

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVALE  
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Diogo Pena Moreira

**ADESÃO E CONTROLE AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL:**  
percepções de usuárias em torno do cuidado em saúde.

Governador Valadares/MG  
Outubro/2019

DIOGO PENA MOREIRA

**ADESÃO E CONTROLE AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL:**  
percepções de usuárias em torno do cuidado em saúde.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão Integrada do Território.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva

Governador Valadares/MG  
Outubro/2019

## FICHA CATALOGRÁFICA

M835a Moreira, Diogo Pena

Adesão e controle ao tratamento de hipertensão arterial: percepções de usuárias em torno do cuidado em saúde / Diogo Pena Moreira. – 2019.

78 f.

Dissertação (mestrado em Gestão Integrada do Território) – UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, 2019.

Orientação: Leonardo Oliveira Leão e Silva.

1. Hipertensão arterial. 2. Adesão terapêutica. 3. Educação em saúde. I. Título.

CDU-616.12-008.3



Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território – GIT

**ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE**

**DIOGO PENA MOREIRA**

**Matrícula N° 76.334**

Aos vinte e oito dias do mês de outubro de dois mil e dezenove (28/10/2019), às 14h00 (quatorze horas), na sala 03, bloco PVA, na Universidade Vale do Rio Doce, reuniu-se a Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada “**ADESÃO E CONTROLE AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: percepções de usuárias em torno do cuidado em saúde**”, Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde, elaborada pelo aluno Diogo Pena Moreira. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva (orientador) – UNIVALE, Dr. Carlos Alberto Dias – UNIVALE/UFVJM e o Dr. Ronny Francisco de Souza – Centro Universitário de Caratinga. Abrindo a sessão, o presidente da Comissão, Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulares do Trabalho Final, passou a palavra ao mestrando Diogo Pena Moreira para apresentação de sua Dissertação. Logo após a arguição dos examinadores, a Comissão se reuniu, sem a presença do mestrando e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora consideraram por unanimidade a Dissertação

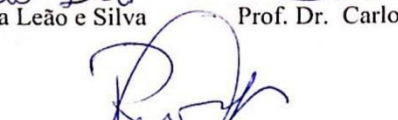
APROVADA.

Em seguida, o resultado foi comunicado publicamente ao candidato pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou-se a presente Ata, que será assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Governador Valadares, 28 de outubro de 2019.

  
Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva  
Orientador

  
Prof. Dr. Carlos Alberto Dias  
Examinador

  
Prof. Dr. Ronny Francisco de Souza  
Examinador

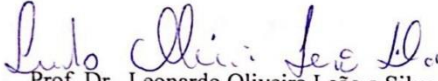



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE  
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território


DIOGO PENA MOREIRA

“ADESÃO E CONTROLE AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
percepções de usuárias em torno do cuidado em saúde”

Dissertação aprovada em 28 de outubro de  
2019, pela banca examinadora com a seguinte  
composição:

  
Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva  
Orientador – Universidade Vale do Rio Doce

  
Prof. Dr. Carlos Alberto Dias  
Examinador – UNIVALE/UFVJM

  
Prof. Dr. Ronny Francisco de Souza  
Examinador – Centro Universitário de Caratinga

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, à minha esposa Ioná e meus filhos Mariana e Diogo Filho.*

## **AGRADECIMENTOS**

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Leonardo Oliveira Leão e Silva, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e em todos aqueles que realizei durante os seminários do mestrado. Muito obrigado pelas correções quando necessário, sem nunca me desmotivar.

Desejo, igualmente, agradecer a todos os meus colegas do GIT, especialmente a Arthur Júnior, Carlaila, Vivi, Aline e Luiz Paulo, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos.

Gostaria de agradecer a Fundação Educacional de Caratinga – FUNEC, por proporcionar esta oportunidade de aprendizado contínuo, em especial Dona Miriam, Dr<sup>a</sup>. Daniela Fonseca, professor Antônio Fonseca e professora Raquel Carvalho, muito obrigado por tudo.

Por último, quero agradecer a minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, especialmente aos meus pais, irmãos, minha esposa Ioná e meus filhos, Mariana e Diogo Filho.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial (HA) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No ano de 2003 a estimativa era de que existia quase 1 bilhão de hipertensos no mundo. Ela é uma doença de diagnóstico e tratamento conhecido, com fácil aplicação e disponível pelo serviço público de saúde, no entanto, muitos pacientes não mantêm o controle pressórico, mesmo com uma boa adesão à terapêutica. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar as percepções a respeito da HA e seu tratamento entre pacientes hipertensas com alta adesão ao tratamento e que manifestavam diferentes níveis de controle pressórico. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e abordagem qualitativa, sendo um recorte da pesquisa intitulada “Hipertensão Arterial: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”. Foram realizadas entrevistas, gravadas por meio de questionário semiestruturado, com 190 mulheres altamente aderidas ao tratamento da HA inscritas no HIPERDIA do município de Governador Valadares. Para análise das variáveis sociodemográficas foi utilizado o software Excel<sup>®</sup> 2010, com o cálculo da distribuição de frequência. Já as entrevistas transcritas foram analisadas seguindo a metodologia de Análise de Conteúdo proposto por BARDIN. A resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde foi respeitada, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALE sob o parecer 441.059. Observou-se para esse grupo de hipertensas média de idade de 67,3 anos (DV: 11,5), em sua maioria negra ou parda (66,2%) e alfabetizada (68,0%). Quanto à avaliação das falas, foi possível agrupar duas categorias de análise. Dessa forma, a categoria 1 agrupou as principais falas sobre o conhecimento das pacientes em torno da HA. Já a categoria 2 agrupou as principais falas sobre as práticas de cuidado em saúde realizadas pelas usuárias para controle da doença. As discussões sobre as práticas de cuidado e conhecimento sobre HA foram baseadas no aporte teórico de Paul Claval, cujas discussões sustentam-se na concepção humana da geografia em uma abordagem cultural; e Paulo Freire, cujas contribuições possibilitaram o reconhecimento e validação dos saberes populares, presentes nas informações fornecidas. O estudo possibilitou observar que as pacientes hipertensas possuem grande facilidade em executar as tarefas atribuídas para a adesão ao tratamento, no entanto, possuem dificuldades em mudar o seu modo de vida e as suas práticas de cuidado rotineiras. Esse paradoxo (adesão sem controle da pressão arterial) no tratamento da HA pode resultar em avaliações equivocadas da equipe de saúde quanto ao adequado manejo para obtenção do controle pressórico na HA.

**Palavras chave:** Hipertensão Arterial. Adesão à terapêutica. Percepções. Educação em saúde.



## ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a serious public health problem in Brazil and worldwide. In 2003 it was estimated that there were almost 1 billion hypertensive people in the world. It is a well-known diagnosis and treatment disease that is easy to apply and available to the public health service; however, many patients do not maintain blood pressure control even with good adherence to therapy. Thus, the aim of the present study was to analyze the perceptions regarding hypertension and its treatment among hypertensive patients with high treatment adherence and who manifested different levels of blood pressure control. This is a cross-sectional, descriptive and qualitative approach. It is a piece of research entitled "Systemic Arterial Hypertension: behavioral practices, quality of life and social representations of patients regarding the disease and its treatment". Recorded interviews were conducted through a semi-structured questionnaire with 190 women who were highly adherent to the treatment of hypertension enrolled in HIPERDIA of the municipality of Governador Valadares. For the analysis of socio-demographic variables, Excel® 2010 software was used to calculate the frequency distribution. The transcribed interviews were analyzed according to the Content Analysis methodology proposed by BARDIN. Resolution No. 510 of April 7, 2016 of the National Health Council was respected and was approved by the Research Ethics Committee of UNIVALE under opinion 441.059. For this group of hypertensive patients, the average age was 67.3 years (DV: 11.5), mostly black or brown (66.2%) and literate (68.0%). Regarding the speech evaluation, it was possible to group two categories of analysis. Thus, category 1 grouped the main speeches about patients' knowledge about hypertension. Category 2, on the other hand, grouped the main statements about health care practices performed by users with disease control. The discussions about the care practices and knowledge about SAH were based on Paul Claval's theoretical support, whose discussions are based on the human conception of geography, on a cultural approach; and Paulo Freire, whose contributions enabled the recognition and validation of popular knowledge, present in the information provided. The study made it possible to observe that hypertensive patients are very easy to perform the tasks assigned to treatment adherence; however, they have difficulties in changing their lifestyle and routine care practices. This paradox (adherence without blood pressure control) in the treatment of hypertension may result in mistaken assessments by the health team regarding the proper management to obtain blood pressure control in hypertension.

**Keywords:** Arterial Hypertension. Adherence to therapy. Perceptions. Health education.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DCV - Doença Cardiovascular

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

HA – Hipertensão Arterial

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PAD - Pressão Arterial Diastólica

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>1 NOTAS INTRODUTÓRIAS</b> .....	13
1.1 ASPECTOS GERAIS DA HIPERTENSÃO .....	13
1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	16
1.3 TERRITÓRIO E SAÚDE .....	21
1.4 OBJETIVOS .....	26
1.4.1 Objetivo geral .....	26
1.4.2 Objetivos específicos .....	26
<b>2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b> .....	27
2.1 ABORDAGEM DE ESTUDO PROJETO PRINCIPAL .....	27
2.2 LOCAL DE ESTUDO PROJETO PRINCIPAL .....	28
2.3 COLETAS DE DADOS E INSTRUMENTOS PROJETO PRINCIPAL ....	30
2.4 ASPECTOS ÉTICOS PROJETO PRINCIPAL .....	32
<b>2.4.1 Adesão e controle ao tratamento da Hipertensão Arterial:</b>	
Percepções de usuárias em torno do cuidado em saúde .....	32
2.5 ABORDAGEM DE ESTUDO: RECORTE .....	33
2.6 RECORTE AMOSTRAL .....	34
2.7 VARIÁVEIS UTILIZADAS .....	34
2.8 ANÁLISE DE DADOS: RECORTE .....	35
<b>3 ENTRAVES PARA O CONTROLE TERAPÊUTICO DA HA</b> .....	37
3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CONTROLE DA PRES- SÃO ARTERIAL E CONHECIMENTO SOBRE A HA .....	37
3.2 PERCEPÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA DA HA: SABERES DE HIPERTENSAS ALTAMENTE ADERIDAS AO TRATAMENTO .....	48
<b>3.2.1 Categoria: HA e associação com órgãos alvo</b> .....	49
<b>3.2.2 Categoria: HA e associação com suas complicações</b> .....	50
<b>3.2.3 Categoria: HA e associação com fatores de risco</b> .....	51
3.3 HA: CONHECIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	53
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	55
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	57
<b>ANEXOS</b> .....	63

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é fruto do recorte da pesquisa intitulada “**Hipertensão Arterial**: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”, realizada em 2016 pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

A relevância do tema instigou a necessidade de se investigar as mudanças comportamentais de pacientes hipertensas residentes no município de Governador Valadares/MG em torno do cuidado em saúde. As relações entre saúde, aspectos culturais e território configuram o caráter interdisciplinar e possibilitam a compreensão das relações socioespaciais que, acredita-se, estarem vinculadas ao processo saúde doença.

Dessa forma, o trabalho foi organizado em três capítulos que permitem discorrer acerca da temática, a saber. No primeiro capítulo, intitulado *Notas introdutórias*, identificam-se os principais conceitos sobre a Hipertensão Arterial – HA, dados epidemiológicos e as relações territoriais no campo da saúde. Nesse capítulo também são apresentados os objetivos da pesquisa. O segundo capítulo, intitulado *Procedimentos metodológicos*, são apresentados os métodos para atingir o objetivo desta pesquisa. O terceiro e último capítulo, intitulado *Entraves para o controle terapêutico da HA*, são apresentados os resultados da pesquisa, que utiliza o território como elemento de análise da relação espaço/doença.

# 1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

## 1.1 ASPECTOS GERAIS DA HIPERTENSÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No ano de 2003 a estimativa era de que existia quase 1 bilhão de hipertensos no mundo. Calculava-se que essa doença era responsável pela morte de 7,1 milhões de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos (OPAS, 2003). No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) a principal causa de morte, acometendo as mulheres em maior proporção. Os dados mais atuais foram publicados em 2016 e destacam:

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (SBC, 2016, p. 1).

As doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de morte no país. O número de mortes decorrentes da HA representa 13,8% e sua prevalência varia de acordo com a população e território. Em um estudo realizado com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras observou-se a prevalência de HA em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% vs 32,2%). O Ministério da Saúde, em pesquisa realizada entre 2006 e 2014, identificou que indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos representam 55% da população hipertensa e que a região sudeste apresentou maior prevalência da doença (23,3%), em especial a cidade do Rio de Janeiro (26,7%), com predomínio na área urbana em relação à rural (21,7% vs 19,8%) (SBC, 2016).

Dados epidemiológicos apresentam aumentos progressivos em número de hipertensos no Brasil. Um estudo de base populacional no Rio Grande do Sul mostrou que um terço dos indivíduos com 20 anos de idade ou mais são hipertensos. Estudos conduzidos em Pelotas, em 1992 e entre 1999 e 2000, utilizando como ponto de corte pressão arterial igual ou superior a 160/90 mmHg, mostraram prevalências de 19,8% e 23,6%, respectivamente. Utilizando como ponto

de corte pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg, o estudo identificou hipertensão em 37,2% da população.

Os pontos de corte para determinar indivíduos com HA são determinados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), que define como ponto de corte da HA a pressão sistólica igual ou acima de 140 mmHg e/ou pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg (BRASIL, 2006). Enquadram-se também em um grupo de risco aqueles indivíduos que apresentam a Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 120-139 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 80-89 mmHg, identificados como “pré hipertensos” (VII Joint, 2004). O objetivo de categorizar esses indivíduos é identificar os mais propensos a desenvolver a hipertensão, propondo assim uma intervenção precoce com adoção de um estilo de vida mais saudável, que poderia prevenir ou lentificar o aparecimento da HA.

Consideram-se fatores de risco para o desenvolvimento da HA: o envelhecimento, o sexo e a etnia, a obesidade, o sedentarismo, o consumo excessivo de sódio, a ingestão de álcool, fatores socioeconômicos e genéticos (SBC, 2016). Portanto, a investigação sobre o estilo de vida, dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e a avaliação periódica da PAS e da PAD são estratégias de controle e prevenção de possíveis lesões em órgãos-alvo, como também a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular e renal. Ademais, as medidas preventivas englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações sociais que estimulem o diagnóstico precoce e o tratamento contínuo. Tais condutas, quando associadas à modificação do estilo de vida e/ou uso regular de medicamentos podem levar ao controle da pressão arterial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Todavia, uma das dificuldades encontradas no controle de pacientes hipertensos é a falta de adesão ao tratamento, pois metade dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento (PÉRES et al., 2003). A não-adesão do hipertenso ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez. Tal conclusão se deve ao fato de a HA ter aumentado os custos dessas complicações (SANTOS et al., 2005).

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois segundo a literatura vários fatores estão a ela associados, a saber, em relação ao paciente

(sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico); à doenças (cronicidade, assintomatologia); às crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, auto-estima); ao tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); à instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e ao relacionamento com a equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados) (SANTOS et al., 2005).

Entre os hipertensos que iniciam o tratamento, de 16 a 50% desistem da medicação durante o primeiro ano de uso, mostrando ser a não-adesão um fator relevante para a saúde pública. O impacto desses dados explica a alta prioridade dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias que favoreçam o hipertenso a dar continuidade a uma determinada terapêutica adotada, seja ela farmacológica ou não (RIERA, 2000).

Santos et al. (2005), em um estudo exploratório-descritivo, cujo objetivo foi analisar a adesão do cliente hipertenso ao tratamento com abordagem interdisciplinar, concluíram que a adesão ao tratamento foi insatisfatória. Tal observação acentua-se principalmente em relação às condutas higieno-dietéticas. Esse fato estava associado a alguns fatores, tais como, déficit de conhecimento sobre a doença e as condutas terapêuticas; ausência de sintomatologia da HA prática inadequada das atividades de autocuidado; custo e efeitos colaterais da medicação e participação sem efetividade nas atividades educativas. Os autores desse estudo relatam como conduta primordial para a adesão ao tratamento, a atuação interdisciplinar da equipe de saúde junto à clientela hipertensa. Tal ação, segundo eles, contribui para a adesão às condutas de manutenção e promoção da saúde.

Em relação à doença e às sérias consequências do abandono ao tratamento, Andrade et al. (2002) observaram que entre as razões mais citadas pelos pacientes estava a falta de uma comunicação mais adequada entre o paciente e seu médico. Manfroi e Oliveira (2006) observaram os mesmos resultados do estudo anterior e enfatizaram a importância da equipe de saúde conhecer as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo e a interferência da doença na qualidade de vida dos sujeitos. Essa conduta tem por objetivo amenizar as dificuldades, juntamente com o paciente, para melhorar o controle da HA. A

comunicação inadequada entre paciente e equipe de saúde pode ser provocada devido tanto à insuficiência de informação prestada quanto à incapacidade de percepção do paciente.

Desse modo, ações de cuidado são necessárias para a manutenção da saúde do indivíduo. Na prática, o cuidado configura-se no processo educativo que permeia as relações entre paciente e equipe de saúde. O diálogo, a escuta e a troca de experiência são instrumentos de estímulo à adesão. Por meio do conhecimento e conscientização da sua condição de saúde, o paciente e a equipe de saúde pactuam metas e planos de como aplicar o cuidado nas práticas diárias individuais do sujeito.

Segundo Trentini, Tomasi e Polak (2016), a dinâmica de grupo é uma possibilidade de promoção em saúde, considerando o espaço das Unidades Básicas em Saúde apropriado para o ensino-aprendizagem de estratégias de enfrentamento. Portanto, a educação em saúde vivenciada por grupos de pessoas com HA contribui para que desenvolvam a consciência de que é possível mudar a “leitura do mundo” e enfrentarem as situações adversas de forma saudável.

Segundo Toledo, Rodrigues e Cheisa (2007), a incorporação de novas linguagens, a humanização das práticas, a busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade possibilitam o investimento no modelo dialógico de educação em saúde, acreditando-se ser este o modelo mais pertinente para a efetivação de mudanças paradigmáticas, incentivando a autonomia de escolha dos sujeitos, reconhecendo-os como portadores de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não deve ser deslegitimado pelos serviços.

Assim sendo, considera-se relevante investigações realizadas de cunho interdisciplinar, pois buscam compreender o cenário de adoecimento da população, suas manifestações no território e a busca da defesa de propostas de educação em saúde, pautadas na capacitação de indivíduos e comunidades que considerem o sujeito em seu ambiente, sua compreensão e significações sobre a realidade em que está inserido.

## 1.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde pode ser compreendida como o diálogo entre profissionais e usuários que permite construir e partilhar saberes, aumentando consequentemente, a autonomia das pessoas no seu cuidado. Possibilita, ainda, o



debate entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com Brasil (2013), o processo de educação em saúde motiva o sujeito a adotar comportamentos que favoreçam a redução da pressão arterial. Essas medidas sugeridas terão impacto na qualidade de vida desse sujeito e sua implementação dependerá diretamente da compreensão do problema e da motivação para que sejam realizadas mudanças no seu estilo de vida.

As práticas educativas são processos de ensino que ultrapassam o território escolar, ou seja, são métodos e práticas diárias que promovem conhecimento e transformação. Na perspectiva da promoção da saúde, as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizada, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida. Nesse sentido, a prática educativa atua como o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo (LIBANEO, 1994).

As práticas educativas tendem a ser realizadas a partir da perspectiva da passagem de um saber ou de uma informação focalizada nos comportamentos ou hábitos saudáveis, em que os profissionais da saúde figuram como “os que sabem” e os usuários dos serviços desenvolvem o papel “dos que desconhecem”, negando o diálogo como fundamento dessa relação, visto que o saber da clientela nem sempre é considerado como carregado de importância e de significado para a equipe de saúde (BRASIL, 2007).

A utilização de palestras como prática educativa é um método muito utilizado por equipes de saúde a fim de “educar pacientes”. Normalmente são organizadas sobre temas previamente definidos, sem qualquer consulta ou adaptação à realidade dos indivíduos envolvidos, centrada na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, e a ação pedagógica privilegia a simples transmissão de conhecimentos pontuais.

A palestra, via de regra, tem como pressuposto a ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com sua saúde, culpabilizando-o pelos problemas que apresenta. Habitualmente, se limita à simples transmissão de

conteúdo acrítico e descontextualizado, uma vez que as práticas educativas não são percebidas pelos trabalhadores da saúde como fazendo parte de suas atividades. Assim, os momentos educativos são desvalorizados no processo de trabalho, que é centrado na prática clínica, individual e curativa.

Nesse sentido, as práticas educativas em saúde ampliam-se, visto que ultrapassam o modelo vertical e simétrico, incorporando uma relação dialógica pautada na horizontalidade entre os indivíduos, visando construir projetos de sociedade, tendo por referência situações reais de determinados grupos sociais ou classe específica. As práticas educativas compreendem que “não são as atividades formais de ensino que educam, mas sim, as relações mediante as quais, num processo de trabalho, transformamos a nossa consciência em uma nova consciência” (BRASIL, 2007, p. 10).

Portanto, para que as práticas educativas assumam o papel de estratégia de promoção em saúde para a população acometida pela HÁ, é necessário que haja um processo de interação entre paciente e profissional, e que se considere a experiência de vida de cada um, além do estabelecimento da confiança e da vinculação do usuário ao serviço de saúde e ao profissional.

Diversos trabalhos (ALMEIDA, MOUTINHO e LEITE, 2014; FLISCH et al., 2015; TOLEDO , RODRIGUES e CHIESA, 2007) utilizam o tema educação em saúde na dialógica de Paulo Freire, educador que contrapõe o modelo de educação depositária e vertical como estratégia para indicadores de saúde e melhor qualidade de vida.

A incorporação do pensamento do autor ao campo da saúde não pode prescindir de uma abordagem de trabalho junto às populações que se organizam em esquemas fechados com resolubilidades formadas, mas sim deve-se tomar como ponto de partida a experiência concreta dos sujeitos, e junto desses, visualizar possibilidades de transformações, criando ou ampliando horizontes para a melhoria das condições de vida.

O trabalho publicado por Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) analisou a quantidade de produções científicas sobre a prática de educação em saúde nos serviços de saúde referentes ao enfrentamento da HA. O levantamento bibliográfico analisou artigos publicados entre 1981 e 2005. Os dados indicaram que houve um aumento significativo de produções acerca de processos educativos a partir da década de 90. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com a

necessária revisão do modelo assistencial, provavelmente influenciou os profissionais de saúde a buscarem metodologias mais pertinentes às suas realidades locais.

Os autores identificaram também que os trabalhos científicos ainda se reportam ao modelo preventivo, também chamado educação em saúde tradicional ou velha saúde pública, tendo enfoque centrado na prevenção de doenças. A visão curativa ainda predomina entre os profissionais de saúde, em que a assistência à saúde é fortemente ancorada no atendimento queixa-conduta. Além disso, é permeada por prescrições multifatoriais, as quais, não sendo cumpridas, acabam na avaliação subjetiva do profissional de saúde, por classificar o usuário como “não cooperativo” ou “não aderente ao regime terapêutico” (TOLEDO, RODRIGUES E CHIESA, 2007).

Nesse sentido, concluíram que para melhor compreender o fenômeno saúde-doença, no recorte do paciente hipertenso, torna-se importante a inclusão de novos conceitos sobre o processo saúde-doença, facilitando o entendimento das reais causas e determinantes do problema da hipertensão, bem como a adequação dos serviços às necessidades da população, e que torna-se forçoso conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis e as condições objetivas em que vivem buscando envolvê-los, o que se contrapõe à imposição, nas ações (TOLEDO, RODRIGUES E CHIESA 2007).

O estudo conduzido por Alves e Nunes (2006) analisou o desenvolvimento da ação educativa em saúde em 50 consultas médicas. Os resultados identificaram ênfase na medicalização e no controle da hipertensão. Observou-se que a narrativa do paciente é inibida ou interrompida pela narrativa do médico, com a atenção médica circunscrevendo-se aos sintomas individuais, sem apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado. As ações educativas, na maior parte dessas consultas, apresentaram-se de forma secundária e superficial, com recomendações prescritivas.

Dentre as consultas analisadas, os autores identificaram apenas uma abordagem que se distingue do modelo de Educação em Saúde hegemônico. Os autores consideram que a condução das consultas por esse único profissional privilegia o desenvolvimento da autonomia do paciente, ampliando a sua compreensão do problema e reflexão quanto a uma intervenção sobre a realidade

que o contextualiza e determina. Essa é uma abordagem que assume, como ponto de partida, o indivíduo e não a sua doença.

Na perspectiva de Paulo Freire, a dinâmica social conduz a dominação da consciência por meio de métodos de opressão que não servem para libertação do oprimido (FREIRE, 1987). O autor relata que a forma de imposição que o opressor envolve o oprimido faz com este “seja menos”, veja-se em condições onde ele precise do seu opressor. Assim, professores que se colocam na condição de detentores do conhecimento, ou profissionais da saúde que assumem uma posição assimétrica em relação ao “paciente”, tratando-o como fragilizado, acometido por doença, carente de informação, se colocam na condição de “opressores”, e tal condição, além de não propiciar o diálogo com o sujeito, o mantém na condição de dependência de um saber, supostamente, mais elaborado, mais científico, portanto, “superior”.

Segundo Paulo Freire, os métodos de opressão não podem servir de libertação ao oprimido, e que a educação acontece como uma prática de liberdade quando parte da prática do sujeito e não para o sujeito.

Os caminhos da libertação são os do oprimido que se liberta: ele não é coisa que se resgata, é sujeito que se deve autoconfigurar responsabilmente (...) a prática de liberdade só encontrará adequada expressão numa pedagogia em que o oprimido tenha condições de reflexivamente, descobrir-se e conquistar-se como sujeito de sua própria destinação histórica (FREIRE, 1987 p. 9).

Quando a proposta de educação em saúde é desenvolvida no sentido tecnicista ou por meio de uma ação política desumana que desrespeita a visão particular do território e das territorialidades, poucas transformações acontecem no cenário de adoecimento da população alvo. A proposta de educação em saúde não pode ter como premissa levar aos “oprimidos” uma “mensagem salvadora” em forma de conteúdos depositados. Freire (1987, p. 86) caracteriza essa prática como “invasão cultural”.

O trabalho de educação em saúde não poderá resolver os problemas relacionados à determinada população, porém sem as propostas educativas, dificilmente essas situações poderão vir a se alterar. De acordo com o pensamento Freiriano, deverá haver um diálogo sobre as práticas, porém esse diálogo deve ser sobre a minha experiência e a experiência do outro, e a ação transformadora deve vir unida a um ato reflexivo.

Pensar uma intervenção em Educação em Saúde é levar em conta as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das suas experiências individuais e coletivas, por meio de seus saberes, expressos em parte, nas práticas sociais e modificados à vida cotidiana. Vivenciar uma doença é relacionar-se de forma conflituosa com o social, pois se trata de encarar mudanças e limitações na rotina individual. No entanto, essa é a oportunidade de conhecer-se, visto que aprende a se superar para enfrentar a doença. Fundamenta-se aí a necessidade de as representações serem consideradas, na Educação em Saúde, em um compartilhamento de saberes (GAZZINELLI et al., 2005).

Percebe-se que a educação em saúde deve, portanto, partir de uma necessária articulação entre percepções do indivíduo e experiência da doença. Destarte, compreender e vislumbrar o indivíduo em sua totalidade não se reduz a sistemas fechados definindo as práticas. Constituem, ao contrário, um conjunto aberto, heterogêneo, um campo de acordos e de conflitos, em relação a outros tipos de conhecimentos, que é continuamente refeito, ampliado, deslocado e transformado durante as interações indivíduo-indivíduo e indivíduo-sociedade.

### 1.3 TERRITÓRIO E SAÚDE

A adoção do território no campo da saúde veio ao encontro de um desejo de transformação social e demonstração dos efeitos das desigualdades sociais na saúde das populações, numa espécie de reação às concepções da epidemiologia clássica. Apesar desse avanço, o interesse pelo território na saúde é recente e oriundo de um processo histórico que impulsionou essa relação entre a saúde coletiva e a geografia, tendo a reforma sanitária brasileira e a implantação do SUS papéis fundamentais, uma vez que discutiram o funcionamento dos serviços sob o ponto de vista de sua base territorial (MONKEN et al., 2008).

Os estudos territoriais possibilitam uma visão ampliada do cenário de adoecimento. Nesta pesquisa em especial, investiga as percepções a respeito da HA e seu tratamento entre pacientes hipertensas com alta adesão ao tratamento e diferentes níveis de controle pressórico. A análise dessas questões contribui para o entendimento do não controle da doença, mesmo quando pacientes dizem ter conhecimento da doença e estão altamente aderidas ao tratamento medicamentoso.

O território é uma ferramenta de análise que incorpora componentes culturais às manifestações e transformação do ambiente.

As concepções de território são apresentadas por diversos autores do campo da Geografia, em diferentes abordagens. Sendo assim, cabe ao pesquisador adotar uma perspectiva territorial que mais se aproxime do objeto de estudo. De acordo com Haesbaert (2007), o território se estabelece numa vertente material e simbólica que “diz respeito tanto ao poder no sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder no sentido mais simbólico, de apropriação” (Haesbaert, 2004, p. 1).

Haesbaert (2001), ao pensar em território, agrupa o conceito em três vertentes básicas: Jurídico-política, culturalista, e econômica. Nessa perspectiva, o autor envolve o território sempre e, ao mesmo tempo, a uma dimensão simbólica e jurídica, ambas indissociáveis:

a) Jurídico-política: a mais difundida, onde o território é visto como um espaço delimitado e controlado, através do qual se exerce um determinado poder, na maioria das vezes visto como o poder político do Estado. b) Cultural (ista): prioriza a dimensão simbólico-cultural, mais subjetiva, em que o território é visto sobretudo como o produto da apropriação/ valorização simbólica de um grupo sobre o seu espaço. c) Econômica (muitas vezes economicista): bem menos difundida, enfatiza a dimensão espacial das relações econômicas, no embate entre classes sociais e na relação capital-trabalho (HAESBAERT, 2001, p. 1770).

As relações sociais exercem um controle simbólico sobre os grupos que se estabelecem num território físico, moldado pelos comportamentos sociais, e ao mesmo tempo, há um controle concreto, de caráter dominatório e disciplinar sobre os indivíduos, que ganha uma dimensão jurídico-política afim de uma ordenação do espaço (HAESBAERT, 2001).

Entre as diferentes abordagens de território, Saquet (2007 p. 58) também se apropria da perspectiva de que o território é socialmente construído, sendo “produto do processo de apropriação e domínio social, cotidianamente, inscrevendo-se num *campo de poder* e das relações socioespaciais”.

Por sua vez, a territorialidade corresponde às ações humanas, relações que se estabelecem em uma área delimitada. Essa área é o território, que segundo Saquet (2009, p. 86) estão sobrepostos e em redes. “Há redes nos territórios e territórios em redes bem como movimento do território e das redes”. Portanto, em cada território, as territorialidades são múltiplas e heterogêneas. Isso acontece pelo processo de territorialização que envolve redes, poderes, territórios, apropriações,

tempos, produções, e atores, todos considerados elementos em movimento (SAQUET, 2009). A territorialidade é, portanto, um fenômeno de caráter social, como explica Saquet.

A territorialidade é um fenômeno social que envolve indivíduos que fazem parte do mesmo grupo social e de grupos distintos. Nas territorialidades, há continuidades e descontinuidades no tempo e no espaço; as territorialidades estão intimamente ligadas a cada lugar: elas dão-lhe identidade e são influenciadas pelas marcas históricas e geográficas de cada lugar (SAQUET, 2009, p. 88).

Pensando nas territorialidades e no objeto desta pesquisa, definimos como aporte teórico do território, Paul Claval. O autor citado traz discussões sustentadas na concepção humana da geografia, conhecida como Geografia Cultural. A geografia cultural tem como objeto central de análise o homem e sua cultura. Interessa-se, pois, pela apropriação dos processos herdados por uma dada população e pelos modos de vida no território.

A geografia cultural está inserida na percepção do território simbólico. Os símbolos e significados constituem traços fundamentais do ser humano, como também o foco da atenção do geógrafo cultural. Na perspectiva simbólica de Claval (1999), o território pode ser reconhecido como um espaço vivido com relações entre os grupos que mantêm com o seu meio, não são somente as materiais, são também de ordem simbólica, o que os torna reflexivos.

Assim sendo, falar em território em vez de espaço, é compreender que os lugares nos quais estão inscritas as existências humanas foram construídos pelos homens, que “concebem seu ambiente como se houvesse um espelho que, refletindo suas imagens, os ajuda a tomar consciência daquilo que eles partilham” (CLAVAL, 1999, p.11).

Entende-se, portanto, que o território da saúde não é só físico ou geográfico, mas se constitui de práticas e saberes. Segundo Monken e Gondim (2009), a análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações é um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), compreendendo o “território como uma categoria de análise social”; um caminho metodológico de aproximação e análises sucessivas da realidade para a produção social da saúde.

Monken e Gondim (2009) utilizam também o termo territorialização, que remete à ideia de “habitar um território”. O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Nesse sentido, o paciente hipertenso contribui com a promoção da saúde quando ele se sente parte do processo saúde doença, quando consegue explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões de tratamento e controle, ser capaz de movimentar-se por ele por meio de seus conhecimentos e vivências, com alegria e descoberta, detectando alterações no território e colocando em relação fluxos diversos – não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais – mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade.

Segundo Monken e Barcelos (2005), a territorialização consiste em fazer o reconhecimento do território a partir da organização do processo de trabalho; e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada.

As possibilidades e dificuldades no processo de territorialização de uma política de saúde se encontram na determinação de seus indicadores sociais, na dimensão territorial (física e simbólica), na abordagem da complexidade e diversidade dos espaços, e na articulação (pontual ou sistêmica) entre as diferentes áreas de intervenção em saúde. A saúde, vista pela ótica geográfica, expressa as condições de existência do ser humano no território (VIANA et al, 2007).

Nesse sentido, a construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e cuidado aos pacientes hipertensos se faz por meio de sistemas e serviços capazes de acolher o outro; são fatores que induzem o sujeito a levar a vida com saúde. Essa territorialização não se limita à dimensão biomédica do diagnóstico, do tratamento ou dos demais trabalhos em saúde, mas se amplia à reorientação de saberes e práticas no campo da saúde, que envolve desterritorializar os atuais saberes hegemônicos e práticas impostas.

A atenção básica na rede de atenção à saúde configura-se em uma estratégia para o cuidado integral. São territórios formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais que devem seguir os princípios e diretrizes do SUS, configurando um processo progressivo e singular, que considera e inclui as especificidades e dinamicidade do território como também a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas. Os serviços ofertados na Atenção Básica de Saúde devem estar em consonância com os



princípios e diretrizes da promoção em saúde: Universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2017).

A ESF busca promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco. A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça o indivíduo, a família e os vizinhos. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde.

As Estratégia Saúde da Família (ESF) devem estar empenhadas em conhecer a realidade da população residente em sua área de abrangência e a incentivar a co-responsabilidade e participação social, na busca por construção e fortalecimento de vínculos. Nessa busca, as equipes devem executar ações de vigilância em saúde, relacionadas ao trabalho e ao ambiente dos cidadãos; realizar acolhimento humanizado; prestar atendimento de saúde; exercer visitas domiciliares e criar espaços contínuos e crescentes de atividades educativas (FERNANDES; BACKES, 2010).

A ESF normalmente está ligada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) local. As UBS são consideradas território a partir da perspectiva da construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam às necessidades da população (BRASIL, 2017).

As relações sociais construídas nas unidades de saúde por vezes são assimétricas, observando-se que os profissionais de saúde são detentores de conhecimentos dos quais o paciente geralmente é excluído. A experiência da doença pelo paciente envolve os aspectos culturais, familiares, emocionais, o que pode não ser identificado inicialmente pelo médico, ou até mesmo desconhecido. O diálogo e a aproximação da realidade do paciente revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, a exposição a fatores de risco, a exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde em grupos sociais. Portanto, o movimento de diversos atores e ações em um determinado espaço, formam as redes que, segundo Almeida (2014), são produtos da heterogeneização e da diversidade, que quanto menos são hierarquizadas, mais fluidez apresentam.

Analisar a unidade de saúde a partir de uma perspectiva geográfica cultural permite revelar a manifestação através dos símbolos, dos signos, das representações culturais e espaciais, das novas formas de pensar e conceber espaços e que estão fundamentadas em abordagens humanizadas.

Os subsídios teóricos acima apresentados possibilitam a incorporação de novos olhares para as questões relacionadas a adesão e controle de mulheres hipertensas. Para tanto, os conceitos de território e de territorialização são problematizados, com base em concepções diversas, a fim de dialogarem com as atribuições e desafios que giram em torno do conhecimento sobre a HA, das práticas de cuidado em saúde e das relações a adesão e controle da doença. Portanto, a relação existente entre HA, território e cuidado em saúde são discutidas em sua relevância para a compreensão do processo saúde-doença em determinado território.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo geral

Analisar as percepções a respeito da HA e seu tratamento entre pacientes hipertensas com alta adesão ao tratamento e diferentes níveis de controle pressórico.

### 1.4.2 Objetivos específicos

- 1) Descrever as pacientes hipertensas em relação às suas características sociodemográficas, fatores de risco em interface com o território da HA;
- 2) Identificar as práticas comportamentais de pacientes hipertensas a respeito da HA e seu tratamento.

## 2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O presente estudo é um recorte da pesquisa intitulada **“Hipertensão Arterial Sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”**. Essa pesquisa foi apoiada pelo CNPQ e realizada no ano de 2016 pela Universidade Federal Dos Vales Do Jequitinhonha e Mucuri, em parceria com a Universidade Vale do Rio Doce, e possui abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Para sua realização, seguiu-se rigor metodológico quanto a abordagem e o tipo de estudo, instrumento de coleta de dados, local do estudo, atores sociais envolvidos, atividade de coleta de dados e processo de tratamento dos dados específicos.

Todos os procedimentos relatados acima serão apresentados de forma resumida, subdivididos em dois blocos, a saber, o primeiro demonstrando os procedimentos metodológicos adotados no projeto gerador, e o segundo fazendo os apontamentos e recortes inerentes à presente dissertação.

### 2.1 ABORDAGEM DE ESTUDO PROJETO PRINCIPAL

O projeto mencionado possui abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Compreende ser uma abordagem qualitativa e quantitativa, na medida em que se pretende identificar as representações sociais de sujeitos hipertensos em relação a doença e ao seu tratamento.

A abordagem qualitativa permite dispor as representações sociais relacionadas às experiências e conhecimento de determinados sujeitos moradores do município de Governador Valadares/MG. Dentro desse tipo de abordagem há uma interação dinâmica “entre o mundo real e o sujeito, isto é um vínculo indissociável do mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 20). Em outros termos, o interesse do pesquisador não está focalizado somente em quantificar o número de hipertensos em determinado território, mas sim na qualidade em que os conhecimentos sobre a HA se apresentam aos sujeitos (MINAYO, 1994), ou seja, como os fatos acontecem dentro da realidade de cada indivíduo.

A pesquisa quantitativa permite identificar em números o aparecimento das representações sociais como também o perfil dos atores sociais envolvidos por meio

de gênero, escolaridade, idade, etc. Assim, de uma forma geral, os estudos quantitativos guiam-se por um modelo de pesquisa no qual o pesquisador parte de quadros conceituais de referência tão bem estruturados quanto possível, a partir dos quais formula hipóteses sobre os fenômenos e situações que pretende estudar. Uma lista de consequências é então deduzida das hipóteses. A coleta de dados enfatizará números (ou informações conversíveis em números) que permitam verificar a ocorrência ou não das consequências, e daí então a aceitação, ainda que provisória, ou não das hipóteses. Os dados são analisados com apoio da Estatística (inclusive multivariada) ou de outras técnicas matemáticas. Também, os tradicionais levantamentos de dados são o exemplo clássico do estudo de campo quantitativo (POPPER, 1972). Em suma, a pesquisa quantitativa por si só concentra na objetividade, conforme explica Fonseca (2002, p. 20).

Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

Diferentemente, na pesquisa qualitativa “os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa” (FONSECA, 2002, p. 20). Assim, tal abordagem é imprescindível para amparar o processo de coleta de dados secundários que comporão os resultados ora buscados a partir das representações sociais de determinados sujeitos em relação a HA e ao seu tratamento.

## 2.2 LOCAL DE ESTUDO PROJETO PRINCIPAL

O local selecionado para a realização da pesquisa foi a zona urbana do município de Governador Valadares, localizado na região leste do Estado de Minas Gerais, cuja população é de 263.689 habitantes, sendo que a maioria (95%) vive em perímetro urbano (IBGE, 2010). Nesse, a população feminina corresponde a 138.452 habitantes (52,5%), e a população masculina a 125.237 habitantes (47,4%), sendo todos assistidos por 37 Estratégias de Saúde da Família (ESFs) e quatro Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para a presente pesquisa serão considerados 36 ESFs e três PACSs situados na zona urbana do município.

A população do estudo foi constituída por 17.272 hipertensos residentes na zona urbana do município de Governador Valadares e cadastrados nas ESFs e PACSs acima mencionados. Deste total, foram levantados os sujeitos de Meia Idade e Idosos, que possuem entre 40-59 anos e 60 anos e mais, respectivamente. A construção da amostra da pesquisa desenvolveu-se a partir das seguintes etapas:

**1ª etapa** – utilizou-se o cálculo do tamanho amostral mínimo com população conhecida (17.272 indivíduos). Admitindo um erro-padrão da proporção de 3%, um intervalo de confiança de 95%, e uma proporção de 50% (estimador conservador), obteve-se uma amostra final de 1006 indivíduos. Desses indivíduos, foram coletadas informações básicas pertencentes a segunda etapa da pesquisa (idade e sexo por unidade de saúde).

**2ª etapa** – Essa etapa dedicou-se a visita às Unidades de Saúde para levantamento dos usuários hipertensos. O objetivo da visita foi levantar os dados dos usuários hipertensos cadastrados e sorteados (ou seja, os 1006 indivíduos) para compor a Amostra Analítica, em conformidade com as seguintes variáveis: Nome, Endereço, Idade, Sexo e UBS de cadastro. Para tanto, utilizou-se a proporção de cadastrados por unidade de saúde, distribuindo o número de indivíduos a terem informações coletadas. Para o procedimento de coleta dessas informações básicas foram gerados números aleatórios conforme o número total de indivíduos cadastrados por unidade básica, garantindo a representatividade final da coleta básica. Por exemplo, se uma unidade de saúde qualquer possui 0,5% dos cadastrados totais (ou seja, 86 dos 17.272 indivíduos), foram coletadas informações para 5 ( $1006 \times 0,005$ ) indivíduos, seguindo a sequência aleatória de uma tabela geradora de números aleatórios de 1 a 86. O mesmo procedimento foi seguido para todas as demais unidades de saúde, até que se completasse o total de 1006 indivíduos amostrados. Uma vez identificados os indivíduos, foram coletadas as informações básicas, como informado anteriormente.

Assim, foram entrevistados 641 hipertensos. Após análise dos dados foi observado que dos 331 hipertensos identificados pelo Teste de Morisky como altamente aderidos ao tratamento, 58% dos hipertensos estavam com a PA sob controle e 42%, fora de controle. Em função dessa ocorrência foi realizada uma segunda entrevista com os hipertensos altamente aderidos, para verificar que fatores contribuíam para tal ocorrência, considerando que era de se esperar que todos tivessem com a PA controlada.

Uma amostra foi definida a partir do uso da fórmula de determinação do tamanho da amostra (n) com base na estimativa da proporção populacional para populações finitas:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

1

Com base no cálculo da fórmula de definição do tamanho da amostra, chegou-se ao número de 581 hipertensos cadastrados nas ESFs e PACSs da zona urbana de Governador Valadares, excluído o percentual referente aos sujeitos com idade de até 39 anos. Considerando uma possível perda em torno de 10% dos indivíduos selecionados para participar da pesquisa, o tamanho amostral ajustado foi de 639 hipertensos. Do total selecionado, apenas 244 hipertensos manifestaram interesse em participar do referido estudo.

### 2.3 COLETAS DE DADOS E INSTRUMENTOS PROJETO PRINCIPAL

Após a determinação dos participantes da amostra, e de posse de seus endereços, foi feita visita domiciliar para a realização da coleta de dados. Esses foram coletados com o auxílio dos seguintes instrumentos:

**1) Roteiro estruturado de entrevista** que constitui-se em um conjunto de questões agrupadas sobre os seguintes temas: Características Pessoais (idade, data de nascimento, sexo, etnia/raça, estado civil, escolaridade, ocupação e classificação socioeconômica); Avaliação da adesão ao tratamento e Fatores

<sup>1</sup> • n = Número de indivíduos na amostra

•  $Z_{\alpha/2}$  = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (1,96).

• p = Proporção populacional de indivíduos que pertencem a categoria que estamos interessados em estudar (0,34).

• q = Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertencem à categoria que estamos interessados em estudar (q = 1 - p).

• E = Margem de erro ou ERRO MÁXIMO DE ESTIMATIVA. Identifica a diferença máxima entre a PROPORÇÃO AMOSTRAL e a verdadeira PROPORÇÃO POPULACIONAL (p = 0,05).

associados (consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de exercícios físicos, tempo de diagnóstico da doença, tempo de tratamento medicamentoso, doença concomitante, características do acesso e atendimento ao serviço de saúde e relação com os profissionais de saúde); Práticas Comportamentais e Representações Sociais sobre a doença e tratamento.

**2) Questionário de Morisky**, que consiste em um instrumento contendo quatro questões que verificam se o paciente esqueceu-se de administrar seu medicamento, se administrou na hora prescrita e se deixou de administrar por sentir-se melhor ou pior. As respostas foram pontuadas em sim e não, sendo atribuído o valor de 1 para cada resposta afirmativa (em relação à não-adesão) e zero (em relação à adesão) para as negativas. Escore zero indica máxima adesão, de 1 a 2 moderada e de 3 a 4 baixa adesão.

**3) Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial**, que consiste em uma escala tipo Likert de 5 pontos que permite mensurar em cada dimensão e seus constituintes a não adesão em três níveis: não adesão total, risco para não adesão, e adesão. São quatro as dimensões avaliadas pelo instrumento: Pessoa; Doença/Tratamento; Serviço de Saúde e Ambiente.

**4) Inventário de Qualidade de Vida do Hipertenso (MINICHAL-BRASIL)**, que desenvolvido na Espanha em 2001 contém 17 itens: dez referem-se ao domínio “estado mental” (state of mind) e seis a “manifestações somáticas” (somatic manifestations). O último item avalia a percepção geral de saúde do paciente, é pontuada na mesma escala Likert, porém não se inclui em nenhum dos dois domínios. As questões se referem aos últimos sete dias. A escala de pontuação é do tipo likert com quatro possíveis respostas (0=não, absolutamente; 1=sim, um pouco; 2=sim, médio; 3=sim, muito). Os pontos variam de 0 (melhor nível de saúde) a 30 (pior nível de saúde) para a dimensão “estado mental”. Para a dimensão “manifestações somáticas” variam de 0 (melhor nível de saúde) a 18 (pior nível de saúde).

**5) Inventário de Depressão de Beck**, que consiste em um instrumento com 21 itens, incluindo os sintomas e as atitudes, cuja intensidade varia de zero a três. O total possível para a escala varia de zero a 63. Quanto mais elevados os valores obtidos pelo entrevistado, maior é a probabilidade da ocorrência de sintomas depressivos.

**6) Esfignomanômetro aneroide**, utilizado para verificação de desfecho clínico por meio da aferição da pressão arterial, sendo também chamado aparelho de pressão. Esse dispositivo é utilizado por diversos profissionais da área da saúde, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas para aferir a pressão arterial.

## 2.4 ASPECTOS ÉTICOS PROJETO PRINCIPAL

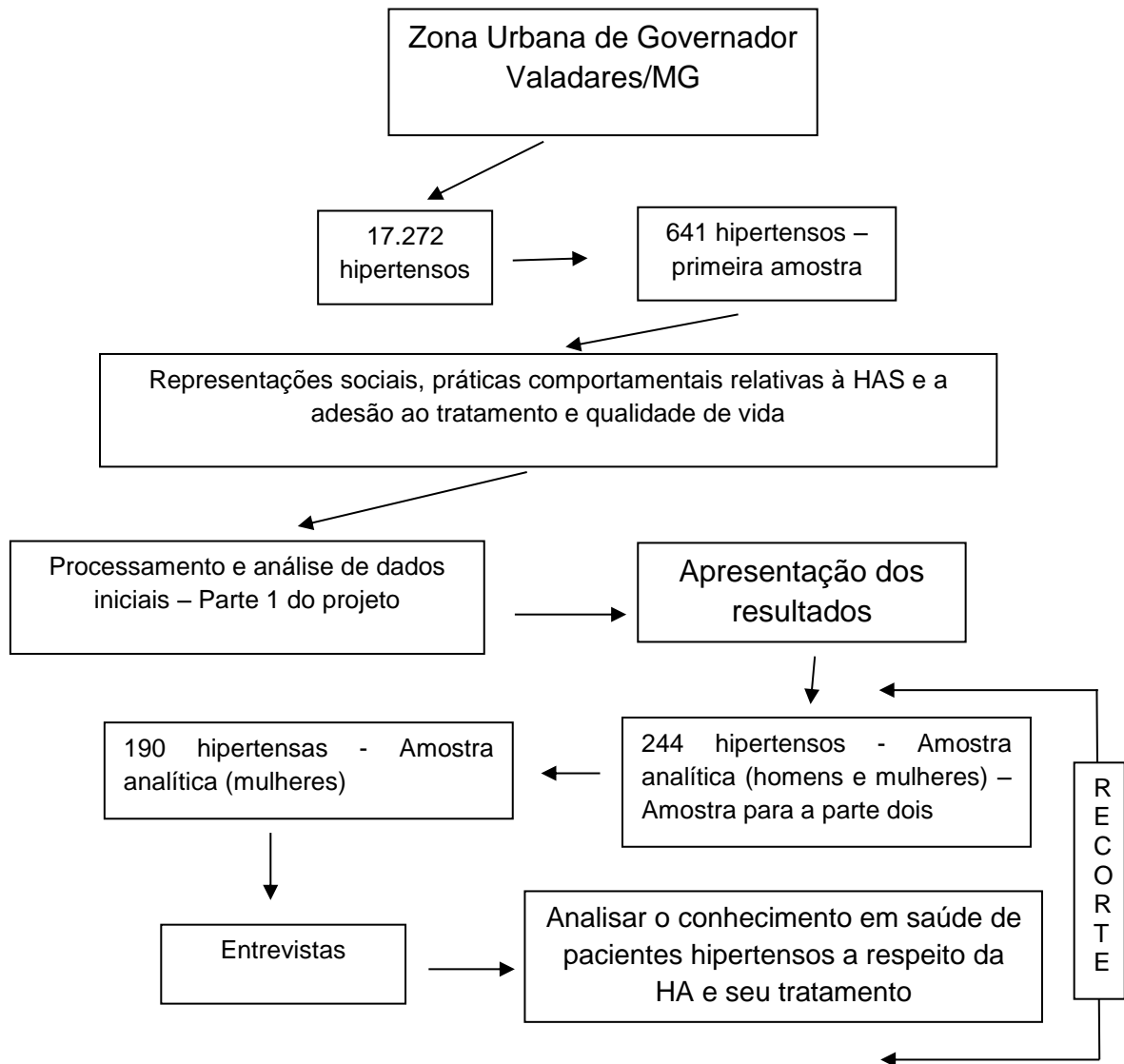
Para o desenvolvimento do trabalho, foi obtida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Governador Valadares, responsável pelas Unidades de Saúde selecionadas, e em seguida submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVALE (ANEXO A). Visando preservar a identidade dos entrevistados, as falas serão identificadas pelo número de lançamento do questionário.

### **2.4.1 Adesão e controle ao tratamento da Hipertensão Arterial: Percepções de usuárias em torno do cuidado em saúde**

O recorte realizado, em resumo apresentado na figura abaixo (Figura 1), se propôs a analisar as percepções a respeito da HA e seu tratamento entre pacientes hipertensas com alta adesão ao tratamento e diferentes níveis de controle pressórico. A análise desses determinantes se apoiou nas características sociodemográficas, nos fatores de risco para HA e nas práticas comportamentais descritas nas entrevistas.



Figura 1: Esquema do recorte realizado para o desenvolvimento da pesquisa **Adesão e controle ao tratamento da HIPERTENSÃO ARTERIAL**: Percepções de usuárias em torno do cuidado em saúde.



## 2.5 ABORDAGEM DE ESTUDO: RECORTE

Considera-se que o recorte realizado adota uma abordagem qualitativa (FLICK, 2013) ao buscar analisar o conhecimento em saúde de pacientes hipertensas a respeito da HA e seu tratamento. Tais referências evocam à reflexão de que o conhecimento do cotidiano pode se tornar o ponto de partida para as reflexões teóricas e para a pesquisa empírica.

## 2.6 RECORTE AMOSTRAL

Para cumprir com os objetivos do presente trabalho optou-se por realizar uma segregação da amostra inicial (244 hipertensos altamente aderentes), sendo selecionadas todas as mulheres que participaram da primeira parte do estudo, classificadas como altamente aderentes ao tratamento e que aceitaram participar da segunda parte das entrevistas, totalizando desta forma, uma nova amostra composta por 190 mulheres. A escolha do gênero feminino justifica-se pela prevalência e elevação da PA acima dos limites definidos por Brasil (2013), que parece ser mais frequente entre as mulheres do que entre os homens com idade acima de 40 anos, como também pelo fato das mulheres serem o maior número de sujeitos participantes do estudo inicial.

## 2.7 VARIÁVEIS UTILIZADAS

Como informado anteriormente, a coleta de dados baseou-se em um roteiro estruturado de entrevista (ANEXO B), constituído por um conjunto de 126 questões agrupadas sob os seguintes temas: Características Pessoais, avaliação da adesão ao tratamento e fatores associados à adesão ao tratamento, e Práticas Comportamentais dos hipertensos com relação à doença e ao tratamento. Do conjunto de 126 questões foram utilizadas 10 questões (não se encontra nesse número o campo de características pessoais, avaliado na primeira parte dos resultados) para responder aos objetivos, a citar:

**Tabela 1.** Questões selecionadas para auxiliar a análise do objeto da pesquisa

<b>Características Pessoais</b>	<b>Acesso ao serviço e assistência a saúde</b>
p. 15 - Você sabe o que é Hipertensão Arterial?	p. 100 - Você frequenta o posto de saúde em que está cadastrado (a)?
p. 16 - O que é Hipertensão Arterial para você?	p. 101 - Com que frequência você vai ao posto de saúde em que está cadastrado (a)?
p. 44 - Além de utilizar os medicamentos receitados pelo médico, você faz outras coisas para controlar sua pressão?	p. 103 - Com que frequência você recebe visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde?
p. 45 - Que outras coisas você faz para controlar sua Pressão Arterial?	p. 104 - O que é feito durante estas visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde?
p. 46 - Quem o orientou a fazer estas coisas para controlar a Pressão Arterial?	p. 106 - Você participa de atividade em grupo realizada no Posto de Saúde em que é atendido?

Fonte: Roteiro estruturado de entrevista (ANEXO B)

Os temas e questões selecionados nos direcionam a identificar e compreender o comportamento, as práticas educativas e o cuidado em saúde de mulheres hipertensas em relação a doença e ao tratamento, como também a importância da educação popular em saúde nos programas de assistência a saúde.

## 2.8 ANÁLISE DE DADOS: RECORTE

Quanto à análise dos dados quantitativos, parte do questionário com as características sociodemográficas foi analisado por meio do software Excel<sup>®</sup> 2010, sendo realizado o cálculo da distribuição de frequência, e quando necessário, teste de Q-quadrado para avaliação dos diferentes grupos.

Os dados qualitativos foram analisados seguindo a metodologia de Análise de Conteúdo proposto por BARDIN (2016), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Bardin (2016) organiza em três as fases da análise do conteúdo:

1. A pré-análise:
  - a) leitura flutuante;
  - b) escolha dos documentos;
  - c) formulação das hipóteses e dos objetivos;
  - d) referenciação dos índices e a elaboração de indicadores;
  - e) preparação do material;
2. A exploração do material;
3. O tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação.

Esta técnica de análise consiste em um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo segue os seguintes passos:

1. Os discursos coletados são inicialmente transcritos, mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;
2. Pré-análise, na qual faz-se uma leitura flutuante, a partir da qual emergem impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;

3. Leituras exaustivas para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias;

4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que serão reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;

5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema. As informações presentes nas entrevistas serão agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofrerão correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos. Esses são pontos de partida para a análise, sejam eles verbais, figurativos, gestuais ou diretamente provocados, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes.

### 3 ENTRAVES PARA O CONTROLE TERAPÊUTICO DA HA

Serão apresentados neste capítulo, os resultados e a análise obtidos a partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos referentes às percepções a respeito da HA e seu tratamento entre pacientes hipertensas com alta adesão ao tratamento e diferentes níveis de controle pressórico.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E CONHECIMENTO SOBRE A HA

A população estudada foi constituída por 190 pacientes do sexo feminino, hipertensas e residentes no município de Governador Valadares/MG. O Teste de adesão foi feito em etapa anterior da pesquisa “Hipertensão Arterial Sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”, que identificou nessas pacientes alto nível de adesão e diferentes níveis de controle pressórico.

A idade das participantes variou entre 42–92 anos (média obtida de 67,3 anos e desvio padrão 11,5 anos). Em relação à escolaridade, 129 pacientes participantes (68,0%) é alfabetizada. Quanto à etnia, as pacientes participantes consideram-se pretas 55 (28,9%), pardas 71 (37,3%) e brancas 64 (33,6%), conforme apresentado (TABELA 2).

Segundo a literatura, consideram-se também fatores de risco para doenças crônicas como a HA, o sexo (RADOVANOVIC et al. 2014), a etnia (MACHADO, PIRES e LOBÃO, 2012) e a faixa etária do indivíduo (PASSOS, ASSIS e BARRETO, 2006). A frequência do diagnóstico de HA se torna mais comum com o avanço da idade e mais marcadamente para as mulheres. Em média, 50,0% das mulheres hipertensas estão na faixa etária de 55 anos ou mais de idade, sendo 24,2% de cor preta (BRASIL, 2013).

Segundo a SBC (2016), a HA é mais prevalente em mulheres afrodescendentes, com excesso de risco de até 130% em relação às mulheres brancas. Dados da literatura levantam a hipótese de que a prevalência desse fator pode estar relacionada a fatores genéticos, ambientais e condições socioeconômicas (BARRETO et al. 1993; MACHADO, PIRES e LOBÃO, 2012).

**Tabela 2.** Frequência das variáveis individuais das participantes da pesquisa. Governador Valadares. 2019. (n=190)

Variável individual	n%
<b>Idade</b>	
40-59	59 (31%)
60-79	97 (51%)
Acima de 80	34 (18%)
<b>Escolaridade</b>	
Alfabetizadas	130 (68,4%)
Não alfabetizadas	60 (31,5%)
<b>Raça/Cor</b>	
Pretas	55 (28,9%)
Branças	64 (33,6%)
Pardas	71 (37,3%)

Fonte: Consolidado de respostas ao questionário

Nesse contexto, no que se diz a respeito aos fatores de risco relacionados a raça/cor, 71 mulheres entrevistadas (37,3%) se autodeclaram pardas, contudo considera-se que o autorreconhecimento da raça/cor faz parte das diversas experiências e vivências que comprovam a identidade do sujeito. Ademais, há uma discussão a respeito das patologias ligadas a raça/cor que entendem essa análise como práticas estigmatizantes, coercitivas e discriminatórias, considerando que a relação da etnia com a HA é fruto de situações históricas e sociais, que se expressam significativamente na condição de saúde do sujeito (LAGUARDIA, 2005).

O nível de escolaridade não é considerado fator de risco para HA, entretanto segundo Gus (2004), a baixa escolaridade pode ser um fator que altere os indicadores de prevalência da HA, pois acredita-se na relação entre desigualdade social e desigualdade em saúde, expondo as pessoas a riscos que podem condicioná-las aos fatores de risco da HA. A SBC (2016) considera que, quanto menor o acesso aos cuidados em saúde e nível educacional dos sujeitos, maiores são as chances de desenvolver o quadro de HA, bem como a não adesão ao tratamento e controle da HA.

A respeito do cuidado em saúde, 147 pacientes hipertensas entrevistadas (77,3%) relataram que, além do tratamento medicamentoso, utilizam outras práticas alternativas, ditas práticas populares como orações e utilização de chás, além de

dieta alimentar a fim de controlar a HA, porém 43 pacientes (22,6%) disseram que utilizam somente a medicação prescrita como forma de controle da doença.

Uma das estratégias descritas por 84 pacientes hipertensas entrevistadas (44,2%) está relacionada ao controle alimentar. A alimentação está relacionada diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle das doenças crônicas e seus agravos, como no caso da HA. A mudança de hábitos e estilo de vida provocam modificações que beneficiam o controle da HA, que na prática refere-se à redução da ingestão de sal, açúcar, gorduras saturadas, gorduras trans e álcool (BRASIL, 2013).

O artigo publicado por Cotta et al. (2009) apresentou que a maioria dos hipertensos entrevistados evitam algum tipo de alimento como forma de prevenção ou tratamento da HA. Os autores ainda destacam que os hábitos alimentares têm geralmente suas bases fixadas dentro do núcleo familiar, ainda na infância. Isso justifica a grande dificuldade da mudança de hábitos, o que torna a intervenção do profissional da saúde importante, com vistas à conscientização e ao empoderamento da população, e principalmente considerando os aspectos socioculturais, educacionais e econômicos.

Outra alternativa utilizada por 42 pacientes hipertensas entrevistadas (22,1%) nesta pesquisa foi a utilização de chás medicinais para controle da HA. Segundo Brasil (2012a), a medicina tradicional configura-se nos conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas no cuidado com a saúde.

Em consonância com as recomendações da OMS, foram aprovadas no Brasil, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). As ações para implementação das diretrizes dessas políticas nacionais buscam ampliar a oferta de serviços e produtos relacionados à fitoterapia no SUS, de forma segura e racional, por profissionais de saúde qualificados, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, promovendo a integralidade da atenção (BRASIL 2012a; BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2012a) define como fitoterapia o uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou com fins de diagnóstico. A OMS posiciona-se positivamente a respeito da necessidade de

valorizar a utilização de plantas medicinais no que diz respeito ao cuidado em saúde, tendo em conta que grande parte da população mundial utiliza plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde.

Ações que ampliam as opções terapêuticas aos usuários do SUS são imprescindíveis para a melhoria da atenção à saúde da população, além de promover o uso sustentável da biodiversidade brasileira, o fortalecimento da agricultura familiar, geração de emprego e renda, desenvolvimento industrial e tecnológico, inclusão social e regional (BRASIL, 2012a).

Um estudo realizado por Oliveira (2007) indica que o uso de plantas em forma de chás, infusos e macerações, são estratégias na prevenção da elevação da pressão arterial e na tentativa de redução dos valores pressóricos que já se encontram elevados. Os autores ainda ressaltam que essa prática é mais efetiva em idosos que declaram receber informações de familiares e profissionais da saúde.

Soares et al. (2014) consideram que terapias alternativas, contrárias às recomendações médicas, podem dificultar o controle da HA. Os autores ponderam ainda que somente o fato de a sociedade reforçar o uso do chá, já se torna um recurso poderoso para acreditar que ele possa realmente funcionar em seu benefício. Consequentemente, se tais pacientes creem que o uso de chás é suficiente para controlar a PA, e decidirem abandonar o tratamento medicamentoso, tal atitude poderia comprometer sua condição de saúde.

A população brasileira utiliza produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde, seja pelo conhecimento na medicina tradicional, indígena, quilombola, entre outros povos e comunidades tradicionais, seja pelo uso popular na medicina popular, de transmissão oral entre gerações, ou nos sistemas oficiais de saúde, como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL 2012b).

As políticas que visam o cuidado integral consideram a saúde como uma acumulação social, expressa num estado de bem-estar e compreende que a dinâmica das relações sociais seja o fator que define as necessidades de cuidados à saúde. A busca de novos conceitos e estratégias de cuidado deve ser acompanhada pelo desenvolvimento de métodos que articulem os níveis do indivíduo e das coletividades, vistas não como um agregado de pessoas, mas como um todo, com características particulares, organização própria e território (MONKEN e BARCELOS, 2005).



Destarte, considera-se importante a valorização dos saberes e da cultura popular como fonte de conhecimento científico, porém, a necessidade de comprovações experimentais das atividades farmacológicas e a ausência de toxicidade justificam a participação de profissionais da saúde na promoção do uso racional de plantas medicinais, sobretudo nos programas públicos de Fitoterapia.

O cuidado envolve, pois, discursos médicos, religiosos, morais, econômicos e culturais, que nem sempre operam em torno dos mesmos pressupostos, havendo múltiplas razões que explicam o social, a saúde, a doença, as práticas e os saberes que se produzem em torno delas, constituindo-se assim em uma experiência significativa para os envolvidos no processo (COELHO, 2005). Como alternativa de controle e tratamento da HA, 21 pacientes hipertensas (11%) declararam que realizam práticas religiosas como orações e simpatias.

A religião é um fenômeno cultural que produz relações no espaço. É considerada também como estratégia de controle do território e das territorialidades a partir da análise do conjunto de práticas desenvolvidas por instituições ou grupos para controlar um dado território (ROSENDAHL, 1995). A religiosidade, a espiritualidade e as crenças pessoais dos pacientes necessitam ser inseridas no entendimento da prática médica como forma de estabelecer tratamento holístico e integrativo<sup>2</sup>.

Os resultados apresentados por Silva et al. (2016) demonstram que espiritualidade, religiosidade e fé interferem de maneira positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida, além de aumentarem a resiliência do paciente, melhorando assim, sua condição patológica. Espiritualidade pode ser utilizada como estratégia de enfrentamento de situações críticas da vida, pois pode aumentar o senso de propósito e o significado da vida, associados a maior resistência a estresse relacionado a doenças.

A religião pode afetar positivamente a saúde física e mental por meio de rede de apoio social, redução de comportamentos não saudáveis, redução da pressão arterial e tensão muscular durante oração e meditação, e maior adesão a tratamentos médicos e cuidados preventivos. Contudo, há situações em que a busca religiosa pode comprometer a condição de saúde do indivíduo, causando o

---

<sup>2</sup> Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, Práticas Integrativas e Complementares (PICS), tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão.

enfrentamento negativo e o uso inadequado dos serviços de saúde (ABDALA et al., 2015).

Aspectos como fanatismo e tradicionalismo opressivo são considerados negativos quando geram oposição ao tratamento proposto pelas unidades de saúde, questão bastante desafiadora, pois podem promover resistência ao tratamento, dificuldade na adesão e, com isso, tornar os pacientes vulneráveis ao abuso espiritual (ABDALA et al., 2015).

Os dados publicados por Lucchetti et al. (2011) indicam que pacientes que frequentam serviços religiosos, rezam ou leem literatura religiosa com frequência, têm chance de ter hipertensão diastólica 40% menor que os que não frequentam. Portanto, considera-se então uma associação positiva da religiosidade, como orações e leituras, ao enfrentamento de doenças crônicas como a HA. As práticas religiosas são recursos favoráveis para enfrentar os efeitos da incapacidade funcional, pois fornecem ao paciente hipertenso, por exemplo, uma maneira de reestruturar os problemas de saúde física, ajudando-os a encontrar significado diante dessas adversidades.

O cuidado é uma prática social que se constitui por meio dos saberes populares e científicos. Esse movimento caracteriza-se por traços culturais transmitidos aos sujeitos por meio das experiências cotidianas, por questões culturais, religiosas e de fé, e pelas relações que ele constitui no território por meio da sua história e memória.

No campo da saúde, o cuidado pode ser compreendido numa perspectiva integral do ser humano, sendo a religiosidade, ancestralidade, cultura construída na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundantes. O cuidado em saúde não é apenas uma ação sanitária, mas engloba também outras características, como a social, política, cultural, individual e coletiva, inseridas na perspectiva da produção social da saúde, na qual se associam a diversidade de conhecimentos e saberes e práticas de cuidado realizadas com envolvimento, amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia (BRASIL, 2012b).

Em relação à frequência e participação de atividades em Unidades de Saúde, a maioria das pacientes (92%) afirmaram que frequentam a Unidade Básica de Saúde a fim de aferir a pressão arterial e buscar receitas e medicação, porém uma quantidade significativa (51%) disse não frequentar grupos de atividades específicas para controle da HA nas unidades de saúde.

Segundo Faquinello, Carreira e Marcon (2010), as ações realizadas da Unidade Básica de Saúde servem de apoio social com relação ao enfrentamento da condição crônica da doença, descentralizando os aspectos biológicos.

De acordo com Fernandes et al. (2010), os grupos de apoio aos hipertensos na Saúde da Família devem ter base no diálogo, na capacidade de ouvir o outro, de analisar e discutir um problema ou uma situação e ser capaz de questionar-se, retificando as próprias posições ou pontos de vista, quando o outro ou o grupo mostra as insuficiências do seu pensamento próprio. Ainda destacam que a aproximação com a cultura do usuário e o uso de uma linguagem mais acessível, menos técnica, é uma forma de socializar as informações sobre a doença, controle e tratamento sem perder o conteúdo.

A questão da cultura é central na proposta de uma educação política na perspectiva de Paulo Freire. O educador acreditava que a história e experiência do sujeito eram fatores condicionantes de sua transformação. Sua teoria fundamenta-se no diálogo que enfatiza a relação do conhecimento, da cultura e da sociedade (FREIRE, 1979, 1996, 1999).

As reflexões desse pensador que fundamentam o debate sobre a Educação Popular no Brasil, também repercutem como sustentação teórica nas discussões da Educação Popular em Saúde no cenário brasileiro. São balizadores do pensamento do autor, que se encontram nesse cenário, a compreensão de que todo conhecimento advém das experiências sociais, e se sustenta, portanto, nas práticas e nas condições concretas da existência de mulheres e homens. Por isso, todo processo educativo deve centralizar-se nessas experiências, evidenciá-las e produzir a partir delas uma reflexão crítica que conduza a posicionamentos políticos, como defende o autor em seus diferentes escritos (FREIRE, 1979, 1996, 1999.).

Em suas principais obras, como “Pedagogia do Oprimido” (1987), “Conscientização” (1979), “Educação como prática de liberdade” (1999) e “Pedagogia da Autonomia” (1996) entre outros clássicos, o autor defende a premissa de que ensinar para libertar e transformar só é possível a partir do reconhecimento do outro como portador de saberes. A incorporação do pensamento do autor ao campo da saúde é um alerta para que o pensar a saúde da população considere a diferença, a heterogeneidade das práticas, e não prescindir de uma abordagem de trabalho junto às populações, evitando-se assumir esquemas fechados com

resolubilidades formadas sobre essa população.

Refletir sobre as contribuições do autor no campo da educação popular em saúde é compreender que deve-se tomar como ponto de partida a experiência concreta dos sujeitos, seus modos de vida, suas formas de enfrentamento cotidiano, as formas com as quais se organizam as suas práticas de cuidado, no alimentar, no lidar com a doença e o corpo. O pensamento de Paulo Freire nos leva a refletir que, para a equipe em saúde participar do processo de educação e saúde de pacientes hipertensos ou refletir sobre as práticas de cuidado em saúde com esses indivíduos, essa deverá partir da premissa que ensinar ou investigar exige primeiramente respeito aos saberes da população, saberes esses que são socialmente construídos na prática social.

A relação entre a saúde e a pedagogia libertadora de Paulo Freire aproxima-se das práticas de promoção em saúde, quando orientadas a desenvolver um diálogo horizontalizado entre profissionais e usuários. O processo de escuta e a valorização do saber contribuem para a construção da emancipação do sujeito para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva.

O reconhecimento e a vivência da cultura popular são elementos estratégicos para conhecermos a riqueza dos saberes presentes em determinado grupo ou comunidade e são passos decisivos para a garantia dos direitos sociais de todos, independentemente de raça, etnia, cor, gênero, orientação sexual, geração, nacionalidade, classe social, poder econômico, crença, religião ou cultura. A cultura popular se expressa não só nas manifestações locais de arte, mas também na linguagem, nos modos de organização comunitária, nas festas e em outros rituais importantes para a vida das pessoas, na forma como os serviços de saúde se organizam e funcionam, nos canais de diálogo e debate que existem em um determinado território (WONG UM, 2016).

Ao compreender as reflexões de Freire que “a leitura de mundo precede a leitura da palavra” (1989, p. 9), percebemos no campo da saúde que, o que o indivíduo hipertenso entende como saúde precede qualquer informação autoritária advinda dos preceitos da educação sanitária. Por isso, como ressaltam os diferentes documentos no campo da saúde (BRASIL, 2007; 2010; 2012; 2013), é preciso dar voz aos diferentes grupos humanos e sujeitos. Acompanhando as reflexões de Paulo Freire, compreendemos que não se pode, tão somente, falar ao indivíduo hipertenso ou sobre ele, mas ouvi-lo, para poder *falar com ele*.

Nesse sentido, a leitura do mundo e a leitura da palavra estão dinamicamente juntas e o processo que possibilita a conscientização e compreensão sobre o cuidado em saúde só faz sentido quando os saberes partem do reconhecimento da cultura dos sujeitos em direção a outros saberes. Esse movimento de diálogo entre “saberes científicos” e “saberes populares”, entre profissionais da saúde e usuários, pode ser compreendido a partir de uma postura evocada por Paulo Freire: “Estando em um lado da rua, ninguém estará em seguida no outro, a não ser atravessando a rua. Se eu estou no lado de cá não posso chegar ao lado de lá, partindo de lá, mas de cá” (FREIRE, 1989 p. 27).

Assim sendo, a equipe em saúde, comprometida com a prática educativa, precisa primeiro reconhecer nos usuários hipertensos os processos e os saberes, ou seja, reconhecê-los como sujeitos desses processos e não como “pacientes acomodados”. É preciso também compreender que o conhecimento não é um “dado em si”, algo imobilizado, concluído, a ser transferido por quem adquiriu a quem ainda não o possui.

Dessa forma, em relação ao conhecimento sobre o que é HA, 134 pacientes alegaram que possuem conhecimento sobre hipertensão (70,5%) como apresentado (TABELA 3). Entretanto, 56 pacientes hipertensas (29,6%) consideram que não sabem o que é HA. De acordo com Brasil (2013), a HA é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. A HA está associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos).

A adesão terapêutica perpassa por um conjunto de práticas como tratamento medicamentoso, reconhecimento, aceitação e adaptação à condição de saúde, bem como a identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos e atitudes saudáveis (RIBEIRO et al., 2012). Segundo Magnabosco (2015), a não adesão ao tratamento da HA pode estar fortemente relacionada a problemas de não reconhecimento da doença, por ser assintomática, e dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Portanto, o controle da HA está diretamente relacionado ao nível de adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Contudo, a adesão não pode ser pensada a partir de um aspecto único das práticas, mas sim de forma multidimensional, pois um indivíduo pode aderir a um determinado aspecto e não aderir a outro.

**Tabela 3.** Frequência das variáveis individuais dos participantes da pesquisa. Governador Valadares. 2019. (n=190)

<b>Variável individual</b>	<b>n%</b>
<b>Conhecimento sobre HA</b>	
Possui conhecimento	134 (70,5%)
Não possui conhecimento	56 (29,4%)
<b>Cuidado em SAÚDE</b>	
Medicamentos	43 (22,6%)
Dieta alimentar	84 (44,2)
Chás	42 (22%)
Orações/Simpatias	21 (11%)
<b>Unidade de Saúde</b>	
Frequentam	175 (92%)
Não frequentam	25 (8%)
Participam de grupos para HA	93 (49%)
Não participam de grupos para HÁ	97(51%)

Fonte: Consolidado de respostas ao questionário

A população de mulheres estudadas nesta pesquisa é altamente aderida (100%) aos programas de controle da HA, porém 85 pacientes (44,7%) não apresentam controle da PA<sup>3</sup> como representado na tabela 4.

As observações realizadas no presente estudo demonstram que a adesão não está diretamente ligada ao controle da HA. Consideramos um fato importante já que nos deparamos com uma amostra altamente aderida às orientações médicas, mas que não conseguem transformar sua condição de saúde a fim de reduzir as possibilidades de complicações de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar sua qualidade de vida.

É um desafio para as equipes de saúde iniciar o tratamento dos casos diagnosticados, manter o acompanhamento regular e motivar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. De acordo com Magnabosco et al. (2015), o principal motivo para a não adesão ao tratamento medicamentoso é a “ausência de sintomas”, como também a necessidade de “tratamento por toda a

<sup>3</sup> O valor controle foi baseado na determinação definida pelo VII Joint, 2004 que classifica os indivíduos que apresentam a PAS - pressão arterial sistólica - entre 120-139 mmHg e/ou PAD - pressão arterial diastólica - entre 80-89 mmHg, como “pré hipertensos” e acima de 130 mmHg (PAS) e acima de 80 mmHg (PAD) ausência de controle.

vida”. Os autores os consideram como eventos marcantes que contribuem para a não adesão ao tratamento.

**Tabela 4.** Controle da PA das participantes da pesquisa a partir da média das aferições conforme classificação da PA (JNC 8). Governador Valadares. 2019. (n=190)

Variável individual (mmHg)	n%
90x60 – 120x80	70 (36,8%)
120x90 – 150x80	85 (44,7%)
150x90 – 180x80	31 (16,3%)
Acima de 180x80	4 (2,1)

Fonte: Consolidado de respostas ao questionário

No que se refere ao tratamento não medicamentoso, segundo Brasil (2013), é a condição base para o controle da HA e seus fatores de risco para doenças cardiovasculares, porém, esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) como redução do uso de álcool e tabagismo e adoção de hábitos saudáveis (alimentação e atividade física), que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida.

A mudança no estilo de vida perpassa por condições sociais e culturais. Dentro dessa realidade, encontramos em Paul Claval (1999, 2007, 2014), elementos da geografia cultural que trazem a perspectiva do entendimento do conceito de homem, cultura, espaço, representações e identidade.

A realidade e o modo de vida dos indivíduos são construídas a partir dos símbolos e significados que esses instituem em seu território. É nessa perspectiva que Claval questiona sobre as causas das diferentes relações do sujeito e o território:

Por que os indivíduos e os grupos não vivem os lugares do mesmo modo, não os percebem da mesma maneira, não recortam o real segundo as mesmas perspectivas e em função dos mesmos critérios, não descobrem neles as mesmas vantagens e os mesmos riscos, não associam a eles os mesmos sonhos e as mesmas aspirações, não investem neles os mesmos sentimentos e a mesma afetividade? (CLAVAL, 2001, p. 15).

O território é construído pelos gestos, pelas práticas, valores, memória, regras, linguagem, códigos e pelas estratégias de sobrevivência. A cultura que interessa aos geógrafos é, pois, primeiramente, constituída pelo conjunto dos

artefatos, do Know-how e dos conhecimentos através dos quais os homens mediatizam suas relações com o meio natural (CLAVAL, 2006).

O olhar ampliado sobre o território permite identificar os atores sociais, os saberes que eles possuem e contribui para entender, por exemplo, porque as hipertensas aderem ao tratamento, mas não mantêm o controle da HA. Nessa perspectiva, as relações sociais existentes no território exercem poder e constroem processos de apoio por meio de saberes de sujeitos que realizam práticas culturais como os ervateiros, parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais, entre outros. Os saberes populares e culturais fortalecem laços e vínculos entre os sujeitos do território, que juntos buscam enfrentar os problemas e buscam suprir as necessidades da comunidade. No entanto, essas práticas podem fortalecer comportamentos discrepantes com os adequados para manutenção de um bom controle terapêutico da HA (TRAVASSOS, 2016).

De acordo com Claval (2007), a cultura é feita de atitudes e gestos que são transmitidos e se repetem indefinidamente sem jamais terem sido questionados. O autor reflete que a vida cotidiana implica uma multiplicidade de saberes geralmente domésticos e compartilhados. Os membros de uma civilização compartilham códigos de comunicação, sendo seus hábitos cotidianos similares. Eles têm em comum um estoque de técnicas de produção e de procedimentos de regulação social que asseguram a sobrevivência e a reprodução do grupo. Eles aderem aos mesmos valores, justificados por uma filosofia, uma ideologia ou uma religião compartilhada.

Consideramos, portanto, que a problemática da adesão ao tratamento e o não controle da HA, principalmente no que se diz respeito a mudança do estilo de vida, pode estar relacionada às experiências do território vivido, que muitas vezes é distante/oposta da realidade condicionada para promover a saúde. Assim sendo, as entrevistas com as hipertensas foram realizadas para compreender com maior exatidão essas relações.

### 3.2 PERCEPÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA DA HA: SABERES DE HIPERTENSAS ALTAMENTE ADERIDAS AO TRATAMENTO

A análise do conteúdo foi conduzida em primeiro momento categorizando as transcrições, para em seguida criar elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação. Por fim, foi realizado o reagrupamento, com critérios anteriormente



definidos (vide capítulo sobre os procedimentos metodológicos). Esse é um processo que consiste em fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. Dessa forma, após leitura exaustiva das transcrições do questionário (perguntas e respostas), foi possível estabelecer uma temática de discussão, a saber, “Percepções individuais sobre a hipertensão”, e criar três categorias de análise.

### 3.2.1 Categoria: HA e associação com órgãos alvo

Nessa categoria, foram condensadas as percepções individuais das hipertensas sobre a HA. Nesse contexto, para muitas entrevistadas, a definição de HA está associada aos órgãos do sistema cardiovascular. A ideia de que a doença está relacionada a órgãos enfatiza a medicalização, ao reducionismo do modelo biomédico hegemônico e curativo.

A não assimilação da doença com fatores comportamentais e estilo de vida é uma construção cultural em que a condição de doente centraliza-se na queixa manifestada pelo paciente, nos exames físicos e laboratoriais, e na ênfase conferida ao uso da medicação e ao controle da pressão arterial (ALVES; NUNES, 2006).

Os relatos abaixo indicam as associações com os órgãos alvo:

*“um problema do sangue, o coração fica mais agitado. Acho que é isso ne?”*

*Quest 105.*

*“é o sangue que circula com mais força, o coração que movimenta mais e aí altera a pressão”*

*Quest 19.*

*“é um negocio no coração...”*

*Quest 250.*

Dentre as doenças cardiovasculares, a HA constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares. Os altos índices de mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares ou perda importante da qualidade de vida reforçam a importância do diagnóstico precoce, o que possibilita reduzir tais complicações cardiovasculares, e assim, evitar desfechos indesejados.

O estudo apresentado por Peres, Magda e Viana (2003) revela que o medo é um sentimento frequente nas falas de determinados hipertensos, quando estes são questionados sobre o que pensam quando sua pressão está alta. O medo remete-se normalmente às consequências da HA como infarto, derrame e invalidez, e até mesmo a morte.

### 3.2.2 Categoria: HA e associação com suas complicações

Foi observado nesta pesquisa que algumas entrevistadas hipertensas definem a HA como uma consequência ou complicações do não tratamento, o que pode levar até mesmo à morte. Foi percebido em suas falas um certo temor em torno da doença, observe:

*“os batimentos cardíacos acelerados...perigoso dar infarto, derrame”*  
Quest 23

*“É uma doença lenta que pode causar infarto, derrame que mata aos poucos.”*  
Quest 261.

*“doença perigosa, pressão alta que pode matar a qualquer hora.”*  
Quest 487

*“só sei que mata.”*  
Quest 381

O medo em questão, evidenciado nas falas das pacientes quando se referem à doença, parece estar relacionado aos fatores discutidos anteriormente no que diz respeito à adesão *versus* não controle da doença.

*“vem com a idade... preocupação”*  
Quest 294

*“se não tomar remédio dá derrame”*  
Quest 282

A adesão ao tratamento pode ocorrer pelo medo das complicações e até mesmo da morte. Segundo Peres et al. (2003), percebe-se que este aspecto, o medo, pode favorecer a adoção de comportamentos positivos em relação a adesão ao tratamento e aos cuidados com a doença, embora existam outros fatores intervenientes na decisão de adotar um comportamento saudável, como por exemplo, reconhecer os fatores de risco para doença e a partir deles adotar um novo estilo de vida.

### 3.2.3 Categoria: HA e associação com fatores de risco

Segundo a SBC (2016), os fatores de risco para a HA estão ligados a idade, sexo, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal e álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Nesse contexto, quando as pacientes hipertensas que participaram deste estudo foram questionadas sobre “o que é hipertensão para você?”, observou-se que várias entrevistadas relacionaram a HA aos seus principais fatores de risco. O fato das pacientes conhecerem os fatores de risco e os relacionarem à doença é um aspecto relevante. Portanto, percebe-se nesse sentido, um desconhecimento ou uma não compreensão que a HA é uma doença crônica de natureza multifatorial. Diversos relatos demonstram a preocupação das hipertensas com os fatores de risco da doença, observe:

*“é quando facilita com sal e ela altera”*

*Quest 483.*

*“é um distúrbio relacionado ao stress e a má alimentação”*

*Quest 31.*

*“é o sal ne?”*

*Quest 248.*

*“uma tensão nervosa uma falta de exercício.”*

*Quest 300.*

*“é quando a gente não pode comer comida salgada não pode comer sal.”*

*Quest 447.*

*“é quando bebe álcool e a pressão sobe”*

*Quest 287*

O artigo publicado por Serafim, Jesus e Pierin (2010) apresentou que, de 511 pacientes acompanhados por um programa de controle da HA na cidade de São Paulo, 80% dos entrevistados reconhecia a influência benéfica da cessação do fumo, redução do peso, prática de exercícios físicos e redução da ingestão de bebida alcoólica. A pesquisa realizada por Radovanovic et al. (2014) considera que indivíduos com idade entre 50 e 59 anos têm 5,35 vezes mais chances de serem hipertensos do que os mais jovens. Os fumantes têm 2,36 vezes mais chances do que os não fumantes; os obesos têm 2,35 vezes mais chances do que os indivíduos de peso normal, e os indivíduos com Diabetes Mellitus têm 2,9 vezes mais chances

de serem hipertensos do que os sem Diabetes Melitus.

Segundo Brasil (2013), há uma forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial. Por outro lado, a restrição do sódio na dieta causa uma pequena redução da pressão arterial. Dessa forma, a restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral. Segundo o documento referido, na prática clínica, essa recomendação isolada não é suficiente para promover o controle da HA. É necessário que haja uma combinação prática do estilo de vida que contemple alimentação, atividades físicas, medicação e acompanhamento médico periódico.

Estudos demonstraram que o exercício físico tem importante papel como elemento não medicamentoso para o controle da HA ou como adjuvante ao tratamento medicamentoso. O exercício físico provoca uma série de respostas fisiológicas que influenciam o sistema cardiovascular.

O artigo publicado por Grassi et al. (1994) apresentou resultados após 10 semanas de exercício físico com um grupo de indivíduos que diminuíram a pressão arterial consideravelmente, fato não observado no grupo controle, que não realizou exercício físico. O levantamento bibliográfico feito por Nogueira et al. (2012) considera que o exercício físico é uma ferramenta eficaz no tratamento da população, principalmente de hipertensos idosos. Os autores consideram que é compreensível ao processo de envelhecimento ocorrer um aumento da inatividade física, fator de risco que contribui para o aumento da incidência de doenças crônicas, estando entre essas a HA.

De acordo com Peres et al. (2003), médicos e pacientes frequentemente rotulam a HA como doença “emocional” e “nervosa”, evidenciando um reducionismo na atribuição das causas da hipertensão arterial. Dessa forma, os pacientes parecem se ausentar da responsabilidade de buscar o controle da pressão, já que atribuem a outros a culpabilidade pelos seus estados emocionais. Assim, parecem manter a crença de que não podem fazer nada para mudar essa condição. Observem este relato:

*“ é preocupação demais ne?”*

*Quest 405*

### 3.3 HA: CONHECIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ao relacionar conhecimento, controle e adesão, percebemos nas falas das usuárias que possuir conhecimento e ser aderido ao tratamento não é garantia de controle para a HA. A maioria das usuárias que disseram ter conhecimento sobre a doença não estão no grupo controle, ou seja, há um certo distanciamento entre o que se acredita saber e o que se sabe verdadeiramente.

Considerando que as hipertensas possuem conhecimento parcial dos fatores de risco para a HA e que receberam algum tipo de orientação sobre a doença em questão, ressalta-se que seria relevante uma mudança nas formas de orientação aos pacientes, ações essas que consideramos fazer parte de um processo educativo e construtivo.

Observa-se nos resultados um conhecimento satisfatório da HA, considerando as limitações de cada indivíduo. Há também uma grande heterogeneidade de conceitos que definem a doença em seus aspectos biológicos, fatores de risco ou até mesmo as complicações que a doença pode trazer. Entende-se que a forma como cada indivíduo define algo que lhe pertence, nesse caso a doença, perpassa pelo nível de conhecimento científico, pelo senso comum e os aspectos culturais que lhe foram atribuídos ao longo de suas histórias de vida.

É importante ressaltar que o conhecimento da doença pode trazer ao sujeito maior interesse à adesão e auto cuidado, por outro lado percebe-se que o fato de ser aderido ao tratamento não significa ter conhecimento de fato do que é a doença como apresentado nas falas da pacientes entrevistadas. Tais achados reforçam a ideia das práticas educativas que se propõe em desenvolver atividades de promoção para a saúde, que além de proporcionar a construção do conhecimento, levam o sujeito a se reconhecer como hipertenso, o que poderia transformar o cenário de adoecimento.

A análise feita por Zattar LC et al. (2013) constatou que a frequência do conhecimento sobre a doença é maior entre as mulheres comparada aos homens hipertensos. Os autores consideram que um dos determinantes para a busca de medidas terapêuticas é o próprio conhecimento da condição de hipertenso. Os autores desse artigo apontam que as mulheres demonstram maior conhecimento a respeito da HA em relação aos homens, e que apresentam maior índice de tratamento e controle. Os dados dessa pesquisa e de outros estudos (SILVA,

OLIVEIRA e PIERIN, 2016; PEGORARO e CALDANA, 2008) demonstram que as mulheres têm maior preocupação com sua saúde, apresentando maior tendência ao autocuidado e ao atendimento médico.

Logo, a construção de conhecimento sobre a doença está ligada diretamente à chance de sucesso ao tratamento e controle da HÁ. Contudo, o não reconhecimento pode ter grande repercussão negativa na adesão aos programas e tratamento/controle relativos à HA. Assim, acredita-se que quanto melhor o acesso aos serviços de saúde, principalmente em práticas educativas, maiores chances de aumentar o conhecimento da condição de HA, e conseqüentemente, aumento nas taxas de indivíduos em tratamento, maior aderência e controle efetivo da doença.

Assim, considera-se com essa análise, que o conhecimento da doença traz ao paciente um reconhecimento da sua prática cotidiana e o coloca em uma posição protagonista no que diz respeito aos cuidados em saúde. A valorização dos saberes populares e a integração de práticas populares são aliados importantes ao tratamento e controle da HA. As propostas de intervenção educativa devem promover mudança no estilo de vida, diminuindo os fatores de risco para doenças cardiovasculares, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

## 4 CONCLUSÕES

O presente trabalho buscou compreender o conhecimento de pacientes hipertensas e suas práticas comportamentais em torno do cuidado em saúde por meio de um diálogo interdisciplinar entre os campos da Saúde e da Geografia Humana, com uma abordagem Cultural.

A partir da leitura e da análise das entrevistas, compreendemos que o conhecimento sobre a HA e a prática em relação ao cumprimento das solicitações realizadas durante o tratamento medicamentoso podem ser a justificativa para determinação da adesão, no entanto, tais condutas não garantem, nem refletem no controle da doença. Observa-se que o medo ou demais experiências transmitidas/experimentadas pelas hipertensas podem determinar sua adesão ao tratamento, porém as práticas comportamentais e/ou mudanças assertivas do modo de vida podem induzir a práticas não condizentes com o melhor percurso terapêutico.

A pluralidade conceitual demonstrada pelas hipertensas representa muito a forma como elas veem a doença e como se reconhecem como hipertensas. Dessa forma, observa-se que a problemática adesão/controle da HA perpassa por níveis distintos, a saber, o científico, o senso comum, aspectos culturais e experiências atribuídas ao longo de suas histórias de vida.

Os resultados dessa pesquisa apresentam também como as usuárias buscam cuidados em saúde, ora por meio das práticas populares de cuidado em saúde, ora por meio da medicalização. Diante disso, pode-se concluir que as práticas de cuidado em saúde são construídas no cotidiano dos indivíduos e que os saberes presentes nessas práticas repercutem suas relações no território.

Considera-se plausível a vivência das práticas integrativas propostas pelo Sistema Único de Saúde, bem como a valorização das práticas populares em saúde, que são conhecimentos passados de geração em geração. De acordo com Carneiro; Búrigo e Dias (2012), não se trata de negar a importância do acesso aos serviços públicos de saúde, mas da necessidade de diálogo entre os diferentes sujeitos e territórios. No entanto, essa relação deve ser estabelecida com cuidado, já que uma não pode sobrepor à outra, com risco de prejuízos para a terapêutica da HA.

Para dar continuidade aos estudos dessa temática, considera-se importante investigar como são realizados os programas que promovem práticas educativas em

saúde para usuários hipertensos e se essas práticas buscam compreender o usuário como sujeito.

Por fim, acreditamos que o processo de construção dessa pesquisa proporcionou a oportunidade para o diálogo interdisciplinar sobre temas significativos como a Hipertensão Arterial (HA), o território e a saúde. E também que a experiência relatada pelas usuárias deu visibilidade aos sujeitos e não somente a palavras e temas ligados à experiência dos profissionais de saúde.



## REFERÊNCIAS

- ABDALA, GA et al. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. Rev. **Saúde Pública** v.49, São Paulo, 2015.
- ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde debate**, v. 38, n. 101, p. 328-337, abr/jun. 2014.
- ALVES, Vânia Sampaio; NUNES, Mônica de Oliveira. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no programa de saúde da família. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ. v.9, n.18, p.131-47, jan/jun 2006.
- ANDRADE, Jadelson P. et al. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol**, volume 79 n 4, 375-9, 2002.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BARRETO, Mauricio et al. Mudanças dos Padrões de Morbi-Mortalidade: Uma Revisão Crítica das Abordagens Epidemiológicas. **PHYSIS** - Revista de Saúde Coletiva, Vol. 3, Número 1, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013.128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**. Brasília: Funasa, 2007. 70 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 29 de julho de 2019.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. 64 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 136 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (Cneps). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: 6 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; BÚRIGO, André Campos; DIAS, Alexandre Pessoa. Saúde no campo. In: CALDART, Roseli Salete et al. (org.). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo Expressão Popular, 2012.

CLAVAL, Paul. As abordagens da geografia cultural. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Explorações geográficas: percursos no fim do século**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

\_\_\_\_\_. O Papel da Nova Geografia Cultural na Compreensão da Ação Humana. In **Matrizes da Geografia Cultural**. Rio de Janeiro, EDUERJ, 2001. P. 14-23.

\_\_\_\_\_. O território na transição da pós-modernidade. **Geographia** –Revista da Pós-graduação em Geografia da UFF. Niterói: UFF, p. 7-27, 1999.

\_\_\_\_\_. **A Geografia Cultural**. 3ª ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 2007. 453 p.

\_\_\_\_\_. **É geografia, é Paul Claval**. IN: ALMEIDA, M. G.; ARRAIS, T. P. A. (Org.) 1. ed. Goiânia: UFG, 2013. 176p.

\_\_\_\_\_. **Epistemologia da Geografia**. 2ª ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2014.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar.-abr. 2005.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Rev. Nutr**, Campinas vol.22 nº.6 Nov./Dec. 2009

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 19(4): 736-44. Out/Dez. 2010.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SILVA, Líliam Barbosa; Sônia Maria Soares. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16 supl.1. 2011.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Educação em saúde sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2010 jul/ ago; 63(4): 567-73.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia da pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013.

FLISCH TMP et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface**, nº 18(Supl 2) p. 1255-1268. Botucatu, 2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Conscientização, teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 1979.

\_\_\_\_\_. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 4ª edição, Rio de Janeiro: Paz e terra, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (coleção Leitura).

GAZZINELLI et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro vol.21 n.1 Jan./Feb. 2005.

GRASSI, G et al. Physical training and baroreceptor control of sympathetic nerve activity in humans. **Hypertension** 1994; 23:p. 294-301.

HAESBAERT, Rogério. Da Desterritorialização à multiterritorialidade. **Anais do Encontro Nacional da ANPUR**, Rio de Janeiro, 2001. 1769-1777.

\_\_\_\_\_. **Dos múltiplos territórios a multiterritorialidade**. Porto Alegre: s.ed., 2004 . Disponível em: <http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>. Acesso em: 20/03/2019.

\_\_\_\_\_. Território e Multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**. Rio de Janeiro, ano 11, n. 17, p. 19-44, mar. 2007.

IBGE. **Censo Demográfico 2010** – Características da população – Amostra, Rio de Janeiro, 2010.

LAGUARDIA, Josué. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia?. **Hist. cienc. Saude**, Manguinhos, vol.12, n.2, pp.371-393. 2005.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. – São Paulo: Cortez, 1994 (Coleção magistério 2º grau. Série formação do professor).

LUCCHETTI, Giancarlo et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 2011; 14(1):159-167.

MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBÃO, Willian Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1365-1374, 2012.

MAGNABOSCO, Patrícia. **Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e Rural de Sacramento/ MG**: prevalência e não adesão ao tratamento medicamentoso. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, 2015, 119 p.

MANFROI, Angélica; OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com Rio de Janeiro**, v.2, nº 7, out / dez 2006

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análise em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz , 2008. p. 23-41

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria método e criatividade. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MONKEN, Maurício; GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Territorialização em saúde. **Dicionário da educação profissional em Saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 01 de Março de 2019.

NOGUEIRA, Ingrid Correia Nogueira et al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA CJ, Araújo TL. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Eletr. Enf.** 9(1):93-105. 2007;.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado:** hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2010. 232 p.: il

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília v.15 n.1 mar 2006.

PEGORARO, Renata Fabiana, CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.82-94, 2008.

PÉRES, Denise S; MAGNA, Jocelí Mara; VIANA, Luis Atílio. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, 37(5):635-42, 2003.

POPPER, Karl R. **Conjecturas e Refutações.** Trad. de Sérgio Bath. Brasília: Editora da UNB, 3º ed., 1972.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jul.-ago. 2014;22(4):547-53.

RIBEIRO, Amanda Gomes et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr**, Campinas. vol.25 n.2 Mar./Apr. 2012.

RIERA ARP. **Hipertensão arterial:** conceitos práticos e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000.

ROSENDAHL, Zeny. **Geografia e religião:** uma proposta. Espaço e cultura, ano I. Outubro de 1995.

\_\_\_\_\_. O sagrado e o espaço. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Explorações geográficas:** percursos no fim do século. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

SANTOS ZMSA; FROTA MA, Cruz DM; HOLANDA, SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**, 14(3):332-40, Jul/Set de 2005.

SAQUET, M.A; SPOSITO, Eliseu Savério (org). Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos. São Paulo: **Expressão Popular** : UNESP. Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2009.

SAQUET, Marcos. **Abordagens e concepções de território.** São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SERAFIM, Talita de Souza; JESUS, Elaine dos Santos; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paul Enferm**, 2010;23(5):658-64.

SBC. III Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Cardiologia Sobre Análise e Emissão De Laudos Eletrocardiográficos. **Arquivos brasileiros de cardiologia**. V 106, Nº 4, Supl. 1, Abril 2016. Disponível em : [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/01\\_III\\_DIRETRIZES\\_ELETROCARDIOGR%C3%81FICOS.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/01_III_DIRETRIZES_ELETROCARDIOGR%C3%81FICOS.pdf). Acesso em: 27 de janeiro de 2019.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis, 2005.

SILVA, Stael Silvana Bagno Eleutério da; OLIVEIRA, Sofia de Fátima da Silva; PIERIN, Angela Maria Geraldo. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev Esc Enferm USP** - 2016;50(1):50-58.

SOARES, Marina Mendes et al. Comportamentos supersticiosos e práticas comportamentais inadequadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Psicologia, Saúde e Doenças**, vol. 15, núm. 2, 2014, pp. 524-537

TRAVASSOS, Ronaldo dos Santos. Cuidado, autonomia e emancipação. IN: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio** / Organização de Vera Joana Bornstein [et al.]. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. 164 p.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 233-8

TRENTINI, Mercedes; TOMASI, Neusi; POLAK, Ymiracy. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. **Cogitare Enfermagem**, v1, nº 2, p. 19-24 – Jul/Dez, 2016.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo. vol. 89 n. 3. Sep/ 2007. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>. Acesso em: 29 de janeiro de 2019

VII - The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>. Acesso em: 27 de janeiro de 2019.

VIANA, Ana Luisa d'Avila et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.23 suppl.2, 2007.

WONG UM, Júlio Alberto. As dimensões culturais e a educação popular em saúde. IN: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio** / Organização de Vera Joana Bornstein [et al.] - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. 164 p.

ZATTAR LC et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(3):507-521, mar, 2013.

## **ANEXOS**

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.

ANEXO B – Modelo da entrevista aplicada.

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.

UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL  
FARQUHAR- FPF



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento

**Pesquisador:** Carlos Alberto Dias

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20259313.0.0000.5157

**Instituição Proponente:** Fundação Percival Farquhar/ FPF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 441.059

**Data da Relatoria:** 09/09/2013

**Apresentação do Projeto:**

Parecer satisfatório.

**Objetivo da Pesquisa:**

Parecer satisfatório.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Parecer satisfatório.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é significativa e justificável. O pesquisador apresentou, de forma clara, a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE: Não possui uma linguagem clara que defina Representações Sociais.

O autor cita que as entrevistas irão ocorrer em locais diferentes, no TCLE cita órgão público e no projeto cita que as entrevistas serão nas residências.

**Recomendações:**

O pesquisador deverá explicitar os indicativos que serão critérios de exclusão com relação ao déficit cognitivo.

**Endereço:** Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02

**Bairro:** Universitário

**CEP:** 35.020-220

**UF:** MG

**Município:** GOVERNADOR VALADARES

**Telefone:** (11)1111-1111

**Fax:** (33)3279-5543

**E-mail:** cep@univale.br



UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL  
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 441.059

Deverá também rever o tempo de aplicação dos instrumentos, uma vez que são 6 instrumentos com pessoas de diferentes idades.

Definir o local correto onde serão aplicadas as entrevistas e tornar a informação igual no TCLE e no Projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa não possui pendências e/ou lista de inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é aprovado.

GOVERNADOR VALADARES, 30 de Outubro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Ivana Cristina Ferreira Santos**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 35.020-220  
**UF:** MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES  
**Telefone:** (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

## ANEXO B – MODELO DE ENTREVISTA APLICADA.

## UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

*"Hipertensão Arterial Sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento"*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016 Entrevistador: \_\_\_\_\_

Hora de Início: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Hora de Término: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Questionário N°: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES**

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos. Seu objetivo é identificar situações responsáveis pelo não controle da Pressão Arterial, apesar do uso de medicamentos prescritos pela equipe de saúde.
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos melhor aproveitar suas contribuições, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa e faz.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, suas contribuições serão mais efetivas caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos no conjunto de entrevistas realizadas junto a todos os participantes, serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica.
6. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

**Características pessoais**

- 1) Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_
- 2) Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 3) Quantos anos você tem? \_\_\_\_\_ anos.
- 4) Qual é o seu sexo?
  1.  Masculino
  2.  Feminino
- 5) Qual é o seu Estado Civil?
  1.  Solteiro
  2.  Casado
  3.  União estável
  4.  Separado
  5.  Viúvo
- 6) Qual é a sua condição de trabalho? (Resposta única)
  1.  Autônomo
  2.  Assalariado
  3.  Estudante
  4.  Do lar
  5.  Aposentado
  6.  Pensionista
  7.  Desempregado
  8.  \_\_\_\_\_
- 7) Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_
- 8) Qual sua cor (grupo étnico)?
  1.  Branca
  2.  Preta
  3.  Parda
  4.  Amarela
  5.  Indígena
  6.  Não quis declarar
  7.  \_\_\_\_\_

9) Você sabe ler?

1.  Sim    2.  Não

10) Você possui plano de saúde?

1.  Sim    2.  Não (Pular para Q12)

11) Você o utiliza para tratamento da Hipertensão Arterial?

1.  Sim    2.  Não

12) Qual o seu peso: \_\_\_\_\_ Kg.

13) Qual sua altura: \_\_\_\_\_ cm.

14) Classificação do IMC: \_\_\_\_\_

Tabela 1 – Classificação do IMC: _____	
< 18,5 (Abaixo do peso)	30,0 – 34,9 (Obesidade grau I)
18,5 – 24,9 (Peso normal)	35,0 – 39,9 (Obesidade grau II)
25,0 – 29,9 (Sobrepeso)	≥ 40,0 (Obesidade grau III)

15) Você sabe o que é Hipertensão Arterial?

1.  Sim    2.  Não (Pular para Q17)

16) O que é Hipertensão Arterial para você?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17) Quando você foi diagnosticado com pressão alta?

1.  Há menos de 5 anos    3.  Entre 10 e 20 anos  
2.  Entre 5 e 10 anos    4.  Há mais de 20 anos

18) Você sente algo (sintoma) quando sua pressão está alta?

1.  Sim    2.  Não (Pular para Q21)

19) O que você sente (sintoma) quando a pressão está alta?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20) Como você sabe que estes sintomas são por causa da pressão alta e não de outro problema de saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21) Como se sente ao lembrar que tem pressão alta?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





<b>Quadro 2 – Medicamento (s) prescritos</b>			
<b>Medicamento (s)</b>	<b>Posologia (dose, frequencia, horários)</b>	<b>Observações (jejum, leite, água)</b>	<b>Data Prescrição</b>

35) De que forma você obtém estes medicamentos?

---



---

36) Como você armazena os medicamentos que faz uso?

---



---



---

37) Você considera que algum dos medicamentos recomendados pelo médico é desnecessário?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q39)

38) Quais são eles? Por quê?

---



---

39) Você acha que algum medicamento que utiliza já te fez sentir mal?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q41)

40) Quais são eles? O que sentiu?

---



---



---

41) Tem algum medicamento que você usa há mais de um ano e meio, sem que um médico o tenha avaliado?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q43)

42) Quais são estes medicamentos?

---



---



---

43) Como você faz para obter nova receita/medicamento?

---



---

44) Além de utilizar os medicamentos receitados pelo médico, você faz outras coisas para controlar sua pressão?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q47)

45) Que outras coisas você faz para controlar sua Pressão Arterial?

1.  Tomo chás

3.  Faço simpatias

5.  Exercício físico

2.  Faço orações

4.  Dieta

6.  \_\_\_\_\_

46) Quem o orientou a fazer estas coisas para controlar a Pressão Arterial?

---



---

47) Você interrompeu o tratamento medicamentoso por conta própria, nos últimos 12 meses?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q50)

48) Por qual motivo interrompeu o tratamento?

---



---

49) Quantas vezes interrompeu o tratamento?

1.  1 a 3 vezes no ano  
 2.  4 a 6 vezes no ano  
 3.  7 vezes ou mais

50) O que você espera do seu tratamento medicamentoso?

---



---



---

51) Como se sente com o fato de ter que tomar medicamento?

---



---



---

### Comportamento e hábitos de vida

52) Você fuma?

1.  Sim  
 2.  Não (Pular para Q55)

53) O que você fuma?

---

54) Qual a quantidade e frequência?

---

55) Alguém de teu convívio tem o hábito de fumar perto de você?

1.  Sim  
 2.  Não

56) Você consome alguma bebida alcoólica?

3.  Sim  
 4.  Não (Pular para Q63)

57) Quais bebidas você consome?

---

58) Qual a quantidade e frequência?

---

59) Quando usa bebidas alcoólicas, você deixa de tomar algum medicamento?

1.  Sim  
 2.  Não (Pular para Q63)

60) Quais medicamentos deixa de tomar?

---



---

61) Quando consome alguma bebida alcoólica, observa alguma alteração na pressão?

1.  Sim  
 2.  Não (Pular para Q63)





76) Qual a duração: \_\_\_\_\_ minutos por semana

77) Você realiza alguma outra atividade de lazer e descanso durante a semana?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q79)

78) Quais são estas atividades?

---



---

79) Você tem se estressado muito ultimamente?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q81)

80) Por que você tem se estressado?

---



---

81) O que você sente quando fica estressado?

---



---



---

82) Sua pressão arterial sofre alterações quando você está estressado?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q86)

83) Como fica sabendo disso?

---



---



---

84) Você faz alguma coisa que o ajude neste momento?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q86)

85) O que você faz?

---



---



---

86) Você dorme quantas horas diariamente? \_\_\_\_\_ horas.

87) Se sente descansado e disposto após o sono?

1.  Sim

2.  Não

### Situações de risco em saúde

88) Alguma vez você já foi internado?

1.  Sim

2.  Não (Pular para Q90)

89) Qual foi o motivo da internação?



93) Alguém na sua família tem ou teve Hipertensão Arterial?

1.  Sim 2.  Não (Pular para Q95)

94) Quem de sua família tem ou teve Hipertensão Arterial?

1.  Pai/Mãe 3.  Avô/Avó 5.  Primo/Prima  
2.  Irmã/Irmão 4.  Tio/Tia 6.  \_\_\_\_\_

### Acesso ao Serviço e Assistência à Saúde

95) Nos últimos 12 meses, você foi examinado pelo médico para avaliar sua Pressão Arterial?

1.  Sim 2.  Não

96) Você frequenta um Cardiologista para controle de sua Pressão Arterial?

1.  Sim 2.  Não

97) Você frequenta um Nutricionista para controle de sua Pressão Arterial?

1.  Sim 2.  Não (Pular para Q99)

98) Com que frequência você frequenta um Nutricionista para controle de sua Pressão Arterial?

1.  Mensalmente 3.  Anualmente  
2.  Semestralmente 4.  \_\_\_\_\_

99) Que outros profissionais de saúde examinaram você, nos últimos dois anos?

1.  Educador Físico 4.  Fisioterapeuta 7.  Nenhum  
2.  Enfermeiro 5.  Psicólogo  
3.  Farmacêutico 6.  \_\_\_\_\_

100) Você frequenta o posto de saúde em que está cadastrado (a)?

1.  Sim 2.  Não (Pular para Q103)

101) Com que frequência você vai ao posto de saúde em que está cadastrado (a)?

1.  Diariamente 3.  Quinzenalmente 5.  \_\_\_\_\_  
2.  Semanalmente 4.  Mensalmente

102) Normalmente por quais motivos você vai ao posto de saúde em que está cadastrado (a)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

103) Com que frequência você recebe visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde?

1.  Mensal 2.  Bimestral  
3.  Trimestral 4.  Semestral  
5.  \_\_\_\_\_

104) O que é feito durante estas visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**118) Classificação Questionário de Morisky Green:**

1.  Máxima Adesão (8 pontos)
2.  Moderada Adesão (6 e 7 pontos)
3.  Baixa Adesão (< 6 pontos)

**Apoio e dificuldades**

**119) Você possui alguma dificuldade para cuidar da Hipertensão Arterial conforme foi orientado?**

1.  Sim
2.  Não (Pular para Q121)

**120) Quais são estas dificuldades?**

---

---

**121) Você considera que é importante ter o apoio da família ou de amigos próximos para auxiliá-lo no cuidado da Hipertensão Arterial?**

1.  Sim
2.  Não

**122) Você recebe este apoio no cuidado de sua Hipertensão Arterial?**

1.  Sim
2.  Não (Pular para Q125)

**123) De quem você recebe este apoio?** \_\_\_\_\_

**124) Em que este apoio tem sido importante?**

---

---

**Aferição da pressão arterial**

**125) Média das aferições conforme Classificação da Pressão Arterial (Eighth Joint National Committee - JNC 8 )**

1ª aferição: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg

2ª aferição: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg

3ª aferição: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg

Média das aferições: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg

**126) Classificação da Pressão Arterial (Eighth Joint National Committee - JNC 8 )**

**CONTROLE (meta terapêutica):**

- Se > ou = 60 anos: está controlado se PA < ou = 150 X 90 mmHg
- Se > ou = 60 anos, mas possuir diabetes e/ou doença renal crônica: está controlado se PA < ou = 14 X 90 mmHg
- Se < ou = 60 anos: está controlado se PA < ou = 140 X 90 mmHg (não importa se a pessoa ter diabetes e/ou doença renal ou não)

1.  Na meta
2.  Fora da meta