

# A hipertensão arterial sistêmica na perspectiva de uma comunidade ribeirinha: uma abordagem transcultural

Leticia Antonio Costa <sup>1</sup>Deise Bresan <sup>2</sup>Patricia Moita Garcia Kawakame <sup>3</sup>Ana Paula de Assis Sales <sup>4</sup>

## RESUMO

Este artigo objetiva compreender os aspectos socioculturais e o sistema de valores da população ribeirinha residente no Passo do Lontra acerca da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Trata-se de um estudo descritivo, tendo como referencial teórico a Teoria Transcultural de Enfermagem, também denominada Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, de Madeleine Leininger. Participaram 16 pessoas diagnosticadas com HAS. Dados coletados acerca das percepções em relação à doença resultaram em 5 categorias: impactos da hipertensão arterial sistêmica no curso de vida; a medicação como principal responsável pelo autocuidado; a alimentação como fator importante no cuidado com a doença; hábitos de vida após o diagnóstico; e o cuidado cultural no curso da doença crônica. O cuidado cultural pode mudar o curso de vida da pessoa diagnosticada com hipertensão. A aplicação da teoria na prática de enfermagem por meio da inserção de seus componentes no Processo de Enfermagem pode ser realizada.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Enfermagem Transcultural. Cultura. Cuidado de Enfermagem.

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com Lubkin e Larsen (2011, tradução nossa), as doenças crônicas lideram as causas de morte no mundo e 80% ocorrem em países de baixa e média renda, onde a maior parte da população mundial reside. As condições crônicas apresentam diversas formas e muitas dessas condições são causadas por múltiplos fatores com padrões variáveis. Além disso, os graus de incapacidade e alteração do estilo de vida podem estar relacionados mais às percepções e crenças do cliente sobre a doença do que sobre a doença em si.

As doenças cardiovasculares estão crescendo em proporções epidêmicas em países em desenvolvimento e podem ser consideradas principais causas de morte e incapacidade nesses países (HOWSON; REDDY; RYAN, 1998, tradução nossa). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013,

---

1 Graduanda na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campus Cidade Universitária. [costaleticiaa@hotmail.com](mailto:costaleticiaa@hotmail.com).

2 Docente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campus Cidade Universitária.

3 Docente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campus Cidade Universitária.

4 Docente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campus Cidade Universitária.

tradução nossa), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) contribui para o aumento de doenças cardiovasculares, insuficiência renal, morte precoce e incapacidade. Desproporcionalmente afeta populações de baixa e média renda onde os sistemas de saúde são enfraquecidos e/ou deficientes.

As complicações da hipertensão contabilizam 9,4 milhões de mortes mundialmente todos os anos. A hipertensão é responsável por pelo menos 45% das mortes devido a doenças cardiovasculares e 51% das mortes devido ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) (OMS, 2013, tradução nossa).

Nesse aspecto do adoecimento, a pessoa é entendida em seu processo singular e contraditório. Isso quer dizer que, no momento do diagnóstico da doença, os sentidos subjetivos da pessoa se organizam de tal forma que não são compreendidos apenas pelo adoecimento em si, mas também por toda sua experiência de viver. A subjetividade individual tem relação com a subjetividade social, ou seja, por discursos, representações sociais e outras práticas da sociedade. Sendo assim, a subjetividade é produzida por meio das próprias pessoas e espaços sociais, ambos mediados por uma cultura (MORI; REY, 2012).

A cultura relaciona-se com a forma como estas pessoas irão compreender e compartilhar valores, crenças e modos de vida. Diferentes fatores podem influenciar uma cultura, como a linguagem, a visão de mundo, a religião, a localização geográfica, entre outros. Por isso, a relevância do profissional da área da saúde saber como abordar diferentes culturas de forma responsável e com o respeito necessário (MÜLLER; ARAÚJO; BONILHA, 2007).

A enfermagem transcultural, criada por Madeleine Leininger, em 1950, é uma especialidade que foca no estudo comparativo e análise de culturas e subculturas. O objetivo da enfermagem transcultural é a descoberta de fatos culturalmente relevantes que possam nortear a(o) enfermeira(o) no fornecimento de um cuidado apropriado culturalmente (CATOLICO; LENART, 2011).

Nessa perspectiva, faz-se importante conhecer as características epidemiológicas da hipertensão arterial em uma comunidade ribeirinha para compreender de que forma o sistema de crenças e valores desta população interferem ou não nestas características, visto que os estudos sobre o assunto ainda são escassos, sobretudo na região pantaneira do Passo do Lontra.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tendo como referencial teórico a Teoria Transcultural de Enfermagem, também denominada Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, de Madeleine Leininger (George, 2000).

A pesquisa foi realizada no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, localizada na região do Passo do Lontra. A região do Passo do Lontra está inserida no município de Corumbá, MS, situando-se no Pantanal sul-mato-grossense. O acesso se dá pela BR-262 que liga Brasil à Bolívia e pela rodovia estadual MS-184 (TEIXEIRA et al., 2000).

As populações tradicionais da região desempenham atividades que envolvem a pesca, como motorista de pesca e pescador artesanal e, por se tratar de uma região com incríveis belezas naturais, o local atrai muitos turistas, assim as atividades relacionadas à hotelaria (garçons, cozinheiras e serviços gerais) também fazem parte do cotidiano dessa população (FERRAZ, 2014).

