

A VIVÊNCIA COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E A UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Vanessa Rodrigues de Lima¹
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera²
André Estevam Jaques³

LIMA, V. R.; BALDISSERA, V. D. A.; JAQUES, A. E. A vivência com a hipertensão arterial sistêmica e a utilização de estratégias de enfrentamento. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 15, n. 3, p. 219-226, set./dez. 2011.

RESUMO: Ao cuidar de pessoas que vivenciam a hipertensão arterial sistêmica faz-se necessário conhecer suas estratégias de enfrentamento, pois atitudes de negação, supervalorização, descrença, perturbação da autoimagem e do autocontrole podem ser identificadas e impulsionarão a pessoa para a não-aceitação de sua condição crônica, favorecendo os riscos de não aderir ao tratamento proposto. Esta pesquisa buscou descrever o impacto da hipertensão arterial sistêmica na vida cotidiana das pessoas que vivenciam a doença, desde seu diagnóstico, apontando as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas. Desenvolveu-se um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa foi desenvolvida com 15 pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica cadastradas e acompanhadas em um centro de saúde de um município do noroeste do Estado do Paraná-Brasil, conduzidos em grupo de encontros semanais, durante 12 semanas, no período de Julho a Outubro de 2008, pelo método de abordagem narrativa da enfermidade através da técnica de grupo focal. No que se refere ao cotidiano da vida, desde o diagnóstico da doença, apreendemos que houve impactos referentes à dieta, ao uso contínuo de medicamentos como rotina e ao controle do estresse. Como estratégias de *coping* evidenciaram-se a gestão do problema e a gestão da emoção, incluindo a prática do lazer, mudanças nas práticas alimentares, mudanças na rotina de vida diária com hábito diário de auto-administração de medicamento, busca pela espiritualidade. O reconhecimento dessas estratégias pelas equipes de saúde e sua correta utilização fazem-se necessárias para consolidá-las mediante ações assistenciais que incluam apoio, colaboração e co-participação familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial. Adaptação psicológica. Acontecimentos que mudam a vida.

LIVING WITH SYSTEMIC HYPERTENSION AND THE USE OF COPING STRATEGIES

ABSTRACT: When taking care of people with systemic hypertension, it is necessary to know coping strategies, since attitudes of denial, overvaluation, disbelief, disturbances of the self-image and self-control can be identified and will lead the person to a non-acceptance of his chronic condition, favoring the risks of non-compliance to the proposed treatment. This study aimed to describe the impact of systemic hypertension on the daily lives of people that have the disease, since its diagnosis, focusing on the used coping strategies. This is a qualitative, descriptive and exploratory study. The research was developed with a group of 15 people diagnosed with systemic hypertension, registered and attended at a health center of a municipality from the northwest of Paraná State, Brazil. The group had weekly meetings, during 12 weeks from July to October 2008, and the narrative approach of the disease through the focus group technique was used. Regarding everyday life, since the disease diagnosis, there were impacts on the diet, routine of continuous medication use and stress management. The management of the problem and management of the emotion, including the practice of leisure, changes in eating habits, changes in daily life routine with daily habit of self-administration of the drug, and spiritual quest were used as evident coping strategies. The recognition of these strategies by the health personnel and their proper use is necessary to consolidate them through assistance services that include support, collaboration and family co-participation.

KEYWORDS: Hypertension. Adaptation psychological. Life change events.

Introdução

O diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) prevê a necessidade de inclusão de tratamento, podendo ser farmacológico e/ou não-farmacológico, esse último conhecido também como mudanças nos hábitos de vida, que inclui o abandono do tabagismo, controle do etilismo, manutenção do peso corporal dentro de limites de eutrofia, inclusão de prática de atividade física regular, controle no consumo de sal e controle de estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), haja vista que tais condições são agravantes para a doença.

Já são descritas na literatura as reações e comportamentos no cotidiano da vida que surgem após a descoberta da doença ou início do tratamento (CASTRO; CAR, 2000), pois as mudanças na vida que são incluídas podem ocasionar dificuldade de adaptação, gerar estresse e colaborar com o abandono do tratamento, repercutindo em dificuldade na manutenção de níveis pressóricos nos parâmetros desejáveis.

O que se espera neste processo de interiorização das mudanças que se fazem necessárias à vida da pessoa que vivencia a HAS é que aconteça adaptação a esta nova realidade. Isso pode se fazer mediante a utilização do *coping*, que não possui uma tradução exata para a língua portuguesa, mas seria equivalente ao que se denomina de 'enfrentamento'.

¹Enfermeira, graduada pela UNIPAR em 2009. Bolsista do Programa Externo de Bolsas de Iniciação Científica da Fundação Araucária-UNIPAR (PEBIC) em 2008/2009

²Enfermeira, Doutora em Ciências, docente da Universidade Estadual de Maringá e do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR). Orientadora da pesquisa junto ao PEBIC em 2008/2009

³Enfermeiro, Mestre em Engenharia de Produção, Doutorando em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP USP. Docente da Universidade Paranaense – UNIPAR.

É preciso considerar que adaptação e *coping* não são sinônimos. Morais; Peniche (2003) referem que adaptação é um conceito amplo que abrange desde rotinas, pensamentos e comportamentos automáticos até o próprio *coping*. Já o *coping* é um processo utilizado especialmente em situações nas quais o indivíduo não se conduz como normalmente o faria; isto é, implica numa condição de estresse, que demanda a utilização de ações especiais para administrá-lo.

Faz-se salutar destacar que a forma pela qual os clientes escolhem estratégias de *coping* são determinadas pelos seus auxílios internos e externos, que envolvem a saúde, crenças, responsabilidade, apoio, habilidades sociais e recursos materiais (MORAIS; PENICHE, 2003). O *coping* é multidimensional, envolvendo uma grande variedade de estratégias cognitivas e comportamentais, podendo ser utilizadas para reavaliar, alterar e aliviar os seus efeitos adversos (TAMAYO; TROCCOLI, 2002).

Ao cuidar de pessoas portadoras de doença crônica, como é a HAS, faz-se necessário refletir sobre a forma de assisti-las. Suas estratégias de 'enfrentamento' (*coping*) precisam ser valorizadas, conhecidas e apoiadas, porque desta forma se permitirá que ela consiga adaptar-se a sua realidade de doente crônico, fazendo-o conhecer-se e descobrir suas próprias estratégias de enfrentamento; pois atitudes de negação, supervalorização, descrença, perturbação da autoimagem e do autocontrole podem ser identificadas e impulsionarão a pessoa para a não-aceitação de sua condição crônica, favorecendo os riscos de não aderir ao tratamento proposto.

Esta pesquisa buscou descrever o impacto da HAS na vida cotidiana das pessoas que vivenciam a doença, desde seu diagnóstico, apontando as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas ao longo do tempo.

Casuística e Método

Desenvolveu-se um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa foi desenvolvida com 15 pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica cadastradas e acompanhadas em um centro de saúde de um município do noroeste do Estado do Paraná-Brasil, conduzidos em grupo de encontros semanais, durante 12 semanas, no período de Julho a Outubro de 2008, pelo método de abordagem narrativa da enfermidade por meio da técnica de grupo focal.

A pesquisa deu-se início após o consentimento livre e informado dos sujeitos, mediante apro-

vação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPEH) da Universidade Paranaense – UNIPAR (protocolo n.º 12875 de 2008) e consentimento da direção do serviço para utilização dos dados, atendendo a resolução 196/96 do CNS, que trata da pesquisa com seres humanos.

O critério para inclusão foi: ser portador de hipertensão arterial sistêmica; estar cadastrado no referido centro de saúde; ser participante dos encontros semanais do serviço. Diante desse critério, essa pesquisa foi realizada com a totalidade da população-alvo (n=15).

Nos encontros semanais, os temas discutidos pelo grupo focal foram os impactos da hipertensão na vida cotidiana, desde seu diagnóstico e a utilização de estratégias para seu enfrentamento. Os encontros de discussão focal foram gravados e depois transcritos. Foi realizada a análise de conteúdo do tipo temática, por meio da categorização, seguindo as fases: 1) pré-análise, com leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses; 2) exploração do material e definição de categorias; 3) Tratamento dos resultados e interpretação. Os sujeitos foram identificados por nomes fictícios a saber, nomes de flores, pedras preciosas ou nomes próprios, escolhidos pelas participantes, a fim de manter o sigilo e a confidencialidade.

Resultados e discussão

As 15 participantes eram do gênero feminino, com idade entre 55 e 75 anos, sendo a maioria viúva e aposentada, todas responsáveis pelos serviços domésticos em seu lar. Participavam do grupo na unidade de saúde entre 1 e 7 anos. Tiveram o diagnóstico da doença entre 2 e 15 anos. Apresentaram-se dispostas e seguras para a discussão do tema desta pesquisa, permitindo a observação de um ambiente agradável e de relações próximas entre elas, o que favoreceu a condução da investigação.

No que se refere ao cotidiano da vida, desde o diagnóstico da doença, apreendeu-se que houve impactos negativos. Para melhor ilustrá-los, optou-se pelo quadro a seguir:

Quadro 1: Percepções sobre a vida cotidiana desde o diagnóstico da HAS

CATEGORIAS	PERCEPÇÕES SOBRE A VIDA COTIDIANA
1. As mudanças dietoterápicas tiveram impacto negativo no cotidiano, especialmente pela falta de solidariedade da família e pela restrição alimentar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Ah, eu como com minha filha e meu neto, arroz, feijão[...] só eles que comem carne gorda, eu não posso, então... (Flor do Campo)</i> 2. <i>É difícil ver os outros comendo aquilo que nós não podemos, não é? (Orquídea)</i> 3. <i>Ah, o sal mudou [...], é difícil comer comida sem gosto (Mônica)</i> 4. <i>É, isso é mais difícil (comida sem gosto) [...] (Topázio)</i> 5. <i>Por causa dessa dificuldade, às vezes é melhor ficar quieta sozinha no nosso canto, daí não passamos vontade. (Esmeralda)</i> 6. <i>Mudou muito, foi difícil demais, até hoje é difícil (deixar de comer alguns alimentos). (Jasmim)</i> 7. <i>Eu tive que fazer tratamento psiquiátrico para aceitar tanta coisa, porque da noite para o dia ter que mudar a comida não é fácil. (Cravo)</i> 8. <i>Ah, no começo foi um pouco difícil, a família não ajuda, ficam pedindo pra gente preparar coisas que não podemos, mas também a família não tem obrigação de ajudar! (Girassol)</i>
2. O uso diário de medicamentos reforça a condição de doente crônico e provoca mudanças na rotina.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tem que se conformar e tomar (o remédio). (Violeta) 2. Mas mesmo sabendo que sou doente para sempre, eu não esqueço de jeito nenhum, levanto, vou ao banheiro e já tomo meu remédio. (Jasmim) 3. Eu me senti mal (de ter que tomar remédio), mas dali pra cá eu levanto cedo e a primeira coisa que faço é tomar meu remédio. (Margarida) 4. <i>É uma coisa que a gente não quer, ser doente a vida toda e ficar a base de remédio! (Flor do Campo)</i>
3. O controle do estresse foi percebido como algo necessário para o tratamento da doença.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A doença deixa a gente mais estressada do que já é (risos), e para não subir demais a pressão, o jeito é relaxar. (Azaléia) 2. A pressão sobe quando estou nervosa, com a vida cheia de dificuldades para resolver, então tenho que relaxar. (Violeta) 3. Relaxar é importante, faz bem para o corpo, para a mente e para a pressão, não é verdade? (Tulipa) 4. <i>Para cuidar dessa doença, controlar o nervosismo é uma parte importante. (Flor do Campo)</i>

No quadro acima, na categoria 1: as mudanças dietoterápicas tiveram impacto negativo no cotidiano, especialmente pela falta de solidariedade da família e pela restrição alimentar, pode-se compreender a problemática das mudanças alimentares

na vida da pessoa hipertensa. Afirma-se que pode haver dificuldades no seu seguimento por associar as restrições com castigo (CASTRO; CAR, 2000), já que existe prazer em degustar alimentos que, com a restrição alimentar passam a ser percebidos como proibidos. Ainda, essa dificuldade pode ser agravada pelo fator econômico que cerceia a liberdade em escolher os alimentos mais adequados (LIMA; BUCHER, LIMA, 2004), o que pode gerar sensações de desconforto, ansiedade e estresse.

Além disso, pode-se perceber que os alimentos considerados como ‘proibidos’ para portadores de HAS são entendidos como ideais, sem a percepção de que, de fato, são alimentos inadequados para a promoção da saúde. Dessa forma, reforça-se o caráter punitivo da alimentação restritiva, sem a compreensão da sua indicação para a saúde das pessoas em geral. Essa percepção evidencia o corrente erro alimentar da população em geral (BONOMO; CAIAFFA; CESAR, 2003) quanto a ausência de dieta balanceada.

Vale destacar que mudança dietoterápica mais expressiva junto aos participantes dessa pesquisa foi referente ao controle do sal. Estudo conduzido por Saraiva et al., (2007) demonstrou que existe consciência no grupo de hipertensos sobre a diminuição no consumo de cloreto de sódio, mas este conhecimento pode não ser suficiente para conduzir a pessoa à adesão ao tratamento proposto.

Usar menos sal pode implicar em grandes esforços e até menos prazer no preparo do alimento (PIRES; MUSSI, 2008), pois o sal é entendido como ingrediente que acrescenta sabor aos alimentos. Infere-se que redução do sal na dieta é um componente importante do tratamento da HAS, pois colabora com a redução da pressão arterial e consequentemente com a morbi-mortalidade por complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Da mesma forma que a dieta, as outras mudanças na vida podem ter o mesmo impacto, embora não tenham sido relatados por esse grupo. Essa afirmação se faz mediante a percepção de que, tal qual acontece nas mudanças alimentares, a mudança de estilo de vida no tratamento da HAS pode estar relacionada à perda de outros prazeres: deixar de fumar, diminuir ou não ingerir bebidas alcoólicas, eliminar a inatividade física.

Cazarini et al. (2000) apontam a família como o principal apoio motivador para a adesão ao tratamento da doença crônica, em especial na mudan-

ça desses hábitos. Por essa razão, destaca-se o apoio da família para a manutenção dos hábitos saudáveis, como a dieta (PIRES; MUSSI, 2008). O menor núcleo social é a família e, portanto, o reforço de ações positivas que vêm dela, ou a sua reprovação, é fator que colabora para que a pessoa consiga manter-se fiel ao tratamento.

Estudo randomizado conduzido por Dellepiane; Bós (2008) permitiu concluir que a participação familiar é colaborativa na restrição alimentar e que exerce ação importante na adesão e manutenção dietética. Por conseguinte, projeta-se a necessidade da inclusão da família no cuidado à saúde do portador de HAS, incluindo a adesão solidária à alimentação indicada. Essa falta de colaboração familiar foi um implicador da dificuldade para a mudança de hábitos alimentares apontado pelas participantes desse estudo.

A família é a primeira fonte de suporte de seus membros para a resolução de problemas, estando diretamente envolvida nos hábitos de vida. Assim, o seguimento do tratamento depende do envolvimento da família (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

É importante situar que a mudança da dieta dependerá de inúmeros fatores, tais como culturais, emocionais e vivências anteriores. Por essas razões, para o enfrentamento dessa situação os serviços de saúde precisam de apoios diversificados, dependendo das características pessoais de cada cliente (SIMONETTI; FERREIRA, 2008); mas parece oportuna a inclusão da família nas ações educativas que favoreçam o apoio e colaboração familiar, repercutindo na promoção da saúde de todos os membros da família.

A categoria 2: o uso diário de medicamentos reforça a condição de doente crônico e provoca mudanças na rotina, apresentada no quadro 1, explicita que a doença crônica traz sensações físicas e emocionais peculiares, especialmente diante da tentativa de se levar uma vida muito próxima ao rotineiro, mesmo diante do diagnóstico da doença.

Como as doenças crônicas são incuráveis, o uso do medicamento diário reforça essa condição e pode dificultar a aceitação ou, pelo contrário, pode impulsionar as pessoas para estratégias eficazes de enfrentamento. Talvez por essa razão, algumas pessoas só façam uso contínuo da medicação quando percebem alguma alteração no seu estado de saúde (PIRES; MUSSI, 2008); mas se tratando da HAS que é assintomática para a maioria de seus portadores, a inclusão de uma nova rotina no uso de medicamentos parece favorecer a adesão a esse tratamento, justamente porque o ato de ingerir o medicamento passa a fazer parte da vida diária, distanciando-o do

estranhamento que no início pode acontecer. Somado a isso, o uso contínuo de medicamentos depende da percepção da sua necessidade para o controle da doença (PIRES; MUSSI, 2008), abrindo campo para que as ações educativas cumpram com seu papel. O indivíduo para mudar comportamentos de saúde tem que valorizar os benefícios na mudança de sua vida, acreditando que é possível diminuir a suscetibilidade ou severidade da doença (PIRES; MUSSI, 2008).

Ainda no quadro 1, quanto à categoria 3: o controle do estresse foi percebido como algo necessário para o tratamento da doença, infere-se que essas pessoas parecem construir sua lógica na determinação do controle da doença, fundamentando tal conceito na causalidade do “modo de vida” (ALMEIDA FILHO; 2004), uma vez que os participantes desse estudo relataram que controlar a doença depende do controle do estresse.

Há de se destacar que o estado emocional situa-se como responsável pela elevação da pressão arterial (GASPERIN, 2007) e a angústia provocada pela impotência frente ao controle da doença pode provocar aumentos pressóricos sustentados. É importante apontar que a percepção de qualidade de vida pode estar diretamente ligada à ausência de enfermidades; e quando o sujeito vivencia uma doença, essa condição pode provocar estresse sustentado, especialmente pelo estilo de vida modificado (SEIDL; TROCCOLI; ZANNON, 2001; MACHADO; CAR, 2007).

Na fisiopatologia da HAS sabe-se do fator hereditário que determina a resposta individual ao controle pressórico e sua atuação na resposta do indivíduo frente ao estresse, cuja liberação intermitente de adrenalina provocaria vasoconstrição neurogênica sustentada determinando a doença (IRIGOYEN, 2003). A manifestação do estresse sob a forma emocional já foi investigada (CASTRO; SCATENA, 2004), corroborando com os achados por este estudo e reforçando a necessidade de se conhecer o que os hipertensos pensam e como enfrentam esta doença.

As estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas para essas condições da vida, especialmente para aquelas provocadas pelo diagnóstico da doença, são relativas à gestão da emoção e do problema. Para melhor clarificar esse achado, apresentamos a seguir:

Quadro 2: Enfrentamento (*coping*) das condições de vida desde o diagnóstico da HAS

CATEGORIAS	PERCEPÇÕES SOBRE A VIDA COTIDIANA
1. A gestão da emoção foi verificada ao utilizarem o lazer (incluindo as reuniões semanais na unidade de saúde) como enfrentamento do estresse cotidiano provocado, entre outros, pelas mudanças na vida após o diagnóstico da doença	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ah, eu acho muito gostoso, passam as horinhas que nem vejo. (Margarida) 2. Ah, é um divertimento muito gostoso, aprendo a jogar aqui, eu não sabia, chega dia de quinta-feira, eu faço tudo rapidinho. (Violeta) 3. [...] eu me sinto bem mesmo... (Jasmim) 4. Às vezes eu saio um pouquinho, assisto TV.(Azaléia) 5. Ah, eu saio, vou à casa das colegas e depois volto para casa. (Topázio) 6. Eu fico nervosa, aí eu vou controlando. (Rosa Vermelha) 7. Ah! Tenho que sair, é melhor.(Tulipa) 8. Ah, sim, caminhar é tão gostoso, a gente se distrai. (Cravo) 9. Eu durmo, vou ao baile do vovô, ao bingo. (Girassol) 10. Ah! Acho muito gostoso, passam as horinhas bem rápido quando estou aqui, é uma válvula de escape pra nós. (Lírio) 11. Ah! Vou aos bingos, aos bailes. (Ametista) 12. Vou ao Bing e ao SESC nas palestras e nas festas de aniversários no fim do mês. (Esmeralda) 13. Ah! Me sinto bem mesmo.(Begônia)
2. A gestão da emoção foi verificada ao utilizarem a religiosidade/espiritualidade como estratégia de enfrentamento do estresse cotidiano provocado, entre outros, pelas mudanças na vida após o diagnóstico da doença	<ol style="list-style-type: none"> 1. Às vezes vou ao quarto e rezo.(Azaléia) 2. [...] vou ao quarto e rezo, quando fico desesperançosa. (Rosa Vermelha) 3. Eu sou muito católica e também rezo. (Margarida) 4. (...) quando eu também fico triste, pela minha condição, rezo. (Violeta)
3. A gestão do problema foi verificada ao evitarem o contato com alimentos restritos ou proibidos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ah, eu gosto (de alimentos que precisam ser evitados), mas evito, às vezes nem faço. (Orquídea) 2. Parei de comer. (Topázio) 3. Ah, como um pouquinho. (Margarida) 4. Eu como, se eu tiver vontade eu como, mas moderadamente. (Flor do Campo)

4. A gestão do problema foi verificada ao adotarem uma nova dinâmica na rotina diária incluindo o ritual e hábito sustentado da auto-administração de anti-hipertensivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. [...] levanto, vou ao banheiro e já tomo meu remédio. (Jasmim) 2. Eu levanto cedo e a primeira coisa que faço é tomar meu remédio. (Margarida) 3. É, tem que ser assim, organizar um horário e já tomar o remédio, como se fosse lembrar-se de escovar os dentes, não é? (risos de todos). Senão, a gente esquece, até porque se esquecer de coisa ruim é muito fácil. (Orquídea)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Essas categorias centram-se nas estratégias de *coping* relativas à gestão da emoção e do problema. O *coping* foi definido como estratégias de desenvolvidas para enfrentar as situações; um esforço cognitivo e comportamental, realizado para dominar, tolerar ou reduzir as demandas externas e internas e o conflito entre elas. Possui duas funções: modificar e relacionar a pessoa e o ambiente, controlando ou alterando o problema causador, que se denomina *coping* centrado no problema; adequar a resposta emocional ao problema, denominado *coping* centrado na emoção (MORAIS; PENICHE, 2003).

No *coping* centrado no problema, percebe-se que os participantes sabiam das mudanças necessárias na vida, especialmente quanto à restrição alimentar e à inclusão diária da autoadministração medicamentosa; e que estas mudanças precisariam de atitudes comportamentais para seu enfrentamento. Ambos os casos evidencia gestão do problema que deu origem ao estresse (ANTONIAZZI, 1998), tentando modificá-lo.

Assim, quanto à alimentação/dieta, evidenciou-se que as estratégias para tentar modificar o contato com a origem do estresse provocado pela restrição alimentar foram: não comer certos alimentos; não preparar o alimento proibido; ou comer em frequência menor, especialmente porque seguir a dieta não é uma atitude fácil e o enfrentamento possível passa a ser diminuir a frequência de consumo. No tocante ao uso diário de medicamentos, a inclusão de uma rotina diária de horários e locais da autoadministração pareceu ser eficaz na gestão do problema.

As mudanças necessárias na vida dos hipertensos nem sempre são fáceis e para a adesão ao tratamento medicamentoso pode ocorrer à necessidade de estratégias para adaptação às mudanças. Notou-se que a focalização no problema foi importante estratégia utilizada por essas pessoas, pois esse tipo de enfrentamento as auxiliou nas mudanças de rotina da vida para inclusão do tratamento medicamentoso, favorecendo a adaptação à situação (SANTOS; ALVES JUNIOR, 2007).

A estratégia de *coping* focada no problema pode ter a função no enfrentamento das mudanças e regulação do perigo, que na situação dessas pessoas seria a mudança dos hábitos alimentares, a inclusão medicamentosa e a responsabilização do uso diário do medicamento (ANTONIAZZI et al., 1998). A utilização desse tipo de *coping* mostra que as pessoas assumem o aceite pelas mudanças desejáveis (SANTOS; ALVES JÚNIOR, 2007).

Quanto ao *coping* centrado na emoção percebeu-se a utilização de estratégias para equilibrar o estado emocional desajustado pelo estresse (SIMONETTI; FERREIRA, 2008) que, para essas pessoas, seria oriundo do convívio com a doença, com seu tratamento ou com as situações adversas da vida.

Nesse sentido, as atividades de lazer incluindo as reuniões de grupo do serviço foram apontadas como estratégias positivas no enfrentamento da doença, situando-as como apoio no enfrentamento do estresse, pois muitos relataram encontrar ajuda nos encontros de educação para a saúde do serviço de saúde, inserindo a socialização e os momentos de lazer, como forma de controlar os conflitos provocados, entre outros, pela doença e suas demandas de cuidado.

Por essa razão se faz necessário criar um momento para os clientes conhecerem novas pessoas, contar suas angústias e estresses do dia a dia propiciando, também, atividades de recreação para que as reuniões sejam para eles momentos prazerosos e de lazer (CHAVES, 2006).

Agindo dessa maneira, pode-se supor que o enfrentamento foi mais fácil e menos conflitante, além de tornar as reuniões de grupo mais adequadas e ativas, permitindo que se enfatize o compromisso do cliente com a própria saúde pelo entrosamento efetivo com o autocuidado, multiplicando um estilo de vida mais saudável tanto na família como na comunidade (CHAVES, 2006); mas, sobretudo prevenindo as complicações da HAS pelo controle do estresse.

O *coping* por meio do lazer atua como um amortecedor contra o momento estressante e sua prática varia em função das circunstâncias de vida das pessoas. Em geral, observam-se as experiências de lazer nos grupos de encontro e nas atividades físicas, como na caminhada. O lazer socializante, nesses casos, representa uma estratégia de *coping* correspondendo às experiências partilhadas uns com os outros, destacando que o companheirismo na prática do lazer é forma de fortalecer vínculos, inclusive da pessoa com HAS com o serviço de saúde (SANTOS; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2003). Além disso, as

práticas de lazer fornecem condições de desenvolvimento físico, mental, social e espiritual, também como forma de distração, recreação, entretenimento, de comunicação, motivação e alívio de tensão (CHAVES, 2006).

Com o envelhecimento homens e mulheres deixam o trabalho formal, na maioria das vezes, aumentando seu tempo livre para participar de atividades de lazer, mas nem sempre todos têm a oportunidade de realizá-las. Neste sentido, os homens são os que mais conseguem realizar alguma atividade de lazer, muitas vezes pelas duplas jornadas que as mulheres levam e pelas questões culturais, limitando a sua participação em alguma atividade desta natureza (BENEDETTI et al., 2008). Com o tempo livre, aumenta a emergência de criatividade para ocupá-lo favorecendo o lazer, propondo-se a transformar todo o estresse que a enfermidade causa num evento menos estressante para os que a vivenciam (JANUZZI; CINTRA, 2006), colaborando com o equilíbrio emocional para enfrentar a situação.

O *coping* religioso/espiritual foi também evidenciado como estratégia de enfrentamento do estresse provocado pela vivência com a HAS e estresse de origens diversas, portanto apontado como *coping* centrado na emoção. Defini-se *coping* religioso como a aplicação de crenças religiosas ou de comportamentos facilitando a resolução de problemas para impedir ou diminuir os efeitos emocionais negativos de situações estressantes da vida. Comportamentos de *coping* religioso são mais encontrados em idosos e estão ligados a uma melhor saúde física e emocional, relacionando-se tanto com a saúde mental quanto com a saúde espiritual (KOENNIG; PARGAMENT; NIELSEN, 1998).

A espiritualidade é um tema que promove um encontro entre equilíbrio e harmonia, as crenças e as práticas religiosas podem diminuir a perda de controle, estresse e o desamparo, possibilitando uma estrutura cognitiva que possa reduzir o sofrimento e melhora na eficácia do tratamento (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007). A espiritualidade é própria de cada indivíduo podendo ou não estar envolvida com a religiosidade; ela é responsável pela relação do eu com o universo e com os outros (BENEDETTI et al., 2008).

É sugerida por estudiosos que a espiritualidade tem duas tarefas culturais e psicológicas essenciais: a possibilidade de construir um mundo possível e permitir ao homem dar um sentido ao seu sofrimento (GASTAUD et al., 2006). No caso de doenças crônicas como a HAS, a espiritualidade é mediadora cognitiva para a interpretação dos eventos adversos

de maneira positiva, promovendo o ajustamento e a adaptação dos indivíduos às condições de saúde (GASTAUD et al., 2006).

Conclusão

Esse estudo permitiu compreender que a vivência com a HAS provoca impactos na dinâmica da vida das pessoas, refletindo em mudanças necessárias que precisam ser compartilhadas e apoiadas no âmbito familiar. Além disso, a dieta, o uso contínuo de medicamentos e o controle do estresse foram as mudanças mais expressivas.

No tocante ao enfrentamento (*coping*), houve a utilização de estratégias de gestão do problema e das emoções. Nesse sentido, foram adotadas medidas de reorganização na rotina da vida frente ao consumo alimentar e uso diário de medicamentos. As estratégias emocionais mais utilizadas referem-se à prática do lazer e espiritualidade.

Os resultados desse estudo implicam na relevância do reconhecimento dessas estratégias pelas equipes de saúde, no sentido da sua correta utilização para consolidá-las mediante ações assistenciais que incluam apoio, colaboração e co-participação familiar.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis.

Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

ANTONIAZZI, A. S. et al. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estud. Psicol.** v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.

BONOMO, E.; CAIAFFA, W. T.; CESAR, C. C. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1461-712, 2003.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 34, n. 2, p. 145-153, 2000.

CASTRO, A. P.; SCATENA, M. C. M.

Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 859-865, 2004.

CAZARINI, R. P. et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 35, p. 142-150, 2002.

CHAVES, E. S. et al. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm.** v. 59, n. 4, p. 543-547, 2006.

DALLEPIANE, L. B.; BÓS, A. J. G. A participação da família na adesão à restrição de sódio em adultos e idosos hipertensos: estudo de intervenção randomizado. **RBCEH**, v. 5, n. 1, p. 32-42, 2008.

GASPERIN, D. **Efeito do estresse psicológico no aumento da pressão arterial: uma metanálise de estudos de coorte.** 2007. 40 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

GASTAUD, M. B. et al. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. **Rev. Psiquiatr.** v. 28, n. 1, p.12-18, 2006.

IRIGOYEN, M. C. Fisopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev Soc cardiol Estado São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 20-45, 2003.

JANNUZZI, F. F.; CINTRA, F. A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Rev Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 2, p. 179-187, 2006.

KOENNIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medical III hospitalized older adults. **J Nerv Ment Dis.** v. 186, n. 9, p. 513-521, 1998.

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. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, 2004.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 573-580, 2007.

MORAIS, L. O.; PENICHE, A. C. G. Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 3, p. 54-62, 2003.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. psiquiatr. Clín.** v. 34, suppl.1, p. 136-145, 2007.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, suppl 2, 2257-2267, 2008.

SANTOS, A. F.; ALVES JÚNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007.

SANTOS, L. R.; RIBEIRO, J. P.; GUIMARÃES, L. Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. **Análise Psicológica**, v. 4, n. 21, p. 441-451, 2003.

SARAIVA, K. R. O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enferm**, v.16, n. 2, p. 263-270, 2007.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psic. Teor. e Pesq.** v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doenças crônicas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 19-25, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 95, n.1 suppl.1, p. 1-51, 2010.

TAMAYO, M. R.; TROCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estud. Psicol.** v. 7, n. 1, p. 37-46, 2002.

do coping por grupos de portadores de hipertensão arterial' desenvolvido entre 2008 e 2009, vinculado ao projeto de iniciação científica 'Perfil do hipertenso cadastrado e acompanhado pelo CSE, em Umuarama-PR, no período de 2001 a 2006'.

Recebido em: 07/12/2010

Aceito em: 14/05/2011

Received on: 07/12/2010

Accepted on: 14/05/2011

Artigo originado do projeto de pesquisa do PEBIC Fundação Araucária - UNIPAR intitulado 'Enfrentamento da doença hipertensiva: utilização