outras razões seriam as de ordem clínica (prejuízos no estado de saúde dos pacientes), econômica (gastos governamentais com medicamentos e interesse de indústrias farmacêuticas em divulgar medicamentos com boa aceitabilidade), além das acadêmicas.

Apesar do advento de medicamentos com comprovada eficácia científica ter ocorrido num período relativamente recente, as pessoas têm consumido substâncias e realizado práticas com finalidades terapêuticas ao longo da história da humanidade. Rotular pacientes como “não aderentes” porque seguem suas próprias idéias a respeito do cuidado com sua própria saúde seria ignorar que a medicina ocidental é um entre vários sistemas que lidam com diagnóstico e tratamento e que a relação médico-paciente é apenas uma (e, geralmente, não a mais importante) das relações sociais que influem no comportamento relacionado à doença.

Segundo Conrad (1985), duas perspectivas têm predominado no estudo da adesão aos regimes terapêuticos, do ponto de vista das ciências sociais: uma situa a origem das dificuldades de adesão na relação ou comunicação médico-paciente; a outra a situa nas crenças sobre saúde dos pacientes; as duas não são excludentes.

O mesmo autor desenvolve, a partir de um estudo sobre adesão ao tratamento da epilepsia, uma terceira perspectiva, pouco explorada em pesquisas científicas: a perspectiva centrada no doente, que o vê como um agente ativo no seu tratamento, colocando em prática suas próprias idéias sobre o uso dos medicamentos. Segundo essa perspectiva, o significado da medicação na vida diária dos indivíduos seria mais relevante para a decisão de aderir ou não ao tratamento do que a interação com o médico. A questão seria mais propriamente de auto-regulação da medicação do que de adesão ao tratamento. A decisão de interromper o uso de um medicamento é empregada, às vezes, pelos indivíduos, como um método racional e empírico de testar sua eficácia (Conrad, 1985).

Outro interessante estudo sobre a adesão ao tratamento da epilepsia, utilizando métodos da antropologia, como a observação participante e as entrevistas em profundidade, também mostrou que os doentes avaliam ativamente a conveniência dos regimes sugeridos por seus médicos. Através de uma comparação entre vantagens e desvantagens do tratamento, os doentes decidem seguir, alterar ou não seguir as orientações médicas (Trostle et al, 1983).

Tanto Carvalho et al. (1998) quanto Firmo et al. (2004), ao estudarem as concepções, representações e práticas de idosos hipertensos, verificaram que a maioria modificava o uso dos medicamentos prescritos, por meio do aumento ou diminuição das

doses ou dos intervalos entre as mesmas. Essa auto-regulação do tratamento era feita segundo as percepções a respeito de seu estado de saúde e tentativas de testar a ação dos medicamentos.

Para Donovan & Blake (1992) a não-adesão não seria um comportamento socialmente desviante, por ser tão freqüente quanto a adesão. Esses autores questionam as opiniões médicas que atribuem a não-adesão à ignorância ou à negligência dos pacientes; segundo eles, ela pode expressar tentativas dos pacientes de enfrentar a doença, uma reação à forma como têm sido tratados pelos médicos ou sua insatisfação com o sistema. Com base em um estudo realizado com pacientes de clínicas reumatológicas, os autores concluíram que não aderir ao tratamento é uma decisão racional que os indivíduos tomam a partir de um balanço entre custos e benefícios de seguirem determinada recomendação, no contexto de necessidades e desafios de suas vidas diárias.

Num estudo realizado com um grupo de mulheres americanas, pacientes de consultórios médicos particulares, Hunt et al. (1989) identificaram um *continuum*, em cujas extremidades situavam-se as pacientes altamente aderentes e as altamente não-aderentes e nas posições intermediárias, a maioria das entrevistadas, mostrando a não-adesão como mais freqüente que a adesão. As autoras observaram que a não-adesão, nesse grupo, não estava relacionada ao não entendimento das orientações médicas ou à discordância da opinião médica, mas sim resultava de tentativas de controlar seus sintomas em meio às dificuldades e pressões de uma rotina habitual de vida.

A adesão de grupos populacionais às estratégias coletivas de controle de doenças também sofre a influência direta de elementos culturais e sociais. No caso do dengue, por exemplo, as orientações transmitidas através de meios de comunicação em massa, especialmente na vigência de epidemias, para que a população de áreas afetadas participe do controle domiciliar das formas larvais do mosquito têm encontrado resistência, baseada não em ausência de conhecimento sobre o assunto, mas nas representações culturais sobre a doença e seu transmissor e nas dificuldades em que vivem as comunidades com condições econômicas e sanitárias deficientes (Claro et al., 2004).

Outro exemplo foi trazido por Nations & Monte (1996), que realizaram um estudo etnográfico em duas favelas da cidade de Fortaleza, CE, onde a incidência e mortalidade por cólera atingia, em 1993, as mais elevadas taxas do país. As estratégias governamentais de divulgação de mensagens preventivas e ações domiciliares de controle da doença, tais como cloração da água, diagnóstico de casos e tratamento preventivo ou curativo,

esbarravam na não adesão por parte dos moradores das duas comunidades. O estudo mostrou que essa resistência não estava voltada às ações de saúde em si, mas sim à estigmatização, difamação e discriminação pelas quais esses grupos sentiam-se atingidos, como “favelados”, “pessoas imundas”, por parte das camadas ricas da população e do governo. As comunidades interpretavam as ações de saúde como tentativas de evitar que a cólera atingisse os bairros mais favorecidos e até de justificar a retirada das favelas de sua proximidade.

A visão do paciente (ou de um grupo populacional), como passivo, cooperativo e obediente às orientações profissionais raramente é encontrada na vida real; os pacientes, em geral, comportam-se como agentes reflexivos, que interpretam ativamente as informações e recomendações de médicos e agentes de saúde, decidindo segui-las, ou não, totalmente ou em parte, segundo seus conhecimentos, crenças e experiências prévias e as situações de suas vidas diárias. Aproximar-se da experiência subjetiva do adoecimento contribui, dessa forma, de forma inegável, para a compreensão do comportamento relacionado à adesão.

Investigações quantitativas voltadas para o estudo dos fatores que influenciam o comportamento individual relacionado à adesão têm encontrado resultados controversos. Diversos estudos têm procurado identificar características demográficas (como idade, sexo, estado conjugal) e sócio-econômicas (como nível de renda, de instrução, ocupação, religião) dos pacientes que permitiriam prever o comportamento de não-adesão; todavia, resultados inconsistentes têm sido obtidos (Weingarten et al., 1988, Sbarbaro, 1990; Valle et al., 2000)

Estudos com hipertensos atendidos em serviços de emergência de hospitais americanos (Caldwell et al., 1970; Shea et al., 1992) relacionaram fatores como: idade; variáveis socioeconômicas; nível de conhecimento sobre a doença; curso assintomático da mesma; e diagnóstico e prescrição de tratamento obtidos durante atendimento anterior em serviços de emergência, sem acompanhamento em serviços de atenção primária, à ausência de adesão e irregularidade no tratamento.

Sackett et al. (1975) realizaram um ensaio clínico controlado com hipertensos trabalhadores de uma siderúrgica no Canadá, para testar os efeitos, sobre a adesão ao tratamento, da disponibilidade de atendimento médico dentro da empresa e de um treinamento dos pacientes quanto aos aspectos médicos da hipertensão arterial. Ao contrário da expectativa dos pesquisadores, nem a proximidade do médico, nem o maior número de informações sobre a doença aumentou a adesão dos pacientes.

Variáveis relacionadas ao esquema terapêutico são as que têm obtido maior consistência como fatores capazes de predizer o comportamento de adesão (Sbarbaro, 1990). Esta tende a diminuir com a maior complexidade do esquema terapêutico (Haynes, et al., 2002; Kjellgren et al., 1995). Quanto maior for o número de drogas utilizadas e o número de doses necessárias e quanto mais longa for a duração do tratamento, menores tendem a ser os níveis de adesão (Iskedjian et al., 2002).

Contribuem com a ausência de adesão ao tratamento os efeitos prejudiciais do mesmo sobre a qualidade de vida dos indivíduos, principalmente os efeitos indesejáveis dos medicamentos (Croog et al., 1986). Para muitos pacientes, esse efeitos tornam o tratamento mais incômodo que a própria doença, como no caso da hipertensão, muitas vezes assintomática (Chewning & Sleath, 1996).

Segundo Shapiro et al. (1987), o conceito de qualidade de vida aplicado à área médica envolve as funções fisiológica, social, intelectual e emocional. Cada uma delas pode ser afetada pelo tratamento anti-hipertensivo, no entanto, as maneiras através das quais o indivíduo percebe a influência dos medicamentos sobre o seu bem-estar têm sido pouco abordadas nas pesquisas .

A indústria farmacêutica, ao longo das últimas décadas, tem apresentado novos medicamentos mais eficazes e com menor potencial de produzir efeitos colaterais, possibilitando uma melhor qualidade de vida para os portadores de doenças crônicas.

Entretanto, a importância da informação e participação dos pacientes na escolha e avaliação do tratamento mais adequado e a disponibilidade dos profissionais em ouvir e valorizar a opinião e percepções daqueles sobre os efeitos dos medicamentos utilizados parecem ser passos necessários na busca pela melhoria da saúde – tanto dos pacientes quanto de sua relação com os médicos.

O esquema terapêutico para as doenças crônico-degenerativas geralmente inclui, além dos medicamentos, mudanças no estilo de vida. A adesão a essas recomendações é, geralmente, ainda mais difícil que às terapêuticas medicamentosas, como veremos mais adiante (Ferzacca, 2000; Rose et al., 2000).

Tem sido crescente, nas últimas décadas, o desenvolvimento de métodos para avaliação da qualidade da atenção prestada pelos serviços e profissionais de saúde, especialmente fundamentados nos trabalhos de Donabedian (1990), publicados a partir dos anos 80. Essas avaliações contemplam diferentes dimensões da atenção, tais como a oferta

de serviços, o acesso e a utilização dos mesmos, a satisfação dos usuários, o respeito aos direitos dos pacientes e a efetividade das ações de saúde.

Em relação às três primeiras dimensões, sabe-se que tanto a oferta quanto o acesso aos serviços e profissionais vão determinar, em grande parte, sua utilização. O acesso pode ser geográfico ou sócio-cultural e, entre as barreiras que o dificultam, estão o custo direto e indireto dos serviços, horários de funcionamento, tempo de espera e diferenças sócio-culturais entre profissionais e usuários (Firmo et al., 2004; Lima et al., 2004;). Além disso, o acesso aos medicamentos, sua disponibilidade e custos, diretos e indiretos, são uns dos principais determinantes estruturais da adesão, particularmente para os pacientes com menor poder aquisitivo.

Estudos sobre as percepções e avaliações de usuários acerca dos serviços e profissionais de saúde têm se desenvolvido de forma crescente nos últimos trinta anos. Um alto grau de satisfação do cliente é considerado um resultado desejado da atenção à saúde e mesmo um componente do estado de saúde do indivíduo (Calnan, 1988).

A satisfação dos pacientes com os serviços e com a relação médico-paciente tem sido apontada em vários estudos como um dos fatores associados à adesão ao tratamento (Rosenthal & Shannon, 1997; Sitzia & Wood, 1997, Hall et al., 1988a; Eraker et al., 1984). Entretanto, o significado da satisfação é altamente dependente da posição na qual o paciente percebe a si mesmo em relação ao sistema de saúde, a qual varia entre o tradicional papel passivo de pacientes e o papel ativo e crítico de consumidores de serviços (Williams, 1994).

Os componentes da satisfação que têm sido mais estudados são: o acesso/conveniência; a continuidade da atenção; a disponibilidade de recursos médicos; as relações interpessoais; as informações fornecidas; a qualidade técnica da atenção; a eficácia/avaliação de resultados da atenção, o financiamento/custo e as facilidades da instalação (Sitzia & Wood, 1997; Hall et al., 1988 b,c).

Entre esses componentes, os que têm se mostrado mais fortemente associados à satisfação e, conseqüentemente, à adesão, são as habilidades interpessoais do médico (Bensing, 1991; Sitzia & Wood, 1997; Hall et al., 1988a), a continuidade da atenção (Hjortdahl et al., 1992) e as informações fornecidas pelo médico (Hall et al., 1988a).

A relação médico-paciente é uma das peças principais desse complicado “quebra-cabeça” que é a questão da adesão. A complexidade também faz parte dessa relação, pois, além de lidar com uma questão vital como saúde/doença, ela envolve a interação de

indivíduos em posições sociais assimétricas, as quais trazem implícitas noções de superioridade/inferioridade; dominação/submissão; controle/dependência.

Na busca de alternativas para a tradicional relação centrada na autoridade médica, têm sido propostos novos modelos, como as relações centradas nos clientes, ou de relações onde o controle e o poder de decisão são compartilhados (Chewning & Sleath, 1996; Charles et al., 1997 e 1999; Guadagnoli & Ward, 1998).

Destacam-se três modelos de relação médico-paciente: o modelo tradicional paternalista, onde o médico toma as decisões e o cliente tem um papel passivo, receptivo e dócil; o modelo informativo, onde o médico é um prestador de serviços e o cliente, um consumidor, que, de posse das informações fornecidas, toma as decisões; e o modelo comunicacional ou de decisões compartilhadas, no qual as duas partes trocam informações, constroem um consenso e decidem que estratégia terapêutica será utilizada e, posteriormente, avaliada conjuntamente (Caprara & Franco, 1999).

Entre esses modelos, observa-se, na prática, um gradiente de participação do cliente, que varia segundo as características e preferências deste, a organização do sistema de saúde, o perfil do médico, do serviço, e a gravidade e urgência do caso.

A divisão mais equilibrada de poder e controle dentro da relação parece influenciar a adesão; se o ponto de vista e as motivações do paciente são expressos e levados em consideração no processo de decisão, a adesão às resoluções terapêuticas tende a aumentar (Ong et al., 1995).

Haynes (2002), um dos autores que tem estudado intensivamente a questão, sob o ponto de vista médico, desde a década de 1970, recomenda a combinação de um esquema terapêutico o mais simples possível, a negociação de prioridades com o paciente, o fornecimento de informações claras sobre a doença e o tratamento, o monitoramento do comparecimento às consultas e do uso da medicação, a ajuda de familiares - se o paciente consentir - e o reforço constante a respeito da importância da adesão.

O papel das relações interpessoais na adesão tem sido comprovado em vários estudos que ressaltam a importância do apoio, a supervisão e o encorajamento de familiares e do médico como alguns dos fatores mais importantes (Eraker, 1984; Marín-Reyes et al., 2001; Kyngas et al., 1994).

Uma revisão da literatura sobre adesão à medicação antihipertensiva foi realizada por Kjellgren et al. (1995). Os autores apontaram as conseqüências da não-adesão, em termos de complicações da doença, hospitalizações e custos elevados para os sistemas de

saúde, porém destacam que, para os pacientes, essas conseqüências parecem longínquas e abstratas e, geralmente, não motivam mudanças nas atitudes relacionadas ao tratamento, medicamentoso ou não. O acompanhamento mais próximo dos pacientes, individualmente e em grupos, com explicações simples sobre a doença e o esquema terapêutico, e o estímulo à sua participação nas decisões terapêuticas e à narrativa das dificuldades para o cumprimento destas, parece oferecer motivações mais concretas.

Esses autores abordaram a questão do controle na relação médico-paciente, colocando-a em oposição à idéia de cooperação. Quando o foco está no controle do paciente, o problema da adesão adquire uma perspectiva unidirecional (voltada do médico para o paciente), dificultando a participação deste e a discussão das suas dificuldades e prioridades. A cooperação é ilustrada pelos autores num diagrama onde uma equipe multiprofissional e os pacientes trocam conhecimentos, informações sobre percepções e atitudes, resultando daí decisões e avaliações sobre o esquema terapêutico.

Aspectos afetivos da relação médico-paciente, tais como o respeito, a sinceridade, o acolhimento e, especialmente, a empatia, têm sido objeto de interesse crescente (Ong et al., 1995; Squier, 1990; Stevenson et al., 2000). Para esses autores, a comunicação médico-paciente apresenta um componente relacionado à “cura” (*cure*), que inclui aspectos técnicos e cognitivos e outro relacionado ao “cuidado” (*care*), que inclui aspectos afetivos. As necessidades dos pacientes de obterem mais informações médicas sobre a doença e o tratamento estão ligadas à questão da “cura” (conhecer e compreender); e as de expressarem suas concepções, experiências e emoções estão ligadas à questão do “cuidado” (ser conhecido e compreendido).

A empatia tem sido considerada por alguns como a essência de uma boa relação médico-paciente. Estudos sobre a relação entre empatia e adesão mostram que, se os pacientes obtêm, no encontro com o profissional, um grau satisfatório de alívio de suas tensões e de resposta às suas questões, tendem a aderir ao tratamento (Squier, 1990).

Um estudo qualitativo realizado na Suécia investigou os motivos da adesão e não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Svensson et al., 2000). As principais razões mencionadas pelos pacientes aderentes foram a confiança no médico, seguida do medo de complicações da doença. Os pacientes não-aderentes mencionaram a ocorrência de efeitos indesejáveis dos medicamentos, o fato de não gostarem de utilizar medicamentos de um modo geral e a ausência de sintomas da doença. Noções da hipertensão como uma condição intermitente que necessitaria de tratamento apenas na presença de sintomas ou de

fatores estressantes externos contribuíam para interrupções na utilização da medicação. Os pacientes não se sentiam à vontade, nem eram encorajados a conversar com o médico sobre suas práticas de auto-regulação da medicação. A melhoria da qualidade da comunicação entre médicos e pacientes foi destacada pelos autores como a principal estratégia para aumentar a adesão.

Trostle et al. (1983), ao estudarem pacientes com epilepsia, observaram que estes avaliam continuamente a qualidade e a conveniência da atenção médica, utilizando um modelo idealizado ou oriundo de experiências prévias. Com base nestas avaliações, decidem seguir ou não as recomendações médicas, procurar outros profissionais ou tratamentos alternativos, comportamentos estes que fazem parte dos direitos do paciente como consumidor. A interação médico-paciente é apenas uma parte do complexo manejo da doença na vida cotidiana.

Apesar do manejo da doença não passar apenas pelo médico, a qualidade de sua relação com o doente, aproximando-se de forma compreensiva de suas crenças, motivações e prioridades é capaz de, não apenas melhorar a adesão ao tratamento indicado, mas de exercer, por si só, um efeito terapêutico fundamental.

2.4 Risco e Estilo de Vida

Incluimos nessa revisão, uma discussão sobre as questões “risco” e “estilo de vida” em função de sua relevância, não só para a compreensão do comportamento vinculado à adesão aos tratamentos não medicamentosos para a hipertensão arterial, mas porque essa doença adquiriu um *status* de importância para a saúde pública por se configurar, ela própria, em importante fator de risco para outras doenças cardiovasculares que apresentam elevadas taxas de mortalidade populacionais.

A transição das doenças infecciosas para as doenças crônicas como principais causas de morbi-mortalidade originou importantes mudanças na cultura médica nas sociedades industriais do século XX. A identificação, a partir de estudos epidemiológicos, de associações entre doenças e fatores etiológicos variados levou à ênfase na prevenção e na noção de risco.

Como foi mencionado no capítulo anterior, o conceito “estilo de vida” abrange uma série de fatores vinculados ao comportamento individual como causas de diversas doenças. Esse conceito vinculou-se a uma perspectiva ideológica que enfatiza a responsabilidade pessoal do indivíduo na manutenção de sua própria saúde e prevenção de doenças, centrada na idéia de “um estilo de vida saudável” (Davison, 1992). Os campos geralmente englobados pela noção de “estilo de vida” incluem a alimentação, as atividades de lazer, a prática de exercícios físicos e esportes, as práticas sexuais, o uso de drogas (legais ou não) e as atividades de manutenção do corpo (higiene, sono, etc.).

Deborah Lupton, uma autora que têm estudado a questão do risco de forma aprofundada, questiona como os riscos são construídos como fatos sociais. Sua abordagem pelas ciências exatas colocam-nos como fatos objetivos, isentos de subjetividade e de valoração. A abordagem científica do risco é considerada neutra e sem vieses. Os riscos seriam fatos da natureza, passíveis de serem identificados, mensurados e controlados por meio do conhecimento científico (Lupton, 1999). Uma questão que merece cuidados é a de que o conceito de risco é produzido pela transposição acrítica das associações epidemiológicas (derivadas de populações inteiras) para o campo da vida individual.

As respostas de pessoas leigas aos riscos são, frequentemente, consideradas “não científicas” e são identificadas e analisadas através de modelos psicológicos de comportamento humano, como por exemplo, o *Health Belief Model*, que tem sido utilizado

em áreas como a promoção e a educação em saúde. Esses modelos representam a ação humana como volitiva, racional e livre de emoções e consideram o comportamento de prevenção de riscos como racional, e seu oposto, como irracional (Lupton, 1999).

Segundo Lupton, a abordagem sociocultural do risco enfatiza os contextos sociais e culturais nos quais o risco é compreendido e negociado. Segundo essa perspectiva, o risco tornou-se um importante conceito cultural e político, em torno do qual indivíduos, grupos sociais e instituições são organizados, monitorados e regulados.

Três grandes grupos teóricos compõem essa abordagem: o simbólico-cultural, representado pelos trabalhos de Mary Douglas (1976; 1992), o estruturalista crítico, representado pelos teóricos da “sociedade de risco” - Ulrich Beck (1992) e Anthony Giddens (1990) e o pós-estruturalista, inspirado nos trabalhos de Michel Foucault.

A corrente simbólico-cultural vê o risco como uma resposta socialmente construída para um perigo que existe objetivamente, ainda que o conhecimento sobre ele seja mediado por processos socioculturais. Para Mary Douglas, o corpo humano é um microcosmo conceitual para a sociedade e seu controle é uma expressão do controle social. O risco pode ser entendido como uma resposta cultural à transgressão e é usado para atribuir culpa, substituindo outras noções como o pecado (Douglas, 1992).

A corrente estruturalista crítica analisa como o conceito de risco se relaciona com a condições da modernidade tardia, enfocando os processos de individualização, reflexividade e globalização. Para ela, os indivíduos nas sociedades ocidentais contemporâneas estão vivendo um período de transição de uma sociedade industrial para uma “sociedade de risco”, na qual a produção de bens é acompanhada da produção de riscos, cuja prevenção tornou-se uma questão central. O comportamento aparentemente irracional dos leigos em relação aos riscos seria uma resposta altamente racional à falha da ciência e da tecnologia em lidar com os crescentes riscos da modernidade tardia (Lupton, 1999).

A individualização, trazida pela modernidade, tem permitido aos indivíduos a produção de sua própria biografia, livres das normas tradicionais e obrigatórias. A avaliação do risco envolve a escolha entre possíveis cursos de ação e a conseqüente responsabilidade envolvida nas escolhas, que dizem respeito, por exemplo, ao estilo de vida. O próprio corpo é cada vez menos visto como “dado” e cada vez mais sujeito à manipulação da vontade individual (Lupton, 1999).

A corrente pós-estruturalista enfatiza as questões da regulação política e controle social, que, segundo Foucault, começou a emergir com o desenvolvimento dos estados modernos, quando estes passaram a ver seus cidadãos como um corpo social requerendo intervenção, manejo e proteção, de modo a maximizar as riquezas, o bem-estar e a produtividade. Segundo essa perspectiva, o risco pode ser entendido como uma *tecnologia moral*, uma estratégia governamental de poder regulatório, por meio do qual populações e indivíduos são monitorados e manejados. O comportamento individual de prevenção de riscos está relacionado com questões de auto-controle, auto-conhecimento e auto-melhoramento, envolvendo a internalização, pelos sujeitos, dos objetivos do governo institucional (Lupton, 1999).

Scheper-Hughes & Lock (1987) em sua revisão sobre as abordagens antropológicas sobre o corpo, que delimitam o corpo individual, o corpo social e o corpo político, associam esse último com a regulação, vigilância e controle dos corpos (individual e social) na reprodução, sexualidade, trabalho e lazer, na saúde e doença. Segundo essas autoras, na sociedade ocidental, o corpo política e culturalmente “correto” é o corpo belo, forte e saudável, através do qual os valores centrais da autonomia, competitividade, juventude e auto-controle se manifestam.

Spink (2001) realizou uma vasta revisão da literatura acerca dos sentidos históricos e dos discursos sobre o risco. Segundo a autora, a palavra risco começou a ser utilizada na pré-modernidade, associada à idéia da previsibilidade e de controle sobre o futuro. Através do desenvolvimento da teoria da probabilidade e da estatística, colocada a serviço do estado, o conceito de risco assumiu papel fundamental na modernidade clássica.

Na modernidade tardia, sofisticou-se o cálculo dos riscos, nas áreas da epidemiologia e da gestão de riscos, tendo como base o conhecimento científico (Spink et al. 2002). A sociedade disciplinar cedeu lugar à sociedade de risco. Os complexos e imponderáveis riscos globalizados passam, a exigir, nos tempos contemporâneos, novos mecanismos de gestão, tanto no nível das populações, quanto no da pessoa, envolvendo a gestão da informação, especialmente através da mídia, os mecanismos de vigilância e o autocontrole do estilo de vida (Spink, 2001; Spink et al., 2002). A autora discute a emergência recente de uma dimensão positiva do risco, por meio da conexão entre risco e aventura, onde a ousadia, o desafio, a coragem e a emoção são elementos que se unem numa negação do tradicional.

Na área de saúde coletiva, o termo promoção da saúde é geralmente usado para descrever atividades voltadas para o manejo da saúde de populações, enfatizando a prevenção de doenças e o uso dos meios de comunicação em massa para divulgar comportamentos adequados à saúde (Lupton, 1995). Um dos maiores problemas enfrentados nessa área é a não adesão de uma boa parte dos indivíduos a essas mensagens sobre um estilo de vida saudável, que tem sido atribuída a duas causas principais: a falta de conhecimento adequado sobre os riscos e a uma atitude fatalista que vê a saúde como sendo determinada, em grande parte, por forças fora do controle individual.

Para Davison et al. (1992), a atitude denominada “fatalismo”, um termo que sugere fortemente ignorância e irracionalidade, revela-se como um elemento importante dentro de um sofisticado sistema de crenças, que reconhece vários tipos de causas e explicações no campo das doenças, estando apenas uma parte delas relacionada ao comportamento individual.

Alguns pesquisadores têm realizado estudos empíricos que investigam os modos pelos quais as pessoas constroem seu conhecimento e comportam-se em relação aos riscos no contexto de suas vidas cotidianas. A relação que as pessoas têm com o conhecimento de peritos sobre risco é altamente complexa e não se limita a uma questão de escolha entre opiniões divergentes, mas sim de construção de seu próprio conhecimento. A suposta irracionalidade nas respostas de leigos ao risco são de fato baseadas num julgamento racional, que faz sentido no contexto da situação vivida.

Muitos estudos têm mostrado que a ignorância dos principais fatores de risco comportamentais identificados pela epidemiologia é muito rara, assim como a crença de que saúde e doença estejam totalmente dentro ou totalmente fora do controle individual. A grande maioria da população compartilha a crença que certos comportamentos individuais são danosos e outros são benéficos para a saúde, mas essas crenças não implicam na noção que comportamentos danosos vão sempre causar doenças ou morte e que comportamentos benéficos serão uma garantia de boa saúde. A crença na influência dos comportamentos individuais sobre a saúde coexiste e é colocada em relação com o reconhecimento de uma série de outras forças potencialmente patogênicas. A opção por comportamentos reconhecidamente danosos pode se dar ainda em função de benefícios pessoais proporcionados por esses comportamentos, em áreas não diretamente relacionadas à saúde (Davison et al., 1992).

Davison et al. (1992) denominam “epidemiologia leiga” (*lay epidemiology*) à prática cultural que advém da observação rotineira de casos de doença e morte nas redes sociais, por parte das pessoas leigas. Através da avaliação das circunstâncias envolvidas nesses casos, os leigos constroem suas próprias explicações para as causas das doenças, apoiando ou rejeitando as explicações científicas. A “epidemiologia leiga” fornece às pessoas ainda o reconhecimento de que algumas causas de doenças estão sob o controle individual e outras estão além deste, envolvendo campos como a hereditariedade, fatores socioeconômicos, ambientais, e um campo onde opera a “sorte” ou o “destino pessoal”. Esse reconhecimento fornece a base para as atitudes dessas pessoas em relação à prevenção. Um exemplo comumente citado envolvendo a questão da sorte é o de indivíduos cujo estilo de vida eram compatíveis com uma boa saúde, mas cuja experiência de vida mostrou o oposto (ou vice-versa).

A responsabilidade individual envolvida difere segundo a doença: por exemplo, as doenças sexualmente transmitidas, a cirrose hepática e o câncer de pulmão são mais fortemente associadas com a contribuição pessoal entre as causas; a doença coronariana envolve tanto fatores relacionados ao estilo de vida quanto a fatalidade, como mostrou o estudo de Davison et al. (1992) com comunidades inglesas. O conhecimento dos fatores de risco para a doença coronariana divulgados pelo movimento de educação em saúde e através da mídia (fumo, dietas gordurosas, falta de exercícios) é quase universal, tanto para os que adotavam quanto para os que não adotavam os estilos de vida recomendados. Para esses últimos, o comportamento de não adesão não era guiado pela irracionalidade, mas pela consideração de outros elementos, dentro de um contexto pessoal e social mais amplo.

Um dos elementos fundamentais da vida humana e que não é levado em conta no discurso sobre risco e prevenção de doenças é a questão do prazer, do relaxamento, em contraposição ao controle. Os usuários de cigarro e de álcool são representados por esse discurso como indivíduos problemáticos, fracos, com falta de auto-controle. Essas acusações não levam em conta a natureza simbólica dessas atividades, as emoções que giram em torno do seu uso, assim como sua participação na construção da subjetividade. Para muitos grupos sociais, o álcool está associado ao bom-humor, à festividade e ajuda a dissolver hierarquias sociais (Lupton, 1995).

Para outros grupos e indivíduos, o cigarro também é fonte de prazer, distração, aliviando o tédio, ajudando a relaxar e a lidar com emoções negativas. Um estudo com jovens mães fumantes, de classes sociais desfavorecidas, revelou que, para elas, os

benefícios psicossociais do fumo (alívio do estresse, divertimento barato, ajuda para acalmá-las e melhor poder cuidar das crianças) tinham prioridade sobre o risco de dano fisiológico (Graham, 1987).

As restrições dietéticas, recomendadas como forma de prevenção ou tratamento de doenças, eliminam também, muitas vezes, alimentos que são considerados fontes de prazer e alegria. Apesar do conhecerem seu papel como fatores de risco, as pessoas podem optar por práticas “não saudáveis” em função desses aspectos fundamentais.

Lupton & Chapman (1995) chamam a atenção para o fato de que, nas sociedades ocidentais, os alimentos “saudáveis” e que “não engordam” são considerados “civilizados”, ao passo que alimentos gordurosos ou açucarados, considerados “não saudáveis” indicam falta de “refinamento social”. A oposição entre alimentos “bons” e “maus” para a saúde, segundo esses autores, traz em si embutida a tensão entre a busca da saúde e a busca do prazer. Em seu estudo sobre os discursos leigos a respeito de dieta e prevenção de doenças cardiovasculares, essa oposição surgiu fortemente sob a forma de disciplina e controle, por um lado, e relaxamento, por outro. A disciplina era vista, pelos participantes do estudo, como necessária para se implementar programas de exercícios, seguir dietas, vigiar o peso, passos que levariam à saúde, tida como um objetivo a ser conquistado através do esforço pessoal. Ao lado desse discurso moralista predominante que atribuía o estado de saúde à responsabilidade individual, colocava-se outro discurso, que valorizava o relaxamento, o “aproveitar a vida”, buscando um alívio para as tensões e o estresse da vida contemporânea.

A propaganda através da mídia ilustra essa contradição, quando, ao lado de mensagens sobre os efeitos danosos à saúde do sal, gordura e colesterol, valores como prazer, alegria, comodidade e praticidade são associados à *fast-food*.

Num estudo com americanos portadores de diabetes, Ferzacca (2000) descreve o caso de um paciente, de cujo esquema terapêutico seu médico havia retirado a insulina, mas que continuava utilizando-a, de maneira disciplinada, numa estratégia de manter a glicemia baixa e poder continuar ingerindo alimentos que, para ele, representavam prazer. Outro paciente, na mesma investigação, utilizava insulina, que ele associava à saúde e mantinha o uso de bebidas alcoólicas, que ele associava à alegria de viver.

Lima et al. (2004), em seu estudo sobre as crenças e atitudes relacionadas aos fatores de risco para a hipertensão em uma população urbana de baixa renda em Fortaleza concluíram que a relevância da questão do prazer, em meio às carências cotidianas,

representava um dos maiores obstáculos para a mudança de comportamentos e para a adesão a um estilo de vida considerado “saudável”.

Segundo Bibeau (1997), em nossas sociedades “os comportamentos normativos são definidos por painéis de expertos e profissionais investidos com autoridade moral para declarar o que é bom para as pessoas” (p.250). Desse modo, as normas pregadas pela saúde pública conduzem a uma homogeneidade normativa. Ele antevê uma tendência a um controle social crescente sobre as vidas individuais, através da legislação do estado “contra toda a sorte de excessos (alimentação, gorduras, preguiça, auto-indulgência)” e sua promoção, “com a ajuda dos especialistas da saúde pública, de um ascetismo comum para todos os cidadãos” (p.251). Para esse autor, o discurso relativista da antropologia deveria ser usado para combater esta tendência.

3. O CONTEXTO DA PESQUISA

3.1 O Local do Estudo

Escolhemos, como local de estudo, uma comunidade de pescadores situada no bairro de Itaipu, na região oceânica do município de Niterói, estado do Rio de Janeiro. O bairro de Itaipu apresentou um grande crescimento populacional nas últimas décadas, resultante do movimento migratório vindo de outros bairros da cidade, e de outros municípios do estado, entre eles o Rio de Janeiro, para a região oceânica de Niterói, inicialmente com o predomínio de casas de veraneio e, posteriormente, assumindo um perfil residencial. Predomina no bairro uma população de classe média, distinguindo-se alguns condomínios horizontais com habitantes de classe média-alta. Quanto à população de baixa renda, observam-se, no bairro, dois grupos principais: um formado pela comunidade de pescadores do Canto de Itaipu e, o outro, de formação recente, por moradores que ocuparam parte das terras que margeiam a lagoa de Itaipu.

O Canto de Itaipu faz parte de uma colônia de pesca, Z-7 (antiga Z-10, fundada pelo Ministério da Marinha em 1921), onde desenvolve-se tradicional atividade de pesca artesanal e sobre a qual já foram realizados interessantes estudos antropológicos (Kant de Lima & Pereira, 1997; Pessanha, 2003). Trata-se de uma comunidade antiga e que sofreu, nas últimas décadas, mudanças importantes em função da urbanização da região, entre as quais se destacam a redução da pesca e a dispersão, de grande parte dos moradores, para bairros vizinhos.

A antiguidade da ocupação da região é atestada por construções datadas do início do século XVIII, a Igreja de São Sebastião e o Recolhimento Jesuíta, tombados pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. As ruínas deste último foram transformadas no Museu Arqueológico de Itaipu. A atividade pesqueira na praia e na lagoa de Itaipu, situada próximo à praia, representava a principal produção de pescados para Niterói e outros municípios próximos, mesmo antes de ser construída a estrada ligando Itaipu a Niterói, em 1923 (Kant de Lima & Pereira, 1997). Os pescadores ocupavam a terra vizinha à praia, construindo ali suas casas e galpões para guarda de canoas, redes e outros utensílios. As habilidades pesqueiras eram transmitidas de pais a filhos e as mulheres,

geralmente, eram responsáveis pela confecção artesanal de redes de pesca (Pessanha, 2003).

Durante a década de 70, o loteamento de grande parte da região de Itaipu por uma companhia imobiliária obrigou a maior parte dos pescadores, que moravam em casas situadas na praia e em torno da lagoa, a ocuparem terrenos ao longo da estrada que leva a Niterói e em bairros vizinhos, como o Engenho do Mato (ver figura 1), de onde passaram a se deslocar para a praia utilizando ônibus ou bicicletas (Pessanha, 2003). Uma das entrevistadas descreve como vivenciou essa mudança:

Eu morava lá em Itaipu mesmo e aí a [Companhia imobiliária] tomou conta daquilo tudo ali. Aí quem morava ali do lado que a [Companhia imobiliária] tomou conta, ela indenizou as pessoas. Eu morava lá e ela me indenizou, comprou esse terreno aqui pra mim. Muito tempo, tem trinta e poucos anos que eu moro aqui. No começo, eu não gostava, que aqui não tinha nada. Só tinha eu de moradora. Quando eu vim morar pra aqui, eles tudo pequeno, nove filhos, era casa de madeira, aí no dia seguinte meu marido teve que viajar pra Cabo Frio e eu sozinha com eles aqui. Olha, eu sentava naquele muro ali com eles igual galinha com os pintinhos... Juntava eles tudo perto de mim e começava a chorar. Uma choradeira... Que eu sentia falta da onde eu tava, lá de Itaipu, criada lá, meu pai, minha mãe, todo mundo ali. Meus filhos todos, a maioria nascidos lá... Eu tive só dois que nasceram aqui, o resto tudo nascido lá. Aí eu chorava muito, ficava muito triste, não tinha ninguém, ninguém, ninguém, ninguém... O último filho que eu fui ter, foi aqui. Eu tive que ficar quase um mês internada no hospital, porque meu marido foi viajar, pra mim ficar sozinha aqui e passar mal, não ter ninguém pra socorrer... Então ele preferiu me deixar internada e ele viajar tranquilo. Aí depois foi melhorando, como você ta vendo agora aí. Mas não tinha luz, não tinha asfalto, não tinha água, não tinha telefone, não tinha nada. Não tinha essas casas, nada, nada, nada, Um matagal, meu Deus do céu. Muito mato mesmo. E eu sozinha aqui sem luz, luz de lamparina, de querosene. Aí foi progredindo, progredindo, hoje ta aí. Eu falo pra ele: a única humilde agora que mora agora aqui sou eu. Que o resto é tudo gente da grana. (E23)

A abertura, por essa companhia, de um canal ligando o mar à lagoa de Itaipu, como parte do projeto imobiliário, dividiu a antiga praia de Itaipu, com 3,5 km de extensão, em duas partes: a menor, situada ao leste, ao pé de uma formação rochosa, a Ponta de Itaipu, também conhecida como Morro das Andorinhas, continuou a ser chamada Praia de Itaipu ou Canto de Itaipú, e consiste numa enseada, de águas tranquilas. Na mais extensa, conhecida como Praia de Camboinhas, com “mar aberto”, foram construídos condomínios com casas luxuosas (Mibielli, 2004).

A abertura do canal e outras alterações ambientais tiveram como consequência a extinção da tradicional pesca de camarões e a redução drástica dos peixes na lagoa. A interrupção da comunicação entre a Praia de Camboinhas e o Canto de Itaipu, em função do canal, a inexistência de linhas de ônibus em Camboinhas e a valorização crescente dos

terrenos aí situados, a partir de então, obrigou os pescadores que tinham casas ou ranchos de pesca nessa parte da praia a se mudarem.



Fonte: www.urbanismo.niteroi.rj.gov.br/bairros

Figura 1: Mapa de Niterói com a divisão em bairros

Algumas das famílias de pescadores que permaneceram no canto de Itaipu construíram bares na areia da praia, os quais, especialmente a partir da década de 90, transformaram-se em bares-restaurantes rústicos, especializados em frutos do mar. A maioria desses bares-restaurantes não pertence mais às famílias de pescadores. Outros moradores da área mantêm atividades de pesca ou venda de pescados, assim como outras atividades profissionais diversas.

Como Itaipu é a última praia da região oceânica de Niterói, a estrada para essa região termina ali, num largo onde se localizam pontos finais de várias linhas de ônibus e vans, além de permitir, em terrenos próximos, o estacionamento de um grande número de veículos. O Museu Arqueológico localiza-se próximo a esse largo, em frente à sede da

colônia de pesca Z-7. Ao lado do museu, fica a entrada da vila, de onde parte uma ruela estreita, cimentada, que ocupa quase toda a extensão do canto de Itaipú, onde situam-se alguns estabelecimentos comerciais, como padaria, peixaria, mercadinho, bares e a parte interna dos bares que terminam na areia da praia. Dessa ruela, se tem acesso à aproximadamente sessenta casas situadas no sopé do Morro das Andorinhas. Cerca de metade dessas casas não pertencem mais a pescadores, pois foram vendidas a veranistas e a outros tipos de profissionais que ali vieram residir.

Durante os “dias de semana”, a praia é utilizada principalmente para a pesca e venda de pescados. Observam-se grupos de pescadores puxando redes de arrastão, ou consertando-as e outros chegando do mar em barcos de pesca, além dos grupos de vendedores de peixes.

Nos finais de semana, embora ocorra atividade de pesca e venda de pescados de manhã cedo, um pouco mais tarde o aspecto da praia se modifica bastante, com a afluência de banhistas. Estes, em sua maior parte pertencentes à população de menor poder aquisitivo residente em Niterói e em São Gonçalo. Também observam-se freqüentadores de classe média e aqueles de maior status social, que chegam em iates, atraídos pela boa comida da região e pelo mar calmo. Nesses dias, as atividades realizadas na praia são voltadas para o lazer e turismo, sendo que os bares-restaurantes colocam na areia da praia um grande número de mesas e cadeiras para os banhistas. Circulam entre eles muitos vendedores ambulantes, a maioria residente fora do local.

3.2 O Trabalho de Campo

O objetivo principal dessa investigação era conhecer a experiência de um conjunto de pessoas portadoras de hipertensão arterial em relação à convivência com essa doença e à busca e adesão a esquemas terapêuticos. Além disso, nos interessava também saber o que pensavam sobre a hipertensão, suas causas, conseqüências, sintomas, gravidade.

Em função desses objetivos, preferimos que a escolha dos entrevistados não se desse através de um serviço ou profissional de saúde, pois essa opção, embora pudesse facilitar o acesso a pacientes com diagnóstico de hipertensão, poderia também trazer vieses à investigação do comportamento relacionado ao tratamento, dos motivos de não-adesão e da própria experiência dessas pessoas situada além do papel de pacientes. Desse modo, optamos por entrevistar pessoas com hipertensão selecionadas a partir de sua inserção numa comunidade.

Escolhemos a comunidade de pescadores de Itaipu por ser uma comunidade que faz parte de projetos de pesquisa em andamento na Universidade Federal Fluminense (UFF), onde atuo como docente no Departamento de Saúde e Sociedade, do Instituto de Saúde da Comunidade. Esse fato, além de permitir um intercâmbio com outros pesquisadores e enriquecimento mútuo dos materiais de pesquisa, facilita o acesso aos moradores, fato que, na situação atual de violência observada em várias comunidades de Niterói e do Rio de Janeiro, é bastante relevante.

O planejamento do trabalho de campo e a escolha das estratégias e instrumentos de pesquisa foram orientados, especialmente, pela leitura da obra de Minayo (1999) sobre pesquisa qualitativa em saúde. Meu primeiro contato com a comunidade de Itaipu (na condição de pesquisadora) se deu através de colegas do Departamento de Antropologia da UFF, que me apresentaram a um dos pescadores mais antigos da região e importante líder comunitário, que logo se prontificou a me ajudar, levando-me a conhecer pessoas portadoras de hipertensão arterial na comunidade. Através dele também conheci um pouco da história do local e de seus problemas mais recentes.

Desse modo, ao ser apresentada a pessoas que tinham o diagnóstico de hipertensão, solicitava sua participação na pesquisa, explicando suas finalidades. Uma cópia do termo de consentimento (Anexo 1) ficava com cada pessoa que concordava em participar. Era então agendada uma entrevista ou, se possível, realizada no mesmo dia.

Apresentei-me, àqueles que convidava a participar, como professora da UFF que estava realizando uma pesquisa como parte de seu curso de pós-graduação. Apesar de ter formação médica, optei por não me apresentar como médica, com receio desse fato me distanciar dos entrevistados e dificultar a espontaneidade de suas narrativas sobre fatos envolvendo relações com médicos e serviços de saúde e suas práticas relacionadas com a adesão às recomendações médicas. De fato, eu atuo como docente na área de ciências sociais aplicadas à saúde e não como médica e, no Instituto de Saúde da Comunidade da UFF, tenho colegas das mais variadas formações profissionais, dentro e fora da área de saúde.

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa a observação de campo, cujos dados estão registrados em um diário de campo e a entrevista em profundidade. Foi elaborado um roteiro para as entrevistas (Anexo 2), suficientemente flexível, de modo a permitir que as mesmas fossem o menos diretivas possível, que fossem “conversas com finalidade”, como orienta Minayo (1999:99). Nosso interesse era entrevistar pessoas adultas, de ambos os sexos, que tivessem o diagnóstico de hipertensão arterial há pelo menos dois anos. A informação sobre o diagnóstico e sua duração foram obtidas dos próprios entrevistados.

Ao escrever o projeto de pesquisa, eu tinha em mente realizar as entrevistas nos domicílios dos participantes, prevendo que dessa forma teríamos mais privacidade e seria possível observar aspectos de sua vida familiar e doméstica. Para minha surpresa, grande número de participantes preferiu que as entrevistas fossem realizadas na praia, local onde geralmente eu travava conhecimento com eles. Realizamos, assim, entrevistas sentados em cadeiras dos bares situados na praia ou em barcos que estavam na areia.

Logo percebi que, para aquela comunidade, a praia é o centro principal de suas atividades econômicas, de lazer, de interação social – é onde eles passam a maior parte do tempo. Muitos, logo que acordam, vão até à praia e depois voltam em casa para tomar seu café da manhã, retornando depois para a praia. No período em que frequentei a praia de Itaipu – de abril a agosto de 2004, ou seja, no outono e inverno – e, geralmente, de segunda à sexta-feira, com exceção de alguns sábados, não vi nenhum morador tomando banho nas águas do mar. Eles frequentam a areia da praia, onde se encontram, conversam, consertam suas redes, compram e vendem peixes e fecham negócios relacionados à pesca.

Segundo antropólogos que realizaram etnografias no local, os pescadores de Itaipu dividem o ano em “inverno” e “verão” (Kant de Lima & Pereira, 1997; Mibielli, 2004). O

“inverno” é o período que vai de abril-maio à agosto-setembro e o “verão” é o restante do ano. No “inverno”, praticava-se a tradicional pesca da tainha, que se extinguiu com o desaparecimento dessa espécie do local. Hoje em dia é a época em que predomina a pesca de rede de espera. O verão é o período em que se pratica, principalmente, a pesca de arrasto.

Cedo me dei conta também de que a “comunidade de Itaipu” não podia, de modo algum, ser restrita àqueles que residiam próximo à areia da praia, mas incluía, além de todos os que lá trabalhavam (na pesca, comércio de peixes, bares e outros estabelecimentos comerciais), aqueles que se vinculavam, de um modo especial, ao local e o freqüentavam cotidianamente. Desse modo, foram incluídas no estudo, pessoas que não moravam em Itaipu, residindo geralmente próximo ao local, mas o freqüentavam por motivo de trabalho ou estavam ligadas de uma forma muito próxima a pessoas ou famílias lá residentes. Como já foi explicado, a urbanização da região implicou na mudança da maior parte dos antigos moradores da praia de Itaipu para localidades vizinhas.

Um dos primeiros entrevistados, por exemplo, foi um motorista de ônibus que praticava a pesca por lazer e freqüentava a praia, onde mantém relações de amizade desde a juventude, quase que diariamente:

Aqui na praia de Itaipu mesmo eu não moro, eu moro mais afastado um pouquinho, ali antes do Engenho do Mato, num lugar que chama Vale Feliz. Eu moro ali agora há 8 anos só. Mas eu nasci e me criei em Itacoatiara. Vivo mais aqui do que lá. Eu já pesquei. Minha profissão não é pescador, eu sou motorista de ônibus, coletivo. Eu estou encostado, to no benefício do INSS há 1 ano e 7 meses. Mas sempre pesquei também, férias, folga, quando tava desempregado. A minha vida é isso aqui, é pescaria, é praia, é tipo fosse uma doença isso aqui; chovendo ou ventando, estou aqui na praia. (E2)

Como já chamava a atenção Kant de Lima, em seu estudo etnográfico da atividade pesqueira na região, “há um grande contingente de filhos de Itaipu que, embora trabalhando em outras atividades (...), pescam aos domingos e feriados” (p.65) (Kant de Lima & Pereira, 1997). A grande maioria dos entrevistados tem relações próximas com a atividade da pesca – muitos são pescadores, vendedores de peixes ou seus familiares; ou atuam nos bares-restaurantes situados na orla da praia, onde se comercializam refeições à base de frutos do mar.

Freqüentar a praia de Itaipu permitiu, portanto, que eu observasse uma parte importante da vida da comunidade. Ao chegar ao local, dirigia-me logo à areia da praia,

cumprimentava as pessoas que já conhecia ou conversava um pouco com elas e procurava aqueles que havia combinado entrevistar, geralmente na própria praia.

Observei, na areia da praia, a organização de grupos habituais de pessoas. Havia sempre dois ou três grupos de pescadores, consertando redes, conversando, ou puxando barcos que chegavam do mar. O grupo mais numeroso era o de vendedores de peixes, que montam diariamente bancas de madeira rústicas próximo à água do mar, onde vendem os peixes e frutos do mar que compram dos pescadores. Além dos vendedores, freqüentam esses grupos os compradores de peixes, vários pescadores e moradores do local que se reúnem para conversar e olhar os peixes. Participei, algumas vezes, de conversas nesses grupos, que me deram a oportunidade de conhecer melhor algumas idéias e práticas comuns às pessoas da comunidade, além de conhecer também diversas variedades de peixes e suas características.

Como mencionei, Itaipu tem uma grande afluência de banhistas nos finais de semana, principalmente aos domingos. Durante o trabalho de campo, não fui à Itaipu aos domingos, mas geralmente de segunda à sexta-feira e em dois sábados. Nos dias “de semana” são poucos os banhistas que freqüentam a praia, além de algumas pessoas que fazem caminhadas na areia e alguns surfistas que têm aulas do esporte no local. Nos sábados em que lá estive, durante a pesquisa, o número de pessoas de fora era bem maior, tanto na areia, quanto nos bares. No entanto, como era inverno, não se via uma multidão de banhistas e vendedores ambulantes ocuparem a areia da praia, como já tinha presenciado algumas vezes em domingos de verão.

Estive também lá em alguns poucos dias chuvosos ou com ventos fortes e em dias nos quais o mar estava “batendo muito” – nesses dias ficam muito poucas pessoas na areia e a maioria dos bares não são abertos.

Além das entrevistas na areia da praia, entrevistei algumas pessoas em suas casas – esposas, irmãs de pescadores, parentes de vendedores de peixes. Duas das vendedoras de peixes, em especial, me apresentaram a vários de seus parentes que tinham o diagnóstico de hipertensão. Uma delas era hipertensa e foi uma das primeiras entrevistadas, tendo mencionado depois alguns familiares que poderiam participar da pesquisa. Em sua companhia, fui às casas desses familiares, em datas apazadas, e realizei entrevistas e observações interessantes. Outra, apesar de não ter hipertensão, ofereceu-se para me apresentar a alguns de seus parentes que residiam em bairros próximos, os quais entrevistei em seus domicílios. Algumas das pessoas entrevistadas em suas casas apresentavam-me a

vizinhos que também eram portadores da doença e, geralmente, eram marcadas entrevistas com estes.

Apenas uma entrevista formal foi realizada com cada participante, com duração entre uma e duas horas. Além das entrevistas, ocorreram conversas informais em várias ocasiões, com os participantes que foram entrevistados e com outros membros da comunidade, e os aspectos dessas conversas considerados mais relevantes para a pesquisa foram anotados. Todas as entrevistas formais foram gravadas, com a permissão dos participantes, e transcritas, constituindo o material principal da pesquisa, ao lado das observações registradas no diário de campo.

3.3 A Análise do Material

O material obtido nas entrevistas foi analisado segundo o modelo dos Sistemas de Signos, Significados e Ações, proposto por E. Corin, G. Bibeau, E. Uchoa e colaboradores (Corin et al., 1992; Corin et al., 1993; Uchoa et al., 1993). Trata-se de uma proposta metodológica que inverte a direção habitual dos estudos sobre representações de saúde/doença. Ela busca, a partir do comportamento de pessoas frente aos problemas de saúde, identificar os elementos cognitivos e interpretativos, assim como os diferentes fatores que intervêm na tradução destes elementos em ações e reações.

O modelo utiliza a abordagem etnográfica, partindo de histórias de casos concretos para identificar o sistema de signos, significados e ações que orienta a percepção, a interpretação e o comportamento no campo da saúde.

Os casos de hipertensão arterial identificados na comunidade de Itaipú foram objeto de uma entrevista em profundidade que abordou a história da doença, os signos que tiveram valor diagnóstico ou prognóstico, as explicações sobre as causas da mesma, a avaliação de sua gravidade e evolução e as estratégias terapêuticas adotadas, bem como a adesão aos esquemas terapêuticos e a relação do entrevistado com profissionais e serviços de saúde.

Cada entrevista produziu uma narrativa, que foi submetida à análise de conteúdo. Após leituras atentas e repetidas do conjunto de narrativas, foram estabelecidas categorias e sub-categorias de análise, utilizadas, então, para codificar cada narrativa num conjunto de unidades significantes. Buscou-se também identificar também os contextos de uso das categorias, no interior das narrativas.

As unidades referentes às mesmas categorias de análise foram a seguir agrupadas, permitindo uma leitura do conjunto de falas sobre um mesmo tema. Isto permitiu destacar os signos que foram percebidos como dominantes, os sistemas de interpretação mais utilizados e as estratégias de ação comumente seguidas dentro do grupo.

Os resultados obtidos com a análise de conteúdo foram objeto de uma reflexão crítica à luz do contexto mais amplo dos valores e representações culturais e dos sistemas de interações sociais que dominam a vida coletiva dentro do grupo considerado. O acesso a esse “contexto supranarrativo” dos relatos foi dado pela literatura antropológica disponível sobre o grupo estudado, sobre outros que se lhe assemelham e sobre a sociedade mais ampla na qual a comunidade de Itaipú se insere.

4. VIVENDO COM HIPERTENSÃO – SIGNOS, SIGNIFICADOS E AÇÕES

4.2 Descrição Geral dos Entrevistados

Foram entrevistadas 23 pessoas portadoras de hipertensão arterial, sendo 13 mulheres e 10 homens. As idades variaram de 40 a 80 anos, e as duas faixas etárias que concentravam a maior parte dos informantes eram a de 40 a 49 anos e a de 60 a 69 anos.

Não foram incluídas, nas entrevistas, perguntas sobre a renda pessoal ou familiar, nem sobre o nível de escolaridade dos informantes, em função do receio de que esse questionamento pudesse dificultar o estabelecimento de uma relação o mais próxima e informal possível, entre pesquisadora e entrevistados. Segundo Minayo (1999:130), “cada sugestão de tema que se introduz na entrevista, ou cada questão que se levanta, faz parte de uma interação diferenciada com o entrevistado na medida em que esses itens são uma teoria em ato e trazem implícitos uma hipótese, um pressuposto ou um conceito teórico.” A introdução de perguntas sobre níveis de renda ou de escolaridade poderia levar os entrevistados à noção de que essas “variáveis” seriam utilizadas na valoração de suas narrativas sobre a experiência de doença.

Quanto à ocupação dos entrevistados, dos homens, seis eram pescadores, sendo que dois já haviam se aposentado e um deles exercia a função de pastor numa igreja evangélica. Dois trabalhavam como motoristas de ônibus e dois estavam afastados definitivamente, em função de complicações da doença, da ocupação de vendedores autônomos de verduras e frutas. Das mulheres, duas eram donas de bares na comunidade, duas trabalhavam com comércio de pescados, quatro, como domésticas e quatro exerciam tarefas no lar, sendo que uma delas, mais idosa, morava com a família da filha. Com exceção desta última entrevistada, as demais realizavam todas as tarefas domésticas, mesmo tendo atividades profissionais. Todos os entrevistados tinham filhos, sendo que seis tinham entre cinco e nove filhos.

No Anexo 3 são apresentadas outras características de cada um dos entrevistados.

4.2 Signos

Nas narrativas obtidas a partir das entrevistas, foram distinguidas as seguintes categorias de signos: os signos diagnósticos e os signos de agravamento. Os signos diagnósticos compreendem as alterações que, trazendo desconforto ou preocupação, levaram o entrevistado a procurar ajuda de profissionais de saúde que diagnosticaram a hipertensão arterial.

O discurso científico sobre a hipertensão arterial descreve essa doença como assintomática, na maior parte dos casos. No entanto, a grande maioria dos entrevistados associava a hipertensão à percepção de algumas alterações específicas, tais como dores de cabeça, palpitações, tonteiras, fadiga, cansaço, suores abundantes, sensação de aperto ou dores no peito, de calor (*quentura*) e de “batimentos nas veias”:

Descobri por causa de umas tonteiras que estava me dando, aí eu fui ao médico, com muito aperto no peito. Aí ele constatou que a minha pressão tava alta. (E10)

Tem uns seis anos. Eu passei mal de repente. Fiquei com o coração batendo muito, aí eu fui no Posto, chegou lá, descobriu que eu tava hipertensa. Sempre tirava, tava sempre boa. Mas com o passar da idade, e minha família toda tem tendência, eu comecei a sentir. Sentia muita dor de cabeça e muita palpitação. (E7)

Eu já tava com quarenta e poucos anos quando eu descobri. Eu comecei a ter muita dor na nuca e dor no peito e me dava fadiga. (E9)

Em vários outros estudos, sintomas semelhantes foram referidos pelos informantes, sendo que poucos deles chegaram ao conhecimento de sua condição através de uma aferição casual da pressão arterial (Garro, 1988; Morgan & Watkins, 1988; Carvalho et al., 1998; Firmo et al., 2004; Strahl, 2003). Apenas dois, entre nossos informantes, não apresentavam sintomas na época em que foi feito o diagnóstico, durante uma visita a um serviço de saúde por outros motivos. Pode-se supor que, como na quase totalidade dos estudos sobre as concepções e a experiência de portadores de hipertensão, são entrevistadas pessoas que já têm esse diagnóstico, ficam excluídos os portadores assintomáticos e que desconhecem sua condição.

Em geral, a percepção dos mesmos signos que levaram ao diagnóstico indica ao portador que sua pressão arterial está elevada, mesmo sem a aferição da mesma, e desencadeia estratégias de controle:

De vez em quando ela ainda fica alta. Não precisa nem eu medir, eu sei quando ela fica alta. O coração começa a palpitar, começa a me dar aquele calor, aquela fadiga. Já sei que a pressão tá alta. (E3)

Eu tenho sintomas; começou uma dor enjoada aqui pelo pescoço, aqui na nuca, eu já sei que é a minha pressão. Então eu já corro logo e tomo meu remédio. (E8)

É interessante notar que, embora a biomedicina não reconheça nenhuma associação consistente entre o aumento da pressão arterial e a percepção de sintomas (Garro, 1988; Blumhagen, 1980), quase todos os informantes no presente estudo relatavam essa associação, o que também foi observado por outros autores (Blumhagen, 1980; Morgan & Watkins, 1988; Firmo et al., 2004).

A maior parte dos hipertensos entrevistados por Garro (1988) afirmavam ser capazes de dizer quando sua pressão estava alta em função de sintomas como dores de cabeça, tonteiras e calor na face. Os hipertensos entrevistados por Morgan & Watkins (1988) descreveram a dor de cabeça associada ao aumento da pressão como “diferente” de uma dor de cabeça comum. No presente estudo, a dor de cabeça associada ao aumento da pressão foi descrita como uma dor muito forte, com sensação de pressão na cabeça, persistente e resistente aos analgésicos comuns:

Tem dois anos, que eu senti uma dor muito forte na nuca, uma dor que eu nunca tinha sentido, uma dor chata, entendeu? Minha filha foi: ah, mãe, vamos ali no Posto. Aí eu fui, eles mediram a pressão e falaram: tá alta a sua pressão. Aí me deu um remédio, eu fiquei de observação e mandaram eu procurar o médico. A minha pressão tava 18 por (pausa) 13, sei lá, bem alta. (E1)

Quando fui mandado embora, com dez dias, mais ou menos, comecei a sentir dor-de-cabeça constante, eu não sou de sentir dor-de-cabeça. Aqui na frente, quando não era aqui na frente, era aqui atrás. (...) Senti aquela dor e tomava remédio e nada. E foi aumentando e chegou até certas noites de eu não agüentar mesmo de dor e reclamar mesmo com a esposa e toma remédio e nada. Quando tinha um médico conhecido aqui meu, eu conversei com ele, ele falou: espera aí, que eu vou ali no carro pegar o aparelho e vou medir sua pressão. Aí foi lá, trouxe o aparelho, chegou e mediu: tava 20 por 13. (E2)

Aí quando foi um dia eu tava em casa e senti uma dor forte... Aí levou uns dois ou três dias aquela dor, aí eu tava com aquela dor muito forte e meu irmão disse assim: porque você não vai lá na emergência, isso pode ser pressão. Aí cheguei lá, a doutora viu, falou: é pressão alta mesmo. (E4)

A aferição da pressão arterial era, para a maior parte dos informantes, como um meio de confirmar suas percepções. A maioria procurava os serviços de saúde para realizar

essa aferição; mas alguns recorriam a funcionários de farmácias, vizinhos ou familiares capacitados:

Sinto, sinto uma palpitação, uma dor na nuca, aí eu sei que eu to com a pressão alta. Aí eu vou, tiro a pressão, com aparelhos de pessoas conhecidas. (E7)

É, mas eu quase todo dia eu tenho que medir a pressão. Às vezes, tem um rapaz aqui, às vezes é a [nome da vizinha] ali, às vezes eu vou na farmácia, que eu todo dia passo na farmácia, aí eu vou lá e ele mede a pressão pra mim. (E11)

Alguns das alterações descritas por duas entrevistadas (“dor na carótida”, em um caso e “dor na veia do pescoço”, em outro) e que indicavam, para elas, elevação da pressão não foram reconhecidas, num dos casos, pelos médicos que os acompanhavam como sendo sintomas:

Às vezes eu interrompia. Mas aí, muitas vezes eu tive que ir pra emergência, porque dava muita dor na veia e uma tonteira, mas não assim de cair, né. Eu ficava tonta e começava a sentir aflição no peito, aquilo assim me abafando, a voz sumindo. Eu sinto aqui [mostra o pescoço] a veia do lado esquerdo. E dói também a nuca. Quando a pressão tá subindo, a nuca é a primeira coisa. (E9)

E quando ela [a mãe] infartou pela primeira vez, que eu vi, (...) ela sentia muita dor na carótida. Ela dizia que sentia muita dor aqui pelo pescoço. Uma vez eu acho que eu fiquei tão impressionada com o que eu vi, que eu achei que eu tava sentindo também aquela dor. Aí eu fui num médico, aí eu falei pra ele. (...) Aí ele riu de mim e falou assim: carótida não dói. Só se não dói no senhor, porque em mim doeu. Aí ele: não, carótida não dói. Aí eu: só se não é no senhor, porque em mim dói e está doendo. (E8)

Isso sugere uma limitação do modelo biomédico para lidar com percepções dos pacientes que não estão incluídas na descrição padronizada das doenças, percepções essas que são negligenciadas e até mesmo negadas em sua autenticidade. Firmo et al. (2004) também citam a queixa de um idoso hipertenso que sentia alterações “nas veias do pescoço” e associava este sintoma ao aumento da pressão.

Como nos lembra Boltanski (1984), uma das estratégias utilizadas pelo médico para que o doente reconheça sua autoridade no campo da saúde/doença é recusar-lhe o direito de sentir os sintomas que descreve, desse modo “despropriando-o de sua doença e, até certo ponto, de seu corpo e sensações” (p.52).

A outra categoria de signos encontrada nas narrativas foram os signos de agravamento, que são alterações que indicam um aumento muito acentuado dos níveis de pressão e/ou a iminência de uma complicação grave (como um “derrame” ou um “infarto”).

Os signos mencionados foram: “dor forte em cima do coração”, “língua enrolando”, sensação de “perder os sentidos”, “perder as forças” ou “apagar”, suor abundante, “boca torta”, “dor pelos braços”, sensação de “adormecimento” em parte do corpo, “não conseguir mais se levantar”, sentir a “vista escurecer”.

A sensação de “perder as forças”, “apagar”, ou seja, a perda das forças físicas e da consciência são signos que habitualmente indicam gravidade. As dores no peito, “em cima do coração” ou que “sobem pelos braços” e o suor abundante são geralmente associados ao “infarto”; alterações como a “língua enrolando”; “boca torta”, sensações de “adormecimento” são associadas aos “derrames”. Como essas condições são relativamente freqüentes na população, seus sinais e sintomas são bastante conhecidos. A percepção desses signos desencadeia estratégias de busca de serviços de emergência pelo próprio doente ou, mais frequentemente, com a ajuda dos que se encontram próximos a este:

Eu cheguei em casa, fui dormir, quando levantei pra tomar café, minha esposa falou assim: ih, você tá com a boca torta. Aí eu fui tomar café, não conseguia, caía tudo. Aí fui pro hospital quando cheguei lá, tava com a pressão alta pra caramba, tava com derrame. (E11)

Tive o primeiro enfarte. Veio uma dorzinha aqui pelos braços, aqui assim. Eu tava aqui mesmo. Foi meu irmão que me socorreu. Aí me levou no hospital, eu fiquei internado oito dias. Aí eu fiz aqueles exames todos e comecei um tratamento. (E12)

Em alguns casos, a percepção desses signos de agravamento e a busca de serviços de emergência é que levaram ao diagnóstico de hipertensão:

Ah, um dia eu passei mal. Comecei a suar muito, encharcou com a roupa toda, molhou a roupa toda e eu fiquei assim numa fadiga. Me pegaram, que eu não levantei mais, me botaram no carro, levaram, chegou lá, examinaram, minha pressão tava quase 20. Foi na emergência. Eu não levantei mais do lugar e a roupa ficou encharcada, escorrendo água, sentia uma pressão, muita dor-de-cabeça. Me deram injeção, botaram aquela porção de remédio na língua. A pressão não queria baixar de jeito nenhum e tome remédio. Custou, quando acalmou me mandaram lá pro *Hospital X*. Fiquei internado lá uma semana. Foi a pressão. (E6)

Faz muito tempo. Tem mais de ano. Ele dormiu bom e acordou com derrame. Ficou internado no *INPS*. Não ficou muitos dias não. Ficou com um lado esquecido. Anda com muita dificuldade, arrastando a perna. (E18)

Vimos assim que a percepção de alterações corporais específicas têm o significado, para os informantes do presente estudo, que sua pressão está elevada ou que complicações mais graves decorrentes dessa elevação podem ocorrer. Do mesmo modo, a ausência dessas

alterações geralmente é interpretada como indicando que a pressão está nos níveis normais. Essas percepções, centradas no corpo, formam uma das principais bases que condicionam a adoção das estratégias de controle e a regulação do tratamento para a hipertensão, como veremos mais adiante.

4.3 Causas

A maioria dos informantes reconhecia a contribuição de vários tipos de causas para a hipertensão, assim como em outras investigações (Garro, 1988). As causas mencionadas podem ser situadas em dois grupos principais: as questões emocionais e a alimentação. Outra questão bastante referida foi a hereditariedade.

Em outros estudos, as questões emocionais têm sido referidas como algumas das principais causas para a hipertensão (Blumhagen, 1980; Garro, 1988; Morgan & Watkins, 1988; Carvalho et al., 1998; Strahl, 2003; Firmo et al., 2004). Morgan & Watkins (1988) destacam o fato de que a identificação leiga do estresse como causa da hipertensão é transcultural, apesar de não haver, para a medicina científica, evidências conclusivas acerca desta associação. O presente estudo vem confirmar e aprofundar a análise sobre o significado, para portadores de hipertensão, da relação entre as emoções, o estresse e o adoecimento.

As perturbações emocionais incluem os fatores “externos” ao indivíduo, como *aborrecimentos*, *problemas*, e os fatores “internos”, como *preocupações*, *nervosismo* e a categoria *temperamento fechado*. Os *aborrecimentos* e *problemas* mais frequentes envolvem a família e as questões financeiras. Os *problemas* podem ter o significado de dificuldades crônicas ou de situações agudas e graves, como, por exemplo, as perdas (mortes de pessoas próximas ou perda de bens importantes). Os *aborrecimentos* significam contrariedades e, muitas vezes, têm um caráter repetitivo. As preocupações são vistas como inquietações, pensamentos constantes que giram em torno de dificuldades e problemas. O nervosismo é descrito como um estado íntimo de ansiedade ou irritabilidade.

Na investigação realizada por Firmo et al. (2004) as contrariedades e preocupações com a família foram citadas como as principais causas do aumento da pressão arterial. No presente estudo, entre os *problemas* familiares, surgiram narrativas sobre dificuldades de relacionamento entre casais:

Porque eu acho a pessoa também tem pressão alta pelo emocional, não é não ? Eu acho que a minha tá alta assim por causa disso. Eu sou muito tensa na minha casa, por causa de casamento. Ah, é muita discussão, muita confusão, eu acho que ela não abaixou mesmo por causa disso. (...) Eu acho que eu sou calma, eu fico mais nervosa mesmo quando a coisa pega lá em casa. É mais assim, mas do contrário não, eu sou alegre... O meu problema é esse, é que eu gosto de me divertir, eu gosto de sair e não faço nada disso, sabe ? Então isso me deixa irritada dentro de casa. Às vezes eu choro sozinha dentro de casa. Ele não deixa, me prende muito. Eu vejo televisão, vejo novela, eu gosto de novela. Até com as novelas, o homem implica... - *Nunca vi, só gosta de ver novela, só fica sentada vendo televisão, nunca tem tempo pra mim...*[o marido] E eu: ah, tô relaxando... (E21)

A última fala deixa entrever o modelo de família hierárquica, no qual a identidade de cada membro é posicional, estabelecida através das posições de sexo e idade. A posição do homem é superior, englobando a da mulher. Este modelo de família predominou entre as classes médias brasileiras até o surgimento do modelo igualitário de família moderna, a partir da década de 1960 (Figueira, 1987). No Brasil, como aponta este autor, o processo de modernização da família tem se dado de forma hesitante e ambígua. Duarte (1995) enfatiza que diferentes formatos de família são encontrados entre as classes sociais. Nas classes populares, predomina o modelo relacional e hierárquico sobre o modelo individualista, mais visível nas classes médias. A hierarquia de gêneros, como mostra a fala anterior, parece trazer conflitos aos projetos femininos, situados no confronto entre os modelos hierárquico e individualizante, coexistentes na nossa sociedade como pólos de um plano ideal e combinados em diversos matizes, no plano concreto.

Entre as treze mulheres que participaram do presente estudo, sete exerciam atividades profissionais, sendo que três tinham seu próprio negócio – duas eram donas de bares e uma mantinha um ponto de venda de frutos do mar na praia. Essas três mulheres tinham um padrão de vida muito ativo, trabalhando praticamente todos os dias da semana, num horário extenso e ainda arcando com as tarefas domésticas. Duas delas haviam se separado dos maridos há muitos anos e uma era viúva, e exerciam, então, a função de “chefes da casa”. Para uma das mulheres que não trabalhavam “fora de casa”, transparece o conflito entre a submissão ao papel determinado pela hierarquia de gêneros e a autonomia:

Já trabalhei. Depois que eu casei, eu não trabalhava porque ele nunca deixava. Também com meus filhos tudo pequeno... (...) Ele não gosta não, mas eu saio. Saio pra casa das minhas amigas, final de semana vou pra casa das minhas amigas. Vou pra igreja... Eu sou católica. Todo sábado eu vou pra igreja, me arrumo, conheço minhas amigas lá, bato papo... Quando eu tô meio coisa assim em casa, eu digo: ó, tá tudo arrumado, comida pronta, tô saindo. (E23)

O modelo de família relacional e hierárquico, claramente predominante na comunidade estudada, envolve a preeminência da família, entendida como o grupo familiar extenso, sobre o sujeito. Entre os entrevistados, a ameaça de ruptura ou enfraquecimento desses vínculos familiares, como consequência, por exemplo, da perda de um membro cujo papel é centralizador, como a mãe, foi referida como causa do adoecimento:

E depois, a minha mãe que faleceu, que era o alicerce da nossa casa, da família... Eu tenho pai ainda, mas ele é mais devagar, ela é que fazia tudo e praticamente desmoronou toda a família. Os irmãos não tão mais unidos. Agora eu fiquei até emocionado [chora em silêncio]. E hoje, chega sábado e domingo assim, eu quero ficar perto dos meus irmãos, fica todo mundo separado um do outro. Não é que brigou, nem nada assim, mas ficava todo mundo junto... O dia das mães, todo mundo junto... Desculpa aí. Eu sinto falta dessas coisas, dela também. Era sempre morou aqui, todo mundo junto. É mais ou menos umas seis casas, todo mundo junto. (...) Aí, era a comida que ela fazia que eu sinto muita falta, chamava todo mundo, ela sempre fazia um panelão, tipo arroz doce que a gente lá em casa gostava muito, o fubá, que ela fazia muito bem, então ela fazia aquele panelão e fazia pra todo mundo. É era uma coisa muito gostosa, que a gente perde, né. Eu nunca senti nada, eu sempre tive uma saúde muito boa. E agora, o que que acontece comigo: parece que você tá desistindo, já chegou ao final. E eu acho que eu to novo demais pra achar que o final tá tão próximo assim. Eu sinto essas coisas direto. (E5)

Na fala acima, destaca-se ainda a questão das práticas alimentares estarem frequentemente vinculadas a rituais familiares, a vínculos de parentesco e amizade, nos quais o alimento exerce o papel de um idioma relacional, onde a emoção é parte fundamental (Canesqui, 1988; Medick & Sabeau, 1988). A figura da mulher, e particularmente, a da mãe, atrela, à preparação e ao consumo de alimentos, uma referência afetiva (Garcia, 1997).

A preocupação com os filhos foi outra questão que surgiu em várias entrevistas, sendo considerada um dos fatores responsáveis pela hipertensão, principalmente para as mulheres, mas também para alguns homens. Em relação às filhas e netas mulheres, o principal motivo de preocupação era seu comportamento moral – filhas “sossegadas”, que estudavam, que os pais sabiam onde estavam durante o dia, ou que já estavam casadas, não eram consideradas motivos de preocupações:

A garota que eu criei, casou direitinho.(...) A garota eu esquentava, porque tava criando e é aquela coisa, tinha que botar no meu modo. Graças a Deus, o namorado que ela arrumou e levou do portão pra dentro, o rapaz com três anos de namoro e noivado casou, mora na casinha deles mesmo, tudo normal. (E4)

Ela tem 16 anos, está no 2º grau já e tá fazendo informática. Ela estuda lá no Rio do Ouro, num colégio particular que tem lá no Rio do Ouro. Faz curso no próprio colégio, o colégio lá é muito bom. Ela passa o dia todo lá, do próprio colégio ela já vai pro curso. Ela sai de casa 6:40 e chega em casa 7:10, 7:20. O dia todo no colégio. Isso é muito bom. A gente já fica mais despreocupado porque sabe que tá no colégio. Ela entra e só sai pra voltar pra casa. (E2)

Quanto aos filhos homens, a preocupação centrava-se na violência que poderiam ser objeto ou nas “más companhias”, que poderiam influenciá-los para um “mau caminho”.

Aquilo ali, aquele nervosismo te abala muito sua pressão e isso eu constatei em mim mesmo porque eu tive com meu filho uns probleminha aí, de amigos e aquilo foi aonde que, antes de eu sair da 1001 [*empresa de ônibus*], foi o que mais ajudou a afetar esse nervosismo, em casa, com problema dentro de casa com o filho e aquilo foi aonde ajudou a provocar e, eu creio, eu creio não, foi constatado isso, que o nervosismo traz a pressão muito alta. (...) Mas aquilo deixava a gente muito preocupado, eu a mãe dele também. E sair pra rua e 2, 3 horas da manhã, nada de chegar e não sabia prá onde tava e nessas más companhia, entendeu, então agente só pensa besteira. Então o que acontece, sua cabeça, sua pressão altera se você fica nervoso, às vezes, nem se alimenta direito, tá entendendo ? (...) Chegar em casa, sua esposa aqui, sua filha aqui, seu filho aqui sentado, todo mundo almoçando junto. Outros dias cê chega lá, a esposa, a filha, cadê o filho ? Chega pra jantar, nada. A hora do café da manhã, não tá, cadê fulano ? Não sei pra onde tá, não disse pra onde foi. Aí quando toca um telefone assim certa hora da noite, aí... Mas graças a Deus, voltou tudo ao normal e eu to me sentindo bem melhor, consegui normalizar um pouquinho minha pressão. (E2)

Na narrativa de uma informante, a violência que atingiu os filhos foi por ela interpretada como causa da doença:

Olha, na minha opinião, eu não sei se é muito problema que eu passo, assim com família, não sei se é isso. Pra mim, no início, foi isso. Porque antes eu não tinha nada, quando ia no médico dizia que a minha pressão tava boa. Mas depois, com um certo tempo, a gente vai levando cada cabeçada com os filhos, é problema que aparece, aí de eu ficar muito tensa, muito ligada aos filhos, e eu tenho uma impressão que deve ser por isso.(...) É, às vezes acontece, quando eu vejo, não tomei o remédio, porque não parece não, mas a minha luta é muito grande. Da outra vez foi um problema que teve com um filho. Aliás, foi um problema que nem foi ele que arranjou, foi um que bebeu e veio no meu quintal, um policial veio e atirou no meu filho dentro do meu quintal. E aí me deu esse problema de pressão alta. Já tem o que, oito anos já isso. Aí passou, depois controlou tudo e eu melhorei. Então, vai fazer cinco anos, foi outro problema com um filho que bebia, caiu um carro em cima da moto, quebrou ele todo, aí nesse negócio de ficar muito tensa, preocupada com filho, hospital, aquele corre-corre, aí a pressão voltou de novo e daí pra cá, ela não... só abaixa com remédio. Se eu parar, volta a ficar alta. (E13)

A categoria “luta”, que surgiu na fala acima, foi descrita por Abreu Filho (1981), em sua etnografia sobre famílias urbanas brasileiras. Em seu estudo, a “luta masculina” estava voltada para a afirmação do papel de provedor, enquanto a “luta feminina” buscava a garantia da reprodução familiar. No presente estudo, os papéis não se mostraram rigidamente separados; alguns homens, como vimos nas falas acima, colocaram a

preocupação com os filhos como principal causa de adoecimento. Por outro lado, no caso das três entrevistadas que exerciam a função de “chefes da casa”, a luta no papel de provedoras suplantava, em vários aspectos, a luta pela reprodução familiar:

Aqui também é muito aborrecimento, muita preocupação, vendendo peixe. Você vende peixe agora, quando chega amanhã ele quer receber, às vezes quer sábado e às vezes você não tem dinheiro pra pagar. Mas eles não quer saber disso, quer saber, às vezes de ficar esnobando a pessoa por causa daquele dinheiro. E com tudo isso fica preocupado, aborrecido. Às vezes eu tô preocupada por causa de dinheiro. Essa época, é uma época braba, né. Aí a cabeça fica doendo e a pressão fica alta. O que mais me preocupa é esse negócio de trabalho com dinheiro dos outros, me preocupa que às vezes eu fico passando mal, a gente fica até com medo de morrer e deixar conta. Porque quem morre, não deve nada, aí eu fico assim, eu fico preocupada. (E3)

Os principais temas englobados, portanto, na categoria “luta”, e que representam fontes de estresse e adoecimento na visão dos entrevistados, são as questões das relações e papéis familiares e a questão da provisão de recursos materiais para a família. Dentro deste tópico, as preocupações e dificuldades financeiras foram apontadas por muitos informantes como causas para o aumento da pressão arterial. Na investigação realizada por Morgan & Watkins (1988), os problemas familiares foram citados como a principal fonte de estresse que poderia levar à hipertensão, seguidos pelo desemprego ou problemas no trabalho.

A “falta de dinheiro” é a categoria que se mostrou mais fortemente relacionada a esse tópico, no presente estudo. A maioria dos entrevistados, vinculada à atividade pesqueira, queixou-se dos “altos e baixos” característicos dessa atividade extrativista que sofre a influência de condições ambientais e climáticas e convive, como observou Pessanha (2003) com uma grande incerteza sobre os resultados da pesca e com uma situação trabalhista insegura para a maioria dos pescadores.

Que eu me preocupo com tudo, preocupo com casa, com os filhos, com tudo. Mas é assim, a vida é essa. Meu marido vai pescar, chega lá não mata nada. Outro dia ele foi pra praia, fez dois reais. O que é que são dois reais ? Esse mês agora de agosto é ruim novamente. Mas tem que ter paciência, com a fé em Deus, tem que esperar melhorar. (E23)

As perdas de bens materiais considerados importantes também eram vistas como acontecimentos que levaram ao aumento da pressão arterial e à ocorrência de complicações da doença:

Olha só, nesse dia, que deu esse negócio também, eu tinha comprado uma rede novinha. Ainda tava até pagando. Não quis colocar a rede fim-de-semana, aí fui colocar a rede no outro dia e quando cheguei lá, a rede não estava. Tinham roubado a rede. Aí eu fiquei... vim pra terra com aquela dor de cabeça, no outro dia tive que parar no hospital. (E11)

O meu, quando começou foi com esse negócio de família, muita aporrinhção, negócio de perda de bar, que eu tinha esse bar aqui, aí apareceu a pressão alta. Eu tava com 37 anos. Hoje tenho 43. Aí tive o primeiro enfarte. (E12)

Um entrevistado destacou a diferença entre as dificuldades financeiras no passado, através da categoria “antigamente” e nos dias de hoje, quando o apelo e as facilidades para o consumo são muito maiores:

Antigamente, nós ganhava pouco e não tinha preocupação. Hoje tem que pagar telefone, tem que pagar luz, tem que pagar prestação não sei de que. Hoje em dia tá mais fácil prá tirar as coisas. Então se torna mais difícil. Hoje em dia você vai ali nas *Casas Bahia*, compra uma televisão. Pode pegar um dinheiro emprestado. E depois pra pagar ? Antigamente, não tinha, não tinha. Você comia aquele franguinho ali da roça, que você mesmo criava, um peixe. Até o peixe hoje em dia tá contaminado. (E11)

O mesmo entrevistado destaca outras diferenças entre os hábitos alimentares de *antigamente* e de *hoje em dia*, que podem afetar a saúde :

Ainda não se descobriu direito da onde vem esse negócio de pressão, né, a causa. Porque antigamente, minha avó tinha sítio, morava na roça. Meu tio, você ia pra casa dele, era aquele fogão de lenha, aquelas latas de 20 kg de banha de porco. Então ficava aquela carne de porco, aquela carne assada, ali, tampada. Chegava visita, você esquentava aquela lata e ficava aquela carne gostosa. E ninguém tinha nada. Comia carne de porco. Não tinha problema nenhum. E o pessoal vivia mais, morria com 80, quase 100 anos. E comia de tudo. Hoje em dia, eu penso isso, eu acho que é muita porcaria. Sabe porque? Antigamente, o mingau era de farinha de mesa, comia aquilo. Hoje em dia é sopinha aí no mercado. Antigamente sopa fazia em casa. Pegava uma abóbora, um frango na roça. Até carne de porco, que você comia antigamente, era tudo gostoso. Hoje em dia é tudo sem gosto. (E11)

A categoria “antigamente” já havia sido mencionada por Kant de Lima (1997) em sua etnografia da comunidade de Itaipu, na década de 1970. A representação de “antigamente” era de um período com “mais fartura de peixe”, com maior disciplina e obediência durante as atividades da pescaria, de regularidade maior de condições ambientais.

Lupton & Chapman (1995) denominaram “discurso nostálgico” a essa idealização de uma época passada em que “se podia comer qualquer coisa sem preocupação” e quando se vivia mais próximo à natureza, no campo ou em cidades pequenas, “uma vida mais

simples” e com menos estresse. Em contraposição a essa vida mais saudável é colocado o estilo de vida moderno, urbano, estressante e cercado de riscos, nem sempre visíveis.

Numa conversa com pescadores e vendedores de peixes na beira da praia, alguns deles mencionaram um episódio ocorrido alguns anos atrás, no Japão, quando os peixes de uma localidade foram contaminados pelo mercúrio despejado no mar por uma indústria e sua ingestão levou muitas pessoas a adoecerem ². A preocupação dos informantes era de que os peixes de Itaipu pudessem ser contaminados por algum tipo de substância nociva à saúde, o que transtornaria sua atividade de venda de pescados. Essa conversa ilustra como a percepção dos atuais riscos globalizados e imponderáveis, divulgados através da mídia, são fonte de preocupações para essa comunidade, colocando-se como uma ameaça ao seu modo de vida diretamente dependente da natureza.

Localizada numa praia de extensão limitada e grande beleza natural, relativamente livre de problemas como criminalidade, tráfico de tóxicos, Itaipu é tida, pelos entrevistados, como um “lugar calmo”, um lugar “muito bom para se viver”, onde se “conhece todo mundo”. Uma das entrevistadas, porém, destacou um dos aspectos negativos desse círculo social pequeno – a “fofoca”, que é fonte de aborrecimentos, contrariedades. O tema foi estudado por outros autores (Epstein, 1969 ; Elias & Scotson, 1965), como um instrumento de controle social.

Simmel (1903) descreve as diferentes gradações por que passa o sentimento de individualidade (vinculado à liberdade individual e à singularidade) de acordo com as dimensões dos círculos sociais. Nos círculos pequenos, a coesão do grupo é maior e a liberdade individual é menor; nos grandes círculos, cujo exemplo é a cidade grande, a coesão é menor e a liberdade, maior. Essa oposição entre coesão e liberdade individual é delineada nas falas de algumas entrevistadas:

É bom, é bom. Gosto. Todo lugar tem algumas pessoas... Me dou com todo mundo. Lugar tipo assim pequeno, muita fofocada, mas eu não me ligo muito não, entra por aqui, sai por aqui. Aqui é tranqüilo, eu gosto pela tranqüilidade. (E1)

² O fato ocorreu na Baía de Minamata, no sul do Japão. Até 1997, 12.500 pessoas haviam sido diagnosticadas com o "mal de Minamata", uma doença causada pela ingestão de peixes contaminados por mercúrio, que degenera o sistema nervoso e é transmitida geneticamente, acarretando deformação nos fetos.

Eu gosto de morar em Itaipu. Eu tenho casa no Rio, mas não quero viver lá. Lá, eu tenho mais privacidade, porque eu tenho um muro numa faixa de três metros, então, eu não moro numa casa, eu moro numa prisão domiciliar. Eu não vejo uma pessoa que passa na minha rua. Não tenho esse privilégio que eu tenho aqui, de poder conversar, de brincar, de poder tá com a casa aberta. Então eu gosto de morar aqui. (E22)

Apesar de Itaipú ser vista como um lugar “calmo” e que apresenta as vantagens e desvantagens dos círculos sociais pequenos, a grande cidade está presente no cotidiano de seus moradores, que transitam por diferentes locais e redes sociais e estão expostos ao estresse urbano, como vemos na fala de um motorista de ônibus:

É muito estresse. Porque quando a pessoa tá relaxada, não sente nada. Você entra no conflito, o que acontece, sua pressão sobe, fica nervoso. Se você tiver a pressão normal, se você entrar no conflito, sua pressão sobe. Aquele dia a dia ali do trânsito. (...) Por mais tranqüilo que seja, que a pessoa é, sempre sai um pouquinho do seu normal. (E2)

Entre os fatores “internos” que compõem as perturbações emocionais relacionadas à hipertensão, além das *preocupações*, destacaram-se, nas narrativas, o *nervosismo* e o *temperamento fechado*.

Em muitas investigações, a hipertensão tem sido representada como uma *doença dos nervos* (Heurtin-Roberts, 1993). Silveira (2000:11) em seu estudo sobre o *nervoso* nas mulheres do Campeche, Santa Catarina, adota a conceituação de *nervos* como “um conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos, mediadores entre o sujeito sofredor e seu meio, constituindo uma das expressões de distresse ou estresse social”.

Em sua análise sobre a questão do *nervoso* nas classes trabalhadoras urbanas, Duarte (1988) destaca alguns “nódulos ideacionais”, entre estes os nódulos da “comunicação” e da “obstrução”. O nódulo da comunicação vincula-se à idéia de movimento, particularmente, no caso estudado, dois fluxos básicos: *subir/descer* e *sair/entrar*. O autor chama a atenção para a analogia entre o “sistema do sangue” e o “sistema dos nervos”, através da noção de comunicação. O movimento do sangue no sentido de subir/descer surge claramente na expressão “o sangue subiu à cabeça”, situação associada também ao “sistema do nervoso”.

De algumas narrativas obtidas no presente estudo, surgiram modelos que descrevem uma *fisiopatologia popular* da hipertensão, que se baseia em alterações na quantidade, na qualidade e no movimento do sangue no organismo. Nesses modelos, o aumento na

quantidade de sangue provocaria dilatação dos vasos sanguíneos, aumentando a pressão e podendo chegar a rompê-los; e alterações na qualidade do sangue o tornariam mais grosso, o que poderia provocar obstruções ao fluxo. Tanto o rompimento de vasos quanto as obstruções poderiam se traduzir em complicações, como derrames e infartes:

O problema da pressão é na veia, são as veias que ela altera, é aonde dá essa dor muito forte. Quando a pressão baixa, a pessoa não sente dor nenhuma, só apaga. A pressão alta, sente dor, entendeu? A diferença está na pressão a alta e a baixa, é isso. Quando ela está baixa, vai caindo, a pessoa apaga, não sente dor nenhuma. Vai ficando mole e apaga. A pressão alta, não. Do jeito que ela vai subindo, as veias vai dilatando, vai alterando e a pessoa vai sentindo dor, dor, até não agüentar mais. (...)

Aí pronto, é só tomar o remédio, que ela abaixa, fica normal, isto é, normal, ela tem aquele balanceamento certo. Sendo hipertenso, a média dela é essa, 14, 13, às vezes até 15. (...) A baixa, ela não pode passar de 10, tem que tá 10, 11 (...) Porque do jeito que a alta vem subindo, a baixa também vai acompanhando. Que o problema falou é que a alta não é nem tanto perigosa, perigo é que quando a alta suspende, ela vai trazendo a baixa junto e o perigo está na baixa vir acompanhando ela. Que a pessoa que tem a pressão baixa, a tendência é a baixa puxar a alta, trazer ela, já é o contrario da gente, que é a alta que puxa a baixa. E o perigo é a baixa subir. (E2)

A pressão alta não é derivada do sangue grosso? Então, a gente usa o modo de comida, da alimentação, pra não deixar o sangue engrossar, não é isso? O sangue engrossando, entope tudo. Meu irmão, eu tenho um irmão que ele é mais novo que eu um pouco. Teve uma época que ele teve problema lá que teve que fazer aquele negócio na veia, como é? Prá desentupir tudo. Ele passou mal mesmo. Ele também não se incomodava com médico, ele fumava muito, isso também prejudicava muito. Ele parou de fumar, fez esse trabalho, aí começou a usar remédio. Tá tudo controlado. Ele trabalha, mas tem a dieta de boca, prá evitar esses problemas. Nunca mais teve nada. (E4)

O movimento do sangue também estaria relacionado à pressão arterial – a “subida” de uma maior quantidade de sangue para a cabeça seria percebida através de sensações como dores de cabeça, tonteiras e poderia levar a complicações. Em outros estudos sobre modelos explicativos de portadores de hipertensão, observaram-se referências a esse movimento do sangue de subir e descer, estando a ascensão do sangue para a cabeça associada com conseqüências danosas à saúde (Heurtin-Roberts, 1993; Nations et al., 1985; 1997).

O termo utilizado na linguagem dos índios Ojibway para hipertensão significa “sangue que sobe”. Para eles, o sangue, ao subir para a cabeça provoca dores de cabeça, tonteiras e calor na face (Garro, 1988).

A imagem do sangue “grosso” ou “viscoso” como um elemento da patogenia da hipertensão é bastante difundida. Na investigação realizada por Nations et al. (1985), *high blood* é descrita como uma doença crônica na qual o sangue viscoso pode causar obstruções

ou ascender para a cabeça. Essa condição do sangue seria causada por alimentação rica em gordura (que “engrossaria o sangue”) e sal (que o tornaria mais “seco”). No estudo de Heurtin-Roberts (1993), a “pressão alta” é descrita como uma doença do sangue e do coração, na qual o sangue excessivamente quente, grosso ou “gordo” sobe para as partes altas do corpo e causa obstruções. O uso de chás caseiros, à base de plantas medicinais, é citado por idosos hipertensos na investigação realizada por Carvalho et al. (1998) como meio de “afinar o sangue”.

Snow (1974), em seu estudo acerca das crenças sobre saúde de negros americanos, observou que o sangue era considerado um elemento corporal central no processo saúde/doença, em função do seu volume, circulação, pureza e viscosidade. O sangue podia ser qualificado como: high (volumoso) ou low (escasso); thick (grosso) ou thin (fino); bom ou mal e sofria alterações diante de vários estímulos – internos e externos, como a alimentação, o clima, etc. A condição denominada “high blood”, causada por alimentação gordurosa, especialmente com muita carne, caracterizava-se por um grande aumento no volume sanguíneo, podendo levar a “derrames”. Certos alimentos e outras substâncias que provocam sudorese podiam, segundo os informantes, diminuir o volume do sangue. Entretanto essa condição não tinha exatamente o mesmo significado de “high blood pressure” (“pressão alta”).

Em um estudo etnográfico sobre duas condições “populares” entre as mulheres nordestinas, a menstruação “atrasada” e a “suspensa”, associadas ao aborto, Nations et al. (1997) descrevem a percepção das informantes de que o corpo de uma mulher menstruada é considerado extremamente “quente”. A exposição a fatores “quentes” como a raiva, trabalhos pesados, o sol forte e certos alimentos pode levar à suspensão do fluxo menstrual. Nos casos graves, o sangue quente e viscoso pode ferver, ascendendo para o abdome, para o tórax e chegar até a cabeça. Sua pressão pode aumentar muito e provocar severas dores de cabeça e até hemorragias cerebrais.

As categorias de oposição “magro/gordo”, “quente/frio”, “seco/úmido”, “forte/fraco” formavam a base da medicina hipocrática, que representava a medicina oficial na época da conquista da América Latina pelos europeus e foi objeto de uma extensa difusão durante muitos séculos, incorporando-se às representações e práticas populares de saúde, como defendem alguns autores (Boltanski, 1984; Foster, 1994). O sistema humoral tem origem na antiga teoria grega sobre os quatro elementos (terra, água, fogo e ar) e as quatro qualidades (quente, frio, seco e úmido), que originaram o conceito dos quatro

humores: sanguíneo – quente e seco; fleumático – frio e seco; melancólico – frio e úmido e colérico – quente e úmido (Foster, 1994).

O calor também é associado à hipertensão nos modelos culturais da doença; a noção de que expor-se ao calor pode levar ao aumento da pressão surgiu em alguns estudos (Nations et al., 1985; Heurtin-Roberts, 1993; Firmo et al., 2004). O sangue “quente” (expressão popularmente usada com referência a manifestações emocionais) tenderia a subir e a provocar sensações como a de “quentura”, de calor e vermelhidão geralmente no rosto ou na cabeça:

Eu falo logo: olha, tô com a pressão alta, tenho que parar. Você sente assim uma agonia, você sente dor de cabeça, fica nervoso, sabe? Você sente assim o rosto, aquela quentura, aí eu paro logo [de beber]. (E11)

A analogia entre os sistemas do sangue e dos nervos, como sublinhou Duarte (1988), está presente nessa *fisiopatologia popular* da hipertensão, através, por exemplo, da categoria *temperamento fechado*. Esta descreve um padrão de personalidade que raramente reage ou o faz de forma discreta, diante de agressões externas e, por *guardar as coisas*, *ficar se roendo por dentro*, estaria mais suscetível à doença e às suas complicações:

Eu acredito o seguinte: Eu sou o tipo de pessoa, que eu sinto as coisas e fico guardando pra mim. Eu não muito... Às vezes, em casa eu me altero com as pessoas de casa por bobagem, mas é aquele negócio: são coisas que já vem acumuladas da rua, que a gente tenta guardar. Então qualquer coisinha dentro de casa é o suficiente pra gente se expandir. Mas no fundo, no fundo, eu sempre fui muito de guardar as coisas. Eu sinto e fico martelando aquilo, eu fico guardando, tá me entendendo? Então eu acredito que esses acúmulos de um aborrecimento aqui, outro ali e a gente vai guardando, guardando e o problema da pressão foi onde agravou mais. (E 20)

O aborrecimento pra mim é a pior coisa. Lá em casa, a minha patroa, eu tenho nove filhos, ninguém me aborrece, só quem me aborrece é minha esposa. Toda vez que eu fui parar numa clínica por causa de problema de aborrecimento, foi com ela. Ninguém mais me aborrece lá em casa, nem filho, nem neto, mais ela é uma tristeza. (...)

Naquela época eu andava muito de barco aí, ficava seis, oito dias no mar. Aí me aborrecia, era inevitável, quando não era com o patrão, era com os próprios companheiros. E eu sou uma pessoa que tenho um defeito muito grande: eu não sou pessoa de estar batendo boca. Eu tudo que eu me aborreço, às vezes ela fala, fala, eu me aborreço, fico me roendo por dentro, mas não sou de revidar. E isso é mal, porque a pessoa fica com aquilo preso, não bota pra fora, é onde a pessoa às vezes dá um infarto, um derrame. Eu não tenho essa natureza. A minha patroa fala, reclama, então eu fico calado, sofrendo, remoendo aquela mágoa. Eu falo com ela: você qualquer hora dessa vai me matar porque eu não sou de revidar, aí dou um infarte, um derrame. Eu não sou pessoa de revidar, eu acho isso uma baixaria, negócio de estar batendo boca. Eu sou uma pessoa de um temperamento muito calmo, muito pacífico, não tenho essa natureza de tá batendo boca, falando alto, gritando. Eu acho que tudo a gente tem que resolver no diálogo, não adianta se estressar, ficar batendo boca, brigando... (E10)

Os aborrecimentos repetitivos são vistos como tendo um efeito cumulativo:

Isso é as circunstâncias da vida. É problema que a gente tem, que vem há tempo, que vai juntando, vai guardando, quando vê a gente tá sobrecarregada. (E17)

Tudo se passa como se, num sistema fechado, o aumento do conteúdo interno, sem possibilidade de saída, levasse a um aumento progressivo da pressão. O processo parece se assemelhar ao funcionamento de uma *panela de pressão*, onde a válvula deixa escapar um pouco do vapor para impedir que o aumento excessivo da pressão interna, que acompanha o aumento do calor, leve a uma explosão. No caso do acúmulo de aborrecimentos, uma dessas *válvulas de escape* seria colocar *para fora* uma parte daquele conteúdo perturbador.

Em sua etnografia, Duarte (1988) menciona como exemplos do movimento “para fora”, uma briga, um “bate-boca”, o exercício de atividades físicas exaustivas ou mesmo uma boa conversa. Os aborrecimentos, amofinações, problemas vinculam-se, segundo o autor, ao “nódulo da obstrução”, não só no sentido de que representam “obstruções” da vida, mas porque são tidos como podendo se transpor para a cabeça, causando a alteração ou irritação dos *nervos*.

A categoria “temperamento fechado” remete à noção de obstrução, já que esse temperamento é descrito como aquele que não consegue ou não gosta de colocar as coisas que o aborrecem ou agridem *para fora*, contendo-se e/ou calando-se. Duarte analisa a categoria “temperamento”, que também emergiu do seu estudo, como sendo uma qualidade pessoal que é adquirida no nascimento. O “temperamento fechado” parece diferir do “temperamento calmo”, categoria que emergiu em sua etnografia (Duarte, 1988; p.205), porque o “calmo” raramente deixa-se afetar, porém o “fechado” abala-se com as agressões externas, mas comumente não reage.

Chama a atenção o fato de que os entrevistados no presente estudo que afirmaram apresentar esse “temperamento fechado” eram do sexo masculino. As distinções entre o *ethos* masculino e feminino, destacadas por Duarte e outros autores (Da Matta, 1985; 1987), configuram o masculino como vinculado ao exterior, ao público e o feminino, ao interior, ao privado. A manifestação da irritação “para fora”, através de brigas, discussões, é uma das características vinculadas à masculinidade, enquanto a contenção, a resistência e o controle moral, a irritação encoberta e privativa (que pode, contudo, escapar ao controle

através da *crise de nervos*) são características associadas à feminilidade. Desse modo, é possível supor que a associação “temperamento fechado” e sexo masculino era vista como contraditória, perturbadora, causa de adoecimento.

O segundo grupo de fatores causais apontados pela maior parte dos entrevistados para a hipertensão consistia nos hábitos alimentares. Entre esses, destacaram-se o consumo excessivo de sal e o de gorduras, também citados em vários outros estudos (Garro, 1988; Blumhagen, 1980; Morgan & Watkins, 1988; Carvalho et al., 1998; Strahl, 2003; Firmo et al., 2004). Carvalho et al. (1998) consideram que a atribuição de causalidade a esse tipo de alimentação seria uma reinterpretação do discurso médico, que recomenda um tratamento dietético com restrição desse tipo de alimento. A associação entre consumo de gorduras e problemas cardiovasculares é bastante conhecida, como já visto, em função da difusão, pela mídia e pelos profissionais de saúde, de resultados de estudos científicos e de campanhas de promoção da saúde.

Tem diversos fatores, principalmente dois fatores que mais acarretam problema de pressão alta, é a gordura e o sal. Duas coisas que mais... Inclusive eu tenho um clínico que é meu vizinho, meu amigo, ele falou: o sal é um veneno pra saúde, o sal faz mais mal pra problema de pressão, de coração do que às vezes a pessoa que toma uma cerveja, um vinho. Se você não beber com excesso, não faz mal, mas o excesso de sal na comida é um veneno e a gordura também. A gordura animal então é uma tristeza. A pessoa que gosta de churrasco, aquela carne gorda... Todas as pessoas que eu conheço que gosta de carne assim, todas têm problema. (E10)

Eu acho que esses dois dias que eu tive pressão alta, eu tenho certeza que foi a alimentação. Não é só o stress, não é só a dificuldade emocional, porque emocional meu é sempre estressante. Mas eu acho que é a comida, porque eu trabalho com bar, né, e provo muito. E quando provo, só provo com muito sal, porque quem bebe gosta de muito sal. (E22)

No entanto, mesmo antes da divulgação desse discurso científico de prevenção de doenças por meio de mudanças nos hábitos alimentares, vários grupos culturais classificavam os alimentos gordurosos entre aqueles considerados “pesados” ou “reimosos”, acreditando que seu uso poderia trazer danos à saúde (Duarte, 1988). O modelo da “reima”, descrito em algumas comunidades de pescadores no nosso país, divide os alimentos em dois grupos: “mansos” e “reimosos”, sendo estes últimos considerados prejudiciais à saúde em algumas situações (Maués & Maués, 1978; Peirano, 1975).

Em outras comunidades de pescadores, predomina o sistema de classificação “quente-frio” para os alimentos e para as doenças (Queiróz, 1984). Os alimentos “quentes” são considerados, geralmente, de maior valor nutritivo, porém de mais difícil digestão,

podendo acarretar efeitos como o aumento na pressão sanguínea. A hipertensão arterial é considerada uma doença “quente”, para a qual os alimentos “quentes” são desaconselhados. Os alimentos classificados como “quentes” têm características comuns aos alimentos considerados “pesados” por outros grupos culturais.

Esses diversos sistemas de classificação dos alimentos (“forte/fraco”, “quente/frio”, “reimoso/manso”) colocam em relação os alimentos, o corpo e o ambiente, entendendo a saúde como a harmonia dessa relação (Canesqui, 1988).

O consumo de alimentos gordurosos foi mencionado por grande parte dos entrevistados, em particular os homens, como um hábito prazeroso, vinculado à pesca, à praia, ao lazer dos finais de semana, à roda de amigos. Quase todos, ao receberem o diagnóstico de hipertensão, haviam diminuído esse consumo, não sem o lastimar, por reconhecerem que era prejudicial à saúde:

A dieta é evitar tudo, né, gorduras, sal, muita besteira que a gente comia aqui na beira da praia. Porque pescador é assim pintou um peixinho diferente, vamos comer, vamos. Limpa, lava, agarra ali, pega uns tempero, corta, come, pega um mexilhão, um corongondó, siri... Isso aí tem muita proteína, isso é muito forte, isso você tem de comer uma vez ou outra, a gente come aqui constante. É ostra, tudo o que aparece. Ostra principalmente nem cozinha, come cru, é pior ainda. Mexilhão. Olha, você não está proibido, você tem de diminuir. Comer você pode, só não pode ser constante. (E2)

Segundo Bourdieu (1984), o maior consumo de alimentos “pesados” e gordurosos por parte dos membros das classes trabalhadoras se dá, fundamentalmente, em função do gosto - “o princípio real da preferência” (p.177) - e também pela necessidade de reprodução da força de trabalho a um custo o menor possível.

Lupton & Chapman (1995) discutem os discursos da mídia e do público leigo sobre dieta, colesterol e doença cardíaca, destacando a oposição entre alimentos considerados “bons” e outros considerados “maus” para a saúde sendo que, entre estes últimos, situam-se a maioria dos alimentos que são fonte de prazer.

Uma das entrevistadas expôs a curiosa noção de que as pessoas que trabalham próximas ao mar, por conta das atividades de pesca e venda de peixes, poderiam assimilar o sal marinho através da respiração e isso aumentaria a chance de tornarem-se hipertensos. A exposição prolongada ao sol também, no seu entender, seria prejudicial. A noção de que elementos do ambiente influenciam o equilíbrio orgânico está presente em inúmeros grupos culturais e, nas sociedades ocidentais, parece ter, como uma de suas origens, a medicina

hipocrática, centrada, como já visto, no sistema humoral e na questão dos miasmas (Foster, 1994).

Depois que eu vim pra cá vender peixe, que eu comecei a apanhar essa solina, esse salito do mar, foi que eu comecei a ficar com pressão alta. (...) Também muito sol que eu panho aqui nessa praia, eu acho que o sol... Minha pressão foi causada por isso aqui, salito aqui. Eu sinto a minha boca muito salgada, sabe ? Aí quando eu vejo as pessoas dizer que tá com a pressão ruim. (...) Tem uma porção de gente, aqui trabalhando, que já se sente mal. A gente chegou aqui bom, com disposição. Já se sente doente. (E3)

A hereditariedade, expressa através da categoria *de família*, foi outra causa citada por muitos informantes para a hipertensão, no presente estudo e em outras investigações (Blumhagen, 1980; Morgan & Watkins, 1988; Strahl, 2003; Firmo et al., 2004). A doença é considerada passível de ser herdada em função da observação de casos entre os familiares próximos:

Quase todo mundo na família é hipertenso. Eu tenho um filho com 40 anos, tá hipertenso, a minha filha começou a ficar hipertensa com 32 anos. Então é de família mesmo. Eu acho que meu pai tinha, minha mãe não. Meus irmãos, todas eles têm. É de família. (E7)

Entre os demais fatores que podem ter contribuído, na concepção dos informantes, para o surgimento da hipertensão, foram citados: a obesidade; períodos da vida da mulher como a menopausa e a gravidez; e o desgaste do corpo provocado pela idade avançada, pelo excesso de trabalho ou por um modo de vida *desregrado*.

A gordura também é um fator que ajuda muito a acarretar esse problema. A obesidade também ajuda muito. E ele [o irmão] nunca fez tratamento pra emagrecer, dieta, esses negócios. Eu por exemplo, já cheguei a estar com 100 kg e eu meço 1,70 m. Pra minha altura, é um absurdo. Foi quando eu me senti mais mal foi nessa época. Aí, sob recomendação médica também eu fui fazendo um tratamento, fui controlando mais a minha alimentação, aí consegui. Hoje devo estar na base de uns 80 kg, emagreci muito. (E10)

No estudo de Garro (1988), a obesidade é vista como um desequilíbrio orgânico que pode levar à hipertensão, assim como, por outro lado, a perda de peso poderia eliminar ou tornar menos grave o problema. Em outros estudos, a obesidade aparece como uma das causas da hipertensão (Morgan & Watkins, 1988; Strahl, 2003). No estudo de Lupton & Chapman (1995), a obesidade foi associada, entre o público leigo, com o desleixo e a falta de cuidado pessoal e de auto-controle. Por contrapor-se aos padrões contemporâneos para a

estética e a saúde corporal, o indivíduo obeso é frequentemente estigmatizado e considerado culpado pelo risco ou pelas doenças que o acometem (Fischler, 1995).

A menopausa e a gravidez são vistas como predisponentes para a hipertensão provavelmente em função do modelo da doença, vigente em diversos grupos culturais, que atribui à supressão da menstruação, ou seja, de uma perda periódica de sangue, o aumento na quantidade e alterações na qualidade do sangue, elevando desse modo a pressão arterial (Nations et al., 1997).

A noção de que o corpo está sujeito a um desgaste vincula-se a uma representação, comum entre as classes trabalhadoras, do corpo como instrumento essencial de trabalho. Esse processo de desgaste, que aumenta a suscetibilidade a diversas doenças, pode ser provocado pelo próprio “uso” excessivo do corpo, num trabalho continuamente fatigante, assim como pelo envelhecimento, e pode ser intensificado por fatores como a “má” alimentação (ou sua carência), a falta de repouso, vícios, como o fumo, a “bebida”, a exposição frequente a mudanças de temperaturas ou às temperaturas extremas, e a falta de cuidados gerais com a saúde (Boltanski, 1984; Campos, 1982). Alguns entrevistados destacaram essa questão em suas falas sobre as causas do adoecimento:

Muito frio que pega com a pescaria, no inverno, tainha, a gente cai dentro d'água, toda a friagem, então isso tinha que vir mesmo. Eu ainda dou graças a Deus que to com essa idade e ainda tô, pior os outros lá mais novo já fizeram a partida, né, morreram. Então eu dou graças a Deus. (...) Dentro d'água a noite toda pescando, pescando, então o final da pessoa é sempre uma doença qualquer. Porque não dá bom resultado, ficar dentro d'água no inverno. No verão, tudo é bom, porque no verão a pessoa vai na água até por brincadeira, no calor. Mas no inverno não. Às vezes, tava aquela nevoazinha branca, por cima da água, a água congelada, a pessoa tá lá, pescando. Batalhei muito, desde os doze anos. (E6)

A pesca, que à primeira vista pode parecer uma ocupação pouco estressante e pouco estafante, por ser uma atividade braçal e que se realiza junto à natureza, apareceu, nas entrevistas, como um trabalho extenuante:

É uma vida muito agitada, esse negócio de pescaria. Acordar cedo, essa semana todo dia a gente tá três horas aqui, pescando o dia inteiro. Ontem nós começamos três horas da manhã a pescar, paramos quatro horas da tarde. Então é agitada. Você vê que esses pescador mais velho, ontem tava conversando com um pescador aí, ele tá com 65 anos e ele tá cheio de problema. Trabalhou muito. Então, eu acho que dá muito problema. Pessoal quando é novo não sente, a agitação. Pega peso, carrega peixe pra lá, agora quando chegar uma certa idade, vai sentir. (E11)

Kant de Lima (1997), em sua etnografia sobre a pesca em Itaipu, já havia observado que embora “a pescaria pareça “indolente” e “livre” em comparação com outras

atividades que comportam um tempo demarcado”, constitui-se em “trabalho árduo e contínuo”. O mesmo observou Pessanha (2003) descrevendo a jornada de trabalho dos pescadores de Itaipu.

O esforço excessivo, como o derivado de um trabalho exaustivo, foi também mencionado como uma das causas da hipertensão no estudo realizado por Garro (1988).

A alimentação é vista como uma das principais formas de reposição das energias corporais, contrapondo-se ao seu desgaste – daí a crença na necessidade dos trabalhadores braçais, especialmente os homens, utilizarem alimentos considerados “fortes”, que “matam a fome” por mais tempo, que têm “sustança”, e produzem força e vigor, repondo as energias consumidas pelo corpo no trabalho. (Bourdieu, 1984; Boltanski, 1984; Campos, 1982).

Vemos, então, delinear-se uma oposição – entre o tipo de alimentação que evita o desgaste corporal, ou que repõe as energias corporais e o tipo de alimento recomendado nas dietas que compõem o tratamento para a hipertensão. Essa oposição encontra-se, algumas vezes, por trás da falta de adesão às recomendações dietéticas, como veremos mais adiante.

Quanto à concepção de que um modo de vida “desregrado” leva ao desgaste corporal e predispõe ao adoecimento, Lupton & Chapman (1995) mencionam o adágio popular “tudo com moderação”, que surgiu frequentemente em sua investigação de acerca da relação entre dieta e saúde para o público leigo. Esse adágio nos remete à noção moral, largamente difundida, de que os *excessos*, de toda ordem, podem trazer danos à saúde. As chamadas *farras*, *noitadas*, o uso excessivo de bebidas, do fumo, um modo de vida irregular, sem horário certo para o sono, para a alimentação são considerados, quando habituais, prejudiciais à saúde.

Garro (1988), que estudou os modelos explicativos da hipertensão numa comunidade indígena canadense, descreve o caso de um hipertenso de 58 anos que, entre as causas às quais atribuía seu problema, estava o hábito de ingerir bebidas alcoólicas na juventude e a expor-se ao frio, enquanto estava fora de casa bebendo.

Em suma, os informantes mencionaram diferentes causas para a hipertensão, destacando-se as questões emocionais, como aborrecimentos, problemas, preocupações e a alimentação rica em sal e gordura. As principais fontes de perturbações emocionais eram as relações familiares e as dificuldades financeiras.

Algumas narrativas descrevem uma *fisiopatologia* da hipertensão, cujos principais elementos são o aumento na quantidade de sangue, na sua espessura e sua *subida* para a

cabeça. Essa *fisiopatologia popular* agrega elementos físicos, como a alimentação rica em sal e gordura que leva a alterações na qualidade e quantidade do sangue, a elementos emocionais, como o *acúmulo de aborrecimentos* e o *nervosismo*, que contribuem para a subida do sangue para a cabeça e o *temperamento fechado*, que impede o movimento *para fora* dessas emoções perturbadoras.

4.4 Gravidade e Evolução

Por ser uma doença muito comum, todos os participantes da pesquisa conheciam pessoas da família e/ou da comunidade que também eram portadores da hipertensão. As concepções sobre a gravidade da doença baseavam-se, portanto, não apenas na experiência pessoal, mas nessa convivência e intersubjetividade. Destacou-se, nas narrativas, a noção de uma gradação na classificação dos casos quanto à gravidade. Os casos considerados pouco graves eram aqueles com poucos sintomas ou que não apresentavam os níveis de pressão muito elevados, e para os quais a doença não impedia as atividades cotidianas, ou seja, o uso instrumental do corpo:

Não, ela não impede a você a beber, a comer, a fumar, a pessoa que fuma, ela não impede nada disso. Ela não deixa como se fosse assim um mal estar, um mal estar você não consegue comer, a pressão não, a pressão é uma coisa que se ela está alterada você está a mesma coisa, tá comendo, tá bebendo, não tá sentindo nada.(...) Mas se você tiver com pressão alta, você come, bebe, normalmente. Eu considero como uma doença porque se você não tomar o remédio não fica bom. E depois que você entra como hipertenso, você nunca mais deixa de tomar o remédio. Vai te acompanhar. Vai ser seu companheiro pro resto da sua vida. (E2)

Na investigação realizada por Firmo et al. (2004) vários entrevistados relataram não se preocuparem muito com o problema, visto que ele não trouxe muitas alterações nas suas rotinas de vida, exceto nos momentos em que os sintomas obrigavam-nos a diminuírem ou interromperem suas atividades.

No presente estudo, os casos considerados graves eram aqueles cujos níveis de pressão mostravam-se muito elevados ou de mais difícil controle, os que apresentavam outras doenças concomitantes ou que tinham limitações por causa da hipertensão. Em especial, os portadores de hipertensão que já haviam sofrido complicações, como episódios de crises hipertensivas, *infartos* e *derrames*, eram considerados casos muito graves.

A minha esposa tem problema de pressão alta, ela tem, a pressão dela é alta mesmo. Ela faz uso constantemente de remédio pra pressão, porque a pressão dela é alta mesmo. A minha não, a minha é bem controlada, graças a Deus. Mas por causa do problema dela, a nossa alimentação é quase sem sal mesmo, mais por causa dela. (E10)

Tem pessoas que tem problema de pressão alta e que não saem do hospital, vira e mexe, tem que correr pro hospital . Tem pessoas que eu conheço que não podem nem fazer muito esforço por causa de pressão. (E7)

Há pouco tempo morreu, ele é meu concunhado e meu compadre. A pressão dele, senti mal num dia, não ligou, no outro dia foi ao médico, mediu a pressão, tava com a pressão bem alta, 18 e uns quebradinhos e passaram remédio, tomou remédio, no outro dia não ligou, senti uma dor muito forte, quando mediram a pressão dele, muito alterada, não deu mais tempo. Ele descobriu ali, passando mal. Quando mediram a pressão dele, já tava já estourando. (E2)

A avaliação da gravidade dos casos de hipertensão em função dos níveis da pressão arterial não era feita de forma padronizada, mas individualizada – níveis considerados muito altos para uns, podem não trazer desconforto ou tanto perigo para outros:

Diz que quando aumenta demais, a pessoa não guenta. Porque cada pessoa tem um equilíbrio. Quando eu tive internado, tinha um sr lá com 23. Eu tava com 19 morrendo e ele tava lá, alegre, conversando. Quando ele tava ruim, devia tá com quase 30. Em tão os médicos fala que é de acordo com a origem da pessoa. Cada um tem uma origem. Eu com 19, tava mais morto que vivo. (E6)

Para muitos informantes, mesmo para os casos considerados pouco graves, a doença apresenta uma gravidade potencial, em função da possibilidade de ocorrerem complicações e até mesmo a morte, às vezes de uma forma repentina e inesperada.

Eu acredito que seja grave, primeiro porque ela é silenciosa. Porque o que eu passei... E aparentemente, eu estava bem, de repente comecei a passar mal. E dei sorte, eu dei sorte, Deus me ajudou muito, porque o que aconteceu comigo, conforme acontece com muitos aí que passa mal e até morre, teria causado um super acidente. (E20)

Eu acho que é grave, porque a pressão sobe, muita gente infarta de repente, não dá nem tempo. É grave, né. Meu irmão, meu irmão quando ele infartou, ele foi problema, ele tava em briga na justiça na esposa. Ele tava dormindo, ele foi no banheiro, quando voltou, ele caiu. (E11)

Em vários estudos sobre as concepções de hipertensos sobre a doença, as complicações citadas são as mesmas: derrames, ataques cardíacos ou infartos e morte súbita (Garro, 1988; Morgan & Watkins, 1988; Strahl, 2003; Firmo et al., 2004).

A noção de que a doença tende a progredir, com o passar do tempo, na direção de uma gravidade crescente foi expressa em muitas narrativas. Mesmo a única informante que nunca fez tratamento para a hipertensão por não “sentir nada”, concorda com esse modelo de uma doença progressiva e prevê que no futuro terá que tratar-se. A percepção de sintomas é que vai indicar, no seu entender, o momento de iniciar o tratamento. A aferição ocasional da pressão arterial faz parte do seu monitoramento do problema:

É o que eu tô falando, eu não sinto nada, quando eu sentir, eu vou procurar, com certeza. (...) É isso aí, eu sei que eu tenho pressão alta, não cuido, mas tenho certeza que um dia vou ter que tomar remédio. (...) Vamos ver até quando, até o dia que eu sentir alguma coisa. (...)

Quando eu vou no Posto, fazer um preventivo, eles medem. Às vezes, eu to aqui de bobeira, falo assim: vou lá ver como é que tá minha pressão. Normalmente, é sempre alta. (E1)

A maior parte dos entrevistados reproduziam o discurso médico sobre a necessidade de tratamento permanente para o controle da hipertensão e sobre sua incurabilidade. Para alguns, quando receberam o diagnóstico, essa representação da doença entrou em choque com o significado, culturalmente difundido, de doença como uma desordem que é combatida com o tratamento, cuja função é trazer de volta o organismo à normalidade (exceto nos casos em que não há tratamento e que a evolução natural é a morte). A experiência de ser hipertenso é que mudou, ao longo de algum tempo, o significado do que é uma doença curável ou não:

Então eu acredito e a doutora lá falou comigo: olha, isso aí você pode ter certeza que você vai ter que tomar esse remédio pro resto da sua vida. Eu ainda brinquei com ela: mas se isso é uma doença e eu tô tomando remédio pra combater, eu tenho que ficar bom. Ela falou: não, pressão não tem jeito. Você vai ter que tomar remédio pro resto da sua vida. E eu continuo tomando. Eu costumo comentar o seguinte: se é uma doença, um dia eu vou parar de tomar esse remédio. Só que tem que eu tô tomando esse remédio há seis anos e aí eu cheguei à conclusão que a doutora tá certa mesmo, entendeu ? (E20)

Surgiu, ainda, de forma muito freqüente, a idéia de que a hipertensão é um problema intermitente – a pressão arterial não estaria constantemente elevada; ela poderia permanecer nos níveis normais ou pouco aumentados durante períodos e elevar-se em função, por exemplo, de fatores desencadeantes. Estes fatores são alguns daqueles considerados como causas da doença, principalmente os emocionais e alimentares, além do esforço físico exagerado, atuando de forma episódica. A percepção do aumento da pressão se daria através dos signos diagnósticos:

Só que a minha pressão não é normalmente alta, ela é estável, eu tenho até uma pressão boa, em vista da minha idade, mas a minha pressão, ela sobe muito em caso de aborrecimento. Se eu tiver aborrecimento constante, minha pressão sobe assustadoramente. Mas se eu tiver tranqüilo, trabalhando tranqüilo, minha pressão é normal, ela fica na base de 14 por 8, 13 por 9, 14 por 9, ela raramente passa desse patamar. (E10)

Às vezes até eu tomei o remédio de manhã, mas no dia anterior eu comi uma bobagem que não era pra ter comido, por exemplo, outro dia foi feito um mocotó lá no bar, eu resolvi comer. Quando chegou no dia seguinte, eu tava péssima. Aí eu tomo um à tarde, quando chega umas duas horas da tarde, eu tomo mais um comprimido. Aí eu faço dois, três dias com três, aí depois eu volto ao normal com dois. (E8)

Para alguns entrevistados, esse caráter intermitente do aumento da pressão arterial pode evoluir para uma situação na qual os níveis estejam constantemente elevados (requerendo tratamento contínuo) com a progressão da doença ou em função do efeito de um forte abalo emocional:

Da outra vez foi um problema que teve com um filho. Aliás, foi um problema que nem foi ele que arranhou, foi um que bebeu e veio no meu quintal, um policial veio e atirou no meu filho dentro do meu quintal. E aí me deu esse problema de pressão alta. Já tem o que, oito anos já isso. Aí passou, depois controlou tudo e eu melhorei. Então, vai fazer cinco anos, foi outro problema com um filho que bebia, caiu um carro em cima da moto, quebrou ele todo, aí nesse negócio de ficar muito tensa, preocupada com filho, hospital, aquele corre-corre, aí a pressão voltou de novo e daí pra cá, ela não... só abaixa com remédio. Se eu parar, volta a ficar alta. (E13)

Garro (1988) descreve o modelo cultural para a hipertensão de uma comunidade indígena do Canadá no qual a doença é episódica, ou seja, a pressão não estaria sempre alta, mas poderia aumentar ocasionalmente em função de causas diversas que levariam a um estado de desequilíbrio orgânico. Esse aumento seria acompanhado de sintomas. O principal objetivo do tratamento, dentro desse modelo, é a regulação desse estado de desequilíbrio e a terapêutica é então descontínua. Svensson (2000), em seu estudo sobre as razões da adesão ao tratamento antihipertensivo, encontrou, entre os pacientes não-aderentes, a freqüente noção de que a hipertensão é uma condição intermitente, que só requer tratamento na presença de sintomas ou de estresse externo. Em vários outros estudos, a hipertensão também surgiu como uma doença que se manifesta por ataques, episódios súbitos, geralmente imprevisíveis (Heurtin-Roberts, 1993; Strahl, 2003).

Este modelo cultural contrasta com o modelo biomédico no qual a hipertensão é uma doença crônica, assintomática, mas que pode levar a complicações graves. Para prevení-las, deve-se alcançar a adesão dos hipertensos ao tratamento contínuo e ininterrupto da doença. O modelo adotado pelos informantes, por outro lado, permite uma certa autonomia no controle da doença, pois, conhecedores dos fatores que levam ao aumento da pressão (alimentação, aborrecimentos), eles podem evitá-los, ou, quando não for possível, auto-regular o uso dos medicamentos para reverter esse aumento.

O modelo cultural da hipertensão encontrado nessa comunidade, como em muitas outras, é, portanto, de uma doença crônica e incurável, mas que apresenta um comportamento intermitente, ao menos nas fases menos graves de sua evolução. A gravidade da doença apresenta uma gradação entre os casos, e sua classificação é feita em

função dos sintomas, limitações trazidas pela doença, níveis da pressão, outras doenças concomitantes e ocorrência de complicações. Apesar de ser um problema muito freqüente e, em muitos casos, apresentar poucos sintomas e limitar pouco as atividades cotidianas, apresenta uma gravidade potencial, em função do seu caráter geralmente progressivo.

4.5 Estratégias de controle

4.5.1 Tratamento medicamentoso

Quase todos os 23 entrevistados, com exceção de dois, iniciaram tratamento médico para a hipertensão logo após o diagnóstico. Entre esses, mais da metade (quatorze) afirmaram segui-lo com regularidade, fazendo uso diário dos medicamentos. Dentro desse grupo, a maioria (nove) afirmou que às vezes ocorrem atrasos nos horários de tomada da medicação, mas não chegaram a interromper o tratamento.

Contudo, cinco entrevistados nesse grupo relataram que já interromperam o tratamento em períodos anteriores, mas o retomaram em função da volta dos sintomas ou da ocorrência de complicações:

Às vezes eu interrompia. Mas aí, muitas vezes eu tive que ir pra emergência, porque dava muita dor na veia e uma tonteira, mas não assim de cair, né. Eu ficava tonta e começava a sentir aflição no peito, aquilo assim me abafando, a voz sumindo. Eu sinto aqui [mostra o pescoço] a veia do lado esquerdo. E dói também a nuca. Quando a pressão tá subindo, a nuca é a primeira coisa. Aí eu já fui parar na emergência, eles botavam remédio embaixo da língua e ainda tomava na veia que é pra acalmar, né. E aí eu voltava a tomar os meus remédios, os da receita.(...)
Teve uma época que eu parei bem, eu tive derrame. Eu não vi como eu fiquei, eu fiquei desacordada dois dias e duas noites, no hospital. (...) Eu fiquei um bom tempo sem tomar remédio. Aí o médico me chamou a atenção por isso: a sra não pode parar, de maneira nenhuma a sra pode parar de tomar esses remédios. Mas eu parei um tempão. Pra mim, foi um alívio né, não comprava. Aí tive que voltar a comprar tudo. (E9)

Na narrativa de alguns informantes, a falta de explicações por parte dos médicos sobre a necessidade de continuidade no tratamento ou dificuldades de comunicação mútuas contribuíram para que interrompessem o uso dos medicamentos e sofressem complicações da doença:

Passou uma caixa com 30 comprimidos. Aí eu tomei aquilo normal, duas vezes por dia, o remédio acabou, eu não me preocupei. Aí passou. Eu nunca tinha tido problema com médico, né, aí tomei aqueles 30 comprimidos, também não procurei mais ela... Continuei trabalhando, até que um belo dia eu passei mal indo pra Praça XV, que eu trabalhava na linha da Praça XV. (E20)

Meu pai, teve uma ocasião que ele teve problema de pressão alta. Minhas irmãs que levam ele no médico, não sou eu. Aí, toda vez que levava ele, ele tava com a pressão boa e o médico não

explicou que ele tinha que continuar com o remédio. Aí parou.(...) Até que agora, a pressão subiu e aconteceu isso aí [derrame]. Agora tá tomando, o médico passou pra ele o Captopril. (E13)

Dos catorze entrevistados que afirmaram sempre fazer uso diário dos medicamentos, nove poderiam ser considerados “aderentes”, sob um ponto de vista biomédico, ao esquema medicamentoso prescrito. Os outros cinco modificavam, por vezes, o esquema terapêutico, aumentando ou diminuindo as doses, geralmente através da alteração do número de tomadas, de acordo com suas percepções dos níveis da pressão arterial:

Eu tomo: dois de manhã, dois ao meio-dia, dois, quatro horas e dois à noite. (...)

Não, eu não posso nem parar. Às vezes eu nem tomo assim os oito, porque eu falo assim: ah, tô bem, não tô sentindo nada. Fui ali, tava 14 por 9. Tava bem, pra quem foi a 19... Tá bem melhor. Ontem eu já não tomei oito, tomei seis. Hoje já tomei de manhã cedinho, quando levantei, já tomei dois. Como eu tô me sentindo bem, já não vou tomar oito, vou tomar seis. Aí vou levando assim. Se eu sentir que eu tô com dor de cabeça, com tonteira, aí já tenho que tomar mais dois. (E23)

Dor de cabeça, só quando a pressão aumenta um pouco. Aí eu tomo o remédio mais um pouco, amiguinho mais. Quando a pressão tá boa, 14, eu tomo uma de manhã, seis horas e outra, seis da noite. Mas quando tá mais alta, aí eu já tomo seis horas, meio-dia e seis da noite. Quando melhora, eu tomo só duas. Aí vai controlando né, até a hora de chegar a partida. Está tudo nas mãos de Deus, Deus é quem sabe. (E6)

Em alguns casos, os entrevistados acrescentavam mais um medicamento ao esquema, quando percebiam aumento de sua pressão arterial. O motivo para não utilizar continuamente esse medicamento era a crença de que seu uso constante poderia provocar uma queda muito intensa da pressão, tornando-se prejudicial:

Tomo todo dia o *Captopril*, de 50, duas vezes por dia. Quando eu vejo que a pressão tá um pouco alta, eu tomo um diurético. A *Furosemida* eu tomo só quando a pressão aumenta, só de vez em quando. Não tomo freqüente não. Se não, a pressão também descontrola, cai muito. Que a minha pressão é convergente, agora ela tá alta, daqui a pouco ela pode estar baixa. (E7)

No grupo dos nove informantes “aderentes” ao tratamento medicamentoso, observou-se uma predominância de homens (seis), de informantes com 60 anos e mais (seis), daqueles que consideravam muito boa a relação com seus médicos (sete) e daqueles que contavam com um apoio familiar especial para seguirem o tratamento (cinco). Entre esses últimos, situamos os entrevistados que tinham cônjuges também hipertensos ou que lhes prestavam uma ajuda especial no agendamento e comparecimento às unidades de saúde e obtenção dos medicamentos e aqueles que contavam com o apoio de filhos para a

ida às consultas médicas, inclusão em planos de saúde ou para a aquisição dos medicamentos.

Dos nove pacientes restantes, sete seguiam o tratamento médico, porém interrompiam-no intencionalmente durante certos períodos, de duração variável – geralmente alguns dias, podendo chegar a semanas ou meses. Essa interrupção, expressa na categoria “parada”, tinha, como pano de fundo, diferentes motivações. O motivo mais frequente era a crença de que os níveis de pressão estariam normais, geralmente em função da ausência de signos diagnósticos e, por isso, os medicamentos seriam desnecessários. Outra razão era o medo de uma “dependência” orgânica (“o organismo acostuma”), o que poderia levar a uma redução na eficácia dos medicamentos. A diminuição dos gastos (diretos e indiretos) com a aquisição dos medicamentos também incentivava essas “paradas”:

Ela tava boa e eu passei uns dez dias sem tomar nenhum remédio pra pressão. Agora voltei a tomar. (E22)

Acho que tomando remédio, tem uns dois anos. Antes eu nem... ia ao médico, tomava e não tomava. Às vezes parava, ficava com medo de tomar remédio de pressão, porque diz que acostuma, né. Aí agora eu tô tomando, há uns dois anos direto eu tô tomando. (E11)

Às vezes eu paro assim uns três ou quatro dias e aí tomo de novo. Tô sempre tomando. Nunca parei. (E12)

A fala acima mostra que mesmo os informantes que interrompiam ocasionalmente o tratamento consideravam-se aderentes, destacando os diferentes significados que o conceito de adesão tem para os médicos e para os pacientes.

Um hábito bastante difundido é o de se interromper o uso de medicamentos nos finais de semana, entre aqueles acostumados a ingerir bebidas alcoólicas nessas ocasiões, vinculado à crença de que esse consumo poderia interferir na ação dos medicamentos (Morgan & Watkins, 1988; Rose et al., 2000). No presente estudo, essa modalidade de interrupção não foi relatada. O comportamento em relação ao uso de bebidas alcoólicas variou desde a total abstinência, geralmente praticada a contragosto, em função do uso dos medicamentos, até estratégias de adaptação dos horários de bebida e de tomada da medicação:

Final de semana não paro. Até que às vezes me dá vontade de parar pra tomar uma cervejinha, ou quando tá frio, tomar um vinhozinho na refeição, principalmente quando a refeição é peixe, eu

como muito peixe, aí eu gosto de tomar um vinho. Mas por causa do medicamento eu até parei. Eu até quero perguntar isso à doutora. (E10)

Por exemplo: tomei o remédio assim umas 7 horas da manhã, 8. Geralmente eu acordo e tomo meu remédio. Aí fico, vou beber lá prá 11 horas, meio dia, dou um tempo. Não bebo logo assim. Tenho medo, né. (E11)

Mais de um informante referiu uma classificação dos tipos de bebidas que deveriam ser evitadas e aquelas inofensivas. O sistema “quente-frio” foi mencionado como classificação para os tipos de bebidas. Entre as bebidas consideradas “quentes”, com maior teor alcoólico, desaconselhadas, portanto, para uma doença também “quente” como a hipertensão (Queiroz, 1984), estava a aguardente de cana. Entre as bebidas “frias” estava a popular cerveja, cujo consumo foi “liberado”, segundo alguns informantes, por seus próprios médicos, em função dos efeitos diuréticos da bebida:

Não, não paro não. E outra coisa: no início, ela me acompanhava ao médico, chegava lá, dizia: doutor, ele continua bebendo. Mas aí eu falava: eu tomo uma cervejinha... E quente também (*disse a esposa*). O doutor falou: “o quente você deve evitar. A cervejinha, se não abusar, não tem problema, que a cerveja é diurético, você pode tomar uma cervejinha”. Então, eu evito. Eu também não sou de beber muito não. Lá uma vez ou outra eu tomo uma cervejinha. (E20)

Para muitos entrevistados, a experiência da “parada” no uso dos medicamentos funcionava como um teste da ação dos mesmos no organismo e de seus efeitos sobre a pressão arterial:

Não, tenho tomado sempre. Às vezes, só deixo dois, três dias de tomar, às vezes vou ao médico e ele diz: a pressão da sra tá boa. Às vezes eu não tomo mesmo é de safadeza. Às vezes eu experimento, entendeu? Passa dois, três dias. (E19)

Outros entrevistados afirmaram evitar tais “paradas”, ou evitar que se tornassem muito prolongadas, em função de complicações da hipertensão que já sofreram ou que presenciaram a ocorrência em familiares:

Não, parada não. Não porque eu sinto logo, é engraçado que eu sinto falta e eu começo a sentir uma dorzinha enjoadinha, aí eu já sei logo: é a minha pressão que tá subindo. Então eu não posso ficar sem. Eu fico assim dois, três dias, no quarto dia que eu não to tomando remédio de pressão, aí eu lembro que eu não tô tomando. E outra, pela minha mãe, ela faleceu, ela infartou. E nas duas vezes que ela infartou, ela infartou comigo, então eu vi a agonia dela. (E8)

As entrevistas com idosos hipertensos, realizadas por Carvalho et al. (1998), mostraram que alguns destes faziam uso dos medicamentos anti-hipertensivos apenas quando apresentavam sintomas que associavam ao aumento da pressão arterial. Com o desaparecimento dos sintomas, a medicação era interrompida, geralmente durante alguns dias. Para alguns dos idosos entrevistados, a interrupção no uso da medicação funcionava como um teste da sua eficácia.

Os idosos entrevistados por Firmo et al. (2004) também auto-regulavam o uso dos medicamentos prescritos, alterando as doses ou interrompendo ocasionalmente seu uso, de acordo com suas percepções a respeito dos níveis de sua pressão arterial, dos sintomas e da eficácia do tratamento.

No estudo de Morgan e Watkins (1988), entre os pacientes jamaicanos entrevistados, grande parte interrompia deliberadamente a medicação anti-hipertensiva durante alguns dias por semana ou uma semana inteira, ou mesmo por alguns meses. Entre os motivos mencionados para essas interrupções estavam as noções de que seria perigoso associar os medicamentos e a ingestão de bebidas alcoólicas, de que o uso prolongado de medicamentos poderia ser danoso à saúde ou provocar dependência. A interrupção também era praticada, segundo os autores, como um teste dos efeitos da medicação sobre a pressão arterial.

Garro (1988), em seu estudo com os índios Ojibway, relata que, para os hipertensos na comunidade, a regulação dos sintomas associados ao aumento da pressão era o principal objetivo do tratamento. Assim sendo, eles interrompiam o tratamento nos períodos assintomáticos ou aumentavam a dose dos medicamentos na presença de sintomas.

Svensson (2000) transcreve trecho de uma entrevista na qual um paciente, hipertenso há doze anos, afirma que nos meses em que não está sob estresse não faz uso da medicação, voltando a usá-la quando sobrevêm aborrecimentos e irritação.

Rose et al. (2000), descrevendo os contextos relacionados à adesão ao tratamento antihipertensivo em homens afro-americanos, observaram que quase a metade ajustava a medicação prescrita, em resposta aos sintomas e a outros fatores, como o uso de bebidas alcoólicas.

Apenas dois, do total de entrevistados no presente estudo, não faziam nenhum tratamento para a hipertensão. Uma delas nunca iniciou tratamento após receber o diagnóstico e o outro, teve esse diagnóstico ao sofrer um acidente vascular cerebral, que lhe deixou importantes seqüelas e, por residir numa casa localizada em local de difícil acesso,

tem dificuldades para locomover-se até os serviços de saúde para receber tratamento e reabilitação.

Os sete pacientes que interrompiam ocasionalmente o uso da medicação também praticavam a modificação do esquema terapêutico. Essa prática estava vinculada à crença de que os níveis da pressão arterial estariam sujeitos a uma variação e sua elevação muito acentuada, acarretaria sintomas e aumentaria os riscos de complicações, tornando necessárias, então, a adoção das medidas de controle. A avaliação da necessidade de aumento e da possibilidade de diminuição das doses dos medicamentos era feita em função da presença ou ausência desses signos ou da verificação direta dos seus níveis:

O médico na época passou pra usar de 8 em 8 horas. Mas depois eu vi que tava regulada a pressão, e por minha conta eu passei a usar de 12 em 12 horas. (E13)

Na época me deu algum remédio, mas eu não me lembro o que eu tomei não. Tomei só um medicamentozinho e parei. Aí, depois dos 40 mesmo é que eu fui tomar assim pra controlar. Mas pouco, né, tem época que eu tomo mais freqüente, tem época que eu tomo assim um dia sim, um dia não. (E15)

Eu tô sempre medindo, eu comprei um aparelho de pressão e peço à menina aí pra medir pra mim. Tem mês que eu vou medindo direto até controlar ela. Tem mês que não. Quando tá alta, eu aumento um pouco o remédio e fico legal. (E12)

Dois dos entrevistados haviam adquirido aparelhos e realizavam a aferição da pressão diariamente, como base para a regulação do tratamento. Uma aprendeu a verificar sua própria pressão e a media algumas vezes ao dia:

Eu mesma meço. Eu mesma faço auto-medicação. Eu mesma vejo, se foi uma coisa que vai me levar a ter um problema sério, por ex, uma comida. Se eu comi alguma coisa que vai me levar a ter um problema mais sério, eu me medico de uma maneira. Se foi um problema emocional assim, aí eu já uso outra medicação.(...) Todo dia, eu meço minha pressão duas, três vezes por dia. (E22)

Um dos fatores que influenciam diretamente a adesão é o acesso aos medicamentos, em termos do seu custo direto e indireto e de sua disponibilidade gratuita nos serviços de saúde. Alguns entrevistados conseguiam os medicamentos que utilizavam nas unidades de saúde e outros, conseguiam apenas uma parte deles. As faltas de medicamentos causadas por irregularidades na reposição do estoque dos serviços levava muitos entrevistados a ter que comprá-los, ocasionalmente, em farmácias comerciais ou populares, a pedir amostras

grátis a médicos conhecidos e implicavam, em muitos casos, na interrupção do tratamento até que conseguissem obtê-los:

Alguns tão em falta, mas a maioria eu consigo ali. Os outros a gente faz sacrifício e compra. Aqui em Niterói tem duas farmácias, tem a farmácia popular do Vital Brasil, um dos remédios que eu tomo não tem. E tem a farmácia da UFF, em frente ao Antônio Pedro, que esse também não tem. Os outros não, então de seis que eu tomo, só um que eu tenho que comprar. São dois pra pressão e três pro coração. (E10)

É tipo assim agora. O mar tá ruim. Aí eu fico um tempo sem tomar remédio. Aí peço a uns médicos conhecidos, e vem aquelas amostras grátis com dois, três, que não dá pra nada. (E12)

Alguns dos medicamentos prescritos pelos médicos, em função do preço elevado e não disponibilidade nas unidades públicas de saúde, como aqueles utilizados para reduzir os níveis de colesterol no sangue, não eram usados pelos informantes:

Eu também tô com o colesterol muito alto. Tive nela agora dia 12, levei uns exames pra ela ver, tava tudo bom, só o colesterol é que tava... Mas o remédio que ela passou pro colesterol é muito caro. Eu ainda não consegui comprar... Era pra mim tá tomando desde o dia 12. ... Ela falou que o meu colesterol não é do alimento, é emocional. Então tem que ser à base de remédio. E esse remédio é o único que combate, que abaixa. Mas como é que vai comprar ? 60 reais! Pescador... Ou ele compra o dele ou ele compra o meu ! E o dele é muito mais, que o dele é problema de coração... (E23)

Para alguns pescadores e vendedores de peixe, o pescado é uma moeda de troca, um capital que pode favorecer a obtenção dos medicamentos junto a funcionários das unidades de saúde, os quais, no seu entender, relutam em ceder alguns medicamentos à clientela:

São três remédios, é pra coluna, pra depressão, e pra estômago e compro o *Analapril* que eles não dão no Posto, não. Alguns eles dão, aquele *Captopril* vermelhinho eles dão. Até o vermelhinho eles não gostam de dar muito não, mas eu sempre arrumo lá, que eu levo peixe pra eles, aí eles me dá. O resto eu compro. (E3)

Outro fator frequentemente associado à adesão ao tratamento, na literatura sobre o tema, é a percepção de efeitos indesejáveis dos medicamentos. Morgan e Watkins (1988), em seu estudo com hipertensos em Londres, relataram que a terça parte dos entrevistados apresentou efeitos colaterais dos medicamentos inicialmente prescritos por seus médicos e que estes os substituíram. No presente estudo, a maior parte dos entrevistados não referiu tais efeitos com os medicamentos em uso, e, para os poucos que referiram problemas com medicamentos anteriores, estes foram substituídos ou tiveram as doses diminuídas pelo médico.

Um dos entrevistados, apesar de não referir efeitos colaterais com o tratamento, considera que o uso diário de medicamentos pode ser prejudicial à saúde, comparando sua ação a de um veneno, ou seja, uma substância agressiva e tóxica que é necessária para combater a doença, mas que pode causar lesões indesejáveis:

Porque remédio é como se fosse um veneno, né. Porque tudo que vai eliminar uma doença, é um veneno. Bom não é, se a gente pudesse não tomar o remédio, a gente durava muito mais. (E6)

Entre os quatorze entrevistados que auto-regulavam o tratamento (interrompendo-o ou modificando as doses), predominavam as mulheres (dez), os informantes com menos de 60 anos (oito), aqueles que não tinham um médico de referência (nove); apenas dois contavam com um apoio especial, de cônjuges ou filhos, para seguirem o tratamento.

A predominância de homens entre os informantes que aderiam estritamente ao tratamento e, de mulheres, entre os que auto-regulavam o mesmo, convida a reflexões sobre a relação entre gênero e adesão, levando-se em conta, ainda, que as mulheres predominavam no grupo estudado como um todo (13 mulheres e 10 homens). A literatura sobre o tema tem mostrado, de um modo geral, as mulheres como mais aderentes aos tratamentos médicos e utilizando mais os serviços de saúde que os homens (Costa et al., 1998; Aquino et al., 1992; Pinheiro et al., 2002). Especialmente os homens jovens são tidos como o grupo menos aderente (Dunbar-Jacob et al., 1991; Gonçalves et al., 1999; Rose et al., 2000).

A maior proporção de pessoas com 60 anos e mais no grupo “aderente” está de acordo com os dados geralmente encontrados na literatura sobre adesão. Entre os seis informantes nessa faixa etária no grupo “aderente”, quatro eram homens e dois eram mulheres, havendo, então, o predomínio de homens mais velhos nesse grupo.

O apoio de familiares parece influenciar o comportamento relacionado à adesão, como também indica a literatura (Marín-Reyes et al., 2001; Kyngas et al., 1994; Rose et al., 2000), especialmente quando ajuda a superar dificuldades práticas como o comparecimento a unidades de saúde para agendamento de consultas, obtenção de medicamentos e a escassez de recursos para compra de medicamentos, entre outras.

4.5.2 Tratamento não medicamentoso

O esquema terapêutico para a hipertensão arterial inclui modificações na dieta e realização de exercícios físicos. Segundo as orientações biomédicas, essas modificações poderiam ser suficientes para normalizar os níveis da pressão arterial numa parcela dos casos de hipertensão leve e são, para todos os casos, importantes medidas coadjuvantes ao tratamento medicamentoso. Os relatos dos entrevistados acerca das orientações médicas recebidas, contudo, sugerem que era dada uma ênfase muito maior ao tratamento medicamentoso, sendo, muitas vezes, negligenciada a importância do não medicamentoso.

Para muitos entrevistados, a dieta prescrita implicava em mudanças importantes nos seus hábitos alimentares, difíceis de serem seguidas em função de fatores culturais e socioeconômicos. Entre esses fatores, surgiu a noção de que os alimentos de dieta são alimentos “fracos”, que “não sustentam” e que, por outro lado, são caros e diferentes dos alimentos habituais. Como vimos, a alimentação é considerada uma das principais formas de reposição das energias corporais, contrapondo-se ao seu desgaste, especialmente através dos alimentos “fortes”, que têm “sustança” (Boltanski, 1984; Campos, 1982).

Antes eu me tratava com outro médico, de mais idade, que era mais rigoroso. Ele queria que eu obedecesse, fizesse aquilo como ele mandava. Às vezes a gente não obedece, né. Se eu fosse obedecer mesmo, eu ia cair de fome. (E9)

A auto-regulação da dieta, adaptando as orientações recebidas às possibilidades concretas do seu cotidiano, era praticada pela grande maioria:

Já, passou dieta, só que eu não consigo fazer aquela dieta, por causa da minha vida agitada. Aquele corre-corre. Às vezes, quando eu faço uma dieta, parece que a comida não sustenta, aí dá aquela fraqueza. Olha, uma vez, eu tive triglicerídeos tão alterado, que a nutricionista lá do Posto de Saúde passou uma dieta grande. (...) Então passou uma dieta muito rigorosa, mas eu não consigo fazer. Eu diminuo só a gordura, isso eu diminuo e o sal. Mas dizer o que eu tenho que comer, o que eu não tenho, tá difícil. A gente que é pobre não consegue fazer.

E você sabe que a gente nem todo dia tem dinheiro pra comprar. O alimento de dieta é muito caro, então nem sempre a gente pode comprar. A comida de pobre é arroz, feijão, uma batatinha, uma verdurazinha... Tem até aquele dia que falta a verdura, então fica difícil. A gente come o que tem, o que pode comprar. (E13)

Para muitos pescadores, as restrições impostas pela dieta implicavam em grandes mudanças nos seus hábitos relacionados com a pesca e o espaço de sociabilidade da praia:

O sal e a gordura, diminuí bastante. Eu evito o máximo, mesmo comendo aqui na praia. O que eu como na praia é um peixezinho cozido, um peixe frito, assim mesmo tem que ser frito e tirar aquela pele.(...) Essa hora assim, a gente já tava fazendo um peixe frito e tomando umazinha. Aí você tem que conseguir, tem que ter força de vontade, porque se não tiver, não consegue. No começo. Você... pô, mas eu tô proibido de comer as coisas que eu mais gosto, por causa de uma pressão. Mas se eu tomar o remédio a pressão não vai ficar boa, que nada, se você comer, ela altera, não tem jeito, ela altera. (E2)

As práticas alimentares estão frequentemente vinculadas a rituais familiares e sociais, reforçando esses vínculos, assim como a situações de lazer (Canesqui, 1988). Entre os pescadores, esses momentos incluem, em geral, o consumo de alimentos salgados e gordurosos e de bebidas alcoólicas, que são desaconselhados para os hipertensos. Entre homens afro-americanos também foram relatadas dificuldades de adesão à dieta recomendada para hipertensos, em função do hábito de ingerirem esse mesmo tipo de alimentos e bebidas, em companhia de amigos (Rose et al., 2000).

Esses momentos de lazer e sociabilidade estão vinculados às noções de prazer, de relaxamento, em contraposição às idéias de disciplina e controle, presentes nos discursos da promoção da saúde e das mudanças no estilo de vida. (Lupton & Chapman, 1995). O consumo de álcool é freqüente nessas situações; seu uso é um ritual para celebrar o fim de um dia ou semana de trabalho (Lupton, 1995).

Bourdieu (1984) destaca a importância do “comer e beber juntos” (p.179) para as classes trabalhadoras, e o valor atribuído, nessas práticas alimentares no âmbito doméstico e das relações de amizade, à liberdade, entendida como ausência de restrições, auto-controle e moderação.

Para alguns entrevistados, a recomendação da prática de exercícios físicos era tão difícil de seguir quanto a dieta:

Bom, ela mandou caminhar. Mas como é que eu vou caminhar se eu tenho umas dores nos joelhos, olha aqui como é inchado ? Não consigo caminhar. (E23)

O médico acha que você tem que sair para caminhar. Mas eu nunca vi uma diferença entre você caminhar dentro do mercado e caminhar na rua. (...) Não, minha mente sabe que eu tô dentro do mercado, então meu físico não vai reagir, faz de conta que eu não andei, porque minha mente sabe que eu não andei ? Eu andei. Se o médico tivesse me proibido de andar, porque eu tava com o pé quebrado e eu andasse no mercado, não ia me fazer mal ? Porque não pode me fazer bem ? (...) Olha só, eu não tenho empregada na minha casa. Então, só hoje, eu lavei umas oito peças de calça comprida, de blusa, de roupas de frio. Já arrumei minha casa, guardei minhas coisas, já guardei roupa, quer dizer, eu varro o quintal. Eu acho que essas coisas não vai me caracterizar como uma pessoa sedentária, né. Eu acho que eu não sou sedentária. Quando eu tô aqui, enquanto estiver

pedindo cerveja, eu não levanto, mas na hora que pedir alguma coisa na cozinha, sou eu que vou fazer. E eu já comecei, já fui lá, comecei o almoço. Então, eu não vivo sentada. (E22)

Essas falas sugerem que o conhecimento médico sobre a rotina de vida, as dificuldades e prioridades dos pacientes que entrevistamos era bastante limitado e as recomendações sobre dietas, exercícios eram repassadas de uma forma padronizada e superficial, sem levar em conta a realidade cotidiana de cada paciente e sua possibilidade ou limitações para seguir tais orientações. As mulheres portadoras de doenças crônicas entrevistadas por Andersen et al. (1991) afirmaram que, em sua vida diária, a doença é inseparável do contexto social em que vivem; porém, no discurso médico, esse contexto é pouco valorizado.

O uso de tratamentos alternativos para a hipertensão foi relatado por poucos informantes. A ingestão de chás caseiros à base de maracujá, erva cidreira, capim-limão, camomila era utilizada por alguns como uma estratégia para combater o estresse emocional e a ansiedade, de forma a contribuir para a normalização dos níveis da pressão arterial, mas sempre de forma coadjuvante ao tratamento medicamentoso.

Na década de 1970, Botanski (1984) já apontava a supremacia que a medicina oficial tinha sobre a medicina popular nas sociedades ocidentais. A prática médica familiar reutilizava, de forma imitativa, os recursos terapêuticos prescritos pelos médicos para episódios anteriores de doenças entre os membros da família. Queiroz (1984), investigando a medicina tradicional numa comunidade de pescadores do nordeste brasileiro, também observou a preferência pelas terapêuticas oferecidas pela biomedicina, sendo que os recursos da medicina alternativa eram indicados apenas para problemas de saúde menos graves.

A hipertensão parece ser uma doença reconhecida culturalmente como objeto de tratamento médico, ao contrário de outras desordens, para as quais a busca de agentes terapêuticos populares e religiosos é freqüente.

A questão do estresse e das perturbações emocionais, vinculadas tão fortemente ao aumento da pressão arterial, sob o ponto de vista dos entrevistados, não era, de um modo geral, incluída entre as orientações médicas. Em alguns casos foram prescritos medicamentos ansiolíticos:

Ela me passou um calmante, o *diazepam*, pra mim tomar um à noite, que é pra mim não ficar assim muito agitada, muito estressada, sei lá, é muito aborrecimento que eu tenho... Ela falou: a senhora tá muito agitada, vai chegar um dia que em vez da senhora tomar conta do seu marido, ele é que vai ter que tomar conta de você, que você tá muito agitada. Aí ela passou um calmantezinho pra mim tomar. Aí eu tomo à noite. Amanheço uma beleza... (E22)

Esta entrevistada, assim como outros, adotavam estratégias próprias para evitar ou combater o estresse, tais como evitar aborrecer-se e praticar atividades que levavam a um relaxamento e “distração”:

Saio pra casa das minhas amigas, final de semana vou pra casa das minhas amigas. Vou pra igreja... Eu sou católica. Todo sábado eu vou pra igreja, me arrumo, conheço minhas amigas lá, bato papo... Quando eu tô meio coisa assim em casa, eu digo: ó, tá tudo arrumado, comida pronta, tô saindo. Aí vou, converso com as minhas amigas, vou no shopping ali, Viu o shopping ? Então, eu entro ali pra dentro, todo mundo ali é meu amigo. Quando não me vê ali, já sabe que eu tô doente. Aí fico conversando com eles lá, fico batendo papo, aí quando eu venho pra casa, já venho melhor. Mas a doutora mandou fazer isso mesmo: quando você sentir que tá assim... sai pra conversar com as suas amigas. (E22)

Ah, fico em casa cuidando, consertando as minhas redes. Agora eu vou pra casa, vou tomar um banho, vou almoçar, aí fico cuidando das minhas redes até... Porque isso é uma terapia, uma higiene mental. (E10)

4.5.3 Utilização de serviços de saúde e relação médico-paciente

Os serviços de saúde utilizados pelos entrevistados para o tratamento da hipertensão podem ser divididos, de um modo geral, em serviços de emergência ou hospitalares e serviços ambulatoriais. Os primeiros eram procurados quando eram percebidos signos de agravamento ou a ocorrência de complicações. Nos serviços ambulatoriais, especialmente em postos de saúde situados próximos à residência dos entrevistados, geralmente era feito o acompanhamento periódico.

Alguns pacientes procuravam, simultaneamente, vários médicos e serviços diferentes, procurando suprir, desse modo, as carências de cada um deles em relação às suas demandas. Outros recorriam à ajuda de médicos e profissionais de saúde conhecidos, que geralmente freqüentavam a praia e os bares-restaurantes nos finais de semana:

Me trato com o Dr A, aqui. Me trato com o Dr B, cardiologista, lá e me trato com a Dra lá do *IBASM*. Me trato com a Dra do *IBASM* por que quando eu quero exames, que lá é rápido, sabe? *IBASM* é da prefeitura, que eu sou dependente do meu marido. Então no *IBASM* tem exame particular, que é pago, aí eles descontam pelo pagamento dele, aí eu faço lá, Aí eu vou nos três médicos. (E3)

A última vez agora que eu tive de novo, que eu fiquei nervoso de novo, aí atacou tudo de novo, tem quatro anos. Deu infarte de novo. Esse foi perigoso mesmo. (...) Fiquei no Azevedo Lima. Também fui no Hospital de Laranjeiras, fiz cateterismo.(...) Eu é que não voltei mais não, que eu me senti bem. Tô fazendo tratamento com Dr. X, de vez em quando ele vem aqui, me dá uma olhada aqui. (E12)

Num dos sábados em que estive em Itaipu, observei um médico, vestido com roupa de banho, aferindo a pressão de algumas pessoas da comunidade, em um dos bares situados na areia da praia. Um informante relatou que essa prática é freqüente nos finais de semana. A relação médico-paciente, no caso dos médicos que freqüentam a praia e os bares costumeiramente e de moradores da comunidade, adquiria um caráter bem mais informal e próximo de uma amizade do que a relação tradicional.

O pescado era usado como “moeda” para pagamento da orientação prestada por esses médicos “conhecidos”, que freqüentavam a praia e, que, para alguns entrevistados, tornaram-se os médicos de referência para seu acompanhamento:

É um médico particular. Ele é um amigo, vem aqui na praia, eu converso com ele. É tipo uma troca de favor, eu dou um peixe pra ele. Eu não tô indo mais no consultório dele. Eu gosto dele. Quando eu tenho um negócio sério, eu vou no [Hospital Público]. (E12)

A noção de “troca de favores” remete ao clássico “Ensaio sobre a dádiva”, de Marcel Mauss (1974) [1923], onde esse autor nos lembra que a troca de presentes, teoricamente voluntária, é, na realidade obrigatória, especialmente a retribuição. Trata-se de um fenômeno quase universal, que Mauss considerou como um “fato social total”. O peixe representa, na comunidade aqui estudada, um capital que é utilizado para comprar, presentear e retribuir. A mesma entrevistada que usava os peixes para conseguir medicamentos nas unidades de saúde, afirmou que costumava dar um peixe ao trocador do ônibus que a levava da praia até sua casa, para “não pagar a passagem”.

A frequência às consultas médicas também era auto-regulada, sendo mais frequente ou ocorrendo apenas na presença de sintomas não controlados através da auto-regulação da medicação ou quando uma aferição mostrava níveis elevados da pressão arterial. O *esquecimento* do dia marcado para a consulta também era mais provável na ausência de sintomas.

Só vou lá quando eu sinto que não tô legal, aí eu vou lá. (...) Eu não frequento médico não, só quando eu sinto alguma coisa, aí vou lá, faço uns exames e pronto. (E15)

Eu só vou quando eu passo mal, não sou de estar frequente no médico não. Frequente só os remédios. Porque tirando isso, não sinto mais nada. (E7)

Assim como na questão da adesão ao tratamento, muitos entrevistados assumiam uma postura ativa, de controle, em relação à frequência às consultas médicas, decidindo sua periodicidade ou a necessidade de terem uma consulta e a finalidade desse encontro:

Olha só, até esse ano eu tive a Bradesco como plano de saúde. Então eu ia sempre. Aqui nós temos médicos aqui, que frequentam aqui, temos médico de famílias aqui na colônia. A gente frequenta médico de família. Mas eu não preciso de médico pra aferir minha pressão não, quando eu acho que não estou bem, eu vou a médico pra ele me medicar. Essa semana eu vou nessa doutora aqui pra ver se ela muda minha medicação. (...)

Agora vou mudar de médico, porque eu já tô enjoada de tomar muito tempo o mesmo remédio. E a minha pressão fica muito estabilizada em 14 por 9, 12 por 9 e não pode. E a minha pressão tem que ser bem menos que isso. (E22)

Agora, lá do *IBASM*, lá no *IBASM* não tem médico muito bom não. Eu vou lá por causa dos exames. Esse remédio de tirar o apetite, foi uma Dra de lá, a Dra C. Vou sempre lá nela, mas às vezes remédio que ela passa, eu nem tomo, que eu já tô tomando aqui, aí eu nem tomo, pra não misturar. Mas quando eu quero um exame, eu vou lá, ela caneta e me dá, eu faço. (E3)

A autonomia dos informantes no comparecimento às consultas médicas e na regulação do esquema terapêutico, não era sequer mencionada aos médicos – no espaço da interação médico-paciente, tudo se passava como se os pacientes concordassem passivamente com as orientações recebidas. Segundo Freidson (1988), o controle do médico sobre o paciente só é completo quando este encontra-se hospitalizado; a institucionalização, além de permitir um domínio profissional sobre as práticas terapêuticas, afasta o paciente de suas atividades cotidianas e de seus contatos sociais, permitindo que seu comportamento seja organizado apenas em função das normas médicas.

Essa postura de autonomia, de auto-regulação do tratamento, parece traduzir uma resistência à autoridade médica, como explicita Minayo (1999:188):

“Para desespero dos profissionais (que explicam o fato pela ignorância, reafirmando assim seu campo de competências), os indivíduos recorrem a eles, mas não crêem estritamente em suas prescrições. Relativizam-nas, seja em relação ao uso dos medicamentos, seja na consideração de suas palavras. Esses grupos têm uma liberdade – liberdade de dominados não comprometidos com a perenidade do sistema – de reinterpretar os preceitos médicos, de integrá-los dentro suas condições existenciais e ao mesmo tempo prescindir deles ou subestimá-los.”

Apesar dessa postura de resistência e autonomia, a maioria dos entrevistados que se consultavam sempre com o mesmo médico para controle da hipertensão tinham uma avaliação positiva a respeito desse profissional. Os motivos alegados referiam-se, em geral, às habilidades interpessoais do médico, à sua capacidade de comunicação, expressos através dos adjetivos *atencioso*, *cuidadoso*, *boa pessoa*, *humano*, e a duração da consulta, contrapondo-se ao exemplo de médicos que atendem “rápido demais”, “não dão atenção” e “nem examinam direito”. A avaliação das habilidades técnicas do médico passava pela realização de um exame físico completo, pela solicitação dos exames complementares que os informantes consideravam necessários e pela prescrição de medicamentos que “realmente funcionaram”.

Porque a minha cardiologista é uma pessoa excepcional. Muito atenciosa, muito boa pessoa, esse médico que a gente dá gosto de se tratar. Quando eu passei mal, fui parar numa clínica, primeira vez, pra nunca mais. Porque eu não gosto de tratar com médico que antes de falar duas palavras, antes de explicar o que tá sentindo, já tá prescrevendo a receita. E essa doutora, nem a minha pressão nesse dia, ela teve o trabalho de verificar. Aí eu nunca mais voltei nela. (E10)

Não, eu meço lá, mede mesmo que ela é muito boa, escuta a pessoa toda – ouvido, garganta, nariz, coração, mede a pressão, tudo, tudo. (E23)

A avaliação positiva a respeito das habilidades do médico, em alguns casos, parecia indissociável da avaliação sobre o modelo de assistência no serviço do qual o médico fazia parte:

É como se fosse familiar mesmo, assim parente, porque chega lá, a gente entra, senta, conversa, bate papo. Não é aquele médico que você chega ali, te atendeu: O que você tem ? Ta, ta, ta,... Tá doendo aonde ? Te examinou e coisa ... Passa a receita: toma esse remédio aqui, daqui a tantos dias você volta. Não, lá não. A gente senta, bate papo. Você tá tomando o remédio direitinho, tá fazendo isso ? Como é que está sentindo ? E seu dia a dia ? Conversa, bate papo. Quando você não vai lá, eles vão em casa, perguntar porque que não foi. Meu exame chegou, aí levaram meu exame lá em casa. (...) Chega lá, as enfermeira te atende..., mede a sua pressão sem ela mandar. A qualquer hora. Levo a minha carteirinha, na mesma hora mede a pressão e pesa. Ainda tem essa. Controla o peso. Já emagreci.(...) O posto de saúde tem remédio, tem o Captopril direto, a que terminar eu posso ir lá e pegar. Só tem a receita leva. Depois que eu fui pra lá, eu nunca mais precisei comprar. (E2)

Alguns entrevistados, que foram atendidos em serviços de emergência, mostraram um outro lado – serviços superlotados, com pacientes em estado muito grave, médicos e outros profissionais de saúde sobrecarregados e carência de recursos básicos:

Aí ele subiu comigo, pro Setor de Emergência, quando cheguei lá quase fiquei louco. Era gente cheia de tiro, o outro... uma coisa horrível. Aí me deixaram sentado numa cadeira lá (...) me deram mais um remédio e me deixaram em observação. (...)

Aí a hora passando, só ficou naquele eletro, aí ela foi procurar o médico, o chefe de plantão e falou: *Eu vou levar meu marido pra casa. Ah, mas vai assinar um termo de responsabilidade. E se ele morrer em casa? Se ele morrer em casa, eu mando enterrar. Se ele morrer aqui, não tem que enterrar ? Em casa também, não tem jeito. Eu não vou deixar ele aqui nesse desespero, no meio de todo mundo baleado, cortado de faca...* Porque o problema todo não é nem o mal atendimento das pessoas, porque é muita gente pra eles atenderem... No fundo, no fundo, se analisar direitinho, tinha pessoas muito mais grave que eu. Tinha pessoas com o pescoço cortado, barriga cortada, seis, sete tiros no corpo, quer dizer, aparentemente as pessoas tavam bem piores que eu. (E 20)

As narrativas de atendimento nesses serviços foram descritas como experiências de grande fragilidade, insegurança e ansiedade, não apenas em função do quadro clínico grave e dos longos períodos de espera, mas também da falta de apoio emocional e de informações adequadas ao paciente sobre sua situação .

A continuidade do cuidado, através do acompanhamento do portador de hipertensão por um mesmo médico, e a qualidade da relação estabelecida com esse profissional, expressa através da facilidade de acesso, de comunicação, de sentimentos de confiança e

afeto, mostraram-se fatores extremamente importantes para a adesão às orientações terapêuticas e para a melhoria de sua qualidade de vida.

Rose et al. (2000) destacaram, em seu estudo com homens afro-americanos portadores de hipertensão, a importância que a atitude cuidadosa, empática e interessada do médico exercia no comportamento relacionado à adesão ao tratamento.

Em resumo, entre os 23 entrevistados, apenas nove poderiam ser considerados totalmente “aderentes” ao esquema terapêutico, sob o ponto de vista biomédico, isso sem levar em conta as adaptações pessoais à prescrição de dietas e exercícios físicos, à qual os médicos não davam muita ênfase e que esbarravam em fatores socioculturais.

Dos quatorze informantes considerados “não-aderentes”, sob esse ponto de vista, nove interrompiam ocasionalmente o tratamento e cinco modificavam as doses e o esquema terapêutico e regulavam a dieta. Vale lembrar que, entre aqueles considerados totalmente “aderentes” no momento da pesquisa, cinco, ou seja, mais da metade já haviam interrompido o tratamento em períodos anteriores, mas o retomaram em função de complicações ou agravamento dos sintomas.

Essas práticas de auto-regulação do tratamento, que incluíam também a utilização das consultas médicas, estavam embasadas no modelo cultural da hipertensão como um problema intermitente, cujas elevações nos níveis da pressão poderiam ser percebidas através de signos diagnósticos.

O apoio de familiares e, especialmente, a qualidade da relação médico-paciente, como tem destacado a literatura (Bensing, 1991; Sitzia & Wood, 1997; Hall et al., 1988a; Hjortdahl et al., 1992) mostraram-se importantes elementos dentro do jogo de forças que resultavam nas práticas terapêuticas dos informantes. Essa qualidade foi expressa por estes através das habilidades interpessoais dos médicos, como atenção, cuidado, carinho, capacidade de estabelecer uma boa comunicação e através da continuidade do cuidado, ou seja, terem a referência de um mesmo médico para seu acompanhamento.

5. CONCLUSÕES

Embora a hipertensão arterial seja descrita pela biomedicina como uma doença frequentemente assintomática, quase todos os hipertensos entrevistados buscaram ajuda médica e tiveram o problema diagnosticado porque apresentavam sintomas (signos diagnósticos) que os incomodavam. É possível que existam casos de hipertensão assintomáticos nessa comunidade e essa seja uma das razões pelas quais não foram ainda diagnosticados.

Os sintomas, além de serem o principal motivo que leva ao diagnóstico, são utilizados para uma auto-avaliação dos níveis da pressão arterial. A percepção desses signos diagnósticos é vinculada à elevação da pressão e desencadeia estratégias de controle da mesma. Entre as principais estratégias, estão a retomada da medicação, se esta havia sido interrompida, aumento da dose dos medicamentos, acréscimo de medicamentos ao esquema, intensificação ou retomada da dieta. Essa associação de sintomas e elevação da pressão arterial, apesar de referida por informantes em vários estudos, não é reconhecida pela biomedicina como tendo embasamento científico.

Além dos signos diagnósticos, são descritos, pelos informantes, signos de agravamento, vinculados ao aumento muito acentuado da pressão arterial ou à ocorrência de complicações.

A maioria dos informantes reconhece a contribuição de vários tipos diferentes de causas para a hipertensão. As perturbações emocionais são a principal causa mencionada, tanto sob a forma “externa” (aborrecimentos, problemas), quanto “interna” (preocupações, nervosismo, temperamento fechado). A associação leiga entre estresse e hipertensão é praticamente universal, apesar da biomedicina não reconhecer evidências conclusivas da mesma. Ela nos remete a uma concepção da doença, comum nas classes trabalhadoras, como um desequilíbrio que afeta, ao mesmo tempo, o corpo e a alma, numa visão integrada do homem e de sua relação com as condições de vida (Minayo, 1999). Questões familiares e financeiras são as principais fontes de perturbações emocionais entre os entrevistados. A instabilidade dos resultados da atividade pesqueira e seus ganhos reduzidos constituem um dos fatores geradores de estresse no grupo estudado, onde a maioria vive direta ou indiretamente da pesca.

Apesar de localizada numa praia afastada do centro da cidade, num local onde se destaca a beleza natural e a relativa ausência da violência urbana, Itaipu não está fora da cidade e de seus problemas (tampouco fora de um mundo onde os riscos são globalizados). As pessoas que ali moram ou que se vinculam a Itaipu, dentro de um conceito de comunidade ampliado para além das delimitações geográficas, não estão isoladas da cidade. Participam de várias outras redes sociais e convivem cotidianamente com outros espaços da cidade e, conseqüentemente, com os problemas da deterioração da qualidade de vida urbana. Questões estruturais que perpassam a sociedade da qual Itaipu faz parte, como níveis salariais, poder aquisitivo das classes populares e médias, desemprego, entre outros, fazem parte igualmente do dia-a-dia de seus moradores.

O outro fator mais citado pelos informantes como causa da hipertensão é a alimentação rica em sal e em gorduras. A restrição desse tipo de alimentos e de bebidas alcoólicas, nas dietas prescritas para hipertensos, significa, para muitos entrevistados, ter que optarem entre a saúde e o prazer associados à alimentação. O consumo de alimentos gordurosos, especialmente carnes, acompanhados muitas vezes de bebidas, é um hábito prazeroso nas classes populares, particularmente entre os homens, vinculado a momentos de lazer e sociabilidade. Na comunidade estudada, essa prática tem sido reduzida, em função da crença de que sal, gorduras e álcool são prejudiciais à saúde.

A oposição entre disciplina e controle, por um lado, e relaxamento e prazer, por outro, convida à reflexão sobre o conceito de saúde. Apesar do estresse ser visto, pelos informantes, como uma das principais causas de adoecimento, o alívio das tensões propiciado pelos momentos de lazer esbarra na exigência de disciplina e controle, particularmente da dieta. A noção de saúde como controle, no âmbito orgânico, se contrapõe, muitas vezes, à noção mais ampla de saúde como prazer, alegria, bem-estar social.

O modelo cultural da hipertensão na comunidade estudada, como em outras mencionadas na literatura, é de uma doença crônica, embora com um comportamento intermitente, e incurável, ainda que passível de controle. Por ser um problema de saúde muito freqüente e geralmente não impedir as atividades cotidianas, a princípio não é motivo de grandes preocupações. No entanto, a hipertensão é vista como sendo uma doença potencialmente grave. A possibilidade de agravar-se está ligada ao risco de complicações, como “derrames”, infartos, ou mesmo a morte súbita. A convivência com portadores de hipertensão que apresentaram tais complicações, ou mesmo a vivência pessoal das mesmas

faz com que a gravidade, as limitações e as perdas trazidas pela doença se tornem mais concretas para alguns informantes.

Modelos de uma *fisiopatologia popular* da hipertensão são descritos, com base em alterações na quantidade, na qualidade e no movimento do sangue no organismo, provocadas, principalmente, pela alimentação e pelas emoções. O aumento na quantidade de sangue, dilatando os vasos sanguíneos, alterações na sua qualidade, tornando-o mais “grosso”, e a “subida” de uma maior quantidade de sangue para a cabeça podem provocar rompimentos de vasos e obstruções ao fluxo, levando a complicações, como *derrames* e *infartes*.

Além do sistema sanguíneo, o sistema dos “nervos” também está presente nessa *fisiopatologia*. Aborrecimentos constantes têm um efeito cumulativo, especialmente se associados à categoria *temperamento fechado*, um padrão de personalidade que raramente reage diante de agressões externas. Nesse sistema fechado, o acúmulo de tensão, sem *válvula de escape*, pode levar a um aumento progressivo e perigoso da pressão arterial.

Os casos da doença são avaliados segundo seu “estágio” numa escala de gravidade. Essa avaliação leva em conta a presença, intensidade e tipos de sintomas, os níveis da pressão arterial, a facilidade de seu controle e a ocorrência de complicações.

A evolução da hipertensão na direção de uma gravidade crescente pode, no entanto, ser impedida ou, pelo menos, adiada através de seu controle. A noção de controle surge como uma categoria central no modelo da doença no grupo em questão. Controlar a hipertensão significa evitar que o aumento muito acentuado ou duradouro dos níveis da pressão arterial traga prejuízos orgânicos.

A base para a aplicação das estratégias de controle são as percepções corporais, ou seja, a experiência corporificada da doença, percebida através dos sintomas, das reações a fatores estressantes, a alimentos, a medicamentos.

As principais estratégias utilizadas para o controle dos níveis da pressão arterial são o uso de medicamentos prescritos pelos médicos e a regulação da dieta. O modelo de doença incurável e progressiva, mas, ao mesmo tempo intermitente e controlável, e a experiência de vivenciar e interpretar os signos associados à mesma direcionam a escolha e aplicação das estratégias de controle.

Assim, o uso de medicamentos e a restrição de alimentos salgados ou gordurosos apenas na vigência de signos diagnósticos são uma estratégia aplicada em alguns casos, especialmente os considerados menos graves ou iniciais. A regulação das doses dos

medicamentos e da dieta segundo a percepção e interpretação dos signos e da gravidade do problema mostra-se muito freqüente. A interrupção temporária no uso dos medicamentos funciona, muitas vezes, como um teste da ação dos mesmos no organismo e de seus efeitos sobre a pressão arterial.

O modelo biomédico permite aos portadores de hipertensão, como única estratégia para controlar a doença e evitar as complicações, a adesão passiva às prescrições médicas. O modelo adotado pelo grupo, entretanto, concede uma maior autonomia aos portadores, ao possibilitar que estes monitorem os níveis da pressão através da percepção de sintomas e interfiram nesses níveis através da regulação do uso dos medicamentos e da alimentação.

Dentro do conceito biomédico de adesão, a grande maioria dos entrevistados pode ser classificada como não-aderente, ao menos em certos períodos de sua trajetória como hipertensos. Interrupções no uso dos medicamentos e auto-regulação das doses prescritas e da dieta mostram-se práticas mais freqüentes do que a adesão não questionada às orientações médicas. Essas práticas não são discutidas no espaço das consultas médicas, e, geralmente, nem sequer mencionadas aos médicos, como também observaram Gonçalves et al. (1999) em seu estudo sobre adesão à terapêutica para tuberculose.

O presente estudo reforça a idéia de que a adesão ao tratamento médico não pode ser entendida de forma categórica, isto é, classificando-se os informantes em aderentes e não-aderentes. O comportamento relacionado à adesão é melhor compreendido, como apontaram Hunt et al. (1989), como um *continuum*, onde a maior parte dos pacientes situam-se nas posições intermediárias e aqueles altamente aderentes ou altamente não aderentes, nas posições extremas. Desse modo, a não-adesão não pode ser vista como um comportamento desviante, como é geralmente considerada pela biomedicina, pois é mais freqüente que a adesão.

De um modo geral, é observada a participação ativa dos entrevistados no processo terapêutico (embora à margem da consulta médica), fazendo escolhas e tomando decisões, em função do significado da doença, dos seus sintomas e da medicação, como avaliaram outros autores em seus estudos sobre adesão (Conrad, 1985; Hunt et al., 1989; Donovan & Blake, 1992). Essa auto-regulação do tratamento se dá no contexto mais amplo das condições de vida, das dificuldades e prioridades cotidianas e é, algumas vezes, limitada por questões estruturais, como o acesso aos medicamentos.

Assumir um papel ativo em relação ao controle da própria doença significa, para alguns informantes, “utilizar” os serviços de saúde e os médicos, enquanto profissionais,

como meios de acesso a exames e medicamentos. Desse modo, em alguns momentos, o médico é procurado como um meio de se obter a aferição da pressão arterial ou a solicitação de um exame complementar considerado importante pelo informante, para sua própria avaliação sobre a doença e a eficiência de suas estratégias de controle. Em outros momentos, o objetivo principal de buscar a consulta médica é conseguir a prescrição de medicamentos, o que, muitas vezes, também possibilita o acesso aos mesmos de forma gratuita.

As orientações fornecidas pelo médico e outros profissionais nos contatos com os serviços de saúde são avaliadas e confrontadas, por parte dos informantes, com seus próprios modelos culturais da doença e com as possibilidades estruturais de adesão a essas recomendações. As orientações quanto a dietas, por exemplo, muitas vezes mostram-se contrárias aos hábitos culturais dos informantes e às suas possibilidades econômicas de mudança nos padrões alimentares. Orientações quanto à prática de exercícios físicos frequentemente não levam em conta suas limitações e condições de vida cotidianas.

Uma questão que têm sido bastante debatida e que esse estudo etnográfico veio reforçar é o distanciamento que a prática médica e a atenção dispensada pelos serviços de saúde mantêm em relação à realidade vivida pelos pacientes e usuários. Distanciamento esse que se expressa num desconhecimento dos seus modelos culturais de doença, de suas práticas relacionadas com o tratamento, dos seus modos de vida, dificuldades cotidianas, projetos e prioridades. Apesar de não terem sido incluídas, no presente estudo, entrevistas com profissionais de saúde, esse distanciamento transparece das falas dos portadores de hipertensão.

As estratégias de auto-regulação do tratamento, orientadas pelas percepções corporais, seriam classificadas pela biomedicina como comportamentos de não-adesão. Entretanto, elas parecem falar de uma liberdade de opção, de um direito de ouvir o que o corpo tem a dizer e decidir sobre o próprio corpo, sobre a própria saúde, resistindo à dominação médica sobre eles.

Em relação à relevância que a hipertensão arterial assume, como problema de saúde coletiva e à necessidade de um melhor controle desse problema, a principal proposta que esse estudo permite sugerir é de uma aproximação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Mudanças mais profundas no modelo biomédico seriam a base mais apropriada para essa aproximação. Atenuações na rigidez desse modelo podem ser alcançadas através de exercícios de maior sensibilização e familiaridade dos profissionais

de saúde, desde sua formação, para as questões culturais, sociais e humanas que são parte do processo saúde-doença e para uma prática médica que busque a parceria e o respeito ao outro, em lugar da dominação. Modelos de atenção que considerem a saúde e não apenas a doença como objeto, que considerem o ser humano não apenas como um corpo, mas como uma complexidade onde corpo, cognição, emoção e ambiente social interagem, podem ser caminhos de atenuação dessa distância. Caminhos a serem construídos, de maneira inovadora e árdua, mas certamente compensadora, por todos nós que estamos envolvidos nesse complexo campo da saúde humana.

Referências Bibliográficas

ABREU FILHO, O. O parentesco como sistema de representações: um estudo de caso. In: Figueira, S.; Velho, G (orgs.). *Família, Psicologia e Sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

ALVES, M.G.M. *A Voz do Hipertenso: Representações Sociais da Hipertensão Arterial. Estudo de Caso em Jurujuba, Niterói, R.J.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

ALVES, P.C. A Experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9: 263-271, 1993.

ALVES, P.C. & RABELO, M.C. O status atual das ciências sociais no Brasil: tendências. In: Alves, P.C. & Rabelo, M.C.(orgs.) *Antropologia da Saúde – Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Pp. 13-28. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ALVES, P.C. & RABELO, M.C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: Alves, P.C. & Rabelo, M.C. (orgs.) *Antropologia da Saúde – Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Pp.107-121. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ALVES, P.C. & RABELO, M.C. Medicina Tradicional. Uma reflexão a partir dos conceitos de experiência e corpo. In: Cáceres, C.; Cueto, M.; Ramos, M.; Vallenas (orgs), S. *La Salud como Derecho Ciudadano*. Pp. 335-348. Lima, Univ. Peruana Cayetano Heredia, 2003.

ANDERSEN, J.M.; BLUE, C.; LAU, A. Women's perspectives on chronic illness: ethnicity, ideology and restructuring of life. *Social Science and Medicine*, 33: 101-113, 1991.

AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; AMOEDO, M.B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Revista de Saúde Pública*, 26: 195-202, 1992.

BACKETT, K.C.; DAVISON, C. Life course and lifestyle: the social and cultural location of health behaviours. *Social Science and Medicine*, 40: 629-638, 1995.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H.; NORONHA, C.V.; NEVES, R.B.B., ALVES, P.C. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *Physis*, 3: 127-145, 1993.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C.A. (org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*. Pp. 17-30. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

BECK, U. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage, 1992.

- BENSING, J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science and Medicine*, 32: 1301-1310, 1991.
- BIBEAU, G. At work in the fields of public health: the abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly*, 11: 246-255, 1997.
- BLOCH, K.V. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: Lessa, I. *O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade*. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.
- BLUMHAGEN, D. Hyper-tension: a folk illness with a medical name. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4: 197-227, 1980.
- BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.
- BOURDIEU, P. *Distinction – a social critique of the judgement of taste*. Cambridge: Harvard University Press, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão das doenças crônico-degenerativas. *Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial*. Brasília, DF, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão das doenças crônico-degenerativas. *Programa Nacional de Educação e Controle do Diabetes Mellitus*. Brasília, DF, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão das doenças crônico-degenerativas. *Programa Nacional de Controle do Câncer*. Brasília, DF, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*. Brasília, DF, 2001.
- CALDWELL, J.R.; COBB, S.; DOWLING, M.D. and JONGH, D. The dropout problem in antihypertensive treatment. *Journal of Chronic Diseases*, 22: 579-592, 1970.
- CALNAN, M. Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Social Science and Medicine*, 27: 927-933, 1988.
- CAMPOS, M.S. *Poder, Saúde e Gosto*. São Paulo: Cortez Editora, 1982.
- CANESQUI, A.M. Antropologia e alimentação. *Revista de Saúde Pública*, 22: 207-216, 1988.
- CAPRARA, A. & FRANCO, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15: 647-654, 1999.
- CARVALHO F.; TELAROLLI R.Jr; MACHADO, J.C.M.S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, 14: 617-621, 1998.
- CASTIEL, L.D. O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde-doença. *Physis*, 3: 91-105, 1993.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean ? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44: 681-692, 1997.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49: 651-661, 1999.

CHEWNING, B.; SLEATH, B. Medication decision-making and management: a client-centered model. *Social Science and Medicine*, 42: 389-398, 1996.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 71: 653-660, 1998.

CLARO, L.B.L.; TOMASSINI, H.C.B.; ROSA, M.L.G. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 1447-1457, 2004.

COIMBRA Jr., C.E.A.; CHOR, D.; SANTOS, R.V.; SALZANO, F.M. Blood pressure levels in Xavante adults from the Pimentel Barbosa Indian Reservation, Mato Grosso, Brasil. *Ethnicity and Disease*, 11: 232-240, 2001.

CONRAD, P. The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20: 29-37, 1985.

CONRAD, P. Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development. *Social Science and Medicine*, 30: 1257-1263, 1990.

CORDEIRO, R.; LIMA FILHO, E.C.; FISCHER, F.M.; MOREIRA FILHO, D.C. Associação da pressão arterial diastólica com o tempo acumulado de trabalho entre motoristas e cobradores. *Revista de Saúde Pública*, 27: 363-372, 1993.

CORIN, E.; UCHOA, E. BIBEAU, G., KOUMARE, B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie Africaine*, 24: 183-204, 1992.

CORIN, E.; BIBEAU, G.; UCHOA, E. Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali. *Anthropologie et Sociétés*, 17: 125-156, 1993.

COSTA, J.S.D.; GONCALVES, H.; MENEZES, A.M.B. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 14: 409-415, 1998.

CROOG, S.H.; LEVINE, S.; TESTA, M.A. et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *New England Journal of Medicine*, 314: 1657-1664, 1986.

COOPER, R.S.; ROTIMI, C.N.; WARD, R. The puzzle of hypertension in African-Americans. *Scientific American*, 280: 56-63, 1999.

CSORDAS, T.J. Somatic modes of attention. *Cultural Anthropology*, 8: 135-156, 1993.

- DA MATTA, R. *A Casa e a Rua*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.
- DA MATTA, R. A família como valor: considerações não-familiares sobre a família à brasileira. In: Almeida, A.M.A.; Carneiro, M.J.; De Paula, S.G. *Pensando a Família no Brasil – da Colônia à Modernidade*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.
- DAVISON, C.; FRANKEL, S.; SMITH, G.D. The limits of lifestyle: re-assessing “fatalism” in the popular culture of illness prevention. *Social Science and Medicine*, 34: 675-685, 1992.
- DAWBER, T. *The Framingham Study: The Epidemiology of Atherosclerotic Disease*. Cambridge: Harvard University Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor MI: Health Administration Press, 1980.
- DONOVAN, J.L.; BLAKE, D.R. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making ? *Social Science and Medicine*, 34: 507-513, 1992.
- DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1976 [1966].
- DOUGLAS, M. *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London: Routledge, 1992.
- DRESSLER, W.W. Psychosomatic symptoms, stress and modernization: a model. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9: 257-286, 1985.
- DRESSLER, W.W. Modernization, stress and blood pressure: new directions in research. *Human Biology*, 71, 583-605, 1989.
- DRESSLER, W.W.; GRELL, G.A.C.; GALLAGHER, P.N.; VITERI, F.E. Social factors mediating social class differences in blood pressure in a Jamaican community. *Social Science and Medicine*, 35: 1233-1244, 1992.
- DRESSLER, W.W.; GRELL, G.A.C.; VITERI, F.E. Intracultural diversity and the sociocultural correlates of blood pressure: a Jamaican example. *Medical Anthropology Quarterly*, 9: 291-313, 1995.
- DRESSLER, W.W.; SANTOS, J.E. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. *Cadernos de Saúde Pública*, 16: 303-315, 2000.
- DUARTE, L.F.D. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- DUARTE, L.F.D. A representação do nervoso na cultura literária e sociológica do século XIX e começo do século XX. *Anuário Antropológico*, 87: 93-116, 1990.
- DUARTE, L.F.D. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: Ribeiro, I.; Ribeiro, A.C.T. *Família em Processos Contemporâneos: Inovações Culturais na Sociedade Brasileira*. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

- DUNBAR-JACOB, J.; DWYER, K.; DUNNING, E.J. Compliance with antihypertensive regimen: a review of the research in the 1980s. *Annals of Behavioral Medicine*, 13: 31-39, 1991.
- EISENBERG, L. Disease and illness – distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 9-23, 1977.
- ELIAS, N.; SCOTSON, J.L. *The Established and the Outsiders. A Sociological Enquiry into Community Problems*. London: Frank Cass, 1965.
- ELUF NETO, J.; LOTUFO, P.A.; LÓLIO, C.A. Tratamento da hipertensão e declínio da mortalidade por acidentes vasculares cerebrais. *Revista de Saúde Pública*, 24: 332-336: 1990.
- EPSTEIN, A.L. The network and urban social organization. In: MITCHELL, J.C. *Social networks in urban situations*. Manchester University Press, 1969.
- ERAKER, S.A.; KIRSCHT, J.P.; BECKER, M.H. Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine*, 100: 258-168, 1984.
- FEELY, J. The therapeutic gap – compliance with medications and guidelines. *Atherosclerosis*, 147: 31-37, 1999.
- FERZACCA, S. “Actually, I don’t feel that bad”: managing diabetes and the clinical encounter. *Medical Anthropology Quarterly*, 14: 28-50, 2000.
- FIGUEIRA, S.A. Uma Nova Família ? O Moderno e o Arcaico na Família de Classe Média Brasileira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.
- FIRMO, J.O.A.; BARRETO, S.M.; LIMA-COSTA, M.F. Projeto Bambuí: fatores associados ao tratamento da hipertensão arterial entre idosos na comunidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 817-827, 2003.
- FIRMO, J.O.A ; LIMA-COSTA, M.F.; UCHOA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 1029-1040, 2004
- FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: Sant’Anna, D.B. (org.) *Políticas do Corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.
- FLEMING-MORAN, M.; COIMBRA Jr., C.E.A. Blood pressure studies among Amazonian native populations: a review from an epidemiological perspective. *Social Science and Medicine*, 31: 593-601, 1990.
- FOSTER, G.M. *Hippocrates’ Latin American Medicine: Humoral Medicine in the New World*. Langhorne: Gordon and Breach, 1994.
- FREIDSON, E. *Profession of Medicine*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- FRENK, J.; FREJKA, T.; BOBADILLA, J.L.; STERN, C.; LOZANO, R.; SEPÚLVEDA, J; JOSÉ, M. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 111: 485-496, 1991.

GARCIA, R.W.D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 13: 455-467, 1997.

GARRO, L.C. Explaining high blood pressure: variation in knowledge about illness. *American Ethnologist*, 15: 98-119, 1988.

GIDDENS, A. *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press, 1990.

GOFFMAN, E. *Asylums*. New York: Doubleday, 1961.

GOMES, R.; MENDONÇA, E.A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo, M.C.S.; Deslandes, S.F. *Caminhos do Pensamento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

GONÇALVES, H.; COSTA, J.S.D.; MENEZES, A.M.B.; KNAUTH, D.; LEAL, O.F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, 15: 777-787, 1999.

GOOD, B.J. The heart of what's the matter - the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 25-58, 1977.

GOOD, B. J. *Medicine, Rationality and Experience – An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge University Press, 1996.

GOOD, B.J.; DEL VECCHIO, M.J.G. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: Eisenberg L, Kleinman A. *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: D. Reidel Publishing; 1980.

GOUVÊA, C.S.D.; TRAVASSOS, C.; FERNANDES, C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, 31: 601-17, 1997.

GRAHAM, H. Womens' smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25: 47-56, 1987.

GUADAGNOLI, E.; WARD, P. Patient participation in decision-making. *Social Science and Medicine*, 47: 329-339, 1998.

HALL, J.A.; ROTER, D.L.; KATZ, N.R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26: 657-672, 1988a.

HALL, J.A.; ROTER, D.L.; KATZ, N.R. What patients like about their medical care and how often they asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine*, 127: 935-939, 1988b.

HALL, J.A.; ROTER, D.L.; KATZ, N.R. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine*, 27: 637-644, 1988c.

HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

HAYNES, R.B.; Mc DONALD, H.P.; GARG, A.X. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *Journal of the American Medical Association*, 288: 2880-2883, 2002.

HEURTIN-ROBERTS, S. "High-pertension" - the uses of a chronic folk illness for personal adaptation. *Social Science and Medicine*, 37: 285-294, 1993.

HJORTDAHL, P.; LAERUM, E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *British Medical Journal*, 304: 1287-1290, 1992.

HUNT, L.M. Compliance and the patient's perspective: controlling symptoms in everyday life. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13: 315-334, 1989.

HYDÉN, L-C. Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness*, 19: 48-69, 1997.

ISKEDJIAN, M.; EINARSON, T.R.; MacKEIGAN, L.D.; SHEAR,N; ADDIS,A.; MITTMANN, N.; ILERSICH, A.L. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clinical Therapeutics*, 24: 302-316, 2002.

KANT DE LIMA, R.; PEREIRA, L.F. *Pescadores de Itaipú – meio ambiente, conflito e ritual no litoral do Estado do Rio de Janeiro*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 1997.

KAWACHI, I.; WILSON, N. The evolution of antihypertensive therapy. *Social Science and Medicine*, 31: 1239-1243, 1990.

KYNGAS, F.Z., LEWIS, D.M. The role of social support in compliance and other health behaviors for African-Americans with chronic illnesses. *Journal of Health and Social Policy*, 5: 55-68, 1994.

KJELLGREN, K.I.; AHLNER, J.; SÄLJÖ, R. Taking antihypertensive medication – controlling or co-operating with patients ? *International Journal of Cardiology*, 47: 257-268, 1995.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. and GOOD, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258, 1978.

LAGUARDIA, J. Raça, genética e hipertensão: uma nova genética ou velha eugenia? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12: 371-393, 2005.

LERNER, B.H. From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of noncompliance. *Social Science and Medicine*, 45: 1423-1431, 1997.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: Lessa, I. (org.) *O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade*. Pp.77-96. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998a.

LESSA, I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. In: Lessa, I. (org.) *O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade*. Pp.223-239. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998b.

LESSA, I. Os Programas nacionais de educação e controle para DCNT. In: Lessa, I. (org.) *O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade*. Pp. 241-250. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998c.

LESSA, I.; MENDONÇA, G.A.S.; TEIXEIRA, M.T.B. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 120: 389-413, 1996.

LIMA, M. T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 1079-1087, 2004.

LOLIO, C.A.; LAURENTI, R. Tendência da mortalidade por doenças cerebrovasculares em adultos maiores de 20 anos de idade no município de São Paulo (Brasil), 1950-1981. *Revista de Saúde Publica*, 20: 243-246, 1986.

LOTUFO, P.A.; LOLIO, C.A. Tendência da mortalidade por doenças isquêmicas do coração no estado de São Paulo, 1970-1989. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 61: 149-153, 1993.

LOTUFO, P.A.; LOLIO, C.A. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do estado de São Paulo. In: Monteiro, C.A. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

LUPTON, D. *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage, 1995.

LUPTON, D. *Risk. Key Ideas*. London: Routledge, 1999.

LUPTON, D.; CHAPMAN, S. 'A healthy lifestyle might be the death of you': discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. *Sociology of Health and Illness*, 17: 477-494, 1995.

MacDONALD, L.A.; SACKET, D.L., HAYNES, R.B. and TAYLOR, D.W. Labelling in hypertension: a review of the behavioral and psychological consequences. *Journal of Chronic Disease*, 37, 933-942, 1984.

McELROY, A. & TOWNSEND, P.K. *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. San Francisco: Westview Press, 1989.

MAES, S.; VINGERHOETS, A.; VAN HECK, G. The study of stress and disease: some developments and requirements. *Social Science and Medicine*, 26: 567-578, 1987.

MARÍN-REYES, F.M.C.; RODRÍGUEZ-MORÁN, M.M.C. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43: 336-339, 2001.

MAUÉS, R.H.; MAUÉS, M.A.M. O modelo da “reima”: representações alimentares em uma comunidade amazônica. *Anuário Antropológico*, 77: 120-147, 1978.

MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1974 [1923].

MECHANIC, D. The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disease*, 15: 189-194, 1962.

MEDICK, H.; SABEAN, D.W. *Interest and Emotion. Essays on the Study of Family and Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. *A Saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Brasília: OPAS/OMS – Representação no Brasil, 2001.

MIBIELLI, B.L. *Mestre Cambuci e o “sumiço da tainha” – uma nova imagem da praia de Itaipu*. Monografia para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2004.

MILLER, N.H. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. , [102, Suppl.1](#): 43-49, 1997.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1999.

MONTEIRO, S. Desigualdades em Saúde, Raça e Etnicidade: questões e desafios. In: Monteiro, S.; Sansone, L. *Etnicidade na América Latina: Um Debate sobre Raça, Saúde e Direitos Reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MORGAN, M.; WATKINS, C.J. Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups. *Sociology of Health and Illness*, 10: 561-578, 1988.

MURRAY, C.J.L.; CHEN, L.C. Dynamics and patterns of mortality change. In: Chen, L.C.; Kleinman, A.; Ware, N.C. *Health and Social Change in International Perspective*. pp. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

MUXFELDT, E.S.; NOGUEIRA, A.R.; SALLES, G.F.; BLOCH, K.V. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. *São Paulo Medical Journal*, 122: 87-93, 2004.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATIONS PROGRAM COORDINATING COMMITTEE . The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Archives of Internal Medicine*, 157: 2413–2446, 1997.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATIONS PROGRAM COORDINATING COMMITTEE. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention,

Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42: 1206–1252, 2003.

NATIONS, M.K.; CAMINO, L.A.; WALKER, F.B. “Hidden” popular illness in primary care: residents’ recognition and clinical implications. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9: 223-239, 1985.

NATIONS, M.K.; MONTE, C.M.G. “I’m not dog, no!” Cries of resistance against cholera control campaigns. *Social Science and Medicine*, 43:1007-1024, 1996.

NATIONS, M.K.; MISAGO, C.; FONSECA, W.; CORREIA, L.L.; CAMPBELL, O.M.R. Women’s hidden transcripts about abortion in Brazil. *Social Science and Medicine*, 44: 1833-1845, 1997.

NICHTER, M. Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from south India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5: 379-408, 1981.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49: 509-583, 1971.

ONG, L.M.L.; HAES, J.C.J.M.; HOOS, A.M.; LAMMES, F.B. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40: 903-918, 1995.

PARSONS, T. *The Social System*. Glencoe: Free Press, 1951.

PEIRANO, M. *Proibições Alimentares numa Comunidade de Pescadores*. Brasília: Editora da Universidade Nacional de Brasília, 1975.

PESSANHA, E.G.F. *Os Companheiros – Trabalho e Sociabilidade na Pesca de Itaipu*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2003.

PICCINI, R.X.; VICTORA, C.G. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. *Cadernos de Saúde Pública*, 13: 595-600, 1997.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7: 687-707, 2002.

QUEIROZ, M.S. Hot and cold classification in traditional iguape medicine. *Ethnology*, 23: 63-72, 1984.

RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M.A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ROCCCELLA, E.J.; BOWLER, A.E.; AMES, M.V.; HORAN, M.J. Hypertension knowledge, attitudes and behavior: 1985 NHIS findings. *Public Health Reports*, 101: 599-606, 1986.

ROSE, L.E.; KIM, M.T.; DENNISON, C.R.; HILL, M.N. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing*, 32: 587-594, 2000.

ROSENTHAL, G.E.; SHANNON, S.E. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care*, 35: NS58-NS68, 1997.

SACKETT, D.L.; HAYNES, R.B.; GIBSON, E.S. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *The Lancet*, 31: 1205-1207, 1975.

SBARBARO, J.A. The patient-physician relationship: compliance revisited. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 64: 325-331, 1990.

SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9: 897-908, 2004.

SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M.M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1: 6-41, 1987.

SHAPIRO, A.P.; ALDERMAN, M.H. Behavioral consequences of hypertension and antihypertensive therapy. *Circulation*, 76 (Suppl 1): 101-103, 1987.

SHEA, S.; MISRA, D.; EHRLICH, M.H.; FIELD, L.; FRANCIS, C.K. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *American Journal of Public Health*, 82: 1607-1612, 1992.

SILVEIRA, M.L. *O Nervo Cala, o Nervo Fala: a Linguagem da Doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O.G. (org.) *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1967.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45: 1829-1843, 1997.

SNOW, L.F. Folk medical beliefs and their implications for care of patients. *Annals of Internal Medicine*, 81: 82-96, 1974.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, 9: 359-408, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *Relatório do III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial*. Campos de Jordão, 1988.

SPINK, M.J.P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 1277-1311, 2001.

SPINK, M.J.P.; MEDRADO, B.; MELLO, R.P. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15: 151-164, 2002.

SQUIER, R.W. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science and Medicine*, 30: 325-339, 1990.

STEVENSON, F.A.; BARRY, C.A.; BRITTEN, N.; BRADLEY, C.P. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social Science and Medicine*, 50: 829-840, 2000.

STRAHL, H. Cultural interpretations of an emerging health problem: blood pressure in Dar es Salaam, Tanzania. *Anthropology and Medicine*, 10: 309-324, 2003.

STRAUSS, A.L.; GLASER, B.G. *Chronic Illness and the Quality of Life*. St. Louis: Mosby, 1975.

SVENSSON, S.; KJLLGREN, K.I.; AHLNER, J.; SÄLJÖ, R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Internacional Journal of Cardiology*, 76: 157-163, 2000.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9: 885-895, 2004.

TOMASSINI, H.C.B.; ALVES, M.G.M.; CLARO, L.B.L., PACHECO, A.G.F.; ALMEIDA, M.T.C. Evolução da População e da Mortalidade em Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 1979 a 1997. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 1621-1630, 2003.

TROSTLE, J.A.; HAUSER, W.A.; SUSSER, I.S. The logic of noncompliance: management of epilepsy from the patient's point of view. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 7: 35-56, 1983.

TROSTLE, J.A. Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*, 27: 1299-1308, 1988.

UCHOA, E.; CORIN, E.; BIBEAU, G.; KOUMARE, B. Représentations culturelles et disqualification sociale. L'épilepsie dans trois groupes ethniques au Mali. *Psychopathologie Africaine*, 25: 33-57, 1993.

UCHOA, E. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: CANESQUI, A.M. *Ciências Sociais e Saúde*. Pp. 87-109. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

UCHOA, E.; BARRETO, S.M.; FIRMO, J.O.A.; GUERRA, H.L.; PIMENTA Jr, F.G.; LIMA E COSTA, M.F.F. The control of schistosomiasis in Brazil: an ethno-epidemiological study of the effectiveness of a community mobilization program for health education. *Social Science and Medicine*, 51: 1529-1541, 2000.

UCHOA, E.; FIRMO, J.O.A.; DIAS, E.C.; PEREIRA, M.S.N.; GONTIJO, E.D. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 71-79, 2002.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. Healthy People 2010*. Washington, DC: United States Government Printing Office, 2000.

VALLE, E.A.; VIEGAS, E.C.; CASTRO, C.A.C.; TOLEDO Jr, A.C. A adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, 26: 83-86, 2000.

YOUNG, A. When rational men falls sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5: 317-335, 1981.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285, 1982.

WAGNER, E.H.; STROTGATZ, D.S. Hypertension labeling and well-being: alternative explanations in cross-sectional data. *Journal of Chronic Disease*, 37: 943-947, 1984.

WALDRON, I.; NOWOTARSKI, M.; FREIMER, M.; HENRY, J.P.; POST, N.; WITTEN, C. Cross-cultural variation in blood pressure: A quantitative analysis of the relationships of blood pressure to cultural characteristics, salt consumption and body weight. *Social Science and Medicine*, 16: 419-430, 1982.

WEINGARTEN, M.A.; CANNON, B.S. Age as a major factor affecting adherence to medication for hypertension in a general practice population. *Family Practice*, 5: 294-296, 1988.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept ? *Social Science and Medicine*, 38: 509-516, 1994.

WILKINSON, R. *Unhealthy Societies*. London: Routledge, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life* . Geneva, 2002 . [http:// www.who.int/whr/2002](http://www.who.int/whr/2002). Acessado em 15/11/2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION. WHO AND ISH statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21: 1983–1992, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; US CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Geneva: WHO, 2004.

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Vivendo com Hipertensão Arterial – Um estudo sobre a Experiência da Enfermidade*”, que é o trabalho final do curso de doutorado (um curso feito após a faculdade) da pesquisadora. Esse estudo vai estudar pessoas portadoras de hipertensão arterial, para conhecer o que essa doença e seu tratamento significam para elas e como lidam com isso em suas vidas. Para participar da pesquisa, estamos escolhendo pessoas adultas, de ambos os sexos, que tenham o diagnóstico de hipertensão arterial há pelo menos dois anos.

Você só participará da pesquisa se quiser e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Universidade Federal Fluminense, onde a pesquisadora atua como professora.

Sua participação se dará através de entrevistas feitas pela pesquisadora, em local e horário da sua conveniência. Além das entrevistas, a convivência da pesquisadora no ambiente da sua casa e da comunidade permitirá a ela conhecer um pouco melhor como é a sua vida e da comunidade onde vive.

Os prejuízos que sua participação pode lhe trazer são o gasto do tempo necessário para as entrevistas. Se você não gosta muito de falar de você, pode sentir-se incomodado, mas pode desistir de participar a qualquer momento. Se você gosta de falar de você, provavelmente se sentirá bem em ter essa oportunidade de dizer o que pensa e sente. Outros benefícios da sua participação são sua importante colaboração para essa pesquisa, pois seus resultados serão divulgados de modo a ajudar as pessoas que planejam o atendimento e que atendem as pessoas com hipertensão a propiciar um atendimento e um acompanhamento mais adequado para elas.

Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois será utilizado um nome de fantasia (inventado) no lugar do seu nome verdadeiro e no lugar de qualquer outra pessoa mencionada nas entrevistas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora (Rua Comendador Queiroz, 67 apt. 1201 Icaraí Niterói R.J CEP: 24.230-220 Tel (21) 2714-8966), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Lenita Barreto Lorena Claro - pesquisadora

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data ____________

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Identificação e Aspectos Gerais

Apresentação da pesquisadora e do projeto
Termo de Consentimento Informado
Nome, idade, situação familiar, ocupação do entrevistado

2. Diagnóstico

Como você descobriu que tem pressão alta (hipertensão) ?
Há quanto tempo foi isso ?

3. Signos e Significados

Você sente algum mal-estar por causa da pressão alta ?
O que você acha que causa a hipertensão ?
No seu caso, o que você acha que causou ?
Você acha que a hipertensão é uma doença grave ou não ? Porquê ?
Você acha que tem cura ?

4. Convívio com outros doentes e história familiar

Você conhece outras pessoas que tenham hipertensão ?
Na sua família, mais alguém tem pressão alta ?
E entre as pessoas da família que já morreram, sabe de algum caso ?

5. Práticas Terapêuticas

O que você fez quando descobriu que tinha pressão alta ?
Já buscou ajuda ou outros tratamentos diferentes do tratamento médico ?
Você faz ou já fez tratamento para pressão alta com remédios ?
O que você usou ? Por quanto tempo ?
Acha que melhorou ? Por quê ?

6. Relação com profissionais e serviços de saúde

Vai ao médico de vez em quando ? De quanto em quanto tempo ?
Sempre é atendida pelo mesmo médico ? Em que serviço de saúde ?
O que você acha desse serviço de saúde ?
O que você acha do atendimento prestado por esse (s) médico (s) ? E do seu relacionamento com o(s) médico (s) ?
Você já foi atendida por outros profissionais de saúde ? O que achou ? Como foi seu relacionamento com esses profissionais ?

7. Adesão ao tratamento

Atualmente você faz algum tratamento para a hipertensão ? Me fala como é esse tratamento.
Como é para você tomar remédio todos os dias ? Acha que é necessário ?
Tem dificuldades para conseguir os remédios ? Como faz para conseguir ?
Esquece às vezes de tomar ?
Toma às vezes (ou sempre) uma dose menor (ou maior) que a prescrita pelo médico ? Por quê ?
Acha que o tratamento está dando resultados ?

8. Impacto da doença

Descobrir que você é hipertenso, atrapalhou a sua vida ? De que maneiras ?
Influi no seu relacionamento com outras pessoas ? Como ?
Trouxe alguma vantagem para você ?

9. Hipertensão e História de Vida

Me fala um pouco da sua vida, da sua história. Onde você nasceu e cresceu? Como era sua família ? Você frequentou escola ? Como era o lugar onde morava e as pessoas ?
E depois de adulta, como foi a sua vida ?
Como é hoje a sua vida ?
E seu relacionamento com as pessoas da família? E de fora da família ?
Como é viver nesse local ?
Como é o seu trabalho ?
O que você faz quando tem tempo livre ? Tem alguma distração ?
Frequenta alguma religião ? Como é para você ?
Como é você como pessoa, seu temperamento, seu jeito de viver ?
Que problemas te incomodam mais na sua vida atualmente ?
Que coisas você acha que te ajudam mais na sua vida ?

Anexo 3

Descrição Geral dos Entrevistados

E1 – Feminino, 43 anos, casada, 3 filhas, mora na praia de Itaipu com o marido e as filhas, trabalha com comércio de peixe.

E2 – Masculino, 46 anos, casado, 2 filhos, motorista de ônibus em licença para tratamento de saúde, a esposa trabalha como manicure em casas da região; mora num bairro próximo com a esposa e os filhos e frequenta a praia de Itaipu desde criança, onde tem muitas amizades e gosta muito de pescar.

E3 – Feminino, 60 anos, 8 filhos, separada, mora próximo a praia de Itaipu com um filho e uma neta, numa casinha simples que fica ao lado de um pequeno cemitério, onde o marido trabalhava. Mantém uma banca de venda de peixe na areia da praia, onde trabalha diariamente. Já trabalhou em hotéis da região, como doméstica, trocadora de ônibus.

E4 – Masculino, 70 anos, casado, 1 filho, pescador aposentado, mora próximo a Itaipu com a esposa e o filho e está sempre na praia, consertando redes, conversando com os outros pescadores.

E5 – Masculino, 46 anos, casado, 2 filhas, mergulhador, no momento desempregado, pescador, mora na praia de Itaipu com a esposa, as filhas e uma neta.

E6 – Masculino, 67 anos, casado, 9 filhos, pescador aposentado, pastor de uma igreja evangélica num bairro próximo, onde reside com a esposa e alguns dos filhos. É tio de uma das vendedoras de peixes que têm banca na areia da praia.

E7 - Feminino, 68 anos, viúva, 5 filhos, dona de bar na praia, junto com alguns dos filhos. Trabalha na cozinha no bar, com uma ajudante e faz os serviços domésticos. Mora num bairro próximo com alguns dos filhos.

E8 – Feminino, 41 anos, casada, 2 filhos, do lar, mora na praia de Itaipu com o marido e os filhos. É irmã do entrevistado E5.

E9 – Feminino, 73 anos, viúva, 3 filhos, já trabalhou com vendas de roupas e outros produtos a domicílio; atualmente compra e vende peixe para pessoas conhecidas e recebe ajuda das filhas casadas. É tia de uma das vendedoras de peixes que têm banca na areia da praia. Mora num bairro próximo com um filho.

E10 – Masculino, 66 anos, casado, 6 filhos, pescador, mora num bairro próximo com a esposa, alguns dos filhos, noras e netos. É casado com a entrevistada E22.

E11- Masculino, 49 anos, casado, 4 filhos, pescador, trabalha como cozinheiro nas horas vagas, mora em Itaipu com a esposa e os filhos. É irmão do entrevistado E12.

E12 – Masculino, 43 anos, separado, 1 filha, mergulhador (pesca de marisco e outros frutos do mar) e cozinheiro nas horas vagas, mora em Itaipu, sozinho.

E13 - Feminino, 53 anos, casada, 6 filhos, do lar, faz alguns serviços domésticos em casas de famílias das redondezas, mora num bairro próximo com o marido, alguns dos filhos e o pai (E14).

E14 – Masculino, 80 anos, viúvo, aposentado, trabalhava vendendo verduras e frutas, mora com a família da filha (E13).

E15 – Feminino, 48 anos, casada, 3 filhos, do lar, já trabalhou fora, mora num bairro próximo com o marido e os filhos. É irmã da entrevistada E13.

E16 – Feminino, 54 anos, separada, 4 filhos, doméstica, filha de pescador, mora num bairro próximo com uma das filhas.

E17 – Feminino, 70 anos, viúva, 3 filhos, vive com a família de uma das filhas num bairro próximo. É irmã da entrevistada E3.

E18 – Masculino, 65 anos, casado, 5 filhos, deixou de trabalhar devido a um acidente vascular cerebral - vendia verduras numa banca. Mora com a esposa num bairro próximo e é irmão da entrevistada E3.

E19 – Feminino, 66 anos, viúva, 3 filhos, aposentada, trabalhava como lavadeira. Mora num bairro próximo com um dos filhos e uma neta e é cunhada da entrevistada E3.

E20 – Masculino, 60 anos, casado, 2 enteadas, motorista de ônibus, veio morar há poucos anos na praia de Itaipu com a esposa e as enteadas.

E21 – Feminino, 40 anos, casada, 1 filho, doméstica, filha de pescador. Mora num bairro próximo e o marido vende peixe numa banca na praia.

E22 – Feminino, 56 anos, separada, 2 filhos, dona de um pequeno bar na entrada da vila do canto de Itaipu, onde o filho a ajuda. Foi casada com um pescador e mora bem próximo à praia de Itaipu com os filhos.

E23 – Feminino, 62 anos, casada, 6 filhos, do lar. Mora num bairro próximo com o marido, alguns dos filhos, noras e netos e é casada com o entrevistado E10.