A comunidade ribeirinha estudada neste trabalho pode ser considerada como atípica e sazonal, visto que, apesar de morarem na região, parte desta população possui contato com o ambiente urbano, pois o desempenho de suas atividades depende diretamente do fluxo de turistas na região. Em períodos de baixa temporada, algumas famílias deslocam-se para as cidades próximas em busca de outras oportunidades de emprego.

A coleta de dados foi realizada em pessoas com diagnóstico médico de HAS atendidas no ambulatório no período de maio a junho de 2015 e que aceitaram de livre e espontânea vontade participar da pesquisa, após ser esclarecido seus objetivos. No primeiro momento foram coletadas informações sociodemográficas quanto ao sexo, faixa etária, renda, raça/cor e crença religiosa; e de cuidado à saúde como prática de atividade física, Índice de Massa Corpórea (IMC), tempo de diagnóstico de HAS, utilização de medicação e utilização de remédios caseiros. As informações acerca das percepções dos participantes em relação à doença foram coletadas por meio das seguintes perguntas: O que significa para você ser portador de Hipertensão? Que práticas de cuidado à saúde você adota com relação à Hipertensão? Em que aspectos a sua doença interfere na realização de suas atividades diárias?

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos com HAS, residentes nas proximidades da Base de Estudos do Pantanal.

Os dados provenientes das questões que nortearam este estudo foram organizados em forma de categoria e analisados à luz da Teoria Transcultural de Enfermagem.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMS com parecer CAAE 43291215.0.0000.0021 em 31 de Março de 2015.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Aspectos sociodemográficos e de cuidado à saúde**

Foram entrevistadas 16 pessoas, sendo oito do sexo feminino (50%) e oito do sexo masculino (50%). As idades variaram de 27 a 64 anos, sendo a média de idade de aproximadamente 49 anos. Dos 16 participantes, oito autodenominaram-se ter cor branca; cinco, cor preta; e três, cor parda. Em relação ao estado civil, oito eram casados, sete eram solteiros e um, amasiado. Em relação à crença religiosa, 10 autodenominam-se católicos (62,5%); três, evangélicos (18,75%); dois, cristãos (12,5%); e um, espírita (6,25%).

O nível de escolaridade mais frequente foi o ensino fundamental incompleto, aproximadamente 69% dos participantes (n=11). Apenas um participante declarou nunca ter estudado.

Em relação à renda familiar, quase 69% dos entrevistados têm renda maior que um e menor ou igual a dois salários mínimos. Sabe-se que a falta de recursos pode comprometer o acesso a alimentos saudáveis e de qualidade e também o acesso a serviços de saúde em áreas urbanas para detecção precoce e controle da hipertensão.

Em nosso estudo, dos 16 entrevistados, oito (50%) praticam atividade física. Desse número, cinco (62,5%) são do sexo feminino. Pode-se inferir que as mulheres têm hábitos que colaboram para diminuir o sedentarismo, impactando diretamente em seu processo saúde-doença.

Quando questionados acerca do tratamento medicamentoso, aproximadamente 94% dos participantes (n=15) disseram fazer uso de medicamentos para a hipertensão arterial. Apenas um disse não tomar o medicamento regularmente, alegando tomar quando “sente que a pressão está alta”.

### 3.2 Compreendendo as percepções da comunidade ribeirinha acerca da HAS

A análise das respostas das 3 questões norteadoras resultaram em 5 diferentes unidades temáticas: impactos da hipertensão arterial sistêmica no curso de vida (1); a medicação como principal responsável pelo autocuidado (2); a alimentação como fator importante no cuidado com a doença (3); hábitos de vida após o diagnóstico (4); e o cuidado cultural no curso da doença crônica (5).

#### 3.2.1 Impactos da hipertensão arterial sistêmica no curso de vida

Essa unidade temática reflete a percepção dos entrevistados em como a hipertensão impacta seu curso de vida. O significado de ter hipertensão pode ser bastante abrangente, no entanto alguns sentimentos convergem durante as falas dos entrevistados. Além disso, o impacto do diagnóstico também foi capaz de gerar sensações diversas.

Na percepção da maioria dos entrevistados, o sentimento de preocupação frente ao diagnóstico de hipertensão foi observado, bem como descrevem os discursos abaixo:

“Eu fiquei preocupada (emocionou-se). Minha família... Meu pai faleceu de AVC. Minha irmã mais nova do que eu tem aneurisma. Depois disso eu fiquei mais preocupada ainda comigo (chorando)” (E5).

“Na verdade, eu fiquei muito preocupado. Aí a partir desse momento, eu passei já a dedicar a minha saúde, cuidar mais um pouco de mim mesmo [...] É... Foi preocupante pra mim” (E12).

Outro sentimento bastante associado ao fato de ter hipertensão foi a tristeza. Os entrevistados relataram sentirem-se tristes pelo fato de a hipertensão ser uma doença “perigosa” e de caráter crônico. Além disso, a ideia de cuidar-se após o diagnóstico também esteve relacionada nas falas.

“Ah sim, no começo eu fiquei um pouco triste né, porque a pressão alta é um pouco perigosa né se a gente não cuidar né?” (E13).

“Bom, eu fiquei triste né, porque tomar o remédio pro resto da vida né, ficar tomando e ter que se cuidar mais” (E6).

De acordo com Renovato e Dantas (2005), cada pessoa percebe os acontecimentos reais de modo particular, prestando atenção em detalhes diferentes. Para os participantes do estudo destes autores, o significado de ter hipertensão é algo triste, limitante e que requer cuidados.

Em um estudo que avaliou a qualidade de vida dos hipertensos, observou-se que a doença interfere negativamente na qualidade de vida de seus portadores (CARVALHO et al., 2012).

Neste estudo, o significado de hipertensão despertou nos entrevistados sentimentos negativos. Alguns participantes relataram “medo”, normalmente associado à predisposição genética. Alguns entrevistados citaram a presença da doença na família e as complicações decorrentes:

“O que me fez de mudar a minha vida foi que eu fiquei mais com medo porque minha mãe faleceu com 38 anos devido à hipertensão. É isso que me causou... Só medo” (E2).

A família foi, em muitas entrevistas, entendida como um parâmetro de reconhecimento da doença como fator negativo, visto que alguns familiares que apresentavam a doença tiveram complicações, levando ao óbito. Trad et al. (2010, p. 800) salientaram em seu estudo que “a HAS é reconhecida como uma ‘doença da família’ devido ao número de membros portadores e por ter acometido diferentes gerações”.

No curso de vida, alguns participantes relataram que a hipertensão arterial não interfere em suas atividades diárias, porém muitos observaram sintomas de ansiedade, nervosismo e cansaço, além da dor de cabeça sempre associada à doença.

“Nada, não interfere em nada. Pra mim não” (E1).

“Eu acho que não, pra mim não, eu trabalho normal todos os dias” (E6).

“Não, não interfere em nada não. Às vezes, eu não sei é devido pressão que dá ansiedade na gente, aumenta um pouco o nervosismo” (E7).

Em contrapartida, outros relataram que os sintomas da hipertensão atrapalham na realização do trabalho, como nos discursos abaixo:

“Assim, tem dia que eu amanheço com dor de cabeça, dor na nuca, aí eu fico a maioria do tempo deitada. Se tem turista no rancho, eu não posso atender, tem que pagar pessoas pra me ajudar” (E4).

“Se eu trabalho muito, eu noto que me faz um pouco de mal, eu fico muito cansada, dependendo do serviço. Se eu trabalho muito parece que ela me atinge. Aí começa a dar dor de cabeça. Eu fico meio querendo acabar logo o serviço e não acaba” (E5).

Em ambos discursos (E4 e E5), fica explícito o impacto causado pela doença no desempenho das atividades diárias. Percebe-se o rendimento físico diminuído devido à indisposição gerada pela hipertensão. Na fala de E4, é evidente que a renda familiar torna-se comprometida, pois é preciso pagar pessoas para ajudar com o serviço. Como comentado anteriormente, a renda familiar comprometida dificulta ainda mais o controle da hipertensão.

Renovato e Dantas (2005) afirmam que tornar-se doente no caso de uma doença crônica como a hipertensão arterial perpassa por três diferentes estados: “estou doente”, “sou doente” e “sou paciente”. Até a pessoa perceber-se como “paciente”, ele e sua família necessitam de uma reorganização de suas atividades diárias.

Em outro discurso, observa-se que o impacto trazido pela hipertensão pode envolver não só o bem-estar físico, mas também psicológico:

“Ela me atrapalha, atrapalha porque a gente já fica pensando coisa ruim” (E8).

No discurso abaixo, o participante relata que teve o padrão de sono alterado pela hipertensão:

“Ah, eu não durmo bem né mais. Eu sinto muita dor de cabeça, não durmo bem não. Sinto muita dor na cabeça, mas não sei se é da pressão também né?” (E14).

A hipertensão arterial nessa categoria converge para diferentes fragilidades individuais e coletivas de enfrentamento na comunidade. As alterações em saúde, aqui demonstradas, reforçam a necessidade de olhar para este agravo considerando as suas diferentes possibilidades e focando nos aspectos socioculturais da pessoa, pois, como bem reforçam Silva et al. (2016), o Brasil ainda enfrenta sérios desafios para implementação e manutenção de programas de prevenção e controle da hipertensão, como a dimensão continental do país, as desigualdades sociais, má distribuição e administração de recursos financeiros, e ausência de pessoal qualificado e sensibilizado a um atendimento eficaz e resolutivo.

### 3.2.2 A medicação como principal responsável pelo autocuidado

Essa unidade temática apresenta discursos que relacionam a medicação como principal responsável pelo cuidado. Foi possível observar pelas falas dos participantes que o medicamento ou remédio é a principal prática de cuidado adotada após o diagnóstico da hipertensão arterial.

“Ah, eu só tomo o remédio agora... Só tomar o remédio e não tem mais o que fazer” (E1).

A fala de E1 evidencia que o medicamento é a única forma para o controle da doença. Isso implica que, no momento do diagnóstico e nas visitas subsequentes ao serviço de saúde, a pessoa não foi orientada quanto às medidas não farmacológicas de controle da doença. Além disso, a pessoa acometida pela hipertensão acredita não ser possível incorporar novos hábitos, fazendo da medicação o único e principal responsável pelo cuidado.

Alguns participantes referiram só fazer uso do medicamento quando sentem que a pressão está alta. Essa prática de tomar o remédio apenas quando apresenta algum sintoma parece ser comum entre os participantes. Além disso, percebe-se que a hipertensão é quase sempre pouco valorizada, justamente pelos sintomas serem silenciosos, sendo percebidos com mais frequência em crises hipertensivas.

“Eu só tomo remédio quando eu sinto que minha pressão tá elevada. Caso contrário, não tomo o remédio a não ser que eu tenha uma dor de cabeça normal” (E11).

“Eu evito cuidar só da minha pressão” [...] “eu deixo de tomar o remédio para tomar um vinho”. [...] “Eu não me cuido assim totalmente” (E3).

“Esses dias fiquei sem o remédio mais de mês. Comprei porque eu estava com muita dor de cabeça, muita dor nas vistas” (E3).

Em um estudo sobre a percepção da pessoa com hipertensão frente ao processo saúde-doença e à terapêutica medicamentosa, os autores explicam que, pelo fato de a hipertensão ser crônica e muitas vezes assintomática, os clientes interrompem a medicação e só retomam o uso quando algum sintoma reaparece. A medicalização também é citada em todas as falas como medida única para o enfrentamento da doença, o que se assemelha com nosso trabalho (RENOVATO; DANTAS, 2005).

Cabe repensar em como esta população recebeu o diagnóstico de hipertensão arterial e, nesse contexto, enfatizar a importância do trabalho multiprofissional para reduzir a morbimortalidade e

ampliar as possibilidades terapêuticas, reduzindo dessa forma a abordagem biomédica e centrada em terapias medicamentosas.

Aproximadamente 69% dos entrevistados (n=11) fazem uso de plantas medicinais, sendo citadas: tronco do pé de manga; uxi amarelo; unha de gato; chá amargo; chá para os rins; pata de vaca; caninha do brejo; boldo; estomalina; cana-de-macaco; raizada (cancorosa, pata de boi, etc); e casco de jamelão.

Uma das motivações para o uso da fitoterapia é o resgate de saberes populares, aumento das opções terapêuticas e participação comunitária. Apesar da importância dessa prática, este ainda é um assunto pouco estudado em relação a sua aplicabilidade na saúde coletiva (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2014).

Segundo Otuki (2013), as plantas medicinais sempre estiveram presentes como uma possibilidade terapêutica, visto que, direta ou indiretamente, muitos medicamentos surgiram a partir destas plantas.

Ainda vale ressaltar que, segundo Teixeira (1995), existem possibilidades diversas de assistência frente a uma situação de doença, dentre elas encontra-se a alternativa popular, desenvolvida por pessoas que se tornam especialistas em curar.

Quando a doença é percebida de forma mais abrangente, o uso de práticas populares de cuidado à saúde torna-se mais disseminado por entre as diferentes culturas, visto que oferecem um cuidado integral ao ser doente. Nesse contexto, a resistência cultural é observada, pois as pessoas tendem a buscar opções terapêuticas que mais se aproximam com a realidade sociocultural em que estão inseridas, além do conhecimento sobre ervas estar bastante difundido pela cultura popular, pelas práticas populares e pelo aconselhamento de pessoas, curandeiros e religiosos (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Nesta perspectiva, a saúde é fruto do equilíbrio entre o homem e seus meios sociais, natural e sobrenatural, aproximando-se do conceito de holismo e visão sistêmica. Aponta-se como vantagem a proximidade entre a pessoa e o curandeiro, reforçando os valores culturais da comunidade onde vive e a possibilidade de se fornecer explicações culturalmente congruentes sobre as causas das doenças e seu tratamento. A OMS recomenda a integração destas práticas tradicionais ou populares de cuidado à medicina oficial e moderna, além da necessidade de garantir o respeito, o reconhecimento e a colaboração entre os praticantes dos diversos sistemas de cuidado (TEIXEIRA, 1995).

Diante disso, Otuki (2013) ainda pontua que os fitoterápicos, assim como todos os medicamentos, devem oferecer garantia de qualidade, ter efeitos terapêuticos comprovados, composição padronizada e segurança de uso para a população. Este autor reforça a relevância de nosso estudo, pois, para repensar as possibilidades terapêuticas para um grupo culturalmente específico, faz-se necessário o investimento em estudos sobre a fitoterapia e seus benefícios.

### 3.2.3 A alimentação como fator importante no cuidado com a doença

Na maioria dos discursos, a alimentação apareceu como uma prática de cuidado bastante relevante e que aparenta ter um significado importante para os participantes. Sobretudo, a diminuição do sal é a subunidade temática que mais converge nas falas:

“Eu diminuí um pouco assim a alimentação. Na hora de comer, eu tenho que ficar escolhendo o que que eu vou comer. Me falaram que muita massa dá colesterol. Aí vem o sal que faz mal pra pressão. Então eu procuro comer menos... Uma dieta, uma coisa pra não fazer mal” (E5).

“Bom, eu diminuí muita coisa de comida, essas coisas, comida de massa, mais verdura, emagreci 14 kg, 15 kg eu emagreci, que eu tava gorda” (E6).

“Principalmente hoje é o sal que cortou bastante, sal, gordura, essas coisas a gente vêm reduzindo” (E7).

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com a elevação da pressão arterial. No entanto, para a manutenção de níveis pressóricos adequados, recomenda-se não apenas a redução do consumo de sal, mas também um padrão alimentar que inclua a ingestão de frutas e hortaliças, e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais (SBC, 2010).

Essa população possui hábitos alimentares diferentes de outras populações. É bastante comum que o café da manhã seja uma refeição reforçada, rica em carboidratos e gordura, para suprir as necessidades do trabalho. Muitos deles acordam cedo para seus trabalhos no rio ou nas planícies alagadas do Pantanal, assim a alimentação não pode ser fracionada, e sim em grande quantidade e com pouca variedade.

Outra dificuldade relatada pelos participantes deste estudo são as condições ambientais que não favorecem o crescimento de frutos e hortaliças. Dessa forma, a falta de variedade de seus alimentos é justificada pela dificuldade de acesso a locais que vendam esses tipos de alimento. No entanto, quando possuem acesso, as condições socioeconômicas não favorecem a compra, por serem alimentos mais caros.

O estudo de Ferraz (2014) corrobora com o presente trabalho, visto que das 33 famílias residentes do Passo do Lontra entrevistadas, apenas 40% consomem verduras e legumes, 24 % consomem frutas e 12% suco de fruta natural todos os dias da semana. Além desses números, 62% das famílias consomem 3 refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar).

#### 3.2.4 Hábitos de vida após o diagnóstico

Frente ao diagnóstico de hipertensão arterial, os discursos indicam que parte dos entrevistados modificou seus hábitos de vida, enquanto alguns permaneceram com o mesmo estilo de vida, não adotando nenhuma prática de cuidado específica ou realizando apenas medidas de pequeno impacto frente ao problema. Aqueles que buscaram alterar o estilo de vida estavam preocupados com as consequências da não adesão ao tratamento.

Em geral, a modificação de hábitos engloba o uso da medicação prescrita, a incorporação de novos hábitos alimentares, como a diminuição da ingestão de sal, carboidratos e gorduras, e prática de atividade física, como caminhada e futebol.

“Nos últimos meses, eu me mudei muito: a prática de esporte, eu tô voltando a jogar futebol e reduzi a alimentação, tô tentando comer melhor, tentando comer fruta, verdura, essas coisas eu não fazia no dia a dia” (E2).

A atividade física está indicada para a prevenção e tratamento da hipertensão, devendo ser realizada cinco vezes na semana por 30 minutos, desde que em condições para realizá-la (SBC, 2010).

A não modificação de hábitos pode ser percebida no seguinte discurso:

“Aí que foi falado pra tomar o remédio pra poder controlar essa pressão, cê entendeu? E eu continuei do jeito que eu tava, não tomava o remédio não, entendeu?” (E11).

De um modo geral, os entrevistados demonstraram ter dificuldades para adotar novos hábitos de vida. Mesmo aqueles que modificaram seus hábitos, relataram não ter certeza sobre o que fazer após o diagnóstico. Isso pode ocorrer pela falta de orientação concisa no momento do diagnóstico ou falta de construção de estratégias que possam se adaptar à realidade vivida por esta população ribeirinha.

[...] agora se tiver mais alguma coisa [sobre as práticas de cuidado], eu não tô sabendo, mas gostaria muito de saber” (E10).

Em um estudo sobre a perspectiva do cuidado dos usuários com a hipertensão arterial, o mesmo foi observado em relação à mudança de hábitos. Os depoimentos demonstraram empenho em reduzir uso do sal, mas observou-se dificuldade em realizar esse cuidado (SEIFFERT et al., 2014).

Um estudo, que aborda a percepção do indígena Xerente sobre a hipertensão arterial, mostrou que a maioria não sabia a definição da doença. Algumas falas ainda demonstram a falta de orientação frente ao diagnóstico, pois “ninguém explicou o que era pressão alta”, achado que se assemelha ao nosso estudo (RODRIGUES; SANTOS, 2016).

No estudo de Paredes et al. (2016) sobre os fatores de risco cardiovascular em trabalhadores marítimos, destacou-se a hipertensão arterial em 40,1% dos entrevistados. Em geral, observou-se um predomínio de fatores de risco relacionados a hábitos de vida inadequados, que podem ser modificados. Por outro lado, muitos trabalhadores desconheciam sua situação de risco cardiovascular até o momento em que participaram do estudo. Isso indica mais uma vez a necessidade de diagnóstico precoce e orientação concisa para um desfecho favorável baseado em hábitos modificáveis.

Para o indígena Xerente, a hipertensão é uma doença recente relacionada à mudança na dieta e ao contato com a cidade. Além disso, após o diagnóstico, emergiram dificuldades em relação às atividades diárias nas aldeias. Alguns pararam de trabalhar e outros relataram que a doença afeta sua “força”, assim as atividades cotidianas ficam comprometidas, bem como a produtividade nas aldeias (RODRIGUES; SANTOS, 2016).

### 3.2.5 O cuidado cultural no curso da doença crônica

O cuidado cultural proposto por Madeleine M. Leininger em sua teoria tem relevância na assistência prestada a pessoas com condições crônicas, como a hipertensão arterial. Isso se dá pela intensa aproximação do profissional com a pessoa, que tem sua subjetividade entendida e compreendida (CRUZ et al., 2013).

A cultura pode ser entendida como o conjunto de crenças, práticas, hábitos, preferências, aversões, normas, costumes e rituais aprendidos na convivência familiar e comunitária. Logo, o modo de agir e pensar de uma pessoa, tanto de forma consciente quanto inconsciente, é influenciado pela sua origem cultural. Ainda que o Brasil seja um país formado por várias etnias e culturas, desconhecemos as características dos grupos em razão do propalado mito da democracia racial. Esta homogeneização

da cultura causa prejuízos às pessoas, uma vez que não se evidencia nem se aborda adequadamente os problemas pertinentes a cada grupo étnico-cultural (CRUZ; LIMA, 1996).

Por meio do cuidado de enfermagem, alicerçado na Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, o cliente tem a possibilidade de participar ativamente das decisões tomadas. Nesse contexto, é o nível 4 do Modelo Sunrise, que aborda as decisões e ações do cuidado de enfermagem.

Quando se trata de doenças crônicas, as pessoas acabam recebendo a sentença de serem doentes. Muitas vezes, tudo se restringe à doença, de maneira que a pessoa perde sua essência. Sendo assim, a pessoa com hipertensão requer que o cuidado que lhe é prestado pelo profissional de saúde seja reflexivo e capaz de preservar e manter sua saúde (RENOVATO; DANTAS, 2005).

No contexto de vida da população participante neste estudo, o cuidado cultural proposto por Madeleine Leininger em sua teoria pode ser capaz de mudar o curso de vida da pessoa diagnosticada com hipertensão. Nesse sentido, o conhecimento da pessoa é valorizado, bem como sua cultura.

No momento do encontro entre o profissional de saúde e a pessoa, pode ocorrer o choque cultural seguido da imposição cultural (GEORGE, 2000). Neste estudo, aqueles diagnosticados com hipertensão sofreram a imposição cultural do modelo biomédico, pois 94% dos participantes fazem uso de medicamentos para controlar a pressão arterial.

No contexto da hipertensão arterial crônica, a medicação é parte importante do processo para evitar os agravos da doença, porém conhecer o sistema de valores e crenças de determinada pessoa tem extrema importância para a adesão ao tratamento.

Em nosso estudo, o uso de remédios caseiros foi uma prática popular bastante observada. No entanto, na maioria das vezes, os profissionais de saúde não percebem que os valores, sentimentos e tratamentos diferem completamente daquilo que se acredita ser convencional (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Os hábitos de vida após o diagnóstico da doença estão relacionados com as crenças da pessoa e também com o meio de convívio social. Portanto, o controle da hipertensão arterial não deve estar limitado à abordagem do corpo doente, mas deve estar centrado nas subjetividades e experiência de vida de cada pessoa (PIRES; MUSSI, 2008).

O estudo de Péres, Magna e Viana (2003) propõe mudanças na abordagem da hipertensão e de seus portadores, pois foi observado que o conhecimento e as crenças a respeito da doença apresentavam-se distorcidos, podendo gerar práticas de controle da doença também distorcidas. Assim, o conhecimento preliminar de atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas da pessoa com hipertensão devem ser conhecidos pelo profissional de saúde que presta os cuidados.

“No ato de cuidar, a enfermagem singulariza-se em relação às outras áreas e ciências da saúde e da assistência” (p.111). Na teoria de Leininger, o cuidado é entendido como ato de assistência, de apoio ou de facilitação e tem dimensões biofísicas, culturais, psicológicas, espirituais e ambientais (ROSELLÓ, 2009).

Este trabalho pode ser considerado como exemplo para a aplicação da teoria de Leininger na prática de enfermagem, ou seja, por meio da coleta de dados foram descobertas as percepções de uma

população ribeirinha acerca da hipertensão arterial. Dessa forma, inicia-se a busca por um cuidado que atenda às necessidades dessa população.

George (2000) sugere que conhecer a estrutura social e a visão de mundo da cultura do cliente são essenciais para prevenir o choque e a imposição culturais e devem ocorrer preferencialmente antes do contato com um cliente específico desta cultura. No Processo de Enfermagem, essa é a primeira etapa conhecida como histórico de enfermagem (ou coleta de dados).

Baseado no histórico de enfermagem, a(o) enfermeira(o) culturalmente preparada(o) deverá incorporar os achados para levantar os diagnósticos de enfermagem. Podem ser levadas em consideração as características comuns às culturas e as que são diversas ou específicas à cultura que está sendo investigada, nesse caso da população ribeirinha residente no Passo do Lontra (GEORGE, 2000).

Em nosso estudo, a mudança de hábitos frente ao diagnóstico de hipertensão pode ser entendida como característica comum às culturas, pois, de um modo geral as culturas passam a organizar-se de forma a enfrentar a doença por meio de modificações em seu cotidiano. Uma característica específica da comunidade estudada pode ser o uso de remédios caseiros como enfrentamento da condição atual de doença.

O diagnóstico de enfermagem estará baseado nas universalidades e diversidades do cuidado cultural, ou seja, se o remédio caseiro é uma das formas terapêuticas para o enfrentamento da hipertensão na comunidade ribeirinha do Passo do Lontra, a adesão à medicação prescrita, de acordo com o modelo biomédico, deverá ser avaliada para evitar choques e/ou imposições culturais.

O planejamento e a implementação irão abranger as decisões e ações do atendimento de enfermagem propostos pelo nível 4 do Modelo Sunrise (conservação/ manutenção, ajustamento/negociação e repadronização/reestruturação) (GEORGE, 2000).

Em nosso estudo, tomando como exemplo o uso de remédios caseiros, a conservação/manutenção ocorre quando a(o) enfermeira(o) preserva este cuidado e apoia a utilização de práticas populares. No entanto, além do uso de remédios caseiros, os profissionais de saúde reconhecem a importância do uso da medicação alopática para o controle efetivo da hipertensão. Dessa forma, a(o) enfermeira(o) mostrará à pessoa a importância de associar o remédio caseiro ao medicamento prescrito (ajustamento/negociação).

Observamos que a alimentação é considerada um fator importante no cuidado com a doença na comunidade do Passo do Lontra. Os participantes buscaram adequar suas dietas para controlar a hipertensão, no entanto as peculiaridades dessa comunidade não permitem que as dietas sigam o convencional como alimentar-se várias vezes ao dia e em quantidades menores. Devido aos locais de trabalho dessa população como o rio ou a rede de hotelaria da região, fica inviável exigir mudanças bruscas na dieta. Assim, a última etapa do nível 4 do Modelo *Sunrise* sugere a repadronização/reestruturação do cuidado cultural, que é modificar um hábito, respeitando os valores culturais, mas garantindo padrões mais saudáveis.

Sabe-se que diminuição da ingestão de sódio contribui para a diminuição dos níveis pressóricos, mas não é a única medida a ser adotada. Porém, se a única medida para uma determinada pessoa é diminuir o sal em sua comida, este cuidado deve ser incentivado e mantido, até negociar com ele que

também é possível utilizar um tempero à base de ervas ao invés do sal, causando um impacto maior no controle da hipertensão.

Por fim, a avaliação de enfermagem deverá ser conduzida a fim de analisar os resultados alcançados e se há necessidade ou não de modificação no plano de cuidados. O modelo *Sunrise* não sugere uma avaliação específica, mas um estudo sistemático dos comportamentos de cuidados de enfermagem, que, segundo George (2000), pode ser equivalente à avaliação de enfermagem.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apontou que o impacto da hipertensão no curso de vida tem relação com sentimentos como preocupação, medo e tristeza. Além disso, há presença de ansiedade, nervosismo, cansaço e dor de cabeça. Foi possível observar pelas falas dos participantes que o medicamento é a principal prática de cuidado adotada após o diagnóstico da hipertensão arterial. A alimentação é uma prática de cuidado que aparentou ter um significado importante para os participantes. Sobretudo, a diminuição do sal é a subunidade temática que mais converge nas falas.

Frente ao diagnóstico, a modificação de hábitos ocorreu por meio da utilização da medicação prescrita, do uso de remédios caseiros, da mudança no cotidiano alimentar e da prática de atividade física, como caminhada e futebol.

Pode-se inferir que a hipertensão arterial, mesmo sendo principal causa de morte entre os brasileiros, traz pouco impacto na vida cotidiana das pessoas na fase inicial de seu diagnóstico. Os aspectos psicossociais observados frente ao diagnóstico como ansiedade, medo e tristeza são de relevância clínica, mas nem sempre são levados em consideração.

Observa-se que o autocuidado existe, no entanto as orientações nem sempre são realizadas de forma a abranger a realidade sociocultural da pessoa, assim apenas as práticas mais conhecidas de cuidado são adotadas, como a diminuição da ingestão de sal, reforçando estereótipos do cuidado.

A comunidade estudada tem dificuldades em relação ao acesso aos Serviços de saúde, comprometendo a adesão ao tratamento e o seguimento eficaz de sua condição clínica. Nesse sentido, nosso trabalho ressalta a importância de políticas públicas já existentes como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, que, se implantadas na região do Passo do Lontra, trarão impactos consideráveis à saúde dessa população.

A partir do conhecimento das práticas de saúde adotadas pela comunidade ribeirinha e citadas no presente estudo, é possível estabelecer estratégias mais eficazes e de menor custo, diminuindo os impactos da doença, sobretudo no município de Corumbá – MS.

A enfermagem perpassa pelos sistemas populares e sistemas profissionais, por isso esse estudo evidencia que associar a Teoria Transcultural de Leininger ao Processo de Enfermagem irá garantir melhores resultados no cuidado às populações mais vulneráveis e com características culturais diferentes do padrão erroneamente estabelecido.

A valorização dos saberes deve estar inserida nas ações e decisões da(o) enfermeira(o), pois as

peças sabem definir como se percebem durante o atendimento de enfermagem, fazendo com que elas se tornem corresponsáveis pelo seu processo saúde-doença.

Nosso trabalho sugere um aprofundamento no tema por meio de estudos que abarquem estratégias eficazes em comunidades equidistantes e também em regiões fronteiriças, visto que Corumbá – MS (cidade à qual pertence a região do Passo do Lontra) tem fronteiras com a Bolívia, levando a pensar que essa população pode apresentar outros comportamentos influenciados pela cultura do país vizinho.

---

## **Systemic hypertension in a river community's perspective: a transcultural approach**

### **ABSTRACT**

This article aims to understand sociocultural aspects and values system of a river community residing at Passo do Lontra about hypertension. This is a descriptive study whose theoretical framework was the Transcultural Nursing Theory, also called Cultural Care Diversity and Universality Theory, from Madeleine Leininger. Sixteen subjects with a diagnosis of hypertension composed this study. Data collected about participants perceptions of the disease resulted in 5 categories: hypertension impacts on life course; medication as the main responsible of health care; dietary importance in the care of disease; life habits after diagnosis; and cultural care in the course of chronic disease. The cultural care may be able to change life course of patients diagnosed with hypertension. The application of this theory in nursing practice through the integration of theory components in the nursing process may be performed.

**Keywords:** Hypertension. Transcultural Nursing. Culture. Nursing Care.

## REFERÊNCIAS

- ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. Fitoterapia na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 541-553, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt\\_0034-8910-rsp-48-3-0541.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0541.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2015.
- CARVALHO, M. V.; SIQUEIRA, L. B.; SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq Bras Cardio**, v. 100, n.2, p. 164-174, 2012.
- CATOLICO, O; LENART, J. Health disparities and culturally competent care. In: LEWIS, S. L. et al. **Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems**. 8 ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2011.
- CRUZ, I. C.; LIMA, R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 33-44, 1996. Disponível em: < [www.nepae.uff.br/siteantigo/detecnegro.doc](http://www.nepae.uff.br/siteantigo/detecnegro.doc)>. Acesso em: 19 out. 2016.
- CRUZ, D. J. L. C. et al. Cuidado cultural e doenças crônicas: análise da relação entre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural e as necessidades da assistência de Enfermagem no tratamento de doenças crônicas. **Cad. Pesq.**, São Luís, v. 20, n. 1, jan-abr, 2013.
- FERRAZ, M. B. **Práticas de cuidados à saúde adotadas por famílias residentes da comunidade do Passo do Lontra**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande.
- GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- HOWSON, C. P. et al. **Control of cardiovascular diseases in developing countries: research, development and institutional strengthening**. Washington, D.C.: National Academy Press, 1998.
- LUBKIN, I. M., LARSEN, P. D. **Chronic illness: impact and intervention**. Burlington, MA: Jones & Bartlett learning, 2011.
- MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.
- MÜLLER, C. P.; ARAUJO, V. E.; BONILHA, A. L. L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 3, p. 858-865, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a24.htm>>. Acesso em: 14 ago. 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A Global Brief on Hypertension**. 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1)> . Acesso em: 15 de jun. de 2014.

- OTUKI, M. F. Dispensação de fitoterápicos e plantas medicinais. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. São Paulo: ArtMed, 2013. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788565852838/>> Acesso em: 19 out. 2016.
- PAREDES, M. C. R. et al. Factores de riesgo cardiovascular en una población de trabajadores del mar de España. **Arch. prev. riesgos labor**, v. 19, n.4, p. 215-221, out./dec., 2016. Disponível em: <[http://www.archivosdeprevencion.com/view\\_document.php?tpd=2&i=5446](http://www.archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&i=5446)> Acesso em: 19 out. 2016.
- PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, out., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>> Acesso em: 14 fev. 2015.
- PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2257-2267, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900030)> Acesso em: 05 nov. 2015.
- RENOVATO, R. D.; DANTAS, A. O. Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa. **Rev Infarma**, v. 17, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www2.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/17/percepAAo.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2015.
- RODRIGUES, K. N.; SANTOS, N. S. S. The perception of Xerente indigenous about systemic arterial hypertension, in Tocantins. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n. 2, p. 4549-4562, 2016. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5032/pdf\\_1915](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5032/pdf_1915)> Acesso em: 19 out. 2016.
- ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Tradução por Guilherme Laurito Summa. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. Tradução de: Antropología del cuidar.
- SEIFFERT, M. A. et al. Perspectiva de cuidado para usuários com hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. pesqui. cuid. Fundam**, v. 6, n. 1, p.141-152, jan.- mar. 2014. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2691/pdf\\_1080](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2691/pdf_1080)> Acesso em: 05 nov. 2015.
- SILVA, R. L. D. T. et al. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. 2016, v. 69, n.1, p. 79-87. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000100079&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100079&lang=pt)> Acesso em: 13 fev. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. 2010.
- TEIXEIRA, E. Tratamento e cura: as alternativas de assistência à saúde. **Rev. Latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 193-197, jul. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n2/v3n2a14.pdf>> Acesso em: 19 out. 2016.

TEIXEIRA, S. S. et al. Avaliação de impactos ambientais no Passo do Lontra. In.: SIMPOSIO DE RECURSOS HIDRICOS DO CENTRO OESTE, 1., 2000. Brasília, DF. **Anais eletrônicos...** Brasília, 2000. Disponível em: <[www.abrh.org.br/novo/i\\_simp\\_rec\\_hidric\\_centro\\_oeste\\_bsb11.pdf](http://www.abrh.org.br/novo/i_simp_rec_hidric_centro_oeste_bsb11.pdf)> Acesso em: 28 nov. 2015.

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr., 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n4/21.pdf>> Acesso em: 1 dez. 2015.

## **BIOGRAFIA**

### **Leticia Antonio Costa**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Graduanda do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campus Cidade Universitária.

### **Deise Bresan**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Nutricionista. Professora do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campus Cidade Universitária. Mestre. Doutoranda da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campus Cidade Universitária.

### **Patricia Moita Garcia Kawakame**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Enfermeira. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campus Cidade Universitária. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo/USP.

### **Ana Paula de Assis Sales**

Enfermeira. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campus Cidade Universitária. Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS.