

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS AFETADAS PELA HIPERTENSÃO ARTERIAL E ESTILO DE VIDA

Basic human needs affected for arterial hypertension and lifestyle

Artigo original

RESUMO

Em se sabendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, em que o indivíduo pode ter suas necessidades básicas alteradas, sendo necessário aprender a conviver com um novo estilo de vida, considerou-se oportuno estudar o tema. Objetivou-se identificar as necessidades humanas básicas afetadas e averiguar a influência do estilo de vida e da hipertensão arterial sistêmica na alteração dessas necessidades. O estudo é descritivo-exploratório, realizado no Campus de uma Universidade Pública Estadual da cidade de Fortaleza-Ceará. Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. A amostra foi constituída por 30 funcionários do Restaurante Universitário que se propuseram responder o formulário. Utilizou-se uma metodologia quantitativa-qualitativa, sendo as falas categorizadas em unidades temáticas consoante Bardin. Enfocou-se o equilíbrio dessas necessidades, o qual é importante para o controle da pressão sanguínea, enfatizando o sono-reposo, a nutrição, condição socio-econômica, mecânica corporal e regulação neurológica. Observou-se que o estilo de vida, principalmente os maus hábitos alimentares, o baixo padrão de vida e a própria rotina de trabalho, comprometeu algumas necessidades humanas básicas. Entretanto, para que haja melhor compreensão da interferência do estilo de vida e da hipertensão arterial sistêmica sobre as necessidades básicas, é necessário que mais estudos sejam realizados, dada a complexidade do indivíduo e a mutabilidade fatural e momentânea do estilo de vida.

Descritores: Hipertensão; Necessidades básicas; Estilo de vida; Entrevistas

ABSTRACT

Knowing that hypertension is a chronic disease, in which the individual may have his basic needs changed, resulting in having to learn to deal with a new life-style, we considered it appropriate to study this theme. It was designed to identify the affected basic needs and to discover the influence of life-style and of hypertension in alteration of those needs. The study is a descriptive-exploratory, accomplished at the Campus of a State Public University in Fortaleza – Ceará, Brazil. This study used as an instrument of data collection in the interview route the “Theory of Basic Human Needs” by Wanda Horta. The sample of this study consists of 30 employees of the university restaurant that answered a questionair. The study used a quantitative methodology and the speechs were classified in thematic units according to Bardin. The balance of those needs was focused, which is important for the blood pressure control, emphasizing sleep, rest, nutrition, socioeconomic condition and physical health.

Descriptors: Hypertension; Basic needs; Life style; Interviews

Maria Euridéa de Castro⁽¹⁾
**Vera Maria da Conceição
Lopes de Sousa**⁽²⁾
Maysa Oliveira Rolim⁽³⁾
Gleudson Alves Xavier⁽⁴⁾

¹⁾ Docente Livre, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará

²⁾ Especialista em Enfermagem Obstétrica.

³⁾ Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da UECE. Bolsista da Fundação Cearense de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP.

⁴⁾ Acadêmico do 6º semestre de Enfermagem da UECE.

INTRODUÇÃO

O ser humano como agente de mudanças é também a causa de equilíbrios e desequilíbrios em seu dinamismo. Os desequilíbrios ocasionam necessidades que,

Recebido em: 03.04.2003

Revisado em: 30.06.2003

Aceito em: 15.08.2003

quando não atendidas ou atendidas inadequadamente, trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença.

As necessidades humanas básicas, definidas por Horta⁽¹⁾ como estados de tensões resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais, podem estar associadas a alterações em diversos aspectos do corpo humano, entre elas a mecânica corporal, a regulação neurológica, a nutrição, a condição socio-econômica, o sono e repouso e a auto-realização.

As doenças crônicas, entre as quais a hipertensão arterial sistêmica (HAS), constituem desequilíbrios que impõem modificações no estilo de vida, exigindo readaptações ante a nova situação e estratégias para seu enfrentamento. Esse processo depende tanto da complexidade, gravidade e fase da doença, como das estruturas disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o estado de equilíbrio⁽²⁾.

Nesse sentido, no caso da HAS, grande ênfase tem-se dado às medidas não farmacológicas, de mudança no estilo de vida, para prevenção e controle dos níveis tensoriais elevados, que devem ser implementadas para todos os hipertensos, mesmo aqueles em uso de droga anti-hipertensiva⁽³⁾.

As medidas higieno-dietéticas podem amenizar os possíveis efeitos adversos das medicações utilizadas por um longo período e, ao mesmo tempo, agir sobre outros fatores de risco. Além disso, pequena mudança na pressão arterial pode exercer grande efeito mesmo na população sadia⁽⁴⁾.

O estilo de vida saudável e o auto-cuidado não apenas previnem as doenças coronárias, como também diminuem o progresso da doença e melhoram a qualidade de vida⁽⁵⁾.

Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso algumas têm eficácia comprovada como a redução do peso corporal, a redução da ingestão de sódio e bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos e o aumento da ingestão de alimentos rico em potássio⁽⁶⁾.

Quanto à adoção de um hábito alimentar mais saudável, deve ser estimulada também a redução da ingestão de alimentos ricos em sódio, como sal de cozinha, substituindo-os por alimentos naturais, não adicionando esse condimento aos alimentos e evitando produtos industrializados.

Acerca da importância dos exercícios físicos⁽⁷⁾, considera-se que, embora causem um aumento súbito da pressão arterial no momento do exercício, essas práticas tornam as pessoas mais saudáveis e com pressão arterial sistólica-diafólica mais baixa do que aquelas sedentárias.

O sedentarismo é resultado de um estilo de vida, no qual muitas pessoas, em razão do trabalho, ficam a maior parte do tempo no estado de sentada ou em posições que prejudicam a normalidade postural do corpo. O surgimento de moléstias,

como a HAS, é que leva à diminuição da expectativa de vida⁽⁸⁾.

O estresse mental é outro importante fator na patogênese da hipertensão⁽⁹⁾. O controle de certos fatores emocionais, como as tensões decorrentes de problemas familiares no ambiente de trabalho, estado de insatisfação e tensão crônica relacionada com a competição e diminuição dos relacionamentos interpessoais, é um dos principais fatores condutores a uma melhor qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

A necessidade humana básica: sono e repouso é também fundamental para a qualidade de vida e essencial para a saúde física e emocional. A privação temporária do sono pode dificultar a realização de tarefas, e, sendo uma privação crônica, pode alterar seriamente a realização de funções cotidianas⁽¹¹⁾.

No que se refere à condição socio-econômica, a sua relação com o autocuidado está sendo explicada por sua correlação com um estilo de vida não saudável⁽⁵⁾.

Em um estudo realizado⁽¹²⁾, a condição social mais adversa, que é a menor escolaridade, encontrou-se associada à HAS, mesmo após o controle dos seus demais fatores causais. Os indivíduos que completam o terceiro grau têm um índice de prevalência de HAS 40% menor do que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade⁽¹³⁾.

As medidas comportamentais de controle da pressão arterial não incluem apenas uma forma de intervenção, visto que vários são os fatores que podem causar essa patologia. Salienta ainda que nenhuma terapêutica medicamentosa será eficiente o bastante se não conduzir à aderência consciente do cliente ao tratamento⁽¹⁴⁾.

A aceitação do hipertenso está muitas vezes associada a sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade, cuja superação somente ocorre uma vez conscientizado do problema, com adesão ao tratamento proposto, tornando possível uma melhor adaptação a sua condição de saúde⁽¹⁵⁾.

A HAS é uma condição médica, crônica e não infecciosa, sendo mais freqüente no mundo ocidental. Cerca de 50 milhões de pessoas nos Estados Unidos têm níveis de pressão arterial que requerem tratamento, e uma quantidade semelhante é encontrada em estudos feitos na União Européia⁽⁷⁾.

Quanto aos limites normais para a pressão arterial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerava hipertenso o indivíduo adulto, maior de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior que 160mmHg ou pressão arterial diastólica igual ou maior que 95mmHg⁽¹⁶⁾.

A HAS é definida, oficialmente, como uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg, cujos dados servirão de parâmetros para este

trabalho, por ser uma tendência em relação aos valores pressóricos manterem-se próximo da normalidade⁽¹⁷⁾.

Vale lembrar que, consoante dados do *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, o diagnóstico de HAS deve ser baseado na média de duas ou mais mensurações de pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma avaliação inicial⁽¹⁷⁾.

De acordo com estimativa da Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial⁽¹⁸⁾, a HAS representa elevado custo médico-social, sendo as doenças cardiovasculares, a partir da década de 60, a primeira causa de morte no Brasil, superando as doenças infecto-contagiosas.

Metade da população que possui pressão alta ignora sua presença, até começar a se manifestar sob forma de tonturas, dores de cabeça, alterações visuais, infartos e acidentes vasculares cerebrais⁽²⁰⁾.

Sabendo que a HAS é uma doença crônica multi-sistêmica, em que o indivíduo pode ser surpreendido por suas complicações, sendo necessário aprender a conviver com a cronicidade no cotidiano, considerou-se oportuno estudar este tema, com o objetivo de identificar as necessidades humanas básicas afetadas e averiguar a influência do estilo de vida e da HAS nas alterações dessas necessidades.

MÉTODOS

O estudo é de natureza descritiva e exploratória, realizado no Campus de uma Universidade Pública Estadual da cidade de Fortaleza-CE, no período de fevereiro de 2000 a março de 2001. O universo do estudo foi constituído por 30 funcionários do Restaurante Universitário desta Universidade e de seu Serviço de Apoio, que se propuseram responder o formulário.

Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, um roteiro de **entrevista** com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas⁽¹⁾, aplicada após o pré-teste. Constou de duas partes: a primeira sobre identificação e exame físico acerca dos antecedentes pessoais e familiares; integridade física: exame tórax/mamas, abdome/genitália; dados antropométricos: sinais vitais; e glicemia capilar de jejum e pós-prandial e a segunda composta por perguntas abertas com foco nas necessidades básicas afetadas e acerca do estilo de vida, referente a sono, alimentação, biossegurança e trabalho.

A mensuração da pressão arterial foi realizada em 4 encontros com as pesquisadoras, no laboratório da universidade em estudo, em dias e horas previamente apazados. O equipamento utilizado foi esfigmomanômetro

de aneróide calibrado, aferido previamente e destinado para este único fim.

Os dados foram processados manualmente, e, nas falas dos respondentes, foi realizada uma leitura flutuante, sendo estas categorizadas em unidades temáticas por sua convergência e divergência, conforme o que preceitua Bardin⁽²¹⁾. Foram, ainda, aproximadas das necessidades humanas básicas que resultaram nas unidades temáticas: a) sono/insônia; b) alimentação saudável e ambiente de trabalho; c) baixos salários, d) estresse mental e trabalho exaustivo; e) trabalho pesado; f) satisfação no trabalho .

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme a Resolução 196/96 e, aos entrevistados, foram assegurados o sigilo das informações, o anonimato e o livre-arbítrio na inclusão do estudo. Foram informados, ainda, sobre o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido que, ao final, foi assinado pelo participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos do estudo foram assim caracterizados: 24 (80%) pertencem ao sexo masculino, com idade compreendida entre 20 - 55 anos. Foram predominantes: o estado civil casado (26) (87%), a religião católica (26) (87%); a baixa escolaridade - 1º grau incompleto (14) (47%); a renda familiar de 2 salários mínimos (11) (37%); o regime de trabalho de 40 horas semanais (30) (100%), sendo 15 funcionários públicos e 15 "terceirizados".

Dezoito (60%) apresentavam antecedentes familiares de HAS e 10 (33%) de diabetes.

No que concerne à pressão arterial, 11 mostraram sua média da pressão sistólica variando no intervalo de 198 - 141mmHg e da pressão diastólica de 100 - 77 mmHg; 4 (13%) não tinham pressão elevada, mas referiram ser hipertensos; nenhum respondente declarou ser diabético, mas 5 (17%) possuíram glicemia capilar em jejum ≥ 110 mg/dl e 6 (20%) glicemia capilar pós-prandial ≥ 140 mg/dl.

Os sujeitos do estudo foram assim caracterizados: a maioria (24) pertencente ao sexo masculino, idade compreendida entre 20 - 55 anos; estado civil casado e religião católica foram predominantes (26); escolaridade 1º grau incompleto (14); renda familiar 2 salários mínimos (11); são ocupacionais (30), sendo 15 funcionários públicos e 15 terceirizados, ambos com regime de 40 horas semanais. As falas dos respondentes foram aproximadas por similitude às necessidades humanas básicas que resultaram nas unidades temáticas:

Sono / insônia

O organismo humano para manter seu equilíbrio fisiológico necessita de períodos alternados entre atividade e sono - repouso⁽²⁰⁾, ao prolongar-se o período de vigília, podem ocorrer fenômenos de mau funcionamento mental e o progressivo prejuízo do sistema nervoso central (SNC) que acaba por causar lesões de ordem física.

Quanto a essa necessidade básica, 21 sujeitos da pesquisa relataram que têm sono tranqüilo e dormem durante a noite sem intervalos, ao passo que 9 têm sono interrompido, conforme os depoimentos:

“...durmo muito pouco e acordo várias vezes” (E.6; 26).

“Acordo para urinar de 1 a 3 vezes durante a noite” (E.8;19;20;22;25).

Os distúrbios do padrão de sono, como a insônia e o sono interrompido, foram relatados por alguns respondentes, entretanto apenas 2 destes são hipertensos, 3 possuem idade acima de 50 anos, 2 renda familiar de apenas 1 salário mínimo e 2 afirmaram que dormem bem, apesar de terem relatado que acordam para urinar.

Muitas pessoas têm dificuldade de conciliar o sono em algumas épocas de sua vida, pois há insônia, sintomática de doença ou causada por ansiedade e tensão nervosa⁽²²⁾.

Alimentação saudável e ambiente de trabalho

Os hábitos alimentares podem ser definidores para a reversão do desequilíbrio que ocorre na HAS, através dos níveis de sódio e de potássio estáveis e consumo de carboidrato equilibrado, o que contribui para a redução e posterior manutenção do peso corporal.

O cloreto de sódio há muito tempo tem sido considerado importante fator no desenvolvimento e na intensidade da HAS. Atualmente, considera-se que o uso abusivo desse sal pode contribuir para o caráter endêmico da HAS⁽¹⁰⁾.

Relacionado a essa necessidade básica, enquanto 14 entrevistados afirmaram ter uma dieta balanceada, 16 não seguem um balanceamento alimentar saudável, conforme alguns depoimentos:

“Gostaria que a primeira refeição do Restaurante Universitário fosse uma vitamina de frutas; assim a pressão não subiria tanto, em vez de tomar café com pão antes de iniciar o trabalho” (E.6).

“Como muita fritura e gordura, só como uma dieta normal no RU” (E.5;9;10).

“Aceito leguminosas, pouca verdura e água, café várias vezes ao dia” (E.15).

“Gosto de doce, café e como muito” (E.20).

Os entrevistados relataram que não seguem uma dieta: gostam de doce, café, comem muita fritura, além das suas solicitações metabólicas naturais. Entretanto, anseiam por uma alimentação equilibrada, uma vez que trabalham no Restaurante Universitário (RU), onde têm a liberdade de manipular o cardápio, apropriando-o para a prevenção da HAS e manutenção da pressão arterial normal.

Destes que têm essa necessidade básica alterada, 9 apresentaram pressão arterial elevada ou afirmaram ser hipertensos e 11 possuem renda mensal de até 3 salários mínimos.

Baixos Salários

Nesta temática, detectou-se que 18 respondentes têm baixa condição econômica, percebendo de 1 a 3 salários mínimos. Essa necessidade básica foi assim destacada:

O trabalho eu gosto, agora no dia de receber o dinheiro é triste... (E.26).

As pessoas são guiadas para adquirir bens e muitas vezes não têm um bom emprego ou salário bastante para alcançar e manter esse estilo de vida. Essa incongruência, consideram os autores acima, pode ser cronicamente estressante e levar, entre outras doenças, à HAS^(2,13,23).

Entretanto, apesar da condição socio-econômica ter sido bastante ressaltada em razão dos baixos salários, a tensão arterial superior à normal foi detectada tanto em 9 destes respondentes como em 5 dos 10 respondentes que possuem renda familiar superior a 4 salários mínimos. Vale lembrar que 2 não informaram o valor de sua remuneração.

Pôde-se detectar também que a má alimentação esteve presente em 11 dos respondentes que possuem a condição socio-econômica afetada.

Estresse mental e trabalho exaustivo

Há evidências de possíveis efeitos do estresse psicossocial na pressão arterial relacionados a “condições estressantes”, tais como pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego, inatividade física e, em especial, aquelas atividades profissionais caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixo controle dessas situações.

Muitos especialistas destacam que a agitação da vida moderna repleta de compromissos, obrigações e ansiedade, aumenta o nível de estresse, o que contribui para a elevação da pressão arterial⁽²⁴⁾, desencadeando cansaço, fadiga, lentidão, irritabilidade e insegurança, o que acarreta os acidentes de trabalho, conforme ressaltam os depoimentos:

“Faltam mais profissionais para ajuda. É muito trabalho. As pessoas ficam estressadas e brigam umas

com as outras por motivos sem muita importância”. (E.5;16).

“O meu trabalho é muito pesado, preparo o alimento para o dia seguinte, faço o sopão, distribuo e ainda ajudo na limpeza, não sobra tempo para nada. Quando chego em casa, estou exausto” (E. 8).

“Seria bom mudar as pessoas porque elas não têm consciência, magoam umas às outras. Cria um clima ruim, desarmonia no serviço” (E.1).

A regulação neurológica pode ser afetada pelo estresse devido a sobrecarga de trabalho, que pode desencadear cansaço, fadiga, lentidão, irritabilidade e insegurança, ocasionando os acidentes de trabalho, conforme ressaltam os depoimentos:

“O meu trabalho é muito pesado, preparo o alimento para o dia seguinte, faço o sopão, distribuo e ainda ajudo na limpeza, não sobra tempo para nada. Quando chego em casa, estou exausto” (E. 8).

“Faltam mais profissionais para ajudar. É muito trabalho. As pessoas ficam estressadas e brigam umas com as outras por motivos sem muita importância” (E. 5;16).

“Seria bom mudar as pessoas porque elas não têm consciência, magoam umas às outras. Cria um clima ruim, desarmonia no serviço” (E.1).

“A mercadoria deveria chegar mais cedo ou com maior antecedência para evitar acidentes, principalmente a carne e as verduras que precisam ser cortadas e às vezes a gente se acidenta com cortes” (E.22).

Referente a essa necessidade humana básica, dos respondentes 12 denunciaram o excesso de trabalho exaustivo e a desunião, fatos que ensejam descontentamentos e conflitos, prejudicando as relações pessoais entre os próprios trabalhadores, trazendo conseqüências maléficas à saúde.

Trabalho pesado

A mecânica corporal vincula-se à ergonomia, que trata da organização metódica do trabalho em relação ao fim proposto e aos movimentos executados durante a realização deste, devendo manter uma distribuição equitativa nas ligações entre o homem e a máquina, o tempo e o movimento. Observem os depoimentos:

“O movimento da copa é muito pesado, dói a minha coluna. Seria bom trocar com alguém mais jovem. Sinto-me doente, além de cansado” (E.2).

“Temos uma sobrecarga de trabalho...” (E.6).

“O meu trabalho é muito pesado; preparo o alimento para o dia seguinte, faço o sopão, distribuo e ainda ajudo na limpeza; não sobra tempo para nada. Quando chego em casa, estou exausto” (E.8).

Pôde-se constatar que algumas atividades consideradas pesadas e de longa duração desencadeiam cansaço físico e alteração na mecânica corporal, havendo uma sugestão, de acordo com 11 respondentes, para contratação de pessoas mais jovens para estas funções.

As condições, a intensidade exigida e o ritmo do trabalho têm grande influência nas relações interpessoais e, muitas vezes, induzem ao cansaço, provocando distúrbios psicológicos que se transformam em distúrbios orgânicos, em doenças ⁽²⁵⁾.

Satisfação no trabalho

A afetividade é uma dinâmica de troca de energia emocional entre os seres vivos, que podem manifestar as suas emoções de forma positiva, levando à satisfação, à alegria e ao agrado no trabalho ⁽²⁶⁾, conforme evidenciado em alguns depoimentos:

“Meu trabalho é bom, estou satisfeito com o que faço” (E.12;17;18).

“Está bom do jeito que está” (E.20;23;24).

“Meu trabalho é muito bom, mas precisamos de mais pessoas para ajudar. A chefia devia se reunir para avaliar as necessidades do pessoal para melhorar a qualidade do serviço”(E.3;19).

Nesta temática, denotou-se que 26 respondentes estão satisfeitos com o trabalho, entretanto alguns (11) denunciaram a falta de funcionários, havendo a sugestão para que haja um atendimento das necessidades dos trabalhadores a fim de aprimorar o serviço.

Destes respondentes, 14 são hipertensos, 15 têm renda mensal de até 3 salários mínimos e 11, apesar de satisfeitos, consideram o trabalho exaustivo.

CONCLUSÕES

Através dessa investigação, observou-se que entre 7 respondentes em que a necessidade básica sono e repouso está alterada, apenas 2 são hipertensos. Portanto, não foi possível estabelecer uma relação entre a HAS e a alteração dessa necessidade.

Percebeu-se ainda que o esforço no cotidiano trabalhista pode ter exercido forte ascendência sobre a alteração da regulação neurológica, pelo fato de ser o maior causador do estresse e da desarmonia entre os funcionários.

Em relação às condições socio-econômicas, foi observado que a ocorrência da HAS, detectada após verificação da pressão arterial ou informada pelo entrevistado, não é muito discrepante entre pessoas de rendas variadas. Em contrapartida, o comportamento nutricional certamente foi bastante influenciado pelo incipiente nível sócio-econômico e por trabalharem no Restaurante Universitário, onde manipulam os seus próprios alimentos, aumentando, assim, a ingestão de gorduras, frituras e de doces, embora se ressintam da necessidade de um cardápio balanceado.

Dessa forma, pôde-se depreender que houve uma influência negativa do estilo de vida sobre a nutrição e/ou não-adoção de um estilo coerente com a prevenção contra a HAS.

Com referência à auto-realização, notou-se que os respondentes acham-se satisfeitos, apesar da HAS e da baixa remuneração. Todavia, é conveniente atentar para o fato - normal e corriqueiro - de o respondente, em busca da natureza desta, mascarar sentimentos, externando o que não sente ou manifestando o contrário do que pensa, noção da qual a metodologia já está ciente, motivo por que, de antemão, prescreve os devidos descontos.

Dessa maneira, pôde-se observar que o estilo de vida, o qual, principalmente pelos maus hábitos alimentares, pelo baixo padrão de vida e pela própria rotina de trabalho, contribuiu para a não-efetivação das necessidades humanas básicas.

No entanto, depreendeu-se que houve uma adoção de estilo de vida negativo. Com efeito, a fim de que haja melhor compreensão da interferência deste e da HAS sobre as necessidades humanas básicas, é necessário que mais estudos sejam realizados mercê da complexidade do ser humano e da mutabilidade fatural e momentânea do estilo de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, por financiar parte desta pesquisa através da concessão de bolsa de pesquisa, sem a qual teria sido impossível chegar a bom termo.

REFERÊNCIAS

1. Horta VA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. 99 p.
2. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10:552-60.
3. Silveira Junior PCS, Martins RCA, Dantas FHM. Os efeitos da atividade física na prevenção da hipertensão. Rev Bras Med Esporte 1999;5:56-72.
4. Gus M, Fuchs FD. Obesidade e hipertensão. Arq Bras Cardiol 1995;64:565-70.
5. Lukkarinen H, Hentinen M. Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. Int J Nurs Studies 1997;34:295-304.
6. Plavnik FL, Kohlmann Junior O. Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. Rev Bras Med 2002;59:49-60. Edição especial
7. Guia da saúde familiar. Revista Isto É [periódico online] 2002 [citado 2002 Dez 9]; (Fev13):[1 tela]. Disponível em: URL: <http://www.lincx.com.br>
8. Sant'Ana. MA, Sanches D, Padilha JU, Franzói SM. Análise do comportamento da pressão arterial de indivíduos sedentários e atletas durante teste ergométrico. Arq Ciênc Saúde Unipar 1998;2:143-53.
9. Ayres JEM. Prevalência da hipertensão arterial na cidade de Piracicaba. Arq Bras Cardiol 1991;57:33-6.
10. Nakasato HK, Caromano FA. Estresse: os fundamentos necessários para compreensão das alterações clínico-funcionais. Arq Ciênc Saúde Unipar 2000;4:269-75.
11. Potter A, Perry AG. O sono. In: Potter A, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. 3ª ed. São Paulo: Tempo; 1998. p.561-72.
12. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. Arq Bras Cardiol 1995;63:473-9.
13. Santos ZMSA, Silva RM. Aspectos relacionados com a hipertensão. In: Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: Unifor; 2002. p.15-25.
14. Romano WB. Aspectos psicológicos do paciente coronariopata portador de hipertensão arterial. Hiperativo 1999;6:57-9.
15. Oliveira TC, Araújo TL, Melo EM, Almeida DT. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. Rev Latino-am Enfermagem 2002;10:530-6.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDCV/ NUTES; 1993.
17. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. In: Brunner LS, Suddarth DS, Smeltzer SC, editores. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.691-700.
18. Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão, 12-15 fevereiro 1998 [citado 2003 Abr 01]. Disponível em: URL: <http://www.sbh.org.br/Diretrizes/cbhaap.htm>

-
19. Petry CO. O perfil do hipertenso cadastrado na sede do Município de Arabutã-SC. Iniciação, Caçador/Canoinha/Concórdia/Curitiba/Mafra. Anais..Curitiba 2000; 9(1): 15-8.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro: Persona; 1977. 225 p.
21. Guyton AC. Estados de atividade cerebral: sono, ondas cerebrais, epilepsia, psicoses. In: Guyton AC. Tratado de fisiologia médica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 685-92.
22. Du Gás BW. Necessidade de segurança e auto-estima. In: Du Gás BW. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988. p.507-29.
23. Santos JE, Dressler WW, Viteri F. Fatores de risco de doença arterial coronariana e suas correlações dietéticas e sociais. Arq Bras Cardiol 1994;63:371-5.
24. Almeida FA. Hipertensão. São Paulo: Cultura; 1996. p. 90-100.
25. Alves DB. Condições de trabalho na enfermagem: aspectos teóricos. In: Alves DB. Trabalho, educação e conhecimento na enfermagem: uma contribuição aos estudos sobre força e trabalho feminino. Salvador: Editora; 1997. p. 9-27.
26. Horta VA. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. Rev Enferm Nov Dimens 1976;5:266-8.

Endereço para correspondência:

Profª. Drª. Maria Euridéa de Castro
Rua Dr. Tomás Pompeu, 171, apt 1201--Meireles
60160-080- Fortaleza- Ceará
Fone: (85) 248-1243 /9981-8503 FAX: 299-2720
E-mail: euridea@uol.com.br

Financiamento da pesquisa:

Fundação Cearense de Apoio ao desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP