

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

Marina Mendes Soares

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES A RESPEITO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E SUA INFLUÊNCIA NA ADESÃO AO TRATAMENTO E
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL**

Governador Valadares
2015

MARINA MENDES SOARES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES A RESPEITO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E SUA INFLUÊNCIA NA ADESÃO AO TRATAMENTO E
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Gestão Integrada do território da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Dias

Governador Valadares
2015

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

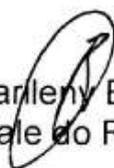
MARINA MENDES SOARES

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES A RESPEITO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SUA INFLUÊNCIA NA ADESÃO AO
TRATAMENTO E CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Dissertação aprovada em 02 de março
de 2015, pela banca examinadora com
a seguinte composição:



Prof. Dr. Carlos Alberto Dias - Orientador
Universidade Federal Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM



Prof.ª Dr.ª Marleny Boechat Frauches
Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE



Prof. Dr. Gilvan Ramalho Guedes
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

À meus pais, Cleonice e Valtair, por acreditarem incondicionalmente em mim. À todos os colaboradores que direta ou indiretamente, contribuírem para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Chegou o momento tão almejado em minha vida: Enfim, Mestre! Sinto tamanha felicidade, realização e entusiasmo por esta conquista que necessito agradecer e compartilhar desses sentimentos com todos aqueles que fizeram parte dessa trajetória.

Agradeço a Deus, primeiramente, por me conceber a vida, ser meu suporte nos momentos de medo, angústia, dúvida e por ter me dado força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Valtair e Cleonice, as palavras não serão suficientes para expressar toda gratidão e orgulho. Agradeço por se alegrarem, rezarem, emocionarem, a cada apresentação em evento científico. Por me ligarem desejando boa sorte e dizendo que tinham certeza que tudo iria dar certo. Por compreenderem minhas ausências, quando eu abria mão dos fins de semana, feriados com vocês porque tinha que estudar, estava cansada ou preocupada demais para relaxar. Vocês são meu alicerce e representam as pessoas que mais amo. Obrigada por tudo, sempre!

Às Bolsistas de Iniciação Científica, Ananda e Maria Alice, agradeço a coragem e empenho em participar desta pesquisa. Vocês não se deixaram abater pelo cansaço, sol escaldante, ruas perigosas e todas as demais adversidades e experiências do campo que só nós, que vivenciamos, podemos descrever. Encaramos tudo isso com bom humor, sensatez e paciência. Somos Família HAS, somos 641!

Ao meu querido orientador Carlos Alberto, agradeço a dedicação, confiança, paciência, amizade e conselhos que me cedeu desde sempre. Você acreditou no meu potencial, escutou minhas angústias, se alegrou com minhas alegrias e conquistas e me fez ter certeza que eu estava no caminho certo e não deveria temer nada. Além dos valores profissionais, você transmite valores humanos que são eternos. Você é meu grande exemplo!

À Prefeitura de Governador Valadares pelo apoio técnico a este estudo, em especial à Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação das Unidades Básicas de Saúde, Profissionais das ESFs e PACSs.

Aos pacientes hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Governador Valadares, por abrirem as portas de suas casas e compartilharem suas histórias e vivências conosco. Vocês deram vida às nossas ideias!

Ao SAIS e seus professores pesquisadores, especialmente à Dra. Suely Maria Rodrigues e ao Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva que me ensinou os primeiros passos no estudo deste tema. Esse ambiente em que fui acolhida tornou-se o ponto de partida para minha história enquanto pesquisadora.

À CAPES, por ter financiado meus estudos durante estes dois anos; ao CNPq pelo apoio financeiro ao Projeto de Pesquisa e à FAPEMIG pela concessão de bolsas de Iniciação Científica através do PIBIC/FAPEMIG.

À FPF, na pessoa de seu Diretor Financeiro Sandro Lúcio Fonseca e do Prof. Dr. Alexandre Sylvio Vieira da Costa que indiretamente contribuíram para minha formação ao implementar a Bolsa PROSUP/CAPES.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, crônica, degenerativa, caracterizada pela presença de níveis pressóricos elevados. A baixa adesão ao seu tratamento representa um problema mundial por piorar os resultados terapêuticos e aumentar os custos dos sistemas de saúde. A melhora da adesão reduz a mortalidade, internações, custos médicos, além de promover o bem-estar dos pacientes. Este trabalho objetivou identificar de que forma as Representações Sociais relativas à Hipertensão Arterial Sistêmica exercem influência sobre a adesão ao tratamento da doença e controle da PA. A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi o referencial teórico utilizado no processo de apreensão e análise, tendo sido considerados dados de natureza quantitativa e qualitativa fornecidos pelos participantes. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, cuja amostra foi constituída por 641 hipertensos funcionalmente independentes, sorteados aleatoriamente, cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde do município de Governador Valadares-MG, com idade de 40-59 anos (Meia Idade) e 60 anos ou mais (Idosos). Os dados foram obtidos por meio de Entrevista Estruturada, realizada nos domicílios dos participantes. Para análise destes utilizou-se os *softwares Sphinx Lexica* e *EVOC*. Os participantes foram submetidos ao teste de Morisky-Green (1986) e a aferição da Pressão Arterial (PA), sendo assim identificados: G1 (não aderidos) com 65 indivíduos; G2 (aderidos, com controle da PA) com 309 e G3 (aderidos, sem controle da PA), com 267. As evocações dos hipertensos foram agrupadas em categorias (por semelhança) tendo sido verificado aquelas que comporiam o Núcleo Central e o Sistema Periférico das RS sobre a HAS para cada grupo de indivíduos conforme os níveis de adesão ao tratamento e controle da PA. Observou-se que as RS dos participantes em relação à doença se diferem entre os níveis de adesão ao tratamento e controle ou não da PA, demonstrando que as RS condicionam a forma como os pacientes adotam seu tratamento e se comportam frente aos cuidados sugeridos pela equipe de saúde. Há evidências de que a principal divergência em relação às RS nos grupos em análise diz respeito à presença de evocações referentes à sintomatologia em seu Núcleo Central. Apesar de associarem equivocadamente a HAS a sintomas, diferentemente do que consta na literatura, a presença destes é um fator preditor de um maior comprometimento com o tratamento. Em decorrência, atenção especial deve ser dada aos indivíduos que não apresentam sintomas ou àqueles que raramente os experimentam. Aqueles que vivem essa condição clínica são os que apresentam maiores dificuldades em assumir cuidados rotineiros de atenção à própria saúde.

Palavras chave: Hipertensão, Adesão ao Tratamento, Representações Sociais, Controle da doença

ABSTRACT

Hypertension (HBP) is a multifactorial clinical condition as it is also chronic and degenerative, characterized by the presence of high blood pressure. The low adherence to its treatment is a global problem which worsens the therapeutic results and increases the costs of health care. The improvement of the levels of treatment adherence reduces mortality, hospitalizations, medical costs, and promotes the welfare of patients. This study aimed to identify how the Social Representations, which are related to hypertension, influence on the adherence to disease treatment and blood pressure control. The Social Representation Theory (SRT) was the theoretical framework used in the process of apprehension and analysis. This framework used quantitative and qualitative data provided by the participants. This is a cross sectional and descriptive study whose sample consisted of 641 hypertensive patients, functionally independent, randomly selected, registered in the Strategies for Family Health Care and Community Agents of Health Programs in the city of Governador Valadares, Minas Gerais, aged 40- 59 years (Middle Age) and 60 years or more (Elderly). The data were obtained through Structured Interviews held at the participants' homes. The softwares Sphinx Lexica and EVOC were used for data analysis. The participants took the Morisky-Green test (1986), and had their blood pressure measured. The study identified: G1 (65 individuals which did not adhere); G2 (309 which adhered with BP control) and G3 (267 which adhered without BP control). The evocations of hypertensive patients were grouped into categories (alike). Those that made up the Central Core and Peripheral System SR on hypertension were checked for each group of individuals according to the adherence levels to treatment and control of BP. It was observed that the SR of the participants regarding the disease differ among the levels of adherence to the treatment and whether or not the control of BP exists, demonstrating that the SR determine how patients adopt their treatment and behave in relation to the care suggested by the health team. There is evidence that the main divergence from the SR analysis in groups concerning the presence of evocations is related to the symptomology in its central core. Although HAS is mistakenly associated to hypertension symptoms, and different from what the literature has stated, the presence of these is a predictor of a greater commitment to treatment. As a result, special attention should be given to individuals who have no symptoms or those who rarely experience them. Those who experience this clinical condition are those who have more difficulty in performing routine care for their own health.

Keywords: Hypertension, Treatment Adherence, Social Representations, disease control

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide etária da população brasileira no ano 2010	16
Figura 2 – Pirâmide etária da população de Governador Valadares no ano 2010	17
Figura 3 – Modelo de Atenção às doenças crônicas	21
Figura 4 – Limite de zonas das regiões de atendimento das Unidades Básicas de Saúde.	52
Figura 5 – Fórmula de determinação do tamanho da amostra com base na estimativa da proporção populacional para populações finitas	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Coeficiente de Mortalidade em Governador Valadares-MG, para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)	18
Tabela 2 – Distribuição percentual das internações por grupo de causa e faixa etária em Governador Valadares-MG	18
Tabela 3 – Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos, conforme o relatório da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial	28
Tabela 4 – Números amostrais dos hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da zona urbana do Município de Governador Valadares – 40 anos ou mais	54
Tabela 5 – Classificação da adesão ao tratamento e controle da pressão arterial de hipertensos	61
Tabela 6 – Perfil sociodemográfico de hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Governador Valadares – MG	63
Tabela 7 – Fatores associados à adesão ao tratamento da HAS em hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Governador Valadares-MG	64
Tabela 8 – Fatores associados ao serviço de saúde e acessibilidade de hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Governador Valadares-MG	65
Tabela 9 – Distribuição das evocações dos hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Governador Valadares-MG	67
Tabela 10 – Descrição dos significados das palavras constituintes do núcleo central das RS sobre a HAS	68
Tabela 11 – Distribuição das evocações dos hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Governador Valadares-MG, considerando os grupos G1, G2 e G3	69
Tabela 12 – Descrição dos significados das palavras constituintes do núcleo central das RS sobre a HAS, segundo grupos	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Cerebrovascular
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCBV	Doença Cerebrovascular
DCV	Doença Cardiovascular
DO	Declaração de Óbito
EAB	Efeito do Avental Branco
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Muscular
MACC	Modelo de Atenção às Doenças Crônicas
OME	Ordem Média de Evocação
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIBIC	Programa Institucional de Iniciação Científica
PROSUP	Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares
QV	Qualidade de Vida
RS	Representações Sociais
SIG	Sistema de Informações Geográficas
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNIVALE	Universidade Vale do Rio Doce

SUMÁRIO

I – APRESENTAÇÃO	12
II – REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 – Território e Saúde: construindo o cenário da Saúde Pública.....	15
2.2 – Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	26
2.3 – Estudando a diversidade para entender o comum: contribuições da Teoria das Representações Sociais para a Saúde Pública	44
III – QUADRO DE REFERÊNCIA	48
3.1 – Problema.....	48
3.2 – Objetivos.....	49
3.2.1 – Geral.....	49
3.2.2 – Específicos	49
3.3 – Justificativa do estudo	50
3.4 – Método utilizado no estudo	51
3.4.1 – Tipo de estudo.....	51
3.4.2 – Local do estudo	52
3.4.3 – Universo do estudo	53
3.4.4 – Amostra.....	53
3.4.5 – Critérios de inclusão e exclusão.....	55
3.4.6 – Aspectos éticos	55
3.4.7 – Coleta de dados e etapas de realização da pesquisa.....	55
3.4.8 – Instrumentos de coleta de dados	57
3.4.9 – Processamento e Análise dos dados.....	59
IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	61
4.1 – Perfil sociodemográfico dos participantes.....	62
4.2 – Fatores relacionados à adesão ao tratamento da HAS.....	63
4.3 – Representações Sociais sobre a HAS	66
V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
5.1 – Perfil sociodemográfico dos participantes.....	72
5.2 – Fatores relacionados à adesão ao tratamento da HAS.....	74
5.3 – Representações Sociais sobre a HAS	78
VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
VII – DIFICULDADES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO.....	86
7.1 – Dificuldades.....	86
7.2 – Perspectivas.....	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE	97
ANEXO	116

I – APRESENTAÇÃO

O trabalho aqui apresentado aborda a questão da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sob a ótica de pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Governador Valadares-MG. Para tal, foi desenvolvido esse estudo de natureza transversal do tipo descritivo sendo consideradas três fontes de informações: bibliografias; prontuários dos pacientes e pesquisa de campo.

Essa dissertação constituiu-se em um recorte do projeto de pesquisa intitulado: Hipertensão Arterial Sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e Representações Sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento. Para sua realização o referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) sob o Parecer CEP 441059, tendo recebido apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Processo 401288/2013-7, Bolsa do Programa Institucional de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e bolsa do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROSUP/CAPES).

O levantamento bibliográfico foi o ponto de partida que, além de fornecer os pressupostos teóricos que embasam o presente estudo, permitiu a revisão dos instrumentos de coleta de dados, contribuindo para que a fase de pesquisa de campo fosse realizada com objetividade e maior probabilidade de acerto. A pesquisa de campo foi realizada utilizando-se um Roteiro Estruturado de Entrevista composto por questões fechadas e abertas, com o intuito de identificar o perfil dos participantes do estudo, a adesão ao tratamento da HAS, o controle da Pressão Arterial dos participantes (PA), bem como as Representações Sociais (RS) que os mesmos possuem sobre essa doença.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é o referencial teórico utilizado no processo de apreensão e análise do objeto aqui em estudo, tendo sido para tal considerados tanto dados de natureza quantitativa quanto de natureza qualitativa, fornecidos pelos participantes. A associação dessas modalidades de dados, bem como de métodos de análises que lhes são próprios produziram uma complementaridade trazendo grandes contribuições a esta investigação.

A análise quantitativa contribuiu para que fosse possível estabelecer, através de números, o perfil, a adesão ao tratamento e os fatores que interferem na adesão e controle da HAS. Por sua vez, a análise qualitativa, focada no caráter identitário da população estudada, permitiu levantar as RS sobre a HAS.

Para melhor orientar o leitor, é importante constar que o estudo realizado é apresentado em seis partes: Revisão Bibliográfica; Quadro de Referência; Apresentação dos resultados; Discussão dos Resultados, Considerações Finais e Limitações e Perspectivas do estudo.

Na Revisão Bibliográfica, todo o processo foi seccionado em três capítulos. O primeiro trata das questões de saúde no território brasileiro e de Governador Valadares, sua crescente evolução em todo o mundo, bem como a sua caracterização como principal doença crônico-degenerativa e fator de risco isolado para diversas doenças cardíacas. Trata ainda da importância dos serviços de saúde criados para assistência à população e da conceitualização de território. O segundo destaca a epidemiologia da HAS, formas de tratamento e processo de adesão por parte de seus portadores. Já no terceiro, faz-se uma análise dos pressupostos teóricos relacionados à importância de se conhecer as RS relativas à HAS e suas implicações para o entendimento do processo de adesão ao tratamento.

O Quadro de Referência foi dividido em quatro partes. A primeira enuncia o problema de pesquisa com base no contexto apresentado na Revisão Bibliográfica. A segunda delimita de forma geral e específica os objetivos dessa investigação. A terceira demonstra a justificativa para realização desse estudo. E, finalmente, na quarta é descrito todo o processo metodológico que norteou a realização desse trabalho.

A Apresentação dos Resultados e a Discussão destes são realizadas em conformidade com a ordem enunciada nos objetivos específicos. O primeiro capítulo dessa parte descreve os pacientes hipertensos atendidos pelas UBSs, agrupados nas categorias: G1 (não aderidos ao tratamento); G2 (aderidos ao tratamento, com controle da PA); G3 (aderidos ao tratamento, sem controle da PA). No segundo, foram levantados os fatores que contribuem para adesão ao tratamento da doença ou a dificultam. No terceiro, é apresentado o Núcleo Central e os Elementos Periféricos da RS sobre a HAS.

Em Considerações Finais, apresenta-se uma síntese da investigação esboçando possíveis respostas às questões enunciadas no início desse trabalho. Por fim, em Limitações e Perspectivas do Estudo, procurou-se sinalizar as dificuldades encontradas na realização dessa

pesquisa, assim como direcionamentos para estudos futuros que deem continuidade a essa linha de investigação.

II – REVISÃO DE LITERATURA

2.1 – Território e Saúde: construindo o cenário da Saúde Pública

Condições de saúde no território brasileiro e de Governador Valadares-MG

A vigilância em saúde no mundo e no Brasil manifesta um crescimento das condições crônicas no quadro epidemiológico (GONZAGA; QUEIROZ; MACHADO, 2009).

Contrário ao que ocorria no passado, na atualidade as enfermidades crônicas não levam fatalmente a óbitos devido aos avanços da Medicina e da Farmacologia. Apesar de muitos casos serem passíveis de cura quando tratados em estágios iniciais, o aumento da sobrevida do paciente não garante uma melhor qualidade de vida ou eliminação do sofrimento. As condições debilitantes às quais ficam submetidos os pacientes conduzem a múltiplas implicações econômicas, práticas e psicológicas (GUIMARÃES, 1999).

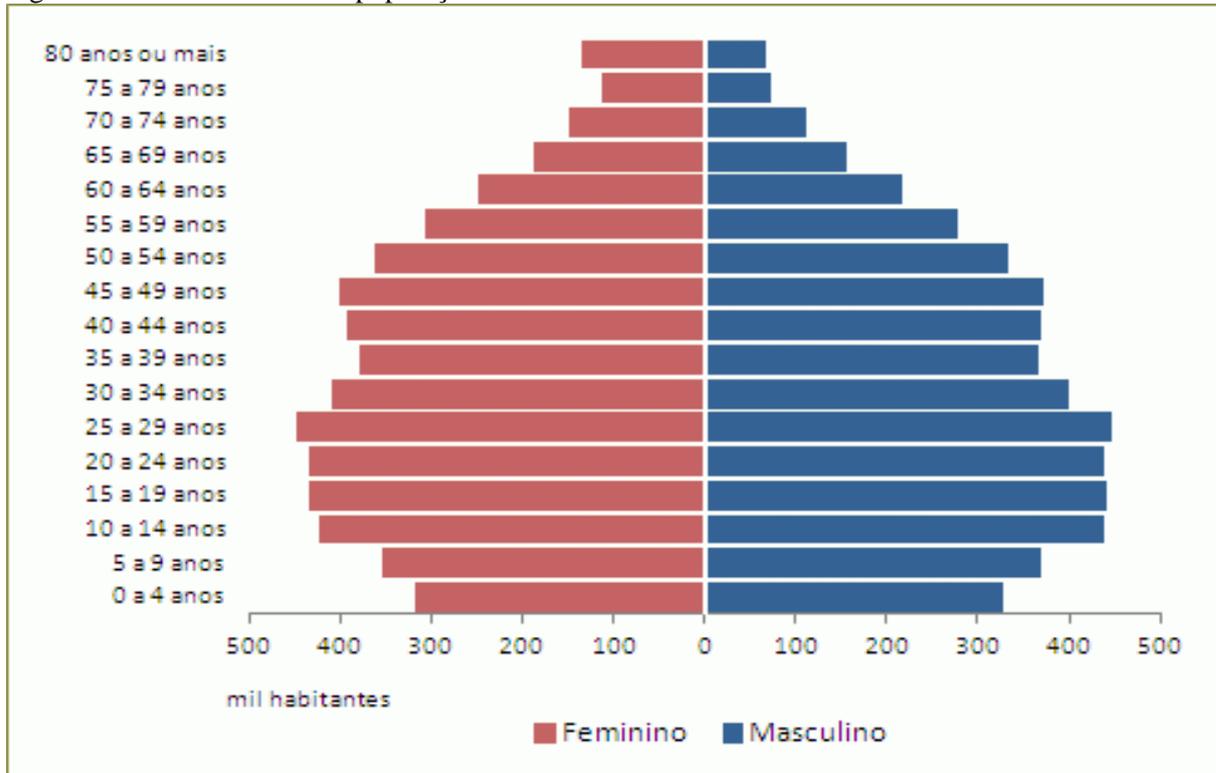
As doenças crônicas têm sido foco de estudo de pesquisadores cujos resultados demonstraram que essas doenças, quando não são hereditárias, “podem refletir a má qualidade de vida do portador: alimentação inadequada, hábitos indesejáveis, vida sedentária ou desregrada” (GUIMARÃES, 1999). Tais condições têm sido particularmente observadas com relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Dentre os principais fatores que influenciam o aumento das condições crônicas estão: mudanças demográficas, mudanças nos padrões de consumo e hábitos de vida e urbanização acelerada (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010).

As mudanças de estilo de vida adotadas pela população na segunda metade do século XX, decorrentes do processo de urbanização e industrialização crescente, foi o marco que tornou evidente a massificação do consumo de bens materiais, eletroeletrônicos e automóveis. Estas transformações mudaram o modo de vida, valores e a cultura da sociedade. Como consequência, observou-se o aumento progressivo do sedentarismo, que favorece o sobrepeso e a obesidade; consumo de álcool; tabagismo; mudanças de hábitos alimentares associados ao consumo de alimentos industrializados e ricos em gorduras e calorias. Todas essas mudanças, associadas ao rápido aumento da longevidade populacional, traduzem-se na crescente exposição da população às doenças crônico-degenerativas (CESSE, 2007).

O Brasil apresenta um acelerado processo de envelhecimento, com transformações na composição etária de sua população. Como se observa na Figura 1, o efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta numa transformação da pirâmide etária da população (IBGE, 2009).

Figura 1 – Pirâmide etária da população brasileira no ano 2010



Fonte: IBGE 2009

O formato triangular, com base alargada, irá ceder lugar em 2030 a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas, segundo projeções do IBGE (2009).

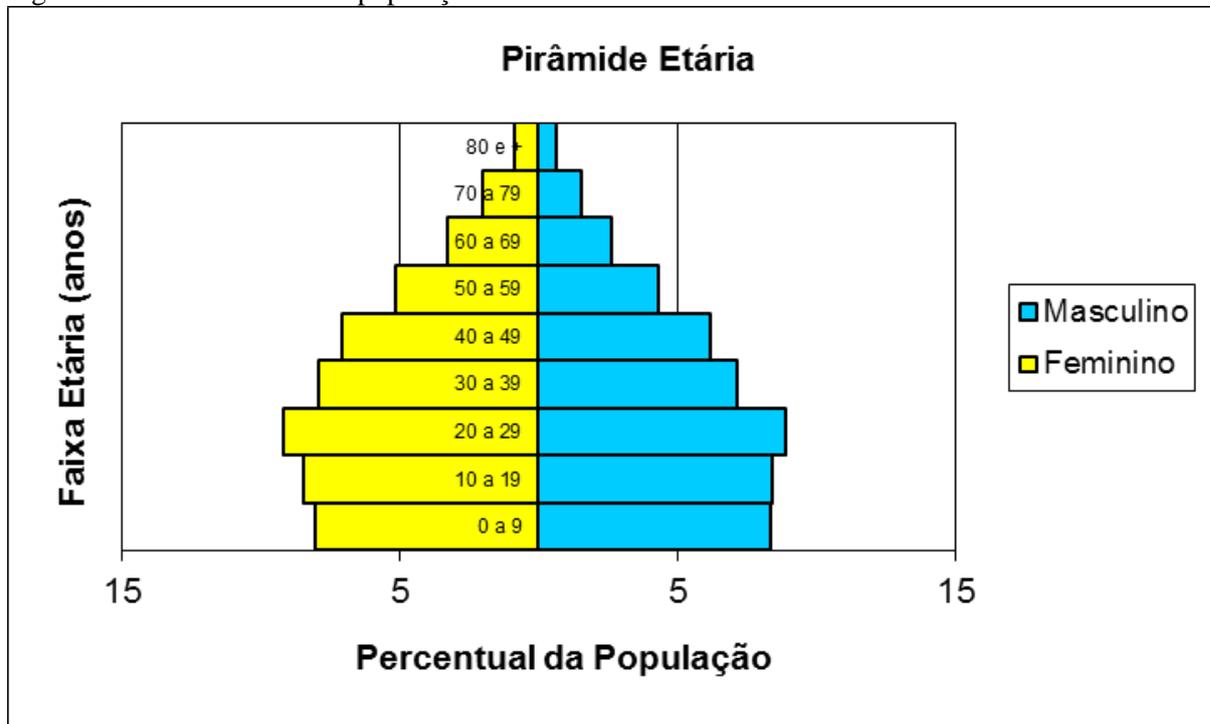
Conforme representado na Figura 2, verifica-se que o Município de Governador Valadares – MG, onde esta pesquisa foi realizada, acompanha as tendências populacionais brasileiras.

Em todo o mundo, e não diferentemente no Brasil e em Governador Valadares, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e a expectativa de vida aumenta. Esse panorama demográfico é favorável ao aumento das condições crônicas. Ressalta-se que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (CHAIMOVICZ, 1997).

O conceito de transição epidemiológica foi proposto por Omran (1971) para indicar a evolução progressiva dos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma

população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.

Figura 2 – Pirâmide etária da população de Governador Valadares no ano 2010.



Fonte: IBGE 2009

Segundo Frenk et al. (1991), a transição epidemiológica intervém em três processos básicos: substituição entre as principais causas de morte de doenças infecciosas comuns para doenças não infecciosas, tais como doenças degenerativas e cardiovasculares (HAS, por exemplo); deslocamento da maior carga de morbidade e mortalidade de grupos etários mais jovens para os grupos etários mais velhos e redução da ocorrência de mortalidade, contraposta pelo aumento dos casos de morbidade.

Além das modificações populacionais, as significativas alterações no quadro de morbimortalidade propiciam um novo cenário em saúde. As doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas no país em meados do século XX, hoje são responsáveis por menos de 10%, ocorrendo o oposto em relação às doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Em menos de 50 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade, típico de uma população jovem, para uma situação caracterizada por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas, tais como a HAS (IBGE, 2010).

Os dados da Tabela 1 indicam que em Governador Valadares, para todos os anos registrados, a maior causa de óbitos é proveniente das doenças cerebrovasculares (AVCs). Sabe-se que a Pressão Arterial (PA) elevada, tende a lesionar os vasos sanguíneos do cérebro, já fragilizados por esta condição clínica, causando um AVC. O controle da HAS é muito importante, pois reduz tanto o risco de AVC como de outras complicações, tais o como o infarto agudo do miocárdio, que também causa expressivo número de mortes no município estudado.

Tabela 1 – Coeficiente de Mortalidade em Governador Valadares-MG, para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes).

Causa do Óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	3,2	4,0	5,5	6,2	9,6	6,1	8,0
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	2,3	7,6	9,8	8,9	11,1	12,5	14,7
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mult)	1,5	6,8	3,0	1,5	3,0	4,4	2,9
Infarto agudo do miocárdio	16,8	13,5	15,8	19,0	28,9	29,1	23,7
Doenças cerebrovasculares	49,5	63,8	60,7	65,6	60,5	58,9	56,5
Diabetes mellitus	21,1	27,8	24,8	23,3	23,9	25,6	26,7
Acidentes de transporte	24,3	26,2	25,6	30,3	30,1	31,8	29,4
Agressões	37,5	50,0	42,9	63,3	75,2	46,7	43,5

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

Nota: Dados de 2008 são preliminares.

As doenças do sistema circulatório são, atualmente, as principais causas de morte no Brasil e em Minas Gerais, sendo que nas regiões Centro-sul, Sul e Sudeste a participação deste tipo de doença sobre o total de mortes é ainda mais significativo. Esta realidade também é observada em Governador Valadares, considerando que as doenças do aparelho circulatório são a segunda maior causa de internações no município, tal como representado na Tabela 2. Em 2011, 27,6% das mortes em Minas Gerais eram decorrentes de complicações no sistema circulatório. Essas mortes podem ser muitas vezes evitadas por meio de tratamento contínuo da HAS e de outras doenças crônicas (ANDRADE, et al., 2013).

Tabela 2 – Distribuição percentual das Internações por grupo de causa e faixa etária em Governador Valadares-MG

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	22,9	24,1	20,0	13,7	1,6	3,3	4,8	6,3	6,0	6,5
II. Neoplasias (tumores)	-	2,2	2,9	3,1	1,3	6,2	12,2	8,0	8,9	6,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,6	0,3	1,5	0,6	0,7	0,5	1,0	0,7	0,8	0,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,3	1,0	1,5	3,6	0,8	1,7	4,9	6,3	6,8	2,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	0,3	0,8	0,1	0,1	0,1	0,5
VI. Doenças do sistema nervoso	1,8	1,9	2,5	3,6	0,6	0,8	0,5	0,6	0,6	0,9
VII. Doenças do olho e anexos	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1	0,5	0,3	0,5	0,2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	0,7	0,6	0,3	0,1	0,1	0,1	-	-	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,3	0,5	1,7	2,5	1,5	10,2	31,4	30,2	29,8	13,3
X. Doenças do aparelho respiratório	30,4	44,9	27,1	15,9	1,9	3,5	8,0	14,1	12,2	9,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	1,6	7,7	14,7	10,3	4,0	7,4	12,2	8,5	9,3	7,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,9	2,6	2,7	2,5	0,8	0,8	1,0	0,8	0,9	1,0
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,3	1,5	3,6	5,3	0,9	1,1	1,6	1,1	1,3	1,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,9	3,6	4,6	8,4	2,0	5,5	8,6	7,9	8,2	5,7
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	5,9	70,5	40,7	0,1	-	-	26,6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	35,1	-	-	-	0,6	0,1	-	0,1	0,0	1,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,8	2,9	4,8	2,8	0,5	0,3	0,2	-	-	0,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,3	0,5	1,1	0,3	0,7	0,6	2,2	1,8	2,0	0,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,4	5,4	10,3	20,1	10,2	10,0	5,7	8,9	8,0	8,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	0,8	0,1	0,0	-	-	-	0,1
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,1	-	0,2	-	0,2	6,2	4,9	4,3	4,6	4,4
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

A mudança no perfil etário e epidemiológico da população requer um novo modo social de organização do cotidiano e das práticas em saúde para a sociedade e os indivíduos. A cronicidade das doenças, a assintomatologia, as limitações físicas e os impactos causados na saúde, a administração contínua de medicação e a quantidade de doses diárias são fatores que contribuem para diminuir a adesão ao tratamento de doenças, especialmente em indivíduos hipertensos (SANTOS, 2005).

No caso de sujeitos idosos, cuidar de um quadro crônico, tal como a HAS, é ainda mais complexo, visto que, a prevalência e o controle da doença variam com o ciclo da vida. As dificuldades no autocuidado, apoio familiar no tratamento, nível socioeconômico em que está inserido, acesso a serviços de saúde, crenças e percepções sobre saúde e doença contribuem para que a substituição do modo de vida prejudicial pelo aprendizado de práticas mais saudáveis seja ainda mais complexa e, portanto, mereça ser foco de especial atenção e estudo (FLEGAL et al., 2005).

Evidências sugerem que os serviços públicos de saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), podem funcionar como um facilitador deste cuidado em saúde. Este espaço favorece a mitigação de diferenças socioeconômicas e etárias no acesso a serviços de saúde (ANDRADE et al., 2014). Portanto, faz-se necessário compreender a ESF como ferramenta de enfrentamento dos problemas de saúde pública (HAS, por exemplo), em prol da ampliação de oportunidades de cuidado integral adequado.

Espaço de Atenção à Saúde: a Estratégia de Saúde da Família

Com relação às mudanças no perfil epidemiológico da população e às novas demandas advindas deste processo, a Organização Panamericana de Saúde (2011) afirma que:

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde [tal como recomendável ao controle da HAS]. Isso exige não somente determinar que atenção à saúde é necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada e planejada. Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. A alfabetização sanitária e a competência cultural são dois conceitos emergentes centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias (p. 223).

Em atendimento a esta visão sistêmica e integral à saúde criou-se, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que em seguida foi aperfeiçoado com a criação do Programa Saúde da Família em 1994. Apesar de inicialmente ser desenhado como programa, devido aos seus resultados positivos, culminou com sua transformação em uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesta foram incorporados os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, Equidade, Integralidade (ROCHA; SOARES, 2008).

A ESF tem papel relevante na prevenção e acompanhamento constante das famílias cadastradas, de modo que a visita domiciliar funciona como estratégia de grande centralidade no Programa. Tal abordagem constitui-se em importante ferramenta de conscientização, tratamento e prevenção de agravos às famílias visitadas, cujo efeito minimiza as desigualdades sociais e de utilização dos serviços de saúde (NORONHA; ANDRADE, 2005).

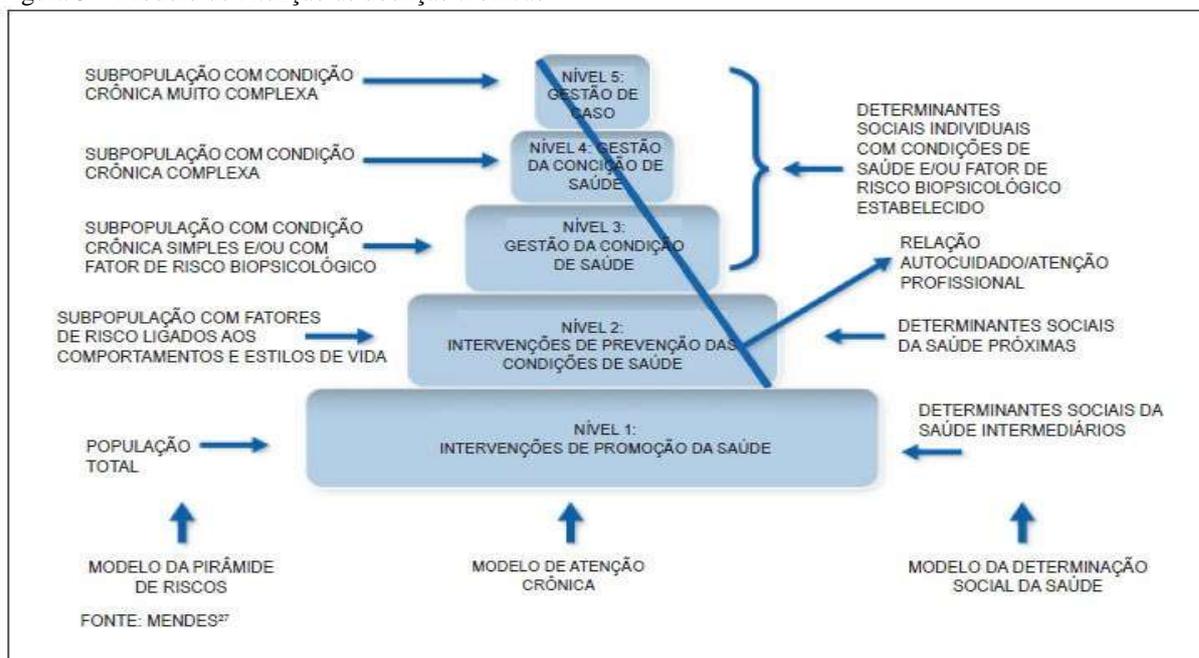
Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), cinco princípios regem especificamente a ESF, a saber:

1. Atuar em território adscrito com foco no levantamento de demandas e planejamento de ações contextualizadas, garantindo o princípio da equidade (cada equipe de saúde é responsável por até 800 famílias);
2. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, caracterizados como a porta de entrada ao sistema de saúde;
3. Adscrever usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipes de saúde e população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
4. Coordenar a integralidade do cuidado, em seus vários aspectos (individual, coletivo, físico, emocional, entre outros) mediante atuação multiprofissional;
5. Estimular a participação dos usuários, de forma a ampliar sua autonomia e capacidade de autocuidar-se.

A implantação deste modelo de atendimento propõe atuar na integralidade da assistência em substituição à antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde baseada na medicina curativa. Esta estratégia percebe o sujeito imerso em uma realidade socioeconômica, sanitária e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações que influenciam diretamente a saúde dos indivíduos.

Nesta perspectiva contextual, Mendes (2007) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado ao Sistema Único de Saúde (SUS), denominado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (Figura 3).

Figura 3 – Modelo de Atenção às doenças crônicas



Esse modelo preconiza promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento visando o controle clínico da doença e a diminuição de complicações de saúde nos indivíduos (BRASIL, 2002). Especial atenção tem sido dada às doenças crônicas (HAS, principalmente) considerando que seu impacto social e econômico, em longo prazo, é maior e mais duradouro do que aqueles relacionados às doenças agudas.

Há três perspectivas distintas de entendimento da saúde pública contemporânea (FRENK, 2006):

1. Determinação social da saúde: considera que a maneira de obter resultados positivos na saúde é por meio de transformações de longo prazo nas estruturas e relações da sociedade;
2. Desenvolvimento de ações específicas sobre condições de saúde singulares através de programas verticais, tais como o Hiperdia (sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do SUS);
3. Enfoque sistêmico: procura comunicar horizontalmente as organizações do setor saúde.

O MACC permite integrar essas três perspectivas complementares, tendo como foco os sistemas de atenção à saúde, visto que considera que estes são por si mesmos, um importante determinante social da saúde (SUHRCKE et al., 2008).

Sabe-se, contudo, que o controle da pressão arterial não é tarefa fácil. O que se percebe é que, apesar da vigilância à saúde das famílias e dos seus entornos na área adscrita a ESF, predomina em grande parte do país, a falta de vínculo entre os portadores de HAS e as unidades de saúde (BRASIL, 2002). Em estudo populacional sobre o manejo da HAS em comunidade constatou-se que de uma prevalência de 35% da população com HAS, 68% faziam tratamento com medicamentos e somente 36% tinha sua pressão arterial controlada (FUCHS et al., 2001).

Em muitas situações os atendimentos ocorrem de modo não sistemático ou nos serviços de emergência, identificando-se dificuldades da rede de agir baseada em critérios de risco. As equipes não estão preparadas para atuar programaticamente, sobressai o atendimento à demanda espontânea em contraposição à alternativa do trabalho programático e da oferta organizada, expressando ausência de planejamento para uma base populacional e despreparo no monitoramento e na avaliação da efetividade das ações desenvolvidas (SOUZA et al., 2006).

A organização do sistema depende do gerenciamento do mesmo e para que o acesso a ele seja de qualidade, a equidade deve ser fator primordial (SOUZA et al., 2006). Dessa forma, identificar o perfil dos pacientes atendidos, conhecer o que pensam sobre sua doença (HAS especificamente) e como realizam seu tratamento, tal como proposto no presente estudo, é fundamental para verificar as fragilidades existentes e os espaços a serem melhorados, facilitando a tomada de decisões e formulação de políticas públicas em nível local.

Território: Aplicação do conceito para o estudo da Saúde

A contemporaneidade resulta/induz a mudanças sociais, políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas significativas. A necessidade de pensar os fatos e conceitos de forma integrada, holística pressupõe a adoção de uma abordagem interdisciplinar e a incorporação de novas perspectivas de estudo.

Os conceitos de espaço, território e ambiente estão ultrapassando os limites da teoria geográfica para serem utilizados na reflexão e análise dos estudos em saúde. A territorialização é uma ferramenta utilizada na prática da saúde pública que permite criar subsídios para elaboração de estratégias em saúde, através do mapeamento de áreas de abrangência da ESF. Tal procedimento fornece informações aos gestores públicos sobre as condições referentes a qualidade de vida da população permitindo que nas ações de vigilância

em saúde, os profissionais da área compreendam a dinâmica que envolve o meio onde se estabelece o processo saúde/doença. Neste contexto é fundamental conhecer as necessidades e problemas da comunidade com o objetivo de criar ações específicas e singulares para cada local. Portanto, uma ferramenta importante neste processo é a demarcação territorial da área de abrangência da ESF através de mapas que permitam a identificação dos diversos elementos presentes no contexto social (BRASIL, 2011).

Dentre as propostas colocadas em relação ao território e sua utilização pelos sistemas de saúde, destaca-se o desenvolvimento de duas linhas de pensamento: uma que descreve o território como espaço físico, geopolítico, topográfico-administrativo; e outra que percebe o território como processo, produto de uma dinâmica social onde ocorre a interação de sujeitos sociais pertencentes a um espaço politizado (MENDES, 1993).

Entende-se, na perspectiva de atuação do SUS, que abordar o território apenas como espaço físico não é suficiente para compreender a complexidade do processo saúde-doença. Por este motivo, tem-se como suporte de estudo a perspectiva segundo a qual o espaço geográfico não é apenas um espaço de terras, objetivo, mas um local onde se pode fazer uma avaliação simbólica. Nesse espaço, ocorrem trocas afetivas e relacionamentos entre diversos atores, influenciados não só por relações que se estabelecem no presente, mas também por pensamentos e ações do passado que são transmitidas e acumuladas na comunidade (MONKEN, 2003).

De acordo com Raffestin (2009), território é o espaço modificado, balizado, construído e nomeado mediante as relações sociais. Falar de território é falar de relações, de comunicação entre os sujeitos que utilizam um mesmo espaço físico. Para que ocorra a apropriação de um espaço, concreta ou abstratamente, o ator territorializa o espaço. A territorialidade estaria, assim, intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como se organizam no espaço e como dão significado ao lugar. Toda relação é uma relação de poder e pressupõe uma intencionalidade. Não há nenhuma prática ou interação humana que não seja pautada em relações de poder.

Para Haesbaert (2004),

Desde a origem, o território nasce com uma dupla conotação, material e simbólica, pois etimologicamente aparece tão próximo de terra-territorium quanto de terreo-territor (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou no “territorium” são impedidos de entrar. Ao mesmo tempo, por extensão, podemos dizer que, para aqueles que têm o

privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva “apropriação” (p. 6774).

Portanto, a dimensão simbólica está relacionada aos valores e sentidos dados à existência através do modo social de produzir, às relações de poder (HAESBAERT, 2004).

O poder pode ser exercido de diversas formas, tais como através da política, da economia, transmissão e/ou imposição de uma ideologia, da força física ou simplesmente através da produção de um conhecimento. Apropriar-se de um conhecimento, representar o espaço, criar uma imagem do visto/vivido é uma forma de delimitar poder. Portanto, a territorialidade é inerente a todas as relações humanas. No caso dos sistemas de saúde, esse poder pode se manifestar na relação Estado-Sistema de Saúde, Sistema de Saúde-paciente, profissional de saúde-paciente, paciente-família, entre outros.

A territorialidade para os humanos é uma tática poderosa para manipular pessoas e coisas através de um controle de área. Os territórios políticos e a propriedade privada da terra podem ser as suas formas mais familiares, mas a territorialidade ocorre em vários graus e em inúmeros contextos sociais. Ela é utilizada nas relações do dia-a-dia e nos arranjos complexos. A territorialidade seria uma expressão primária do poder social. Ela é um meio pelo qual o espaço e o tempo estão interrelacionados (SACK, 1986).

A compreensão do conteúdo geográfico do cotidiano na dimensão local tem grande potencial não só explicativo, como também de identificação de situações problema para a saúde e, com base nisso, de planejamento e de organização das ações e práticas de saúde nos serviços. A análise sistêmica do contexto local, em escalas geográficas do cotidiano, permite identificar a formação contextual de uma situação de saúde, no espaço e no tempo, podendo ser de grande utilidade para a vigilância em saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A análise da “dimensão espacial do cotidiano” permite, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos usos do território, das ações e as formas geográficas que podem formar contextos vulneráveis para a saúde (SANTOS, 1996).

Compreender as conexões e relações que ocorrem na dinâmica cotidiana dos territórios torna-se fundamental para pensar em intervenções que priorizem situações de risco, vulnerabilidades e exclusões pessoais e sociais, que podem intervir nas condições de saúde da população. A implementação das políticas públicas devem ser pensadas a partir de

necessidades emergentes do território. A leitura dessas relações socioterritoriais preexistentes e a previsão de novos arranjos relacionados tornam-se procedimentos básicos na formulação e implementação de políticas públicas com perspectiva territorial e regional (KOGA; NAKANO, 2006). Nesta perspectiva, Monken e Barcellos (2005), afirmam:

Frequentemente, nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Uma proposta de vigilância em saúde baseada no território deve, também, considerar os sistemas de objetos naturais e construídos, identificando seus diversos tipos de ações, a forma como são percebidos pela população, o papel das regras de utilização dos recursos para promover determinados hábitos e comportamentos, bem como problemas de saúde cujas características são passíveis de identificação (p. 902).

Com base na teoria exposta, o território seria a consequência de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS et al., 2002). A identificação desse território permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde orientados por categorias de análise de cunho geográfico e a população assistida. Em outros termos, abrem-se possibilidades de criação de estratégias de combate às doenças socialmente produzidas. Tais estratégias visam o reconhecimento de mecanismos de vigilância da relação saúde-doença. Esse reconhecimento é realizado por meio da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação, exercício da política e das crenças, lazer e modos de vida (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

No caso da HAS, fatores ambientais e sociais são inegavelmente fortes preditores do surgimento e/ou agravamento da doença. Por exemplo, a adoção de comportamentos inadequados que não condizem com as prescrições médicas recomendadas contribuem para que a maioria dos hipertensos diagnosticados não mantenha a PA sob controle (PERES; MAGNA; VIANA, 2003). Tais práticas tendem a ser adotadas com base em um repertório de comportamento estruturado através das relações mantidas diretamente com outros indivíduos, profissionais de saúde e sua própria cultura.

Os estudos em saúde se interessam muito pelos processos sociais, visto que quando se fala da relação saúde/território, deve-se levar em conta a cultura, a identidade e a interação entre os sujeitos. Deve-se pensar não apenas no modelo biomédico, cujo enfoque é a biologia humana e a fisiopatologia, que vê a doença como um processo biológico. As discussões mais recentes em saúde questionam o modelo biomédico e concebem a saúde e a doença como processos

psicobiológicos e socioculturais, portanto resultantes das relações de poder que se estabelecem no território.

Nessa abordagem, a doença não é vista como um processo apenas biológico/corporal, mas também como o resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva. Neste sentido, o território constitui-se em suporte para organização: das práticas em saúde; dos serviços de saúde; da vida da população; da produção de saúde e bem estar; da responsabilidade e da atuação compartilhada (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Tal análise é facilitadora do acesso da população ao serviço de saúde. Conhecer os fatores que interferem na acessibilidade da população ao serviço de saúde através da análise territorial possibilita agir de forma direcionada, atendendo as necessidades de cuidado da população, principalmente quando tais cuidados são necessários para a adesão ao tratamento dos pacientes, como no caso dos hipertensos.

2.2 – Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

Caracterização

A HAS é uma condição clínica multifatorial, crônica, degenerativa, caracterizada pela presença de níveis pressóricos elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Quando não controlada efetivamente, pode acarretar graves consequências a alguns órgãos alvos, tais como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, representando uma das maiores morbidades do adulto (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada fator de risco modificável e um dos mais notórios problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a complicações decorrentes da elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos). No Brasil, as DCV têm sido

a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA et al., 2009).

Devido ao impacto social e econômico da doença, a HAS tem sido foco de atenção e estudo. Pesquisadores avaliaram um milhão de indivíduos sob risco de desenvolvimento da doença (12,7 mil pessoas por ano) e encontraram uma incidência de 56.000 mortes por eventos cardiovasculares. Os valores de 140 a 160 mmHg para a pressão sistólica e de 90 mmHg para a diastólica, identificados nos estudos isolados como pontos de aumento do risco, correspondem ao momento em que a duplicação de risco repercute mais acentuadamente (LEWINGTON et al., 2002).

A HAS é, incidentemente, causa de cardiopatia isquêmica, responsável por quase metade da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais. Como fator de risco para cardiopatia isquêmica e fator etiológico da cardiopatia hipertensiva, a HAS está frequentemente ligada à insuficiência cardíaca. De forma similar, o comprometimento isquêmico e as alterações glomerulares diretas tornam esta patologia uma das principais causas de insuficiência renal crônica. Estas comorbidades, mesmo quando não letais, podem levar o indivíduo à invalidez parcial ou total, além de trazer graves repercussões não apenas ao sujeito acometido, mas também à família e à sociedade (BRASIL, 2002).

Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças crônico-degenerativas e incapacidades físicas. Desta forma, caracteriza-se como uma das causas de maior redução da qualidade de vida dos indivíduos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Estudo clínico demonstra que a detecção e o tratamento da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos revelaram baixos níveis de controle da PA, correspondendo a 19,6% (JARDIM et al. 2007).

Esse panorama evidencia a necessidade de implementação e/ou aperfeiçoamento de programas de controle e prevenção da HAS, constituindo-se em desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de

prevenir/controlar a doença e complicações advindas desta, devendo ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Diagnóstico e classificação da HAS

O programa de acompanhamento e controle da HAS implantado pelo SUS objetiva atuar no sentido da prevenção, diagnóstico precoce e distribuição de medicamentos de forma gratuita. Tais ações têm por funcionalidade minimizar as internações, complicações e mortalidade (BRASIL, 2002).

A HAS é diagnosticada através da detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade ou demais profissionais da saúde, desde que seguidas as recomendações para diagnóstico e acompanhamento. A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto, com técnica auscultatória e uso de esfigmomanômetro aneróide devidamente calibrado, ou com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados, estando este também calibrado. Este último método tem sido mais utilizado no monitoramento residencial da PA, podendo ser passível de erro, visto que é realizado pelo próprio paciente ou outro sujeito que não esteja devidamente treinado para tal procedimento (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HAS, 2010).

O primeiro método tem sido considerado a forma mais eficaz e exata de mensuração do controle da doença. Principalmente em pesquisas científicas, a associação de autorrelato sobre a condição de saúde/práticas de controle da doença e aferição da PA, tal como realizado neste estudo, mostra-se eficiente, pois permite a comparação entre percepção dos pacientes a respeito de seus parâmetros clínicos e os reais parâmetros clínicos deste. Para diagnóstico e classificação da PA pode-se encontrar na literatura a proposta da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos

Classificação da pressão arterial	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-179	100-109
Estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), os adultos devem ser classificados no estágio apontado pelo componente mais elevado entre a PA sistólica ou diastólica. Apesar de não se tratar de uma classificação fundamentada em estudos de risco, tornou-se prática e de uso difundido.

Outra forma de classificação adotada para HAS é a descrita por Chobanian et al. (2003), em que são agrupadas as categorias de normal e normal-alto em um estágio denominado "pré-hipertensivo", e os estágios I, II e III em uma condição considerada paciente hipertenso. O intuito, no primeiro caso, é destacar que indivíduos no estágio pré-hipertensivo já estão sob risco aumentado de se tornarem formalmente hipertensos, sendo necessária incorporação de cuidados específicos e diários como forma de prevenção de agravamento.

A constatação de um valor elevado da PA em um dia, mesmo que em mais de uma aferição, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de HAS, a não ser em pacientes com manifestações funcionais evidentes, como angina de peito, insuficiência cardíaca, sequela de acidente vascular cerebral. Portanto, deve-se aferir a PA em diferentes momentos (FUCHS et al., 1995).

HAS como fator de risco para complicações

A HAS, quando não controlada adequadamente, acarreta consequências que fatalmente podem levar a óbito. Os indicadores de mortalidade são calculados por meio das informações notificadas pelos médicos nas Declarações de Óbitos (DO). Dentre as informações disponíveis nas DO, a causa do óbito é de grande importância para estudos de mortalidade, uma vez que permite acompanhar mudanças na composição das doenças em grupos populacionais, com o intuito de delinear medidas e efetivas intervenções em saúde pública (SANTO, 2007).

Estudo realizado por Furukawa, Santo e Mathias (2011) indicou que no ano de 2004, no Paraná, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de óbito em pessoas com 45 anos ou mais. Desses óbitos, as Doenças Cerebrovasculares (DCBV) foram responsáveis por 32,8% (6.013 óbitos) seguidas pelas doenças isquêmicas do coração com 31,5% (5.783 óbitos).

As principais causas associadas aos óbitos por DCBV, para ambos os sexos e idades, foram as doenças do aparelho circulatório. Em seguida, as doenças do aparelho respiratório,

infeciosas, parasitárias e doenças endócrinas. As doenças do aparelho circulatório foram mencionadas em 52,2% das DO dos adultos e 46,5% das DO dos idosos. Dentre essas, as doenças hipertensivas foram informadas em 35% das DO dos idosos (FURUKAWA; SANTO; MATHIAS, 2011).

Observa-se, uma subnotificação da HAS como principal desencadeante de óbito. Estatísticas de mortalidade, segundo causa básica, deixam de mostrar em um conjunto de óbitos o impacto total de uma doença ou agravo. A metodologia por causas múltiplas, por sua vez, possibilita uma visão mais ampla e completa de todas as causas de morte. Entretanto, mesmo adotando este método, ainda pode não ser possível conhecer o quadro total das frequências das doenças, visto que os profissionais de saúde nem sempre as declaram de forma adequada e completa nas DO (OLIVEIRA et al., 2009).

Em estudo realizado com professores universitários, Moreira et al., (2011) identificaram que os indicadores de risco cardiovascular que apresentaram associação com a PA elevada em professores universitários foram: gênero, idade, Índice de Massa Corporal, circunferência abdominal, percentual de gordura corporal e triglicérides. Estes achados corroboram com a necessidade de atenção especial aos indivíduos portadores desta condição clínica e para aqueles expostos aos fatores de risco para HAS. Os hábitos de vida, sedentarismo e estresse laboral são alguns dos fatores que contribuem para que esta doença se manifeste precocemente em um contingente cada vez maior de indivíduos em idade economicamente ativa.

Fatores determinantes da HAS

Embora se procure separar didaticamente os fatores determinantes da HAS dos fatores determinantes da adesão ao seu tratamento, existe de fato uma interdependência entre eles. Esta ocorrência tende a gerar interpretações diversas conforme os autores que tratam da matéria. Para se ter uma visão do conjunto são apresentados a seguir os determinantes da HAS e em seguida, os fatores determinantes da adesão ao tratamento da doença (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Quanto aos fatores de risco para a doença hipertensiva, estes podem ser classificados em constitucionais e ambientais. Os constitucionais (não modificáveis) referem-se a genética, gênero, etnia e faixa etária. Os ambientais (modificáveis) incluem obesidade/excesso de peso,

sedentarismo, ingestão excessiva de sódio ou álcool, tabagismo, classe socioeconômica e fatores ambientais ligados ao trabalho (BRASIL, 2002).

A presença de um ou mais fatores de risco implica em maior probabilidade de desenvolver a doença. Embora a ausência do fator ambiental não exclua tal possibilidade, a promoção de atitudes que visem mudanças de comportamento da população capazes de reduzir a incidência de fatores de risco modificáveis pode contribuir para a redução da morbidade e mortalidade provocadas por doenças cardiovasculares.

Fatores de risco constitucionais

Genética

Estudos epidemiológicos enfatizam a influência dos fatores genéticos nos valores de PA. Essa influência é resultante da partilha de genes e ambiente comum dos membros da mesma família. Estima-se que 25 a 58% das variabilidades da PA podem ser determinadas geneticamente. Verifica-se que quando um dos progenitores é hipertenso, o descendente possui até 3,5 vezes mais chances de desenvolver HAS quando comparado com um descendente cujos pais são normotensos (FUENTES et al., 2000; ROBINSON et al., 2005).

Fermino et al. (2009) verificaram que para a Pressão Arterial Sistólica (PAS), a associação entre os graus de parentesco e PA são baixos a moderados ($0,21 \leq r \leq 0,35$), exceto na relação mãe-filho ($r = 0,01$). Para a Pressão Arterial Diastólica (PAD), os valores encontrados são moderados ($0,24 \leq r \leq 0,50$). Neste estudo os fatores genéticos explicaram cerca de 43% e 49% da variação total da PAS e da PAD, respectivamente.

Cavalcante et al., (1997) em estudo realizado na cidade de Manaus junto a 32 adolescentes, do sexo masculino, brancos, na faixa etária de 13 a 18 anos, sendo que 16 eram filhos de hipertensos e 16 de normotensos, concluíram a necessidade de atenção especial às crianças e adolescentes com antecedentes familiares de HAS. Tal conclusão deve-se ao fato de que os filhos de hipertensos possuíam valores elevados de PA. Já os filhos de normotensos apresentaram valores menores de PA.

Gênero e etnia

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década (MARTINEZ;

LATORRE, 2006; CESARINO et. al, 2008). Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (LESSA, 2006).

Faixa etária

A prevalência de níveis de PA acima de determinados limites fixados ou de sua média é maior quanto mais elevada a idade. Na maioria dos indivíduos, a PAS é mais baixa no nascimento, crescendo continuamente durante a vida do indivíduo. Enquanto a PAD eleva-se até a quinta década de vida para os homens e a sexta década de vida para as mulheres, declinando daí por diante (FUCHS et al., 1994; BORGES et al., 2008).

Há relação direta entre PA e faixa etária, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos. Estudos demonstraram que entre metalúrgicos do Rio de Janeiro e de São Paulo, a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição, indicando que indivíduos de meia-idade devem permanecer vigilantes com relação à exposição aos fatores de risco para HAS (MARTINEZ; LATORRE, 2006).

Fatores de risco ambientais

Obesidade / Excesso de peso

A obesidade e/ou excesso de peso é fator preditor para HAS, de modo que sua redução em pelo menos 5% e a prática regular de exercício físico são fundamentais para o controle dos níveis pressóricos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A obesidade é uma doença universal de prevalência crescente e que vem adquirindo proporções alarmantes. Nas últimas décadas, esta apresentou um aumento crescente e preocupante nas populações brasileira e mundial. Nos Estados Unidos, por exemplo, mais de 65% da população adulta pode ser considerada obesa ou com sobrepeso. No Brasil, os índices de obesidade têm-se elevado drasticamente, principalmente entre crianças e adolescentes (WANG; MONTEIRO; POPKIN 2002).

A literatura enfatiza que as estatísticas crescentes de obesidade são consequência da transição nutricional que tem ocorrido nas últimas décadas. Tais mudanças estão fortemente relacionadas às mudanças no estilo de vida e à globalização de alimentos, com abandono de dietas ricas em fibras, grãos, frutas, verduras e legumes em contraposição ao aumento do consumo de açúcares e gorduras saturadas. Tal fato está associado ao intenso processo de industrialização e urbanização. Concomitante a isso, houve aumento da inatividade física, causada por mecanização de muitas tarefas cotidianas, aumento do número de veículos por habitantes e maior tempo diante da televisão, jogos e internet (GUTIÉRREZ-FISAC et al., 2003; MONTEIRO et al., 1995).

Muraro et al., (2013), em estudo de autorrelato de hipertensão, verificaram associação positiva entre controle de peso e consumo contínuo de frutas/hortaliças com baixos níveis pressóricos. Esta associação deve-se ao conhecimento da população de que o consumo desses grupos alimentares é uma medida eficaz para o controle do excesso de peso e de doenças crônicas como a HAS. Entretanto, deve-se enfatizar que este hábito alimentar deveria ser incorporado antes do diagnóstico de HAS, como forma de prevenção a esta condição clínica.

Em estudo realizado por Cintra, Oliveira e Silva (2012) sobre a incidência de distúrbios nutricionais nos idosos institucionalizados e não institucionalizados, observou-se que o déficit de peso foi diagnosticado em 30% e o excesso de peso em 40% dos idosos, de acordo com o Índice de Massa Muscular (IMC) e o critério diagnóstico empregado. Uma proporção muito menor de idosos não institucionalizados apresentou baixo peso (4%). A frequência relativa de idosos com risco de enfermidades associadas à adiposidade abdominal foi elevada, atingindo 64% da população institucionalizada e 82% do grupo não institucionalizado, em ambos os sexos; sendo que as mulheres, nos dois grupos de idosos apresentaram maior risco (81 e 83%) que os homens (46 e 57%). Esses dados indicam que alto peso corporal ou gordura abdominal e idade são fatores que, associados, representam agravado risco para HAS e/ou complicações.

Em conformidade com esses achados, Munaretti et al., (2011) afirmam que a probabilidade de hipertensão, em homens com valor de IMC indicativo de obesidade, foi 93% maior em relação àqueles cujo IMC não representava obesidade. Nas mulheres, a medida de associação foi, aproximadamente, duas vezes maior para aquelas que apresentaram valores de IMC indicativos de obesidade corporal ou abdominal.

Sedentarismo

A Inatividade física é um problema de saúde pública, reconhecido como um fator independente de risco para a doença coronariana. O risco relativo da inatividade para doença coronária é semelhante à da hipertensão, hipercolesterolemia e tabagismo. O sedentarismo está ainda associado ao aumento simultâneo nas doenças cardiovasculares. A prática regular de exercício físico de intensidade moderada induz uma série de adaptações corporais que produzem benefícios para a saúde. Diferentes estudos têm demonstrado uma correlação inversa entre exercício habitual, risco de eventos coronarianos e morte cardíaca (PEREZ, 2008; FREITAS, 2012).

Ingestão de sódio

O uso abusivo de sódio contribui para ocorrência da HAS, enquanto o baixo consumo pode reduzir os níveis pressóricos dos hipertensos ou mesmo prevenir o aparecimento da doença. Estudos realizados com populações em que a ingestão de sódio ficou abaixo de 30 mEq/dia não registraram casos de HAS, como por exemplo na população de índios brasileiros yanomani, em que não foram encontrados casos da doença. Por isso, considera-se a ingestão excessiva de sódio como principal desencadeante dessa patologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Molina et al. (2003) observaram que a ingestão de sal é fortemente influenciada pelo nível socioeconômico. Esse fato pode, parcialmente, explicar a alta prevalência de HAS nas classes socioeconômicas mais baixas.

Ingestão de álcool

A prevalência da HAS entre aqueles que ingerem quantidade excessiva de bebida alcoólica é significativamente maior do que entre os que não a ingerem. A causa mais comum de morte entre etilistas é de origem cardiovascular. Os efeitos do consumo de álcool dependem fundamentalmente de alguns fatores, tais como: quantidade e regularidade da ingestão, tipo de bebida consumida, estado nutricional do indivíduo, associação ao tabagismo, suscetibilidade individual e fatores genéticos (STOCCO; BARRETTO, 2000).

O consumo mínimo ou moderado de álcool está associado à redução da mortalidade, principalmente pela redução da doença arterial coronariana. Em contrapartida, quanto maior o consumo maior a mortalidade, principalmente devido a acidente vascular cerebral

hemorrágico e doenças cardiovasculares. Por isso é importante identificar o limiar de consumo alcoólico acima do qual o equilíbrio de riscos e benefícios se torna desfavorável (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30g álcool/dia contidas em 600 ml de cerveja (5% de álcool), ou 250 ml de vinho (12% de álcool), ou 60 ml de destilados (whisky, vodka, aguardente - 50% de álcool). Este limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Tabagismo

O tabagismo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares. Evitar esse hábito é um dos maiores desafios em razão da dependência química causada pela nicotina. No entanto, programas de controle ao tabagismo resultam em redução do consumo individual e se associam à diminuição de mortes cardiovasculares em curto prazo. O cuidado individual do tabagista é estratégia prioritária, em decorrência do eminente risco de complicações à saúde. O apoio psicoemocional incondicional ao tabagista e a prescrição de medicamentos têm-se mostrado muito eficazes. Para melhor controle pressórico, recomenda-se a adoção simultânea de atividades físicas, não tabagismo e educação alimentar (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Classe socioeconômica

As desigualdades socioeconômicas têm papel decisivo nas condições de saúde, considerando que influenciam diferentes fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, entendimento das orientações dos profissionais de saúde. Cipullo et al. (2010) mostraram taxas mais elevadas de doença cerebrovascular em grupos com níveis socioeconômicos baixos.

Dragano et al., (2007) buscaram analisar a associação entre os fatores de risco cardiovascular e as características sociodemográficas. Eles observaram que a classe social poderia impor as pessoas um estilo de vida imputando-lhes alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Indivíduos sem ocupação estável estão propensos a maior risco de desenvolver HAS e serem obesas, quando comparadas a pessoas com ocupação estável, por exemplo, produtores rurais e funcionários públicos (VICTOR, et al., 2009).

Fatores ambientais associados ao trabalho

A prevalência da HAS também está associada às ocupações dos indivíduos. Características físicas do trabalho, tais como: exposição contínua a barulho e vibração, temperaturas extremas, falta de autonomia, trabalho sob supervisão severa, natureza repetitiva das atividades e instabilidade no emprego podem elevar a PA (BRASIL, 2002).

O estresse ocupacional desenvolve-se quando o indivíduo avalia as dificuldades corriqueiras ou eventuais que vivencia como excessivas, impossibilitando-o de resistir e de criar estratégias para lidar com elas. Essa discrepância percebida entre as demandas do ambiente e os recursos biológicos, psicológicos e sociais de que dispõe para resistir ao estímulo estressor pode trazer prejuízos ao sujeito, alterando sua qualidade de vida e diminuindo a motivação necessária nas atividades diárias, especialmente nos desafios que o sujeito encontra cotidianamente (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2007). Sabe-se que o estresse é reconhecido como um dos riscos ao bem-estar psicossocial do indivíduo, relacionado, por vezes, a alterações no estado de saúde com possível incidência de eventos e crises hipertensivas.

Souza et al., (2009) indicam a possibilidade do estilo de vida e jornada de trabalho estarem influenciando a PA de motoristas de ônibus, durante o período de trabalho. Esta correlação está associada ainda a idade do motorista, tempo de serviço na profissão, autorrelato de HAS e diagnóstico prévio da patologia, com possível tratamento medicamentoso.

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul sobre a relação entre HAS e atividade profissional evidenciou que a PAD era mais baixa no setor primário de produção. No nível terciário, os que exerciam atividades sociais apresentavam níveis mais baixos e os indivíduos que trabalhavam em transportes, comunicação e administração pública, tinham PAD mais elevadas (DUDA et al., 1994).

Freitas et al. (2001) tentaram estabelecer uma correlação entre carga horária de trabalho elevada e prevalência de HAS. Constatou-se que o indivíduo que trabalha muito teria pouco

ou nenhum tempo para aplicar as medidas da mudança de estilo de vida. Entretanto, não se obteve significância estatística entre quantidade de horas de trabalho (6, 8, 10 e 12h) e HAS.

Fatores determinantes da adesão ao tratamento

Entende-se que adesão ao tratamento refere-se ao grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Apesar dos fatores citados influenciarem na etiologia e também na adesão ao tratamento quando a doença já está instalada no indivíduo, a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) afirma que os principais determinantes da adesão ao tratamento anti-hipertensivo são: falta de conhecimento e crenças sobre a doença; fatores relacionados aos serviços de saúde e aos medicamentos; interferência na qualidade de vida após início do tratamento; hipertensão resistente e o efeito do avental branco.

Falta de conhecimento e crenças sobre a doença

Embora a percepção dos benefícios quanto à adoção de medidas de prevenção e tratamento da HAS não implique necessariamente em coerência e efetividade de ações em busca da adesão, autores consideram que a crença no processo saúde-doença é, por si só, um forte preditor de comportamentos voltados a tratamentos adequados (GAMA, et al. 2012; FILHO; LOPES; FAERSTEIN, 2013).

Gama et al. (2012) identificaram que a maioria dos entrevistados parecia não compreender sua enfermidade como de caráter crônico, não possuía conhecimento sobre o tempo de tratamento e acreditava que entre 1 a 5 anos haveria cura da HAS. Apenas 22% expressaram a enfermidade como uma condição que os acompanharia ao longo da trajetória de vida e que as medidas terapêuticas deveriam ser permanentes. De modo coerente com a crença de que havia um tempo determinado para o tratamento da HAS, a maioria entendia que as medicações tomadas seriam capazes de promover a cura ou não possuíam conhecimento adequado sobre a eficácia dos procedimentos terapêuticos.

Em estudo realizado por Leão e Silva et al. (2013), constatou-se que a percepção da HAS como uma doença associada a sintomas físicos, tais como dor de cabeça, tonteira, dor no corpo, melhora os índices de adesão ao tratamento quando esses sintomas estão presentes. Em contrapartida, uma vez que a HAS é assintomática, muitos pacientes não aderem ao tratamento na ausência de sintomatologia. Devido a essa percepção equivocada sobre a doença, faz-se necessária imediata reavaliação das orientações fornecidas aos hipertensos pelas equipes de saúde.

Por outro lado, de acordo com esses autores, não basta informar que a HAS é uma doença assintomática. Mesmo pacientes que possuem conhecimento adequado sobre a HAS e o tratamento, são impulsionados a agir em conformidade com as opiniões estruturadas a partir de experiências compartilhadas com o meio.

Soares et al., (2014) afirmam que comportamentos inadequados em relação à terapêutica são criados a partir da interação do sujeito portador de HAS com a sociedade e mantidos através do reforço verbal da comunidade ou da ausência de sintomatologia, já que grande parte dos pacientes acredita que a HAS é uma doença sintomática. Tanto o comportamento baseado nas prescrições médicas quanto aqueles comportamentos que diferem da terapia adequada, são mantidos em sua maioria graças a resultados positivos (PA controlada quando aferida) que ocorrem aleatoriamente, perpetuando, sobretudo, aqueles que se apresentam como menos aversivos aos pacientes.

Em decorrência, torna-se primordial a criação de estratégias para que ocorram mudanças na forma de pensar e se comportar em relação à HAS. Tais mudanças devem ocorrer não apenas em relação ao indivíduo, mas em relação ao grupo como um todo.

Fatores relacionados ao serviço de saúde e aos medicamentos

Os hipertensos, por conviverem frequentemente com esta doença crônica, utilizam em grande escala os serviços de saúde e fazem alto consumo de medicamentos. Em países desenvolvidos, as pessoas com mais de sessenta anos consomem aproximadamente a metade dos fármacos prescritos e são responsáveis por 60% dos custos com medicamentos, ainda que representem 12% da população nesses países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Considerando as dificuldades em arcar com os custos de medicamentos para cuidar da própria saúde, Lessa et al. (2006) sugerem que a distribuição gratuita da medicação é fator essencial para a adesão do paciente ao tratamento com medicamento anti-hipertensivo.

A disponibilização gratuita de medicamento é apenas um dos fatores que contribui para a acessibilidade ao serviço de saúde e efetivo monitoramento da HAS. Tempo de espera prolongado para atendimento, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os hipertensos faltosos e com aqueles que deixam o serviço, são fatores incidentes sobre a baixa adesão.

Interferência na qualidade de vida após início do tratamento

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), Qualidade de Vida (QV) corresponde à percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Pacientes hipertensos possuem uma diminuição significativa na QV quando comparados aos normotensos. Nesse contexto, as mulheres tendem a ser as mais atingidas, sendo verificados danos frequentes em seus órgãos vitais, devido à elevação da frequência cardíaca e ao aumento e excesso de peso (GUSMÃO, 2009).

Estudos apontam que pacientes com diagnóstico de doenças crônicas têm maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de estresse, ansiedade e depressão. Tais estudos sugerem que esses indivíduos, ao serem expostos a situações aversivas, apresentariam dificuldades no manejo da doença, comprometendo a adesão ao tratamento e conseqüentemente afetando sua QV. De acordo com a literatura, a HAS é uma doença que, independentemente da faixa etária e da Etiologia, causa impacto negativo na vida do indivíduo (MIRANZI et al., 2008). O diagnóstico precoce e a redução da exposição a fatores de risco para descontrole da HAS, são alternativas para a minimização dos efeitos limitantes da doença.

Além desses fatores, faz-se necessário também reconhecer a influência dos abaixo apresentados, que embora citados na epidemiologia, não são identificados como determinantes da adesão, segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial:

Hipertensão Resistente

Pacientes aderidos ao tratamento e não responsivos à tríplex terapia otimizada que inclua um diurético caracterizam a situação clínica de HAS resistente. Nessa situação clínica, deverá ser avaliada a presença de fatores que dificultam o controle da PA, tais como ingestão excessiva de sal, álcool, obesidade, uso de fármacos com potencial de elevar a PA, síndrome de apneia obstrutiva do sono e de formas secundárias de HAS, procedendo à correção desses fatores. Se ausentes ou se a PA persistir elevada mesmo após a correção dos fatores de agravamento do quadro hipertensivo, a adição de espironolactona e de simpatolíticos centrais e betabloqueadores ao esquema terapêutico tem-se mostrado útil. Reserva-se, para pacientes que não responderam adequadamente à estratégia proposta, a adição de vasodilatadores diretos como hidralazina e minoxidil, que devem ser usados em combinação com diuréticos e

betabloqueadores (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

HAS do avental branco

O Efeito do Avental Branco (EAB) é a diferença de pressão obtida entre a medida registrada no consultório e fora dele, desde que essa diferença seja igual ou superior a 20 mmHg na PAS e/ou de 10 mmHg na PAD. Está relacionada a fatores emocionais ligados à aferição da PA (medo, preocupação com o resultado da aferição). A prevalência do EAB na população adulta varia entre 18% e 60%. Tem componente familiar, sendo mais frequente em brancos, mulheres, idosos, pacientes com sobrepeso e obesos e mais comum em normotensos que em hipertensos e em pacientes hipertensos não tratados (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Considerando esta multiplicidade de fatores, as principais sugestões da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) para melhorar a adesão ao tratamento são: Educação em saúde com enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características; orientações sobre os benefícios do tratamento, incluindo mudanças de estilo de vida; informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidade de ajustes posológicos com o passar do tempo; cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades individuais; e atendimento médico facilitado, sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas.

Tratamento da HAS

Para o tratamento da HAS e suas complicações é fundamental o seguimento das orientações dos profissionais de saúde. Tal orientação pode consistir tanto na adoção de hábitos de vida saudáveis, quanto no uso de medicação ou associação de ambos. Essas recomendações devem ser pautadas em exame clínico e identificação da terapêutica mais adequada para cada caso. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Atenção especial deve ser dada à postura dos profissionais de saúde e à forma como orientam os pacientes. Durante os encontros de orientação, deve-se enfatizar que no controle da PA a associação de ambas as formas de tratamento é fundamental na maioria dos casos. Ou seja, é necessário utilizar tanto a mudança no estilo de vida (prática de atividades físicas, cuidados

com a alimentação, controle do peso, redução do tabagismo) quanto à adoção do tratamento medicamentoso por serem complementares e essenciais para o sucesso da terapia.

Tratamento medicamentoso

O tratamento da HAS tem como objetivo primordial reduzir a PA a níveis pressóricos adequados (abaixo de 140 mmHg de PAS e 90 mmHg de PAD), e conseqüentemente, diminuir a morbimortalidade associada ao baixo controle. Os medicamentos anti-hipertensivos são classificados em diuréticos, antagonistas adrenérgicos, bloqueadores de canal de cálcio, vasodilatadores diretos e antagonistas do sistema renina-angiotensina (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O tratamento deve ser individualizado e a escolha do medicamento deve atender aos seguintes quesitos: capacidade do medicamento reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares; perfil de segurança do medicamento (possíveis reações adversas, interação medicamentosa e comodidade para o paciente); mecanismo fisiopatogênico predominante; características individuais; doenças associadas à HAS; condições socioeconômicas do paciente (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). A observância desses quesitos é fundamental para garantir uma boa adaptação do paciente ao medicamento e dessa forma, melhorar a adesão ao esquema medicamentoso.

A dose deve ser ajustada até que se consiga redução da PA a um nível considerado satisfatório para o paciente. Caso o objetivo terapêutico não seja alcançado com a monoterapia inicial, deve-se avaliar o resultado e se necessário, aumentar a dose do remédio, substituir o anti-hipertensivo ou associar dois ou mais medicamentos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso pode controlar a HAS leve; quando associado com o tratamento farmacológico, pode melhorar o controle da PA do paciente com HAS moderada/grave (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Dentre as medidas com eficácia comprovada e de melhor impacto no controle da PA, destaca-se a redução de peso, redução do sódio e a prática regular de atividade física. O excesso de peso ponderal é fator predisponente para a HAS, de modo que a redução em pelo menos 5% na massa corpórea e a prática regular de atividades físicas são fundamentais para o controle

pressórico, além de atuar favoravelmente sobre a tolerância à glicose e o perfil lipídico (BARBATO et al., 2006).

Whelton et al. (2002) concluíram que o exercício aeróbio reduz a PA tanto em hipertensos quanto em normotensos. O aumento da atividade física deve ser considerado um componente importante da modificação de vida para a prevenção e tratamento da HAS. A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) relata que todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas de forma contínua ou acumulada em pelo menos cinco dias da semana.

A redução moderada do sal da dieta resulta em queda significativa da PA no paciente hipertenso. Cappuccio (1997) ressalta a necessidade do uso moderado de sal na dieta e aumento de alimentos ricos em potássio não apenas como um primeiro passo no tratamento de indivíduos com HAS, mas, sobretudo, como medida preventiva para a redução da prevalência da HAS e suas complicações na população. A dieta com restrição de sódio (~6 g/dia) é ideal como parte do tratamento não medicamentoso da HAS (LOPES; MORAES, 2003).

A redução da ingestão de sódio é geralmente acompanhada de aumento do consumo de potássio, e essa modificação no hábito alimentar pode resultar em grande benefício. Sua ingestão na dieta pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio, como feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja (LOPES; MORAES, 2003).

Atenção multiprofissional e atuação do psicólogo no atendimento a hipertensos

A dificuldade de adaptação dos hipertensos às condutas adequadas durante o tratamento medicamentoso ou não se constitui em um desafio para a Saúde Pública no controle e prevenção de complicações da HAS.

É inegável a importância do papel dos profissionais de saúde no tratamento da HAS, visto que são corresponsáveis pela promoção da saúde dos pacientes. Tais profissionais devem desenvolver estratégias para que seus pacientes superem as dificuldades de adoção de terapêuticas adequadas.

Fatores múltiplos exigem diferentes abordagens e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do tratamento da HAS e demais

fatores de risco cardiovascular (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

As equipes multidisciplinares voltadas para o tratamento da HAS devem ter diversos profissionais da área de saúde: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, farmacêuticos, assistentes sociais. O trabalho conjunto de dois ou mais profissionais pode resultar em melhor controle pelo paciente hipertenso (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1996).

A presença do psicólogo nesse processo é fundamental. A demanda de trabalho para esse profissional com relação às doenças crônicas é crescente e talvez seja a mais complexa para a resolução de problemas comportamentais. Esse profissional deve sempre estar atento a alguns aspectos básicos nessa área, como por exemplo, o aumento da incidência dessas doenças e suas implicações clínicas; os avanços tecnológicos médicos e farmacológicos e as interações biopsicossociais. Ao mesmo tempo em que deve estar preparado para lidar com cada paciente de forma personalizada, deve também estar apto a atuar junto à família do paciente tendo como referência o contexto, o histórico e a evolução da doença (GUIMARÃES, 1999).

As intervenções psicológicas nesse contexto “têm funções relevantes na prevenção da doença, no tratamento e na melhoria da qualidade de vida” (GUIMARÃES, 1999, p. 31.). Com isso, o psicólogo deve desenvolver e aprimorar programas de mudanças comportamentais incluindo etapas de prevenção, tratamento e controle.

Faz-se necessário uma potencial modificação dos comportamentos indesejáveis e manutenção de comportamentos preventivos e saudáveis e, ainda, aquisição de hábitos que venham promover a saúde. O psicólogo pode auxiliar no processo de compreender a real importância de seguir adequadamente as orientações médicas e de outros profissionais, bem como, conhecer a causa e o efeito direto de seus comportamentos em sua condição de saúde.

As tarefas de cada profissional são específicas, mas em diversos momentos ocorre uma imbricação natural das funções, o que será revertido em benefício aos pacientes. Estes, sendo submetidos a um volume muito maior de informações sobre a doença, tendem a incorporar hábitos mais adequados e serem, efetivamente, elementos ativos no seu tratamento (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1996).

2.3 – Estudando a diversidade para entender o comum: contribuições da Teoria das Representações Sociais para a Saúde Pública

A adesão ao tratamento da HAS representa um problema no âmbito mundial por piorar os resultados terapêuticos e aumentar os custos dos sistemas de saúde. A melhora da adesão reduz a mortalidade, internações, custos médicos, além de promover o bem-estar dos pacientes (SIMPSON, et al. 2006).

De acordo com Rosen (1992), “se os determinantes primários da doença são principalmente econômicos e sociais, então, seus remédios também devem ser econômicos e sociais”. Nesta perspectiva, nota-se uma significativa mudança na abordagem das condições de saúde e nos investimentos econômicos, mediados por um novo modo de pensar soluções nesse contexto. Prioriza-se a prevenção, promoção de saúde, acessibilidade a serviços e medicamentos, redução de desigualdades territoriais, empoderamento dos indivíduos para se cuidarem adequadamente. Apesar disso, considerando-se os baixos indicadores de adesão e controle da doença, a questão da adesão farmacológica ou comportamental, ainda é um desafio.

Portanto, é meritório os seguintes questionamentos: Se existem mecanismos acessíveis capazes de reduzir efetivamente a prevalência de não adesão à HAS, como justificar os constantes e crescentes índices de mortalidade ocasionada por essa doença? Se o sucesso terapêutico demanda comportamentos rotineiros e permanentes de adesão, como garantir a eficácia terapêutica a nível individual e coletivo, uma vez que para tal concorrem uma realidade científica (prescrição/orientação dos profissionais de saúde) e uma realidade subjetiva (vivências, valores e representações sociais sobre a doença)?

Indubitavelmente, a adesão ao tratamento da HAS, conforme as recomendações dos profissionais de saúde é fundamental para que o paciente tenha um controle eficaz da PA. Por outro lado, sabe-se que essa adesão sofre influência da cultura, a partir da qual são criados comportamentos que não favorecem o controle da PA colocando em risco a saúde dos pacientes.

A partir das RS estruturadas e compartilhadas pelos membros de uma sociedade, exerce-se controle sobre os costumes dos sujeitos criando-se repertórios de comportamentos em relação aos fenômenos ou objetos sociais. Sendo a HAS um desses objetos, tais RS influenciam no modo como o grupo e cada indivíduo percebe a doença e realiza a terapêutica (GLENN, 2004).

De acordo com Moscovici (1961, p. 27-28), “a representação social é um *corpus* organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, inserem-se num grupo ou numa relação cotidiana de trocas, liberam o poder da sua imaginação” (MOSCOVICI, 1961, p.27-28).

Seguindo essa perspectiva Minayo (2000, p. 89) entende que “as representações podem ser consideradas matéria-prima para análise do social e também para ação pedagógico-política de transformação, pois retratam e refratam a realidade, segundo determinado segmento da sociedade”.

As RS, como exposto por Moscovici (1961), refletem o modo como os indivíduos, grupos, sujeitos sociais, constroem seu conhecimento a partir de sua inserção social e cultural e, por outro, o modo como a sociedade conhece e constrói esse conhecimento através da comunicação entre os indivíduos. Uma RS, ao mesmo tempo em que se constitui em um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, serve também para estabelecer categorias cognitivas e relações de sentido que são exigidas para o entendimento do objeto e de comportamentos relacionados a ele (MOSCOVICI, 1961). Em suma, as RS permitem identificar as formas de interações estabelecidas entre sujeitos e sociedade, as quais possuem o intuito de construir a realidade, mediada pela comunicação.

As RS são elementos simbólicos expressos mediante o uso de palavras. Os indivíduos explicitam o que pensam, como percebem esta ou aquela situação, que opinião possuem sobre determinado fato ou objeto, que expectativas mantêm a respeito disto ou daquilo... Essas ideias são construídas socialmente e estão, necessariamente, associadas à condição socioambiental dos indivíduos que as formulam (MOSCOVICI, 1961). Segundo Oliveira (2008), as RS, neste contexto, constituem-se em processos de uma atividade cognitiva, através da qual se reconstitui a realidade e atribui sentido a ela.

Com relação à HAS, sabe-se que é inviável dissociar o que os indivíduos pensam sobre a doença de seu contexto social. As experiências vivenciadas pelos sujeitos, os relatos de vizinhos, amigos, familiares, as orientações dos profissionais de saúde, fatores psicológicos como negação da cronicidade da doença e medo de ser “refém” desta por toda a vida, por exemplo, são algumas das variáveis que podem gravitar em torno da HAS e fazer parte do imaginário individual e/ou social sobre esta. Tais representações, mesmo que incorretas do ponto de visto científico podem estar imbricadas de tal forma no pensamento dos sujeitos que

sua desconstrução tende a ser inexecutável quando se constituem parte do Núcleo Central das RS.

Bonardi e Roussiau (1999) consideram que apesar dos elementos dos sistemas periféricos da RS serem de grande relevância, o Núcleo Central constitui-se no principal mecanismo de captação da essência do pensamento social. Abric (1994) afirma que o Núcleo Central possui duas principais funções:

- Função geradora: elemento pelo qual se cria ou se transforma a significação dos outros elementos constituintes da RS (origem do pensamento). É por ele que os elementos tomam um sentido, um valor;
- Função organizadora: determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação. Tem papel unificador, estabilizador e decisivo nas RS.

A sociedade atua como um elemento importante na difusão e no controle das representações, por ter grande influência (opiniões, críticas, conselhos de outros, etc.) no cotidiano das pessoas. Apesar dos elementos que fazem parte do Sistema Periférico sofrerem mutações em decorrência do contexto espacial, temporal e histórico em que é emitida, os elementos do Núcleo Central da RS perduram, constituindo-se em “verdades” indissociáveis, mesmo que não apresentem caráter racional e consciente. A Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) é uma técnica utilizada na Psicologia e que tem se mostrado eficiente na apreensão desse conteúdo em pesquisas científicas na perspectiva das RS.

Com relação à adesão ao tratamento, possivelmente diferentes níveis de adesão refletem diferentes RS sobre a doença. Para entendê-los faz-se necessário identificar os elementos estáveis e específicos constituintes do Núcleo Central de determinada representação, a fim de se compreender as condutas assumidas pelos indivíduos. Sobre a propriedade de estabilidade e diferenciação do Núcleo Central, Abric (1994) pondera:

Ele será na representação o elemento que mais vai resistir à mudança. Com efeito, toda modificação do núcleo central conduz a uma transformação completa da representação. Nós assumimos, portanto que é o levantamento desse núcleo central que permite o estudo comparativo das representações. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes. A simples descrição do conteúdo de uma representação não é portanto suficiente para reconhecê-la e especificá-la. É a organização desse conteúdo que é essencial: duas representações definidas por um mesmo conteúdo podem ser radicalmente diferentes, se a organização desse conteúdo, e portanto a centralidade de certos elementos for diferente (p. 22).

O Núcleo Central das RS, por se constituírem em saberes cristalizados e condicionados socialmente, podem intervir negativamente na terapêutica medicamentosa ou não, mesmo em

face das orientações profissionais adequadas e de todos os demais recursos para uma apreensão correta, na perspectiva médica. Neste sentido, a identificação e enfoque de estudo nos Núcleos Centrais das RS de hipertensos, com distintos níveis de adesão e controle da PA, faz-se importante para o entendimento da origem de certos comportamentos em saúde.

Corroborando com essa linha de pensamento, Moscovici (1961) afirma:

Representar uma coisa [...] não é, com efeito, simplesmente duplicá-la, repeti-la ou reproduzi-la; é reconstituí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de “realismo”. [...] Essas constelações intelectuais uma vez fixadas nos fazem esquecer que são obra nossa, que tiveram um começo e que terão um fim, que sua existência no exterior leva a marca de uma passagem pelo psiquismo individual e social (p. 56-57).

A TRS, portanto, apresenta-se como ferramenta conceitual para analisar ângulos da realidade postos em pauta pelos olhares das pessoas e por representações simbólicas que concedem vida à realidade. O campo das RS é o lugar onde se movimentam os corpos e as imagens, onde se expressam as ambiguidades humanas, os pensamentos, as sensações, as ações e atitudes (ARRUDA, 2002).

A pertinência da adoção da TRS no estudo do processo de adesão ao tratamento da HAS está no fato de que ela permite produzir um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade sem distanciar o sujeito social e o seu saber concreto do seu contexto. Assim, a apreensão do modo de construção do saber relativo à HAS e seu tratamento não se apresentará desvinculado de sua subjetividade. A dupla oposição “saúde-doença” e “indivíduo sociedade”, que se organiza na representação, dando sentido à doença e seu tratamento pode ser apreendida através do discurso do paciente. Por meio do discurso relativo à saúde e doença, tem-se acesso à imagem da sociedade, de suas “imposições”, tais como o indivíduo as vive. Englobada nessa imagem, a doença e tudo aquilo relacionado a ela adquire uma significação (HERZLICH, 2005).

Em suma, entender a inserção dos pacientes no seu meio, bem como conhecer as representações que possuem em torno da doença, torna-se essencial. Isto porque a aproximação das singularidades do território do hipertenso, através de seu discurso coletivo, contribui para uma compreensão contextual e individualizada da realidade epidemiológica.

III – QUADRO DE REFERÊNCIA

3.1 – Problema

Mesmo conhecendo-se a eficácia, efetividade e eficiência de várias das medidas preventivas e de tratamentos disponíveis, farmacológicas ou não, a Hipertensão Arterial Sistêmica continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade. Isso porque o tratamento envolve mudanças dietéticas, comportamentais, de estilo de vida e, em especial, uso de múltiplos medicamentos por períodos prolongados, ou mesmo, por toda a vida (SANTOS et al., 2005).

Tais exigências fazem com que mais da metade dos hipertensos diagnosticados não adotem nenhum tratamento. A não adesão do hipertenso ao tratamento tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais provenientes do absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez. Outro agravante é o fato de que mesmo dentre os hipertensos que fazem tratamento, poucos têm a PA controlada (PERES; MAGNA; VIANA, 2003; SANTOS et al., 2005).

Entre os hipertensos que iniciam o tratamento, de 16 a 50% desistem da medicação durante o primeiro ano de uso devido aos fatores associados ao paciente, à própria doença, às crenças, aos hábitos culturais e de vida, ao tratamento, à instituição e ao relacionamento com a equipe de saúde como apresentado na revisão de literatura. O elevado percentual de desistência explica a alta prioridade dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias que motivem o hipertenso a dar continuidade à terapêutica indicada pelos profissionais de saúde (RIERA, 2000; SANTOS et al., 2005).

Peres, Magna e Viana (2003) consideram que deve ser dado ao hipertenso a possibilidade de desenvolver o autocuidado de forma mais satisfatória ao seu contexto de vida. Quanto a essa asserção não há o que se discutir, a não ser as condições para que isso possa efetivamente ocorrer. Para que a adesão ao tratamento ocorra, torna-se importante que os profissionais de saúde sejam capazes de ir além do mero conhecimento dos fatores que influem nesse processo, já assinalados pela literatura, bem como da mera assimilação e utilização de inovações tecnológicas e humanísticas.

Sendo o autocuidado fundamental no tratamento da HAS, uma atenção diferenciada dos profissionais deve ser dada aos sujeitos pertencentes às diferentes faixas etárias dessa

população. Se por um lado é na terceira idade que aumenta o risco de doenças crônicas com destaque para as cardiovasculares associadas à HAS, por outro é nas fases anteriores do ciclo da vida, Adulto Jovem e Meia Idade¹ consideradas produtivas sob o ponto de vista do trabalho e influenciada pelas questões objetivas dele decorrentes, que são estruturados comportamentos capazes de contribuir ou não para a adesão ao tratamento dessa doença. Esse quadro faz com que seja necessário que os profissionais de saúde procurem conhecer, em profundidade, o modo como os hipertensos pertencentes a diferentes faixas etárias inseridos em diferentes condições socioambientais representam a doença, que por sua vez criam condições para que este ou aquele fator os impeçam de aderir ao tratamento e manter a PA sob controle.

Nessa via de raciocínio a questão que ocupa o centro dessa investigação é colocada nos seguintes termos: *De que forma as Representações Sociais relativas à Hipertensão Arterial Sistêmica exercem influência sobre a adesão ao tratamento da doença e controle da PA?*

3.2 – Objetivos

3.2.1 – Geral

Identificar de que forma as Representações Sociais relativas à Hipertensão Arterial Sistêmica exercem influência sobre a adesão ao tratamento da doença e controle da PA.

3.2.2 – Específicos

1. Desenvolver uma base de dados primários, com informações sobre uma amostra representativa da população de hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Governador Valadares-MG, no ano de 2014.
2. Verificar se os indivíduos classificados como aderidos ao tratamento, em conformidade com o Questionário de Morisky Green, possuem real controle de sua doença, mediante aferição da pressão arterial.
3. Conhecer comportamentos e representações referentes à HAS, de pacientes classificados como aderidos ao tratamento pelo Questionário de Morisky Green e baixo controle identificado na aferição da pressão arterial.

¹ Papalia, Olds e Feldman (2010) consideram por Adulto Jovem os sujeitos que se situam na faixa etária dos 20 a 39 anos e por Meia Idade os que estão na faixa etária dos 40 a 65 anos.

3.3 – Justificativa do estudo

Dentre as doenças cardiovasculares a HAS é a de maior incidência e causadora de danos. Isso justifica a necessidade de produzir conhecimento que possibilite o entendimento da patologia e seu tratamento, favorecendo a diminuição dos custos sociais da doença que tendem a ser majorados em função do crescimento da população idosa.

Estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre crescimento e expectativa de vida, projetaram um aumento da população brasileira acima de 60 anos na ordem de 15 vezes, entre os anos de 1950 e 2025. No mesmo período acredita-se que o crescimento dessa população no mundo será de cinco vezes. Tal aumento colocará o Brasil no ano 2025 como a sexta população de idosos do mundo (IBGE, 2010).

O envelhecimento da população favorece uma mudança no perfil epidemiológico. De uma população jovem com maior incidência de doenças infecciosas, tem-se hoje uma população na qual predominam as doenças crônicas com características de populações envelhecidas. Esse fato traz como consequência o aumento dos custos com tratamento, hospitalização e reabilitação. Os problemas de saúde crônicos e múltiplos perduram por vários anos, requerendo pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares.

As mudanças no perfil epidemiológico acarretam despesas elevadas com tratamentos complexos e onerosos. As doenças nos idosos, na maioria das vezes, são crônicas consumindo mais recursos da área de saúde quando comparadas com as demais faixas etárias. Apesar disso, nem sempre este custo significa um cuidado adequado às necessidades específicas destes pacientes (OLIVEIRA et al., 2008).

Os avanços tecnológicos da medicina levaram ao desenvolvimento de tratamentos comprovadamente eficazes para prevenir e/ou controlar as doenças crônico-degenerativas. Tais tratamentos implicam, em sua maioria, em mudanças de comportamentos e hábitos de vida e sua eficácia depende, basicamente, da adesão dos indivíduos a eles.

A questão da adesão é particularmente importante quando se trata de diferentes faixas etárias. Embora não existam dados consistentes que relacionem idade e adesão, é grande a repercussão da não adesão em todas as faixas etárias, tanto no controle de sintomas, quanto na

manutenção da capacidade funcional, tendo implicações importantes em sua qualidade de vida (DIAZ, 2002).

Embora inúmeros estudos deem especial atenção à HAS entre os idosos deve-se atentar para o fato de que qualquer ação preventiva voltada para esse grupo etário implica na construção de práticas adequadas e saudáveis junto a hipertensos que se encontrem nas faixas etárias precedentes. Nesse sentido, a identificação das relações estabelecidas com a HAS e seu tratamento, sobretudo por pacientes que possuem entre 40 e 60 anos que vivenciam condições socioambientais diferentes, é fundamental. Além de tal ação possibilitar a identificação de dados preditores de comportamentos futuros permite, conseqüentemente, a criação de estratégias educativas que levem os hipertensos a manter na terceira idade, comportamentos adequados adquiridos em faixas etárias precedentes que favoreçam a efetiva adesão ao tratamento da doença.

Buscar conhecer o paciente e sua relação com os outros e com o ambiente em que está inserido, reveste-se de importância e implica na definição de um referencial teórico que possibilite visualizar todo o processo saúde-doença. A partir desse conhecimento torna-se possível discutir os elementos representativos que fomentam a formação da resistência ou aceitação ao tratamento da doença, para então tecer propostas que auxiliem na adesão e eficácia desse tratamento por portadores de HAS.

3.4 – Método utilizado no estudo

3.4.1 – Tipo de estudo

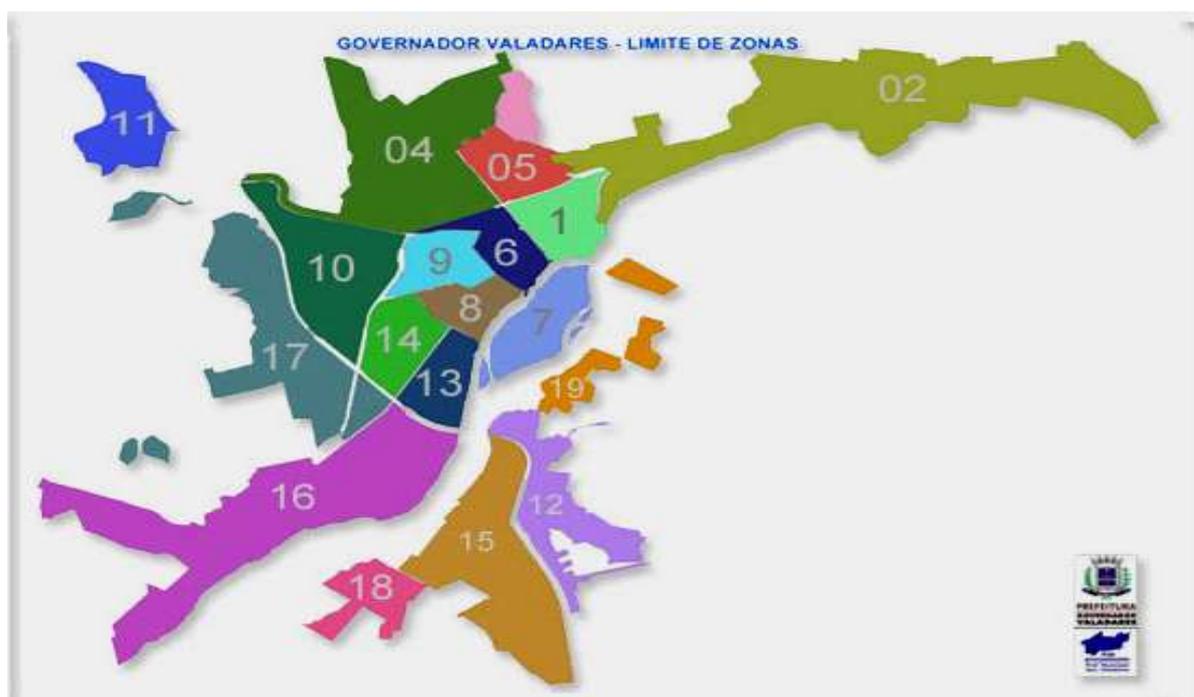
Nesta investigação adotou-se uma abordagem quantiquantitativa, descritiva, do tipo transversal. Especificamente em pesquisas sob a perspectiva da Teoria das Representações Sociais, a associação dessas abordagens é altamente recomendável (AXINN; PEARCE, 2007). O uso dessa combinação trabalha tanto dados normativos com seus parâmetros numéricos que lhes dão sustentação, quanto com vários aspectos particulares no universo de significados, aspirações, motivos, valores e atitudes, norteados por relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalidade de variáveis (MINAYO; SANCHES, 1993).

3.4.2 – Local do estudo

A pesquisa foi realizada na 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). Foram consideradas para a presente pesquisa as 39 ESFs e os 3 PACSs situados na zona urbana do município, existentes no período em que a coleta de dados foi realizada. Foram excluídas desse estudo as UBSs localizadas na zona rural. Atualmente, a população é atendida por 57 ESFs e 1 PACS.

Para uma melhor atuação do poder público, os 62 bairros existentes na zona urbana do município foram agrupados em 19 regiões. Duas delas não possuem UBS para atendimento da população. Seus residentes são cadastrados e atendidos pelas Unidades de Saúde mais próximas (FIGURA 4).

Figura 4 – Limite de zonas das regiões de atendimento das Unidades Básicas de Saúde.



FONTE: Prefeitura Municipal de Governador Valadares, 2006.

Região 01: Centro – Esplanada – São Tarcísio

Região 02: São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácaras Braúnas – Sítio das Flores – Sir- Vila Mariquita

Região 03: Santa Helena – Santa Efigênia

Região 04: Maria Eugenia – Esperança – M. do Vale – Grã-Duquesa

Região 05: Carapina – Nossa Senhora das Graças

Região 06: Centro – Vila Mariana

Região 07: Ilha dos Araújo

Região 08: Lourdes – Santa Terezinha

Região 09: Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

Região 10: Altinópolis – Mãe de Deus – Sto. Antonio – Vista Alegre

Região 11: Jardim do Trevo – Santa Paula

Região 12: Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João

Região 13: São Paulo – Santa Terezinha

Região 14: Loudes – Vila Bretãs

Região 15: Azteca – Jardim Atalaia - Jardim Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

Região 16: JK – Santa Rita

Região 17: Bela Vista – Jardim Perola – Distrito Industrial – Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras -Planalto – São José - Turmalina – Vila Ozanan

Região 18: Vila dos Montes – Vila do Sol

Região 19: Elvamar – Shangrilá – Vilage da Serra

3.4.3 – Universo do estudo

A população do estudo foi constituída por 18.046 hipertensos residentes na zona urbana de Governador Valadares (excluídos os sujeitos com idade de até 39 anos) e cadastrados nas ESFs e PACSs acima indicados, correspondendo a 6,8% da população total do município.

A relação desses indivíduos hipertensos e as ESFs e PACSs nos quais estavam cadastrados foi obtida na Secretaria Municipal de Saúde do Município, mediante consulta ao Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

3.4.4 – Amostra

Para definição do tamanho da amostra, fez-se uso da fórmula de determinação do tamanho da amostra (n) com base na estimativa da proporção populacional para populações finitas (FIGURA 5).

Figura 5 - Fórmula de determinação do tamanho da amostra com base na estimativa da proporção populacional para populações finitas

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

Onde:

- 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 (5%).
- N = tamanho da população

Com base no cálculo da fórmula de definição do tamanho da amostra (Nível de confiança: 99%; Erro amostral: 5%; Percentual máximo: 50%), tem-se que nesse estudo participaram

641 hipertensos cadastrados nas ESFs e PACSs da zona urbana de Governador Valadares. O número de hipertensos entrevistados em cada Unidade de Saúde foi proporcional à quantidade de pacientes atendidos e estratificados por faixa etária, conforme indicado na Tabela 4.

Tabela 4 – Números amostrais dos hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da zona urbana do Município de Governador Valadares – 40 anos ou mais

Números amostrais dos Hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Zona Urbana do Município de Governador Valadares - 40 anos ou mais												
ESF e PACS	Faixas etárias										Sub-Total	
	40-49	n	50-59	n	60-69	n	70-79	n	80 e +	n	Populaç	Amostra
ESF Altinópolis 1	60	2	113	4	98	3	84	3	37	1	392	13
ESF Altinópolis 2	51	2	94	3	106	4	103	4	33	1	387	14
ESF Altinópolis 3	73	3	119	4	152	5	105	4	50	2	499	18
ESF Altinópolis 4	49	2	94	3	123	4	109	4	53	2	428	15
ESF Atalaia	68	2	121	4	123	4	75	3	27	1	414	14
ESF Azteca	58	2	141	5	131	5	85	3	34	1	449	16
ESF Bela Vista	40	1	91	3	97	3	65	2	22	1	315	10
ESF Caic 1	59	2	92	3	97	3	69	2	33	1	350	11
ESF Caic 2	49	2	90	3	80	3	58	2	25	1	302	11
ESF Carapina 1	69	2	91	3	109	4	77	3	38	1	384	13
ESF Carapina 2	22	1	26	1	36	1	23	1	30	1	137	5
ESF Fraternidade	58	2	109	4	113	4	79	3	43	2	402	15
ESF Ipê	49	2	93	3	139	5	80	3	32	1	393	14
ESF Jardim do Trevo	46	2	90	3	111	4	63	2	32	1	342	12
ESF Jardim Primavera	42	1	95	3	96	3	97	3	45	2	375	12
ESF Mae de Deus 1	33	1	84	3	85	3	59	2	23	1	284	10
ESF Mae de Deus 2	41	1	69	2	85	3	82	3	17	1	294	10
ESF Nova JK 1	54	2	86	3	87	3	55	2	25	1	307	11
ESF Nova JK 2	44	2	100	4	82	3	71	3	36	1	333	13
ESF Novo Horizonte	63	2	112	4	100	4	62	2	23	1	360	13
ESF Santa Efigenia	33	1	77	3	65	2	53	2	29	1	257	9
ESF Santa Helena 1	40	1	78	3	101	4	83	3	36	1	338	12
ESF Santa Helena 2	46	2	83	3	143	5	106	4	47	2	425	16
ESF Santa Paula	66	2	105	4	87	3	91	3	42	1	391	13
ESF Santa Rita 1	79	3	128	5	127	5	98	3	71	3	503	19
ESF Santa Rita 2	86	3	155	6	167	6	149	5	103	4	660	24
ESF Santa Rita 3	50	2	89	3	59	2	56	2	22	1	276	10
ESF Santa Rita 4	49	2	71	3	58	2	40	1	19	1	237	9
ESF Santa Teresinha	69	2	167	6	171	6	143	5	109	4	659	23
ESF Santos Dumond	80	3	97	3	112	4	80	3	30	1	399	14
ESF São Pedro	26	1	57	2	80	3	74	3	45	2	282	11
ESF Sir 1	60	2	138	5	120	4	74	3	34	1	426	15
ESF Sir 2	55	2	162	6	135	5	105	4	53	2	510	19
ESF Turmalina 1	63	2	125	4	100	4	81	3	32	1	401	14
ESF Turmalina 2	37	1	58	2	53	2	42	1	15	1	205	7
ESF Turmalina 3	47	2	72	3	68	2	60	2	26	1	273	10
ESF Vila do Sol	60	2	111	4	88	3	80	3	25	1	364	13
ESF Vila dos Montes	44	2	115	4	113	4	82	3	30	1	384	14
ESF Vila Park Ibituruna	40	1	103	4	111	4	110	4	62	2	426	15
PACS N. S. das Graças	83	3	249	9	334	12	339	12	212	8	1217	44
PACS São Paulo	104	4	214	8	286	10	235	8	143	5	982	35
PACS Jardim Perola	117	4	285	10	396	14	309	11	177	6	1284	45
Sub-Total	2362	84	4649	165	5024	178	3991	142	2020	72	18046	641

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

3.4.5 – Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos pacientes hipertensos de ambos os sexos, com idade de 40-59 anos (Meia Idade) e 60 anos ou mais (Idosos), que fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos por períodos superiores a seis meses, sorteados aleatoriamente. Para ocorrência do sorteio fez-se um levantamento dos pacientes cadastrados nas ESFs e PACSs.

Foram excluídos do estudo sujeitos que possuíam algum déficit cognitivo bem como os idosos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais cujo estado funcional se enquadre na categoria parcialmente independente² e totalmente dependente³. Foram também excluídos os pacientes que embora aceitassem participar da pesquisa, se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4.6 – Aspectos éticos

Para o desenvolvimento desse trabalho, foi obtida autorização do CEP/UNIVALE, Anexo A, antes de sua execução (Parecer CEP 441059).

3.4.7 – Coleta de dados e etapas de realização da pesquisa

Para realização da pesquisa cumpriram-se as seguintes etapas:

a) Primeira etapa: Pedido de autorização junto aos órgãos competentes

Nessa etapa foi realizada visita à Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares para solicitar autorização de realização da pesquisa no município. Após permissão desta, fez-se visita à Direção e Coordenações das UBSs, objetivando apresentar o projeto de pesquisa e seus objetivos, bem como obter apoio para sua realização.

b) Segunda etapa: Contato com profissionais e levantamento dos hipertensos cadastrados nas UBSs

² Tratam-se de indivíduos lúcidos, porém com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, fazendo com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive com a família ou em instituições com serviços de suporte.

³ Tratam-se de indivíduos cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. Essas pessoas estão impossibilitadas de viver com autonomia e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente.

Foi realizado um contato com os profissionais de saúde das UBSs de Governador Valadares para obtenção de apoio para a realização da pesquisa. Na oportunidade apresentou-se a pesquisa e seus objetivos. Em seguida, a partir de consulta aos prontuários dos pacientes levantaram-se os seguintes dados dos hipertensos sorteados: Nome, Endereço, Idade, Sexo e UBS de cadastro. De posse desses dados fez-se o processo de identificação dos sujeitos participantes da amostra.

c) Terceira etapa: revisão dos instrumentos e das fontes de informação

Com base no estudo bibliográfico, fez-se uma reavaliação dos instrumentos de coleta de dados, a saber:

1. TCLE (APÊNDICE A);
2. Roteiro Estruturado de Entrevista (APÊNDICE B).

Objetivando a uniformidade nos procedimentos aplicáveis à investigação, os pesquisadores de campo foram treinados para a realização da coleta de dados. Ocorreu um treinamento coletivo abordando o projeto de pesquisa, o objeto de estudo e as técnicas de coleta de dados. O tempo total gasto com o treinamento foi de 20 horas subdivididas em cinco encontros, envolvendo teoria e prática.

d) Quarta etapa: Estudo piloto e avaliação do processo e instrumentos de coleta de dados

Buscando testar o método de trabalho e as fontes de informações aplicáveis à pesquisa, um estudo piloto foi realizado com hipertensos cadastrados nas ESFs da cidade de Governador Valadares, sorteados aleatoriamente para participar dessa etapa. Aplicaram-se os instrumentos de coleta em 8 sujeitos do sexo masculino e 8 do sexo feminino pertencentes as faixas etárias do estudo. Utilizaram-se todos os critérios de inclusão, não sendo os dados coletados nessa etapa considerados para o estudo principal. A importância do estudo piloto consistiu na possibilidade de verificar se os dados a serem levantados apresentariam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre resultados futuros (GIL, 2002).

e) Quinta etapa: Estudo principal

Nesta fez-se visita domiciliar aos hipertensos selecionados para compor a amostra, objetivando a coleta de dados. Os hipertensos antes de serem submetidos aos procedimentos de coleta tomaram conhecimento da pesquisa e seus objetivos, sendo convidados à

participação. Para que fossem incluídos deviam estar de acordo em participar da investigação e assinar o TCLE, segundo o item IV da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Havendo consentimento, e após a assinatura do TCLE fez-se coleta das informações através da Entrevista Estruturada e aferição da PA. A coleta foi realizada nos domicílios dos participantes, após ser identificado um ambiente que garantisse maior privacidade e sigilo.

3.4.8 – Instrumentos de coleta de dados

Para realização do estudo utilizou-se de um Roteiro Estruturado de Entrevista e de um Esfigmomanômetro Aneróide devidamente calibrado (instrumento utilizado por profissionais de saúde para aferição de PA).

O Roteiro Estruturado de Entrevista constitui-se de um conjunto de questões abertas e fechadas sobre as seguintes variáveis avaliadas neste estudo:

1. Características Pessoais (idade, sexo, etnia, estado civil, situação de trabalho);
2. Representação Social sobre a doença;
3. Classificação socioeconômica;
4. Questionário de Morisky Green;
5. Fatores associados à adesão ao tratamento (acesso ao serviço de saúde, ajuda familiar no tratamento, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, prática de exercícios físicos, frequência às consultas, administração do medicamento);
6. Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Para determinação das condições socioeconômicas foram adotados os critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Estes se fundamentam num sistema de pontos, baseados na escolaridade e posse de bens e serviços (TV, rádio, banheiro, automóvel, empregada doméstica mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete ou DVD, geladeira, freezer independente) variando da classe A1, que possui as melhores condições socioeconômicas, à classe E, condição socioeconômica mais desfavorável.

O questionário de Morisky Green et al. (1986) consiste em um instrumento com quatro questões que verificam se o paciente se esquece de tomar seu medicamento, se às vezes é descuidado para tomar o medicamento, e se deixou de utilizá-lo por sentir-se melhor ou pior. As respostas são 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.

Objetivando identificar as Representações Sociais dos entrevistados sobre a HAS, utilizou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP).

Na TALP é apresentado ao entrevistado uma frase ou expressão que atua como tema indutor, correspondendo ao fenômeno de representação que está sendo investigado (SÁ, 1996). No caso desse estudo, o tema indutor correspondeu à expressão “ter pressão alta”.

Sua utilização nos estudos das RS requer que, a partir do tema indutor, o participante expresse cinco palavras ou expressões que lhe venham à mente, logo que anunciado pelo entrevistador. Com o conjunto de respostas catalogadas, é possível apresentar a frequência entre as evocações, apontando, assim, quais foram as mais citadas pelos respondentes.

Em seguida, o participante enumera as evocações listadas na questão anterior por ordem de importância. Dessa forma, estabelecem-se pesos para os elementos listados, sendo a palavra ou expressão marcada com o número 1, como a de maior relevância, enquanto a de número 5, a de menor relevância. Essa tabulação permite que, através dos pesos das questões, seja estabelecida uma ordem média de evocações, ou seja, quanto mais próximo o elemento estiver da matriz 1 (mais importante), significa que tal evocação é, no entender do respondente, a que prioritariamente, mais se relaciona com o objeto abordado.

Os dados fornecidos nas entrevistas foram registrados em formulários específicos. A fim de garantir uma melhor qualidade das informações de cunho qualitativo, as questões de nº 10A a 25 do Roteiro Estruturado de Entrevista foram registradas com o auxílio de um gravador de voz digital, com o consentimento dos entrevistados. Tal procedimento visou obter o registro de todo o material fornecido pelos informantes, apresentando fidelidade quanto à sua fala e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário.

Para a avaliação da depressão foi utilizado o BDI em sua versão traduzida e validada para o português. O instrumento contém 21 itens, incluindo os sintomas e as atitudes, cuja intensidade varia de zero (0) a três (3). 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.

3.4.9 – Processamento e Análise dos dados

Quantitativos

Os dados quantitativos coletados nas entrevistas foram lançados e analisados com o auxílio do *software Sphinx Léxica* versão 5.1.0.4 e *Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Évocations* (EVOC).

O EVOC, além de realizar o controle de todos os elementos evocados, permite ainda seu levantamento estatístico capaz de indicar os elementos do Núcleo Central e do Sistema Periférico de uma determinada representação. Esse procedimento realizado pelo *software* promove a combinação do cálculo de frequência e da ordem média de evocação, tomando como referência o número de vezes em que uma evocação apresentou-se no grupo e a ordem de importância que lhe foi atribuída pelo respondente (SÁ, 1996).

Pelo uso do aplicativo RANGFRQ, o EVOC constrói e fornece uma listagem contendo as palavras e/ou expressões mais evocadas, as frequências e a ordem média de evocação. Tal *software* distribui os resultados em tabelas agrupadas em quatro quadrantes, de maneira a facilitar sua compreensão onde, segundo Sá (1996), esses quadrantes contemplam informações específicas, a saber:

No quadrante superior esquerdo (1º Quadrante), reúnem-se os elementos ligados à memória coletiva e à história do grupo com maior centralidade nas evocações, definidos pelos critérios de maior frequência de citação e de menor ordem média de evocações, e que, portanto, são mais suscetíveis para constituir o Núcleo Central da RS (ABRIC, 1998). Os demais quadrantes reúnem os elementos do Sistema Periférico da RS, com a seguinte distribuição: No quadrante superior direito (2º Quadrante) e no inferior esquerdo (3º Quadrante), estão listados, em ordem descendente, os elementos que, pelos critérios de análise de frequência de evocações e de ordem média de citação, estão abaixo dos elementos do 1º Quadrante, mas que são partilhados pelo grupo analisado e assumem uma função de defesa do Núcleo Central. Por seu caráter evolutivo, sofrem mudanças, novas interpretações e integração de novos elementos, de modo a preservar o Núcleo Central da RS, formando assim, o Sistema Periférico da RS em análise. E no inferior direito (4º Quadrante), estão listados os elementos cujas ocorrências indicam aspectos que, apesar de presentes nas evocações, não apontam, necessariamente, para um compartilhamento dos mesmos no grupo pesquisado e

indicam assim, percepções ou experiências individuais ou isoladas dos entrevistados (SÁ, 1996).

Qualitativo

Para a análise qualitativa dos dados tomou-se como referência a Abordagem Estrutural das RS (ABRIC, 1998). Para tanto, a partir dos elementos do Núcleo Central das representações dos indivíduos a respeito da doença e de seus discursos nos quais expressaram os significados das evocações constantes no Núcleo Central (1º Quadrante), tornou-se possível identificar as RS que orientam as ações dos indivíduos em relação à doença e seu tratamento. Neste processo considera-se importante não só o conteúdo expresso, mas também as formas características presentes nesses discursos sejam elas verbais, figurativas ou gestuais por terem significados ou sentidos para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2006). Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo das falas.

Visando preservar a identidade dos entrevistados, os fragmentos de seus discursos apresentados nas tabelas 12 e 14, constantes na Apresentação dos Resultados, foram identificados pelo número de lançamento do questionário no *Sphinx léxica*.

IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta parte são apresentados os resultados obtidos após análise dos dados coletados junto a 641 hipertensos atendidos nas ESFS e PACSs de Governador Valadares-MG. Os mesmos serão discutidos na parte seguinte, Discussão dos Resultados, tomando-se como referência a revisão de literatura.

Adesão ao tratamento da HAS

De acordo com o teste de Morisky Green, a maioria dos participantes desta investigação afirma ser aderida ao tratamento (89,9%) enquanto uma menor parte relata ser não aderida (10,1%).

Ao se avaliar o controle da doença mediante aferição da PA, verificou-se prevalência daqueles em que ela estava controlada (52,6%), sendo elevado o percentual de indivíduos em que a mesma não estava sob controle (47,4%).

Dos pacientes classificados como aderidos ao tratamento a partir do teste Morisky Green, grande parte não estava com sua PA controlada (46,4%), conforme indicado na Tabela 5. A análise entre as variáveis adesão ao tratamento e controle da PA pelo teste do Qui², revelou dependência pouco significativa entre elas (Qui² = 2,62, gl = 1, 1-p = 89,43%).

Tabela 5 - Classificação da adesão ao tratamento e controle da pressão arterial de hipertensos

Classificação adesão	Controle da PA		Não		TOTAL
	Freq.	%	Freq.	%	
Aderidos	309	53,6	267	46,4	576
Não aderidos	28	43,1	37	56,9	65
TOTAL	337	52,6	304	47,4	641

Fonte: Pesquisa de campo, 2014

A alta porcentagem de hipertensos que relataram estar aderidos ao tratamento (89,9%), comparada com os resultados do exame clínico (aferição da PA), que indicam significativo número de pacientes que não possuem controle da PA (47,4%), conduz ao seguinte questionamento: por que indivíduos com autorrelato positivo de seu tratamento (percepção de que estão aderidos ao tratamento da HAS) possuem níveis de PA tão elevados (PA não controlada)?

Esse questionamento se justifica, pois se esperava que o exame clínico ratificasse a afirmação de comprometimento com a terapêutica. Não tendo sido observada esta ocorrência, o interesse

desse estudo voltou-se para o conhecimento dos comportamentos e RS referentes à HAS, no intuito de estabelecer possíveis evidências responsáveis por esta discrepância nos resultados.

Em decorrência, no presente estudo os participantes foram subdivididos em três grupos de análise, a saber:

1. G1: pacientes não aderidos ao tratamento (65 – 10,1%);
2. G2: pacientes aderidos ao tratamento, com controle da PA (309 – 48,2%);
3. G3: pacientes aderidos ao tratamento, sem controle da PA (267 – 41,7%).

4.1 – Perfil sociodemográfico dos participantes

A maior parte dos participantes do presente estudo possui idade entre 60-69 anos (27,9%). A maioria é constituída por mulheres (76,3%), indivíduos casados (59,8%), aposentados (52,6%), e de etnia parda (60,4%). Quanto à classe socioeconômica, predominam os pertencentes à classe C (53,2%) (Tabela 6). A análise do Qui² indicou ser muito significativa a dependência entre *baixa adesão ao tratamento e exercício profissional* (Qui² = 14,97, gl = 4, 1-p = 99,52%) e *baixa adesão ao tratamento e faixa etária* (Qui² = 17,85, gl = 4, 1-p = 99,87%). Não foi encontrada dependência significativa entre *adesão ao tratamento e sexo* (Qui² = 1,10, gl = 1, 1-p = 70,63%), *adesão ao tratamento e estado civil* (Qui² = 3,70, gl = 2, 1-p = 84,30%), *adesão ao tratamento e etnia* (Qui² = 0,74, gl = 1, 1-p = 61,09%) e *adesão ao tratamento e classificação socioeconômica* (Qui² = 2,34, gl = 5, 1-p = 19,93%).

No G1, prevalece indivíduos nas faixas etárias de 50-59 e 60-69 anos, tendo cada uma 29,2% de seus integrantes. Constata-se que a maioria é do sexo feminino (81,5%), casada (64,4%), com maior parte sem vínculo empregatício (35,4%) seguida pelos aposentados e em exercício profissional (32,3% para ambos os casos). A maioria do grupo afirma ser parda (58,5%) sendo a maior parte pertencente à classe C (49,2%).

Com relação ao G2, a maior parte ocupa a faixa etária compreendida entre 60-69 anos (28,2%). Do total pertencente a este grupo, a maioria é do sexo feminino (76,1%), casada (62,1%), aposentada (52,4%), parda (57,3%) e pertencente à classe C (55,3%).

No G3 a maior parte situa-se na faixa etária de 60-69 anos (27,3%), sendo a maioria do sexo feminino (75,3%), casada (55,8%), aposentada (55%), parda (59,6%), de classe socioeconômica C (51,7%), de forma similar ao grupo anterior.

Tabela 6 – Perfil sociodemográfico de hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Governador Valadares - MG

Variáveis	Geral		G1		G2		G3	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Faixa etária								
40-49	83	12,9	17	26,2	43	13,9	23	8,6
50-59	163	25,4	19	29,2	73	23,6	71	26,6
60-69	179	27,9	19	29,2	87	28,2	73	27,3
70-79	142	22,2	8	12,3	73	23,6	61	22,8
80 e mais	74	11,5	2	3,1	33	10,7	39	14,6
Sexo								
Feminino	489	76,3	53	81,5	235	76,1	201	75,3
Masculino	152	23,7	12	18,5	74	23,9	66	24,7
Estado civil								
Casado	383	59,8	42	64,6	192	62,1	149	55,8
Solteiro	100	15,6	13	20,0	51	16,5	36	13,4
Viúvo	158	24,6	10	15,4	66	21,4	82	30,7
Situação de trabalho								
Em exercício	116	18,1	21	32,3	53	17,2	42	15,8
Sem vínculo	188	29,3	23	35,4	94	30,4	78	29,2
Aposentado	337	52,6	21	32,3	162	52,4	147	55,0
Etnia								
Branca	153	23,9	14	21,5	77	24,9	75	28,1
Negra	101	15,8	13	20,0	55	17,8	33	12,4
Parda	387	60,4	38	58,5	177	57,3	159	59,6
Classe socioeconômica								
A	10	1,6	1	1,5	4	1,3	5	1,8
B	59	9,2	9	13,8	32	10,4	18	6,7
C	341	53,2	32	49,2	171	55,3	138	51,7
D	217	33,9	22	33,8	94	30,4	101	37,8
E	14	2,2	1	1,5	8	2,6	5	1,9

Fonte: Pesquisa de campo, 2014

4.2 – Fatores relacionados à adesão ao tratamento da HAS

Para o presente estudo, buscou-se avaliar a influência de diversos fatores sobre a adesão ao tratamento dos hipertensos estudados. Os dados analisados estão indicados na Tabela 7.

Constatou-se que a maioria dos entrevistados acredita que, em consonância ou substituição ao uso de medicamento, outras formas de tratamento podem ser efetivas no controle da PA (58,5%). De acordo com os participantes, o uso do medicamento não é negligenciado por eles, nunca havendo interrupção da administração do remédio por conta própria (74,7%). A maioria afirma não usar cigarro (89,5%) e não fazer atividades físicas (71,9%). Quanto ao apoio familiar, a maioria assegura receber auxílio (50,7%) e não possuir dificuldades em realizar o autocuidado (77,2%). A análise desses fatores revelou dependência significativa

entre *baixa adesão ao tratamento e interrupção do uso de medicamentos* ($Qui^2 = 94,94$, $gl = 2$, $1-p = >99,99\%$), *baixa adesão ao tratamento e tabagismo* ($Qui^2 = 12,32$, $gl = 1$, $1-p = 99,96\%$), *baixa adesão ao tratamento e prática de exercícios físicos* ($Qui^2 = 4,46$, $gl = 1$, $1-p = 96,53\%$), *baixa adesão ao tratamento e dificuldades em realizar o autocuidado para com sua saúde* ($Qui^2 = 12,20$, $gl = 1$, $1-p = 99,95\%$), e *baixa adesão ao tratamento e sintomas depressivos* ($Qui^2 = 8,51$, $gl = 1$, $1-p = 99,65\%$).

Tabela 7 – Fatores associados à adesão ao tratamento da HAS em hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Governador Valadares-MG

Variáveis	Geral		G1		G2		G3	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Controle não medicamentoso								
Sim	375	58,5	37	56,9	178	57,6	160	59,9
Não	266	41,5	28	43,1	131	42,4	107	40,1
Interrupção de medicamento								
Nunca	479	74,7	19	29,2	235	76,1	225	84,3
De 1 a 4 vezes	90	14,0	18	27,7	47	15,2	25	9,4
5 ou mais vezes	72	11,2	28	43,1	27	8,7	17	6,4
Tabagismo								
Sim	67	10,5	15	23,1	28	9,1	24	9,0
Não	574	89,5	50	76,9	281	90,9	243	91,0
Atividade física								
Sim	180	28,1	11	16,9	97	31,4	72	27,0
Não	461	71,9	54	83,1	212	68,6	195	73,0
Apoio familiar								
Sim	325	50,7	28	43,1	160	51,8	137	51,3
Não	316	49,3	37	56,9	149	48,2	130	48,7
Dificuldade em se cuidar								
Sim	146	22,8	26	40,0	60	19,4	60	22,5
Não	495	77,2	39	60,0	249	80,6	207	77,5
Sintomas depressivos								
Sim	344	53,7	46	70,8	165	53,4	133	49,8
Não	297	46,3	19	29,2	144	46,6	134	50,2

Fonte: Pesquisa de campo, 2014

Dos hipertensos agrupados no G1, a maioria afirma adotar tratamento não medicamentoso para controle da HAS (56,9%). A maior parte ressalta ter suspenso o uso dos medicamentos por cinco vezes ou mais (43,1%). A maioria não usa cigarro (76,9%) e não realiza atividades físicas (83,1%). Significativo número de hipertensos não possui amparo familiar (56,9%) e relatam não ter dificuldades de realizar o tratamento corretamente (60%), apesar de dados anteriores demonstrarem o oposto.

No G2 predominam as práticas não medicamentosas como forma de obtenção de controle dos níveis pressóricos (57,6%), uso ininterrupto dos medicamentos (76,1%), não tabagismo (90,9%), inatividade física (68,6%), apoio familiar (51,8%) e facilidade para se cuidar de acordo com as orientações dos profissionais de saúde (80,6%).

De forma similar, observa-se no G3 maior proporção de indivíduos que possuem crença na necessidade do tratamento não medicamentoso (59,9%), uso contínuo do medicamento (84,3%), não tabagismo (91%), não realização de exercícios físicos (73%), apoio dos familiares na realização do tratamento (51,3%) e não reportam ter dificuldades em realizar a terapêutica recomendada (77,5%). Apesar do baixo controle pressórico, esse grupo relata características e comportamentos semelhantes ao G2.

Também foram investigadas questões relativas ao serviço de saúde e a acessibilidade dos entrevistados, tal como demonstrado na Tabela 8. A análise dos dados indicou que a maioria está satisfeita com o serviço de saúde que lhe é ofertado (77,8%), compareceu à última consulta agendada (92,7%), não participa das atividades em grupo (palestras, oficinas, eventos) propostas pela Unidade de Saúde (50,9%), apesar de um significativo contingente de hipertensos afirmar que frequenta esse tipo de atividade (49,1%). O acesso à medicação é gratuito para a maioria dos entrevistados (88,9%), sendo fornecido pela UBS em que estão cadastrados ou nas farmácias conveniadas com o SUS.

Tabela 8 – Fatores associados ao serviço de saúde e acessibilidade de hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Governador Valadares-MG

Variáveis	Geral		G1		G2		G3	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Satisfação com serviço de saúde								
Satisfeito	499	77,8	46	70,8	242	78,3	211	79,0
Parcialmente satisfeito	84	13,1	9	13,8	43	13,9	32	12,0
Insatisfeito	58	9,0	10	15,4	24	7,8	24	9,0
Presença na última consulta								
Sim	594	92,7	57	87,7	285	92,2	252	94,4
Não	47	7,3	8	12,3	24	7,8	60	5,6
Participação em atividades de grupo								
Sim	315	49,1	25	38,5	155	50,2	135	50,6
Não	326	50,9	40	61,5	154	49,8	132	49,4
Obtenção de medicamentos								
SUS	570	88,9	54	83,1	275	89,0	241	90,3
Necessita comprar	71	11,1	11	16,9	34	11,0	26	9,7

Fonte: Pesquisa de campo, 2014

A análise dessas variáveis pelo Qui² indicou ser muito significativa a dependência entre *adesão ao tratamento e oferta gratuita dos medicamentos pelo SUS* (Qui² = 10,49, gl = 1, 1-p = 99,88%).

De acordo com o relato dos pacientes incluídos no G1, a maioria considera os serviços prestados pelas UBSs satisfatório (70,8%), esteve na última consulta agendada (87,7%) e não frequenta as atividades de grupo propostas pelas equipes de saúde (61,5%). A obtenção

gratuita dos medicamentos abrange a maioria dos entrevistados no G1, G2 e G3 (83,1%, 89%, 90,3%, respectivamente).

No G2 predomina a satisfação com o serviço de saúde (78,3%), assiduidade às consultas médicas (92,2%), participação nas atividades de grupo dispostas pela UBS (50,2%), embora expressivo número de entrevistados não participe (49,8%).

Os dados do G3 apresentam similaridade com os do G2 também com relação a estas variáveis. A maioria é satisfeita com o serviço de saúde local (79%), compareceu na última consulta marcada (94,4%) e participa das atividades grupais desenvolvidas (50,6%).

4.3 – Representações Sociais sobre a HAS

Sobre os pensamentos compartilhados pelos participantes da pesquisa em relação ao tema indutor “ter pressão alta”, constatou-se a ocorrência de 3.117 evocações, sendo que dessas, 617 eram diferentes entre si. Considerando que muitas dessas evocações possuíam o mesmo significado embora utilizassem termos diferentes, procedeu-se a um agrupamento das mesmas em torno de uma que pudesse representá-las. A título de exemplo, a palavra “Infarto” foi a matriz de agrupamento para: “AVC”, “Veia entupida”, “Coração parar” e “Ataque cardíaco”. A palavra “Emocional” foi utilizada para representar “Raiva”, “Ficar nervoso” e “Nervosismo faz subir”.

Constituídos os agrupamentos por categorias, os dados foram processados pelo *software* EVOC, para a obtenção dos quatro quadrantes. Para que uma evocação fizesse parte do primeiro quadrante, que contém o Núcleo Central da RS estabeleceu-se como critério frequência igual ou superior a 25 ocorrências e, também, uma Ordem Média de Evocação (OME) inferior a 2,8.

No segundo quadrante, que apresenta os elementos do sistema periférico, deviam-se apresentar as evocações cuja frequência estivesse igual ou acima de 25 ocorrências e OME maior ou igual a 2,8. Já no terceiro quadrante, os critérios foram o de apresentar frequência igual ou superior a 25 e OME abaixo de 2,8. Por fim, no último quadrante, que geralmente contém percepções ou experiências individuais dos indivíduos, devia-se apresentar frequência igual ou maior a 25 e OME igual ou superior a 2,8.

Tabela 9 - Distribuição das evocações dos hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Governador Valadares-MG

1° QUADRANTE			2° QUADRANTE		
Elementos do Núcleo Central	Freq.	OME	Elementos do Sistema Periférico	Freq.	OME
Cefaléia	122	2,730	Alimentação	165	3,079
Derrame	185	2,211	Cuidado	98	2,959
Emocional	82	2,622	Morte	121	3,008
Infarto	139	2,496	Preocupação	87	3,092
Remédio	209	2,775	Silenciosa	85	3,341
Sal	192	2,771			
3° QUADRANTE			4° QUADRANTE		
Elementos do Sistema Periférico	Freq.	OME	Elementos do Sistema Periférico	Freq.	OME
Ansiedade	34	2,529	Álcool	26	2,923
Coração	77	2,623	Cansaço	26	3,385
Insônia	27	2,704	Complicações	44	3,250
Palpitação	32	2,594	Comum	50	3,420
Tonteira	71	2,761	Controle	71	3,028
			Doença	39	3,308
			Dor corporal	46	2,804
			Exercício físico	41	3,146
			Fadiga	40	3,275
			Genético	26	3,462
			Gordura	75	3,213
			Malestar	54	3,167
			Medo	57	3,140
			Nervosismo	69	3,058
			Perigosa	54	3,444
			Restrição	55	3,018
			Ruim	66	3,606
			Tristeza	29	3,103

Fonte: Pesquisa de campo, 2014

O processamento das evocações e a distribuição destas em quadrantes indicam os elementos mais expressivos para determinado grupo de indivíduos e que, portanto, compõem o Núcleo Central e o Sistema Periférico das RS destes hipertensos. Conforme observado na tabela 9, os elementos mais evocados, constituintes do Núcleo Central da RS sobre a HAS desta amostra foram: *cefaleia, derrame, emocional, infarto, remédio e sal*.

Tomando-se por referência estes elementos, pode-se inferir que esse grupo representa a HAS nos seguintes termos: *A HAS é uma doença relacionada a fatores emocionais, tendo como indicador de descontrole da PA a cefaleia. Se não tratada adequadamente, pode provocar derrame e/ou infarto. A principal forma de evitar esses agravos é mediante uso do remédio e controle da ingestão de sal.*

Para que se tornasse possível construir, de forma mais fidedigna, a relação entre os elementos do Núcleo Central e seus reais significados na perspectiva desses indivíduos, foi solicitado

que definissem, com suas próprias palavras, o termo evocado e considerado mais representativo da HAS (número 1).

Na tabela 10, encontram-se listados alguns fragmentos das descrições dadas pelos participantes sobre os significados atribuídos aos elementos que compõem o Núcleo Central da RS e que, portanto, contribuíram para a construção de uma RS sobre a HAS para este grupo. É importante salientar que não foram realizadas alterações ortográficas ou gramaticais no discurso expresso pelos participantes.

Tabela 10– Descrição dos significados das palavras constituintes do núcleo central das RS sobre a HAS

Elementos evocados	Significados
Cefaléia	<i>Dor de cabeça quase todo mundo que tem pressão alta tem. A pressão sobe de repente e dá dor de cabeça (Entrevistado 20)</i> <i>Tem dia que a cabeça dói tanto que nem consigo dormir. Quando eu tomo remédio direito não dá (Entrevistado 413)</i> <i>Coisa apavorante. Quando acontece é difícil escapar. As vezes dá dor de cabeça e é até perigoso a gente cair no chão (Entrevistado 198)</i> <i>Porque no dia que fiquei doente passei o dia todo com dor de cabeça. Quando fui medir a pressão tava muito alta (Entrevistado 135)</i>
Derrame	<i>O que eu penso é sofrer derrame. Eu já tive. Já sofri. Graças a deus que foi meio fraco. Mas até hoje eu não to prestando. Graças a deus não tive nada na cabeça nem nada mas eu tenho medo. Evito muito né, tomo remédio constante (Entrevistado 285)</i> <i>Sabe o que eu tenho mais medo? É que tem muito desse negocio de derrame. As pessoas fala: ah pressão não mata não, isso é bobagem. Gente, pressão não é brincadeira não. Ela é perigosa. Causa muito tipo de doença na pessoa (Entrevistado 93)</i> <i>O derrame inutiliza as pessoas. Acaba com as perspectivas da pessoa. Se eu to com a pressão alta e não fizer o tratamento com certeza vai sofrer um AVC (Entrevistado 201)</i> <i>Todas as vezes que a pressão sobe, pode acontecer derrame (Entrevistado 285)</i>
Emocional	<i>Pra mim ter pressão alta é quando a gente leva muito susto. A gente vive sempre agoniada, não tem uma tranquilidade para o coração ficar tranquilo. Sempre ta preocupado com alguma coisa (Entrevistado 48)</i> <i>Eu acho que muitas das vezes é por causa de ficar nervosa demais, entendeu? É pelo fato de as vezes eu ficar muito ansiosa porque não quero depender dos outros e tenho que depender. Eu sei que eu tenho que conformar com a situação, sabe? Dieta não me incomoda, o pior é a ansiedade (Entrevistado 448)</i> <i>Eu acho que a pressão alta é estresse, preocupação. Eu dei pressão alta quando fui fazer uma cirurgia, eu me preocupei com a cirurgia, aí daí pra cá eu tomo remédio. Só que eu sou um pouco relaxada. Só tomo quando a pressão ta alta. Hoje mesmo eu tomei. To sentindo umas dorzinha aí eu tomei (Entrevistado 102)</i> <i>Também acho que é da preocupação. Isso afeta a pressão alta. Se você tiver preocupada, tudo em você aumenta (Entrevistado 414)</i>
Infarto	<i>Eu tenho medo. Eu já tive um começozinho de infarto, sabe? (Entrevistado 15)</i> <i>Porque se controlar a pressão, você pode fazer de tudo, trabalhar... E se der infarto acaba tudo (Entrevistado 446)</i> <i>Tem uma alteração no coração e já num ta bombeando conforme precisa bombear né? Aí o sangue vai engrossando né? (Entrevistado 91)</i> <i>Se vier de uma hora pra outra dá infarto, sequela, acabou! Não pode fazer mais nada (Entrevistado 93)</i>
Remédio	<i>A minha pressão era boa subiu de repente. Eu acho que a gente não pode é descuidar do remédio, tem que tomar (Entrevistado 551)</i> <i>Se eu não tiver compromisso em tomar os remédios, dificilmente minha pressão vai normalizar (Entrevistado 616)</i> <i>O dia que eu não tomo remédio fico descontrolada (Entrevistado 638)</i> <i>Tem que tomar remédio pra conservar a saúde, não ter problema (Entrevistado 429)</i>
Sal	<i>Como quase sem sal, sem gordura. Isso é vida de gente? (Entrevistado 28)</i> <i>A gente não pode comer muita coisa que tem vontade. Comida tem que ser bem sem sal (Entrevistado 85)</i> <i>Não faz bem. Comida salgada é muito bom, mas não pode (Entrevistado 27)</i> <i>Não pode comer sal porque prejudica a pressão, sobe de uma vez (Entrevistado 80)</i>

Fonte: Pesquisa de campo, 2014

Outra forma possível de leitura dos dados é a partir da segmentação, conforme os grupos G1, G2 e G3. Esta teve como propósito verificar as possíveis relações entre nível de adesão ao tratamento, controle da PA e RS sobre a HAS. A tabela 11 apresenta os resultados, considerando de maneira independente as contribuições desses grupos.

Tabela 11 - Distribuição das evocações dos hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Governador Valadares-MG, considerando os grupos G1, G2 e G3

G1			G2			G3		
1° QUADRANTE								
Elementos	Freq.	OME	Elementos	Freq.	OME	Elementos	Freq.	OME
Derrame	17	2,294	Cefaléia	50	2,420	Derrame	79	2,101
Infarto	15	2,600	Derrame	90	2,278	Infarto	56	2,321
Morte	15	2,667	Emocional	45	2,600	Remédio	89	2,674
Sal	23	2,609	Infarto	68	2,618	Sal	81	2,790
2° QUADRANTE								
Alimentação	16	3,438	Alimentação	91	3,000	Alimentação	58	3,103
Cefaléia	14	2,857	Cuidado	51	3,000	Cefaleia	58	2,966
Nervosismo	10	3,400	Morte	51	2,843	Cuidado	42	2,857
Preocupação	10	3,200	Remédio	99	2,818	Gordura	42	3,429
Remédio	21	3,000	Sal	89	2,809	Morte	55	3,255
			Silenciosa	43	3,326			
3° QUADRANTE								
Álcool	6	2,167	Ansiedade	17	2,000	Álcool	11	2,727
Coração	9	2,333	Coração	41	2,561	Dor corporal	19	2,789
Dor corporal	5	2,200	Incapaz	12	2,167	Emocional	32	2,688
Emocional	5	2,400	Palpitação	14	2,357	Insônia	12	2,583
						Tonteira	27	2,481
4° QUADRANTE								
Cansaço	7	3,857	Mal estar	27	3,000	Agitação	11	3,273
Comum	5	3,000	Medo	28	3,143	Ansiedade	14	3,071
Cuidado	6	3,333	Nervosismo	27	3,259	Complicações	19	3,105
Fadiga	6	2,833	Perigosa	21	3,381	Comum	16	3,250
Gordura	6	3,500	Preocupação	39	3,000	Controle	28	2,821
Medo	7	2,857	Restrição	32	3,063	Coração	27	2,815
Perigosa	8	4,000	Ruim	33	3,424	Doença	17	3,118
Ruim	9	4,111	Sono	10	3,100	Envelhecimento	10	3,000
Silenciosa	5	2,800	Tonteira	36	2,889	Exercício físico	14	3,429
Tonteira	7	2,857	Tristeza	14	3,214	Fadiga	19	3,474
						Genético	10	3,800
						Mal estar	22	3,227
						Medo	23	3,174
						Moleza	12	3,250
						Nervosismo	31	2,839
						Palpitação	15	2,933
						Perigosa	24	3,375
						Preocupação	38	3,158
						Restrição	19	2,947
						Ruim	24	3,667
						Silenciosa	37	3,432
						Tristeza	11	3,000

Fonte: Pesquisa de campo, 2014

A análise comparativa dos elementos dos Núcleos Centrais das RS do G1, G2 e G3 indicados na tabela 11 e os significados referentes à esses elementos descritos na tabela 12, permitiu esboçar três definições sobre a HAS que representam a forma como cada um desses grupos entende e se relaciona com a doença.

Tabela 12– Descrição dos significados das palavras constituintes do núcleo central das RS sobre a HAS, segundo grupos

Elementos evocados	Significados
G1	
Derrame	<i>Se a pessoa for gorda pode dar derrame. Eu tenho muito medo. Prefiro morrer sem dar amolação (Entrevistado 379)</i> <i>Não precisava da gente ter né, essa pressão alta, mas não tem jeito. A pessoa pode esquecer um lado, dar derrame (Entrevistado 258)</i> <i>Tomar o remédio sabendo que não tem cura. Então pra quê né?! O destino é dar derrame ou morrer mesmo(Entrevistado 198)</i>
Infarto	<i>Ou te mata ou te aleija (Entrevistado 198)</i> <i>A partir do momento que a pressão altera pode deixar aleijado (Entrevistado 396)</i> <i>Só me preocupo se for na farmácia e olhar, senão nem lembro que posso dar infarto (Entrevistado 72)</i>
Morte	<i>A morte você tem que ta preparado pra ela. Eu sei que ela vai chegar. Penso em quando for pra debaixo da terra (Entrevistado 396)</i> <i>Se ficar forte a pessoa cai e pode morrer (Entrevistado 310)</i> <i>Tenho muito medo de morrer. É triste demais ser doente. A gente sempre espera o pior(Entrevistado 416)</i>
Sal	<i>O sal aumenta a pressão e não sinto bem quando como (Entrevistado 403)</i> <i>Significa controlar a alimentação. Ter cuidado colocando menos sal e gordura e comer comida mais leve (Entrevistado 601)</i> <i>O que o médico mais fala é controlar o sal. Mas uma comida temperadinha é tão bom né?! (Entrevistado 98)</i>
G2	
Cefaléia	<i>Foi dessa forma que descobri que tinha pressão alta e fiquei hospitalizada (Entrevistado 25)</i> <i>Fica uma coisa ruim. Sensação esquisita. A gente sente até anormal no meio dos outros (Entrevistado 68)</i> <i>É uma dor que eu sinto quando a pressão tá alterada (Entrevistado 158)</i>
Derrame	<i>Porque é muito difícil. Pior que cuidar de neném novo. Tem que ter cuidado pra não dar derrame (Entrevistado 63)</i> <i>Família com o mesmo problema. Mãe deu derrame e morreu, irmão deu também e ficou com um lado prejudicado. Será que a próxima sou eu? Não, não posso dar. (Entrevistado 85)</i> <i>Complicação. A pessoa que dá derrame não é ninguém mais (Entrevistado 148)</i>
Emocional	<i>Hoje eu estou bem porque aprendi a me cuidar melhor. Se todos controlassem o emocional não tinha consequência (Entrevistado 388)</i> <i>A pessoa que consegue controlar o emocional fica melhor (Entrevistado 234)</i> <i>Pressão psicológica. Minha pressão começou por isso (Entrevistado 62)</i>
Infarto	<i>Só dá isso se não tomar remédio e não comer direito(Entrevistado 118)</i> <i>Bota a pessoa toda aleijada, na cadeira de rodas (Entrevistado 334)</i> <i>Dependência de outra pessoa. A pior coisa do mundo é depender dos outros (Entrevistado 124)</i>
G3	
Derrame	<i>Tenho medo de dar derrame. Da morte não tenho medo não (Entrevistado 72)</i> <i>Tem gente que dá derrame. Atrapalha a cabeça, é muito triste (Entrevistado 375)</i> <i>Ficar em cima da cama sofrendo e fazendo os outros sofrer. Deus me livre. Quero isso não (Entrevistado 55)</i>
Infarto	<i>O que mais me preocupa é que pode ficar deficiente (Entrevistado 525)</i> <i>Uma doença que tem que tomar remédio a vida toda e sabe que não vai curar. Perigoso dar um infarto ainda e ficar na mão dos outros. A gente cansa disso (Entrevistado 373)</i> <i>Porque eu já a uns dez anos bebia e a pressão subia. Aí comecei a ter infarto. O médico falou pra parar, mas o que que a gente tem na cabeça né?! (Entrevistado 607)</i>
Remédio	<i>A gente tomando remédio fica tranquilo. Se não tomar fico até meio nervosa (Entrevistado 365)</i> <i>Se você tá doente é pra tomar o remédio pra melhorar. Mas as vezes a gente esquece, muito raro (Entrevistado 638)</i> <i>Não posso comer o que quero, passei a tomar remédio. Tomo porque preciso (Entrevistado 274)</i>
Sal	<i>Os médicos pedem pra evitar senão o bicho pega (Entrevistado 144)</i> <i>Comer mais temperado é melhor, mas não pode de jeito nenhum. É o vilão da pressão (Entrevistado 248)</i> <i>Eu fiquei desgostosa da vida porque tive que mudar muita coisa. Tenho que consultar sempre, evitar sal(Entrevistado 287)</i>

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Portanto, a forma como cada um dos grupos representa e se relaciona com a HAS pode ser expressa nos seguintes termos:

- G1: A HAS provoca o **derrame** e/ou o **infarto**, gerando incapacidade ou **morte** imediata. A principal forma de controle da PA é a baixa ingestão de **sal**.
- G2: O descontrole da HAS está associado a **fatores emocionais**, tendo como indicador a **cefaleia**. Se não tratada adequadamente, pode provocar **derrame** e/ou **infarto**.
- G3: Se não tratada adequadamente, a HAS pode provocar **derrame** e/ou **infarto**. A principal forma de evitar essas complicações é através do uso de **remédio** e controle da ingestão de **sal**.

V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 – Perfil sociodemográfico dos participantes

Segundo a literatura, características relacionadas ao paciente, como faixa etária, sexo, estado civil, situação de trabalho, etnia e contexto socioeconômico podem interferir na adesão ao tratamento da HAS. A avaliação por meio de instrumentos que possam mensurá-la reveste-se de importância para os estudos das condições de saúde dos indivíduos.

No presente estudo, verificou-se que a maioria dos entrevistados situa-se na faixa etária de 60-69 anos, correspondendo a indivíduos idosos. Sabe-se que apesar de idade elevada não ser sinônimo de doença, os idosos são relativamente mais vulneráveis que o restante da população no que se refere à sua condição de saúde. Esse grupo apresenta maior número de doenças, geralmente crônicas (ANDRADE, et al., 2013).

Contudo, observa-se que no G1 também prevalece indivíduos de 50-59 anos, portanto de meia idade e ainda em fase produtiva. Observa-se que nessa amostra a dependência estatística entre baixa adesão ao tratamento, faixa etária e exercício profissional mostrou-se muito significativa, evidenciando uma correlação entre essas variáveis para o grupo estudado. Esse fato pode explicar a prevalência de sujeitos de meia idade e em exercício profissional no G1. As condições impostas no ambiente de trabalho e as exigências do aumento de produtividade são fatores comuns na atualidade em todas as classes profissionais. Tais exigências somadas às relações de poder entre as equipes podem submeter os profissionais a situações de contínuo estresse.

Os estressores organizacionais, segundo Tamayo e Paschoal (2004), compreendem dois grandes grupos: aqueles de natureza física (ruídos, poluição, ventilação, iluminação e outros); e os psicossociais que incluem as funções desenvolvidas, a autonomia/controle no trabalho, relacionamento interpessoal, fatores intrínsecos ao trabalho e ao desenvolvimento da carreira.

Todas essas condições estressantes, aliadas a uma gama de outras variáveis, podem desencadear diversas reações e patologias, dentre as quais o estresse e conseqüentemente, o descuido com a própria saúde. O estresse desenvolve-se quando o indivíduo avalia as dificuldades corriqueiras ou eventuais que vivencia como excessivas a sua capacidade em dominá-las e/ou superá-las, impossibilitando-o de resistir e criar estratégias para lidar com as adversidades do trabalho. Essa discrepância percebida entre as demandas do ambiente e os

recursos biológicos, psicológicos e sociais de que dispõe para resistir ao estímulo estressor pode trazer prejuízos ao indivíduo, alterando sua qualidade de vida e diminuindo a motivação necessária nas atividades diárias, inclusive aquelas que objetivam o tratamento de uma condição crônica de saúde, tal como a HAS (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2007).

Quanto ao sexo, observou-se alta porcentagem de mulheres nos três grupos. Tal fato está de acordo com os achados de Brasil (2002), onde afirma que a elevação da PA acima dos limites definidos é mais frequente entre as mulheres do que entre os homens com idade acima de 40 anos. Apesar da alta prevalência de mulheres, não foi observada dependência estatística entre adesão ao tratamento e sexo.

Embora biologicamente as mulheres estejam mais predispostas a desenvolver a HAS, esse dado corrobora para afirmar que as mulheres se inserem mais facilmente no processo de cuidado com a própria saúde. Dessa forma, a procura pela UBS tende a ser maior entre o sexo feminino. A menor tendência dos homens em se cuidar pode ser explicada pela baixa preocupação destes com os problemas de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007). Portanto, a menor prevalência e menor diligência com relação à saúde e, muitas vezes, o diagnóstico tardio da HAS, contribuem para o baixo percentual de homens participantes desta amostra.

Com relação ao estado civil, tem-se que em todos os grupos a maioria é casada. No G3, apesar de um grupo majoritário estar em uma união estável, 30,7% são viúvos. A prevalência de pacientes sem companheiro pode refletir, de um lado maior independência, e de outro, uma lacuna no cuidado das pessoas que necessitam de ajuda para realizar suas atividades diárias. Indivíduos que apresentam dificuldades na realização dessas atividades, seja pelas limitações próprias da idade avançada, seja por restrições causadas pela HAS ou outra patologia, precisam de monitoramento e cuidados diários (ANDRADE, et al., 2013). A ausência de parceiro pode, portanto, favorecer maior exposição a riscos e descuidos com a saúde, contribuindo para um baixo controle pressórico no grupo, apesar do autorrelato positivo. Embora tais ocorrências estejam descritas na literatura, estatisticamente não se observou dependência entre estado civil e adesão ao tratamento na amostra estudada.

Oigman (2006) atribui a falta de adesão ao tratamento aos aspectos socioeconômicos, ou seja, quanto mais baixos os níveis socioeconômicos, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Dos hipertensos estudados, não se encontrou correlação positiva entre

classe social e nível de adesão ao tratamento. Em conformidade com os dados, a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) afirma que o nível socioeconômico dos pacientes não está relacionado de maneira relevante ao processo de adesão. Ela considera que outros fatores, dentre eles a forma como o paciente representa sua doença e seu nível de escolaridade, podem estar diretamente associados.

Verifica-se que a baixa escolaridade é um fator relevante nas discussões referentes à classe econômica e vulnerabilidade social. Considerada uma das questões mais preocupantes quando se avalia os elementos que impedem o Brasil de se desenvolver plenamente, a deficiência educacional aparece ora como causa ora como consequência das enfermidades que assolam a população brasileira (KAGEYAMA; HOFFMANN, 2006).

Assim, o incentivo à educação é de grande relevância, não como uma forma de buscar subsídios para que a doença não se estabeleça (uma vez que no hipertenso ela já se instalou), mas como estratégia de conscientização desses indivíduos de que é possível minimizar as adversidades provocadas pela doença a partir da adesão ao tratamento (COTTA et al., 2009).

5.2 – Fatores relacionados à adesão ao tratamento da HAS

Segundo a literatura, o comportamento, suas características e as condições no qual é emitido (ambiente/contexto), são variáveis extremamente relevantes quando se refere à saúde individual e coletiva. Isto pelo fato de se constituírem em elementos que definem um processo que resulta na presença ou ausência de doença ou ainda no tratamento ou não de determinada patologia (BRAGA, KERBAUY, 1999). A compreensão de que os problemas orgânicos, tais como a HAS, não são derivados apenas do aparato biológico é reforçado por Braga e Kerbauy (1999, p. 135) ao afirmarem que “o comportamento participa da modulação dos estados biológicos”.

O comportamento, no contexto saúde/doença, permite ao pesquisador detectar os hábitos de pacientes conforme determinado contexto e compreender de maneira global as causas e efeitos daquele comportamento com relação àquela doença (HAS, no caso dessa pesquisa).

Uma das principais dificuldades encontradas no tratamento dos hipertensos é a falta de adesão ao tratamento, pois metade dos pacientes diagnosticados não faz qualquer tratamento. Um elemento agravante é o fato de que, dentre aqueles pacientes que fazem o tratamento, poucos têm a PA controlada (PERES; MAGNA; VIANA, 2003). Tal fenômeno é descrito como

“regra das metades” (*rule of halves*), segundo a qual somente metade dos hipertensos têm a HAS detectada; dos que são detectados, somente a metade é tratada; e, entre estes últimos, somente a metade é controlada (WILBER et al., 1972). Essa regra é aplicável aos participantes desse estudo uma vez que dentre aqueles considerados aderidos ao tratamento segundo o teste de Morisky Green, quase a metade (46,4%) não possui a PA controlada em conformidade com a aferição realizada. Esta é uma evidência da pouca eficiência da Saúde Pública no que se refere à identificação, controle e tratamento da população hipertensa apesar dos avanços até então alcançados, como implantação do SUS e ampliação de pesquisas epidemiológicas. Embora se trate de uma regra elaborada no terceiro quarto do século passado, há evidências de que seja uma realidade ainda no primeiro quarto deste século. Pode-se inferir que os avanços epidemiológicos relacionados ao tratamento da HAS não tiveram expressivo impacto no controle dessa doença em termos populacionais.

É irrefutável a necessidade de realizar um tratamento de forma adequada e eficiente. Observa-se que nos três grupos estudados a percepção de que é necessária a adoção de terapia não medicamentosa (alimentação saudável, prática de atividade física, etc) é prevalente. Apesar de conhecimento não ser necessariamente sinônimo de prática, tal fato pode ser associado à maior disposição dos indivíduos em alterar seu estilo de vida em prol de melhores condições de saúde. Práticas agradáveis, porém prejudiciais à saúde, são apontadas na literatura como principais explicações para a dificuldade em se obter uma mudança de hábitos apesar do hipertenso, na maioria das vezes, demonstrar ter conhecimento sobre as consequências da doença, consequência caso não tratada adequadamente (LIMA, BUCHER; LIMA, 2004).

As produções que discutem esse fator fazem referência à dificuldade que o hipertenso encontra em se abster da ingestão de sal e gordura na dieta, por exemplo, argumentando que a alimentação com pouca quantidade desses dois elementos não tem o mesmo sabor (CHAVES et al., 2005; COTTA et al., 2009).

Deve-se ressaltar que a mudança de hábitos isolada da contínua administração do medicamento não é suficiente. O uso correto da terapia medicamentosa como recurso prioritário para o tratamento ainda é a medida mais segura e eficiente para a adesão e possivelmente, controle da PA.

Quanto à medicação, a maioria dos hipertensos incluídos no G1 fizeram interrupção do uso do medicamento por vontade própria, 5 vezes ou mais. Já no G2 e G3 a maioria afirmou nunca

ter interrompido o uso do remédio sem aconselhamento médico. Esses dados reforçam a interdependência entre medicamento e adesão ao tratamento. Pode-se afirmar que, dentre os principais fatores que interferem na adesão medicamentosa estão a assintomatologia da doença e a quantidade de medicações ingeridas diariamente. Em estudo realizado por Osterberg e Blaschke (2005), mais da metade dos pacientes (54,7%) não utilizavam a medicação regularmente, propiciando a não adesão ao tratamento. Estudos indicam que quanto mais simples o esquema terapêutico, maior é a adesão ao tratamento. Além disso, doses elevadas de medicamentos podem aumentar a incidência de reações adversas, sendo aversivo ao hipertenso continuar seguindo a terapia medicamentosa (COELHO; NOBRE, 2006). Em decorrência, Gusmão et al. (2009) indicam como propostas para melhorar o regime terapêutico e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, uma melhor avaliação inicial para evitar constantes mudanças de esquema terapêutico e, sempre que possível, a prescrição de menor número de medicamentos. Portanto, a prescrição medicamentosa sem que haja uma avaliação individualizada, isto é, em grupo como realizada em muitas UBSs (através do Hiperdia), não garante o sucesso no controle da PA.

Em trabalho realizado com 72 hipertensos cadastrados e acompanhados no Centro de Saúde Escola, Baldissera et al. (2009) concluíram que a maioria dos entrevistados não aderiu ao tratamento não farmacológico, principalmente em relação à dieta e à prática de atividade física. Tal achado foi observado no presente estudo, visto que o G1 obteve os piores índices de prática de exercícios, bem como em relação ao maior consumo de tabaco. Apesar da maioria dos hipertensos agrupados no G1 afirmar não possuir dificuldades em aderir ao tratamento, significativo número relata não praticar exercícios físicos nem evitar o tabagismo como forma auxiliar ao tratamento da HAS.

Em relação ao apoio familiar, a literatura afirma que o papel do cuidador do paciente hipertenso e seus familiares é significativo no processo de adesão à terapêutica. Nesse sentido, o pouco conhecimento dos familiares sobre a doença contribui para que não se envolvam no processo de tratamento, sobretudo quando não existe dependência física e/ou motora do paciente (SARAIVA, 2007).

Nesta perspectiva, existem evidências de que a participação do familiar e o convívio harmonioso é fator determinante para a adesão ao tratamento, assim como verificado em menor porcentagem no G1 e em maior porcentagem no G2 e G3. Por tal motivo a educação em saúde voltada ao paciente, aos familiares e demais pessoas de convívio diário do

hipertenso, constitui-se em um instrumento fortalecedor do regime terapêutico. Com a adoção dessa medida, ocorre uma maior interação entre estes sujeitos, podendo contribuir para que o tratamento se torne mais efetivo, seguro e rotineiro (JÚNIOR, et al., 2006).

Percebe-se nesse estudo que a maioria dos indivíduos do G1 apresenta sintomas depressivos. Segundo Lipp et al. (2002), um dos principais motivos que ocasionam a depressão em sujeitos com doenças crônicas, tais como a HAS pode ser o estresse. Este é um fator de risco para a adesão ao tratamento, trazendo grande probabilidade de adoecimento físico e emocional.

A angústia, manifestada por muitos entrevistados, pode estar associada à presença de limitações físicas geradas pela doença, a dificuldade para realizar atividades da vida diária e ingestão de vários medicamentos. Ressalta-se que alguns fatores podem contribuir para o afastamento social do paciente e conseqüente sentimento de solidão já que o indivíduo pode tornar-se recluso em seu domicílio. Essas mudanças ocasionam efetivas reduções na capacidade funcional e podem agravar-se mediante condições ambientais e sociais inadequadas.

Considerando a multiplicidade de variáveis que incidem sobre a adesão ao tratamento da HAS, oferecer subsídios para uma assistência profissional de qualidade é fundamental para a mitigação de problemas existentes no campo da saúde. Principalmente em contextos de vulnerabilidade, ocasionada por fatores sociais ou individuais, as UBSs se configuram em espaços de proximidade entre a realidade do senso comum e a realidade científica, profissional. Sua inserção geográfica na comunidade possibilita/facilita um diálogo horizontalizado entre comunidade e níveis de atenção à saúde. Neste sentido,

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010).

Percebe-se que a satisfação com o serviço de saúde relatada pela maioria dos entrevistados nos três grupos, reflete a importância dada pelos sujeitos a esse tipo de prestação de assistência. A obtenção de medicamentos de forma gratuita é um dos principais elementos que contribuem para essa percepção positiva das UBSs.

As dificuldades em arcar com os custos de medicamentos que devem ser usados por toda a vida, justificam a necessidade de que haja a distribuição gratuita dos medicamentos, sendo

esta um fator essencial para a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso (LESSA et al., 2006). Corroborando com esta afirmação, foi identificada dependência estatística muito significativa entre adesão ao tratamento e recebimento gratuito dos medicamentos pelo SUS para os participantes desse estudo.

Geralmente, as consultas são realizadas e os medicamentos são distribuídos durante as atividades de grupo propostas pelas UBSs (Hiperdia). A reduzida participação dos indivíduos incluídos no G1 nestas atividades, em contraposição ao G2 e G3, pode estar associada à falta de preocupação e descuido destes sujeitos em obter os medicamentos. Uma hipótese a ser levantada seria a de que existe forte possibilidade de que na percepção destes o uso constante dos medicamentos seja dispensável.

Os dados apresentados não evidenciaram significativas divergências entre perfil e comportamentos dos hipertensos incluídos no G2 e G3, mas uma maior diferenciação destes em relação ao G1. A afirmação de que são de fato aderidos ao tratamento, apesar do baixo controle pressórico no G3, pode estar relacionada à:

- Negação da doença e de sua cronicidade;
- Temor da reprovação por não seguir as prescrições apesar de conhecê-las;
- Hipertensão resistente (apesar das condutas adequadas, PA permanece incontrolada);
- Fatores emocionais relacionados à aferição da PA (EAB, por exemplo);
- Horário da aferição (antes do horário previsto para tomada do remédio, por exemplo);
- Medicação ineficiente e inadequada prescrita para o paciente, em decorrência da não priorização de avaliações clínicas individualizadas.

Estas são algumas hipóteses para o fato desse grupo relatar adesão ao tratamento e possuir baixo controle da PA. Tais inferências reforçam a importância de associar autorrelato (resultado subjetivo) ao exame clínico (resultado objetivo) em estudos epidemiológicos.

5.3 – Representações Sociais sobre a HAS

Assim como um único espaço pode constituir-se em múltiplos territórios, em conformidade com os modos de sua apropriação (HAESBAERT, 2004), um mesmo objeto pode suscitar, em um determinado grupo, distintas representações.

Para a compreensão dessa distinção, Moscovici (2009) fornece importantes contribuições. Segundo ele, uma representação considera aspectos distintos de um objeto, reconhecendo-o

tanto a partir de um processo cognitivo quanto simbólico. Para que seja possível representá-lo, o indivíduo precisa reinventá-lo através de uma imagem, uma figura, de modo que esse se torne compreensível à sua matriz inteligível e, em seguida, possa fazer parte de seu conhecimento, por apresentar semelhanças com outros objetos historicamente representados. Desse modo, a representação não será uma simples cópia do objeto, mas uma modificação, uma reinvenção, com origem psíquica individual e social e que se constrói pelas vias do senso comum (processo cognitivo) e do significado que lhe é atribuído (processo simbólico) (MOSCOVICI, 2009).

Polli et. al., (2009) acrescentaram contribuições a esse debate ao destacarem que, na busca pela compreensão das dinâmicas sociais, as RS permitem conhecer os processos cognitivos e simbólicos que norteiam e dão sentido aos comportamentos de indivíduos e grupos, levando em consideração hábitos, valores, crenças e territorialidade.

Indubitavelmente a adesão ao tratamento da HAS, conforme as recomendações dos profissionais de saúde é fundamental para que o paciente tenha um controle eficaz da PA. Por outro lado, sabe-se que esta adesão sofre influência da cultura, a partir da qual são criados comportamentos que não favorecem o controle da PA, colocando em risco a saúde dos pacientes.

Tanto o comportamento baseado nas prescrições médicas (fazer uso contínuo do medicamento) quanto os que diferem da terapia adequada (tomar o remédio de forma intermitente), são mantidos em sua maioria graças a resultados positivos que ocorrem aleatoriamente (PA controlada quando aferida) perpetuando, sobretudo, aqueles que se apresentam como menos aversivos aos pacientes. Além disso, o compartilhamento dessas práticas por um grupo social (família, amigos, vizinhos) possibilita a comprovação prática de que determinada conduta é adequada, mesmo que em contraposição às orientações dos profissionais de saúde. Portanto, a influência social e cultural incide fortemente nas práticas em saúde (MOREIRA, 2009).

Nesse contexto, em todos os grupos evidenciou-se a existência de conhecimento sobre as possíveis complicações decorrentes da HAS (mencionados derrame e infarto). Alguns estudos indicam que o baixo índice de adesão ao tratamento da HAS tem relação direta com a falta de informação sobre o tratamento (FILHO; LOPES; FAERSTEIN, 2013; GAMA, et al. 2012). Quando a conscientização adequada ao paciente é negligenciada pode acarretar uso incorreto

do medicamento e levá-lo a não seguir as orientações médicas de forma satisfatória. Porém, percebe-se que nesse estudo ter acesso à informação não implica necessariamente em absorção deste saber e prática.

No G1, o conhecimento das possíveis complicações da doença não favoreceu a adesão ao tratamento medicamentoso. Apesar de conhecerem os riscos a que estão expostos, a cronicidade da doença parece indicar para esse grupo que independentemente de seu comportamento com relação ao tratamento, complicações tais como derrame, infarto ou a morte súbita serão inevitáveis. A ideia de impotência com relação ao tratamento (doença incurável) e a assintomatologia pode causar nesse grupo desmotivação quanto ao cumprimento das práticas terapêuticas.

A principal distinção entre os enunciados derivados dos elementos do Núcleo Central dos grupos G2 e G3 seria que o grupo com adesão ao tratamento e controle da PA destacou a HAS como uma doença sintomática, associada a condições emocionais e indicada principalmente pela cefaleia, enquanto que o grupo de aderidos ao tratamento e sem controle da PA não menciona sintomatologia e faz referência às formas de tratamento da doença (uso de remédio e ingestão restrita de sódio). Há, portanto, uma diferenciação entre as representações referentes à HAS nesses dois grupos. Sabe-se das consequências e das formas de tratamento, mas o que motiva o cuidado pode ser a principal diferença entre os grupos G2 e G3.

A busca pelo cuidado à saúde devido à sintomatologia, exposta nas RS do G2 poderia ser um facilitador da efetiva adesão ao tratamento e consequentemente, do controle da PA. Sendo assim, os participantes, após sentirem cefaleia ou na presença de estressores emocionais teriam um comportamento de prevenção, adotando as medidas de cuidados preconizadas em relação ao tratamento. Diferentemente, a ausência de sintomas no G3 ou sua ocorrência intermitente seria uma garantia de que está tudo bem com sua saúde e que, portanto, nada precisa ser feito diariamente para o controle da PA. Esta pode ser uma das possíveis explicações para o autorrelato de adesão ao tratamento, porém baixo controle dos níveis pressóricos.

Mallion e Schmitt (2002) afirmam que idade e classe social têm pouca influência sobre a adesão do paciente ao tratamento. Segundo os autores, condições emocionais desfavoráveis seriam os principais fatores intervenientes sobre o cuidado de uma condição clínica crônica,

tal como a HAS. A percepção de que o descontrole da PA é consequência, por exemplo do estresse e ansiedade, pode indicar para esses indivíduos que não seria necessário realizar um tratamento específico (medicamentoso) mas apenas manter o controle emocional. Contudo, como a vivência de situações estressantes geradoras de problemas emocionais é uma constante e, ao mesmo tempo entendem que o estado emocional provoca o descontrole da PA, utilizam o medicamento de forma preventiva para se evitar os possíveis danos causados pela HAS. Neste caso, o fato de associar a HAS a sintomas psicológicos como nervosismo, raiva, preocupações e tristeza pode estar facilitando seu tratamento, pois os hipertensos tomam a medicação por acreditarem que face às constantes adversidades, essa conduta é necessária para o controle da PA.

Pode-se considerar que um dos maiores desafios no atendimento aos hipertensos está relacionado ao seguimento da terapia prescrita pela equipe de saúde. Apesar de possuírem conhecimentos sobre a doença e seu tratamento, muitos pacientes não mantêm o controle da PA. A incongruência entre ter informação a respeito da doença e manter o controle da PA aponta para a diferença essencial entre conhecimento e prática (LEÃO e SILVA, 2011).

Estudo esclarece que os indivíduos percebem o conceito de saúde como a ausência de qualquer sintoma, lembrando-se de medicar-se somente após o aparecimento de alterações físicas. Esse fato interfere no tratamento, levando-se em consideração que a HAS é uma doença assintomática (LIMA, BUCHER e LIMA, 2004).

A associação de sintomatologia ao descontrole dos níveis pressóricos no G2 pode ser um fator desencadeante da adesão ao tratamento. Ao invés de dificultador da adesão, a presença de respostas corporais, tais como a cefaleia parece atuar como um facilitador desse processo. Esses indivíduos podem entender que tais sintomas são um alerta para intensificação do cuidado e o medo da punição de não realizar o tratamento adequadamente (passar mal, sentir dor), pode impedi-los de abster-se da medicação na ausência desses “sinais”.

A Psicologia tem se dedicado a elaborar teorias referentes a sentimentos e emoções, partindo do pressuposto de que o que as pessoas sentem é tão importante quanto o seu comportamento. Com frequência o indivíduo controla parte de seu próprio comportamento quando este tem consequências tanto positivas quanto negativas. No caso dos indivíduos do G2, o comportamento de tomar os medicamentos é mantido em decorrência do sucesso obtido em reduzir ou extinguir os sintomas associados à doença. Como teoria explicativa dessa

ocorrência tem-se o Behaviorismo que faz referência ao *comportamento de esquiva*. Esse comportamento deve ser entendido como um processo no qual a ocorrência de estímulos aversivos está separada por um intervalo de tempo apreciável, permitindo que o indivíduo execute uma ação que previna a ocorrência ou reduza sua magnitude (SKINNER, 1993).

Os sintomas são relatados como uma evidência de que sua saúde não está bem, portanto, é necessário se cuidar. Além disso, muitos entrevistados, principalmente mulheres, afirmam que a dor de cabeça, por exemplo, atrapalha a realização das atividades domésticas, sendo este um empecilho no seu dia-a-dia. No caso do tratamento da HAS, para esse grupo, tomar a medicação seria uma forma de evitar/minimizar os sintomas causados pelo descontrole da PA.

No G3, a ausência de evocações que façam referência à sintomatologia parece atuar como determinante de ações que influenciam no descontrole da PA. O uso adequado do medicamento, relatado pelos hipertensos desse grupo, pode estar vinculado à presença de sintomas apesar desse elemento não fazer parte do Núcleo Central. A menor frequência e /ou intensidade dos sintomas vivenciados por tais sujeitos constitui-se para eles em um indicador de que não estão de fato doentes. A percepção de que a HAS é em um risco à saúde dos mesmos ocorre, efetivamente, quando sentem alguma alteração física. Por se tratar de uma ocorrência pouco frequente, o medicamento tende a ser utilizado de forma intermitente, como fuga do estímulo aversivo e não como esquiva. No processo de fuga o estímulo aversivo será evitado após a ocorrência deste (cessar o sintoma ao invés de evitá-lo). Esse mecanismo visa remoção do estímulo aversivo ao invés de sua prevenção. Os indivíduos desse grupo afirmam ser aderidos ao tratamento, uma vez que, em seu imaginário realmente o são, pois na ausência de sintomas não estão doentes (HAS como doença passageira), não sendo necessário ingerir medicamentos nas ocasiões em que se sentem bem (SKINNER, 1993).

No caso das doenças crônicas, o sucesso da terapêutica depende fortemente da participação e do envolvimento do paciente enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais eficazes, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas da prescrição profissional, mas da conscientização do paciente sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas diárias.

Apesar de associarem equivocadamente a HAS à sintomatologia, levando-se em consideração o conhecimento científico, a presença de sintomas é um fator preditor da busca de tratamento. Em decorrência, atenção especial deve ser dada aos indivíduos que não apresentam sintomas

ou em que estes ocorrem raramente, considerando que aqueles que vivem essa condição clínica são os que apresentam maiores dificuldades em assumir cuidados rotineiros de atenção à própria saúde.

VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A não adesão ao tratamento é considerada um fenômeno complexo e multifatorial. O uso de metodologias puramente quantitativas pode eventualmente ocultar o poder explicativo das percepções e representações. Dessa forma, o presente estudo adotou duas abordagens, quantitativa e qualitativa. Essa conduta teve por intuito buscar explicações para o descompasso entre adesão ao tratamento medicamentoso e baixo controle da PA na população estudada.

Em atendimento à questão central dessa investigação, procurou-se identificar de que forma as Representações Sociais relativas à HAS exercem influência sobre a adesão ao tratamento da doença e controle da PA.

Uma das primeiras constatações significativas desse estudo é de que indivíduos classificados como aderidos ao tratamento em conformidade com o Questionário de Morisky Green não possuem necessariamente um real controle de sua doença. Neste contexto foram identificados três grupos de pacientes no estudo, a saber: G1 – sujeitos classificados como não aderidos ao tratamento; G2 – sujeitos classificados como aderidos e que possuem controle da PA; G3 – sujeitos classificados como aderidos, mas que não possuem controle da PA.

Observou-se que as RS dos participantes em relação à doença se diferem entre os níveis de adesão ao tratamento e controle ou não da PA. A principal divergência em relação às RS nos grupos em análise refere-se à presença de evocações referentes à sintomatologia em seu Núcleo Central.

Há fortes evidências de que a percepção da HAS como uma doença sintomática melhora os índices de adesão ao tratamento e possivelmente, o controle da PA. Em contrapartida, uma vez que essa doença é assintomática, muitos pacientes não aderem ao tratamento de forma efetiva, administrando a medicação ocasionalmente, apenas como fuga ou esquiva de sintomas aversivos a estes. Devido a esta percepção equivocada em torno da doença, faz-se necessária imediata reavaliação das orientações fornecidas aos hipertensos pela equipe de saúde, com foco principalmente nos indivíduos que relatam adesão ao tratamento, mas possuem baixo controle da PA.

Por outro lado, não basta informar que a HAS é uma doença assintomática. Como observado nas falas dos pacientes, eles possuem conhecimento sobre a HAS, mas são impulsionados a

agir em conformidade com opiniões estruturadas a partir das experiências compartilhadas em seu ambiente. Por tal motivo, torna-se essencial a criação de alternativas para que ocorram mudanças na forma de pensar e se comportar em relação à HAS. Apesar das mudanças nos hábitos de vida serem importantes, o uso ininterrupto de medicamento na presença ou ausência de sintomas é determinante na adesão ao tratamento e controle da PA.

Neste sentido, em termos de promoção de saúde, com base nos resultados desse estudo, propõe-se:

1. Maiores investimentos em orientações e ações de promoção de saúde junto aos indivíduos de meia idade e em atividade produtiva, sobretudo para o sexo masculino, visto que os indivíduos com esse perfil apresentaram menor adesão ao tratamento;
2. Maior atenção dos profissionais de saúde voltada aos hipertensos que vivem sozinhos, sem presença contínua de familiares ou outros, pois a ausência de companhia no ambiente do lar demonstrou-se um dificultador do cuidado com a própria saúde;
3. Maior orientação sobre a não substituição de medicamentos por outras formas de tratamento;
4. Atenção redobrada na disponibilidade de medicamentos para os hipertensos nas UBSs e farmácias conveniadas com o SUS;
5. Desenvolvimento de métodos, processos e pesquisas que possam reduzir os efeitos da “regra das metades” (*rule of halves*), que apesar de antiga, ainda é uma ocorrência no contexto do tratamento e controle da HAS;
6. Priorizar a avaliação individualizada dos hipertensos para melhor medicar e, em consequência, obter melhorias no controle da PA;
7. Maior atenção aos hipertensos que apresentam sintomas depressivos e estresse decorrente do contexto profissional, por estarem mais sujeitos ao uso inadequado dos medicamentos;
8. Identificar pacientes que não relatam possuir sintomas, bem como aqueles que os possuem em menor frequência e/ou intensidade, visto que são mais propensos a administrar o medicamento de forma intermitente.

VII – DIFICULDADES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Nesta parte, apontam-se as dificuldades encontradas na realização dessa pesquisa, bem como as perspectivas para novos estudos, indicando possíveis temas que deem continuidade a essa linha de investigação.

7.1 – Dificuldades

Algumas dificuldades foram encontradas durante a realização da pesquisa de campo, a saber:

1. Erros encontrados nos cadastros do Sistema Hiperdia das UBSs envolvidas no presente estudo: em alguns casos, contrário aos registros, os pacientes já haviam falecido ou mudado de endereço, bem como foram encontrados diagnósticos incorretos. Esta última situação foi constrangedora para a equipe de pesquisa, uma vez que, ao visitar o indivíduo em sua residência por ser considerado hipertenso, verificou-se, após entrevista e aferições, que efetivamente não possuía a doença.
2. Dificuldades de localização dos prontuários nas UBSs: Algumas das UBSs estavam passando por período de reforma ou mudança de localização. Devido a isso, os prontuários, muitas vezes, estavam desorganizados, dificultando a localização deste nos arquivos. Isto provocou atraso na realização das entrevistas, visto que era necessário procurar em todos os prontuários os nomes sorteados.
3. Dificuldades de localização e acesso às residências: para localização mais rápida das residências dos participantes, o ideal seria que profissionais das UBSs (geralmente Agentes Comunitários de Saúde – ACS, por realizarem visitas domiciliares e conhecerem todos os pacientes assistidos) acompanhassem os pesquisadores de campo. Esta medida também garantiria maior segurança dos entrevistadores ao percorrer comunidades com maiores riscos sociais. Apesar da maioria das UBSs disponibilizarem profissionais para acompanhamento em campo, o horário de trabalho dos mesmos e o número de pesquisadores, não permitiram a ocorrência desse acompanhamento. Isto dificultou a identificação das ruas e casas a serem visitadas. Além disso, outras adversidades foram encontradas, tais como ruas sem calçamentos, estreitas e de difícil acesso. Alguns pacientes sorteados tiveram que ser substituídos, segundo recomendações dos profissionais das UBSs, por oferecerem riscos à segurança dos pesquisadores uma vez que as regiões em que residiam eram governadas por gangues.

4. Timidez ou medo do participante em ser entrevistado: por serem as entrevistas registradas eletronicamente, alguns participantes se mostraram tímidos, tendo, inicialmente, ficado temerosos de que seus depoimentos comprometessem seu atendimento nas UBSs, por exemplo. Observada essa dificuldade, foram feitos maiores esclarecimentos, a fim de que se sentissem mais seguros quanto aos objetivos da pesquisa. Vale ressaltar que as aferições da PA muito contribuíram para a criação de um vínculo de confiança entre entrevistador e entrevistado. Por serem hipertensos, consideraram importante e valorizaram o fato de estarem sendo visitados e terem a PA aferidas em seu domicílio. Mesmo sendo explicitado que se tratava de uma pesquisa conduzida pela Universidade, entendiam que era um serviço prestado pela UBS em que estavam cadastrados. Em decorrência, muitos expressaram gratidão dizendo: “Antes não era assim, as coisas estão melhorando”.

7.2 – Perspectivas

Apesar das dificuldades mencionadas, dar prosseguimento a esta linha de pesquisa pode trazer à luz outros fatores envolvidos na problemática referente à adesão ao tratamento da HAS e controle da PA.

Sugere-se que em estudos similares sejam realizados mutirões de coleta, ou seja, reunir uma parcela considerável de entrevistadores, devidamente treinados, para realizar a coleta com maior rapidez.

Outra possibilidade de estudo é a inclusão do profissional de saúde na condição de objeto de pesquisa. Neste sentido, é importante também identificar as RS deste sobre a HAS. Partindo do pressuposto que o conhecimento deste pode influenciar a atitude do paciente em relação ao seu tratamento, é relevante perguntar de que forma o profissional define tal doença; como ocorre o processo de partilha do conhecimento; de que forma acolhe o modo de pensar e de agir dos seus pacientes; e, ainda, se valorizam tratamentos alternativos, em que não é priorizado o uso de medicamentos, em detrimento daqueles recomendados para controle da PA.

A fim de melhor conhecer as várias ocorrências dos sujeitos participantes de forma espacialmente localizadas, está-se elaborando uma segunda coleta complementar em que todas as residências serão georreferenciadas. Dessa forma será possível criar um Sistema de

Informações Geográficas (SIG), espacializando as diversas variáveis identificadas nesse estudo.

Por fim, sugere-se a realização de estudos observacionais da rotina e comportamentos de pacientes, principalmente no grupo de aderidos ao tratamento e sem controle da PA, para se verificar de forma mais aprofundada questões relativas à sintomatologia, nível de adesão ao tratamento da doença e controle da PA. A ampliação do estudo focada nestes sujeitos pode contribuir para a formulação de políticas públicas que atuem de forma preventiva e educativa reduzindo, no futuro, os índices de não adesão ao tratamento da HAS e baixo controle da PA.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social**, Goiânia, 27-38, 1998.
- ABRIC, J. C. **Pratiques Sociales et Representations Sociales**. Paris: PUF, 1994.
- ANDRADE, et al. Equidade na saúde : o Programa de Saúde da Família em Minas Gerais. Secretaria da Saúde de Minas Gerais, Mônica Viegas Andrade (org.) Belo Horizonte : SES-MG, UFMG, 2013.
- ANDRADE, J. M. O. et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 19, n.8, 3497-3504, 2014.
- ANDRADE, S. S. C. A. et al. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. **Rev. Bras. epidemiol.**, v. 17, n. 1, 215-226, 2014.
- ARRUDA, Â. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 117, 127-147, 2002.
- AXINN, W. G.; PEARCE, L. D. **Motivations for mixed method social research**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n.1, 27-32, 2009.
- BARBATO, K. B. G. et al. Efeitos da redução de peso superior a 5% nos perfis hemodinâmico, metabólico e neuroendócrino de obesos grau I. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 1, julho, 2006.
- BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, 129-38, 2002.
- BONARDI, C.; ROUSSIAU, N. **Les représentations sociales**. Paris: Dunod, 1999.
- BORGES, H. P.; CRUZ, N. C.; MOURA, E. C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 2, agosto, 2008.
- BRAGA, T. M. S.; KERBAUY, R. R. Maneiras de estudar comportamento e saúde em pesquisa e aplicação. **Comportamento e saúde: explorando alternativas**, v. 3, n. 9, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, dezembro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**: Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2002.

CAPPUCCIO, F. P. Dietary changes and their effect on blood pressure: what lesson should we learn? **Journal of Human Hypertension**, v. 11, 765-766, 1997.

CAVALCANTE, J. W. S. et al. Comportamento da pressão arterial em filhos de normotensos e filhos de hipertensos submetidos a estímulos pressóricos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 69, n.5, novembro, 1997.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CESSE, E. A. P. **Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. 268f. Tese. Programa de Doutorado em Saúde Pública. Fiocruz, Recife, 2007.

CHAIMOVICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção, alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, 184-200, 1997.

CHAVES, S. M. M. **As práticas educativas dos agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família de Presidente Prudente**. Dissertação de Mestrado, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UNIOESTE, Presidente Prudente, 2005.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. **JAMA**, v. 239, 2560-72, 2003.

CINTRA, R. M. G.; OLIVEIRA, D.; SILVA, L. M. G. Estado nutricional de idosos. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 23, n. 4, 567-575, out./dez., 2012.

CIPULLO, et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, [online], 2010.

COELHO, E. B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. Hipertens.** [online], v.13, n.1, 51-4, 2006.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 1251-1260, 2009.

DIAZ, R. B. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos. In: Netto (org.), **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão global**. São Paulo. Editora Atheneu. pp.230-24, 2002.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

DRAGANO, N.; BOBAK, M.; WEGE, N. et al. Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. **BMC Public Health.**, v. 7, 255, 2007.

DUDA N. T.; LISBOA H. R. K.; PORTELLA, M.; et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Epidemiologia e Prevenção no Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.** Rio de Janeiro, v. 63, n. 5, 1994.

FERMINO, R. C.; SEABRA, A.; GARGANTA, R.; MAIA, J. A. R. Fatores genéticos na agregação familiar da pressão arterial de famílias nucleares portuguesas. **Arq. Bras. Cardiol.** Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, 209-215, 2009.

FILHO, G. S.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Conhecimento de diagnóstico prévio de hipertensão arterial tem impacto sobre o cotidiano do indivíduo? Estudo Pró-Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 4, 860-871, 2013.

FLEGAL, K. M.; GRAUBARD, B. I.; WILLIAMSON, D. F. et al. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. **Jama**, v. 293, n.15, 1861-1867, 2005.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FREITAS, et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Rev. Bras. Med. Família e Comum.** [online], v. 7, n.22, 13-9, 2012.

FREITAS, O. C.; CARVALHO, F. R.; NEVES, J. M. et al. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Catanduva, SP. **Arq Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 77, 9-15, 2001.

FRENK, J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. **Comission on Social Determinants of Health**, 2006.

FRENK, J. et al. La transición epidemiologica en America Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 111, 458-496, 1991.

FUCHS, F. D.; LUBIANCA, J. F.; MORAES, R. S. et al. The behavior of blood pressure during repeated measurements in a cohort of patients evaluated for hypertension. **High Blood Pres**, v. 4, 28-33, 1995.

FUCHS, F. D.; MOREIRA, L.B.; MORAIS, R. S. et al. Prevalência de hipertensão e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 63, 473-9, 1994.

FUCHS, S. C. et al. Estabelecendo a prevalência de hipertensão arterial sistêmica: influência nos critérios de amostragem. **Arquivos Arq. Bras. Cardiol**, Rio de Janeiro, v.76, n.6, 445-8, 2001.

FUENTES, R. M., et al. Familial aggregation of blood pressure: a population-based family study in eastern Finland. **J Hum Hypertens.**, v. 14, n. 7, 441-445, 2000.

FURUKAWA, T. S.; SANTO, A. H.; MATHIAS, T. A. F. Causas múltiplas de morte relacionadas às doenças cerebrovasculares no Estado do Paraná. **Rev. Bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, 231-239, 2011.

GAMA, G. G. G.; MUSSI, F. C.; PIRES, C. G. S. et al. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, 3371-3383, 2012.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência psicológica: Mente, cérebro e comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GLENN, S. Individual behavior, culture, and social change. **The Behavior Analyst**, v. 27, 133-151, 2004.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, 565-574, 2007.

GONZAGA, M. R.; QUEIROZ, B. L.; MACHADO, C. J. Compressão da mortalidade: um estudo da variabilidade da idade à morte na população do Estado de São Paulo, Brasil, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 7, 1475-1485, 2009.

GUIMARÃES, S. S. Psicologia da saúde e doenças crônicas. **Comportamento e saúde: explorando alternativas**, 22-45, 1999.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras. Hipertens.** v. 16, n. 1, 38-43, 2009.

GUTIÉRREZ-FISAC, J. L. et al. La epidemia de obesidad y sus factores relacionados: el caso de España. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 101-110, 2003.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2004.

HERZLICH, C. A. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, 57-70, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de Saúde: Assistência Médico Sanitária**. Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

JARDIM P. C. B V.; SOUSA, A. L. L., MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, 232-238, abr./set., 1996.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, abr., 2007.

JÚNIOR, D. P. L. et al. Farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, 435-41, 2006.

KAGEYAMA, Â.; HOFFMANN, R. Pobreza no Brasil: uma perspectiva multidimensional. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 15, n. 1, 79-112, jan./jun. 2006.

KOGA, D.; NAKANO, K. Perspectivas territoriais e regionais para políticas públicas brasileiras. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 85, 2006.

LEÃO E SILVA, L. O. et al. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 227-242, 2013.

LEÃO E SILVA, L. O. **Hipertensão Arterial Sistêmica: representações de idosos a respeito da doença e seu tratamento**. 104 f. Dissertação – Mestrado em Gestão Integrada do Território, Univale, Governador Valadares, 2011.

LESSA, Í. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 6, dezembro, 2006.

LEWINGTON, S.; et al. Agespecific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**, 360, 1903-13, 2002.

LIMA, T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública** [online], v.20, n. 4, 1079-1087, 2004.

LIPP, M. E. N. **O stress do professor**. São Paulo: Papyrus, 2002.

LOPES, H. F.; MORAES, E. D. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev Soc Cardiol**, São Paulo, v. 13, n. 1, Janeiro/Fevereiro, 2003.

MALLION, J. M., SCHMITT, D. Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. **Blood Press.**, v.11, n. 4, 253-4, 2002.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. **Saúde Brasil 2008 Ministério da Saúde**, Brasília, 337-62, 2009.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes mellito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, 471-479, 2006.

MENDES, E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, Brasília, v. 10, 7-19, 1993.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.

MINAYO, M. C. S. O conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 89-111.

MINAYO, M. C., SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 239-262, 1993.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto enferm.**, Santa Catarina, v.17, n. 4, 672-679, 2008.

MOLINA, M. D. C. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 6, 743-50, 2003.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 898-906, 2005.

MONTEIRO, C. A. et al. The nutrition transition in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, Londres, v. 49, 105-113, 1995.

MOREIRA, et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 25, n. 3, 397-406, jul./set., 2011.

MOREIRA, M. B. Comportamento Supersticioso: Implicações para o estudo do Comportamento Operante. **Psicologia Iesb.**, v.1, n.1, 86-92, 2009.

MORISKY D. E. et al. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24, n. 67-74, 1986.

MOSCOVICI, S. **La Psychanalyse, son image et son public**. Paris: Press University de France, 1961.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro, Vozes, 2009.

MUNARETTI, D. B. et al. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 57, n. 1, 25-30, 2011.

MURARO, A. P. et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 1387-1398, 2013.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M.V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Rev. Panamericana Salud Publica**. Washington, v. 17, n. 5/6, 410-418, 2005.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, 30-34, 2006.

OLIVEIRA, B. Z. et al. Mortalidade feminina por hipertensão: análise por causas múltiplas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, 556-565, 2009.

OLIVEIRA, D. C.; et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 197-206, 2008.

OMRAN, A. R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 4, 509-38, 1971.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **As redes de atenção a saúde**. Brasília, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília, 2010.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N Engl J Med.**, v. 353, n. 5, 487-97, 2005.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 10 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2010.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Arterial hypertension patients: attitudes, beliefs, perceptions, thoughts and practices. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, 635-642, 2003.

PEREZ, A. B. Exercise as the Cornerstone of Cardiovascular Prevention. **Rev. Esp. Cardiol.**, v. 61, n. 5, 514-28, 2008.

POLLI, G. M. et al. Representações Sociais da Água em Santa Catarina. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.3, 529-536, Jul/Set. 2009.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 2009.

RIERA, A. R. P. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROBINSON, R. F. et al. Significance of heritability in primary and secondary pediatric hypertension. **Am J Hypertens.**, v. 18, n. 7, 917-21, 2005.

ROCHA, R.; SOARES, R. Impacto de programas de saúde á nível familiar e comunitário: evidências do programa Saúde da Família. **Encontro Nacional da ANPEC**, Salvador, 2008.

ROSEN, G. **The strategy of preventive medicine**. Oxford: Oxford University, 1992.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SACK, R. D. **Human Territoriality**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTO, A. H. Potencial epidemiológico da utilização das causas múltiplas de morte por meio de suas menções nas declarações de óbito, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 22, 178-156, 2007.

SANTOS M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, setembro, 2005.

SARAIVA, K. R. O. et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, março, 2007.

SIMPSON, S. H. et al. A meta analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **BMJ**, v. 333, 15-19, 2006.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

SOARES, M. M. et al. Comportamentos supersticiosos e práticas comportamentais inadequadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Portugal, v. 15, n. 2, 524-537, 2014.

SOUZA et al., Correlação de alguns hábitos de estilo de vida e da jornada de trabalho com a pressão arterial aferida em motoristas de transporte coletivo urbano. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 4, 2009.

SOUZA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 4, outubro, 2006.

STOCCO, R.; BARRETO, A. C. P. Influência de fatores ambientais na gênese e evolução das cardiopatias IN: GIANNINI, S.D. **Cardiologia Preventiva**, São Paulo, 2000.

SUHRCKE, M. et al. – Economic cost of ill health in the European Region. **Copenhagen, World Health Organization**, 2008.

TAMAYO, A., PASCHOAL, T. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, 45-52, 2004.

VICTOR, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n.1, 49-54, 2009.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. **Am J Clin Nutr**, v. 75, 971-977, 2002.

WHELTON, S. P. et al. Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. **Annals of Internal Medicine**, v. 136, n. 7, abril, 2002.

WILBER, J. A; BARROW J.G. Hypertension: a community problem. **Am J Med.**, v. 52, n. 5, 653-63, 1972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008 - primary health care (now more than ever).** Geneva, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título:**

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

Pesquisador Responsável:

Carlos Alberto Dias

Aluno (a) Participante:

Marina Mendes Soares

Contato com pesquisador responsável

Endereço:

Campus Antônio Rodrigues Coelho

Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220

Governador Valadares/MG - Fone: (33) 3279-5917

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Hipertensão Arterial Sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento” na área de Ciências Humanas e da Saúde.
- 2) A pesquisa terá como objetivo(s) *verificar de que forma as Representações Sociais e as Práticas comportamentais relativas à Hipertensão Arterial Sistêmica exercem influencia sobre a Adesão ao Tratamento da Doença, Qualidade de Vida e na ocorrência de sintomas depressivos de pacientes que se encontram em distintas fases do ciclo da vida*. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:
 - 3.1) O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará eletronicamente por meio de um gravador de voz digital suas contribuições. Ao final, você poderá verificar os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja deletado o registro feito até o momento.
 - 3.2) Sua participação será apenas de fornecer as resposta às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de quarenta minutos. A entrevista deve ser realizada nos domicílios dos participantes.
- 3) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os

cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

- 4) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: *insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.*
- 5) Prevêem-se como benefícios da realização dessa pesquisa o conhecimento das representações sociais em torno da hipertensão e da terapêutica, as práticas comportamentais, níveis de depressão, qualidade de vida e adesão de pacientes de um dado grupo social ao tratamento da doença.
- 6) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes. “Hipertensão Arterial Sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”
- 7) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, ____ de ____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO**

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

Data: ___/___/2014 Entrevistador: _____ Nº: _____

Hora de Início: _____ Hora de Término: _____

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. *Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos. Seu objetivo é verificar de que forma as Representações Sociais e as Práticas comportamentais relativas à Hipertensão Arterial Sistêmica exercem influencia sobre a Adesão ao Tratamento da Doença e Qualidade de Vida de pacientes que se encontram em distintas fases do ciclo da vida. 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.*
2. *Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, 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.*
3. *Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.*
4. *Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos no conjunto de entrevistas e questionários respondidos por todos os participantes, serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. 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) Faixa etária: _____ anos

3) Data de Nascimento: ___/___/___

4) Quantos anos você tem? _____ anos.

5) Qual é o seu sexo?

1. Masculino

2. Feminino

6) Qual é o seu Estado Civil? (Resposta única)

1. Casado

3. Viúvo

5. Separado

2. Solteiro

4. União consensual

7) Qual é a sua condição de trabalho? (Resposta única)

1. Trabalhador autônomo 4. Do lar 7. Desempregado
 2. Trabalhador assalariado 5. Aposentado 8. Outro
 3. Estudante 6. Pensionista

8) Qual a sua profissão? _____

9) Qual sua cor (grupo étnico)?

1. Branca 3. Parda 5. Morena
 2. Negra 4. Amarela 6. Não resposta

Representações Sociais e Práticas comportamentais

10a) Coleta de evocações

Agora, você deverá escrever cinco palavras ou expressões que vêm imediatamente à sua cabeça em relação à expressão abaixo:

TER PRESSÃO ALTA	
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()
_____	()

10b) Palavras mais importantes

Agora, você deverá ordenar as palavras acima pela ordem de importância, preenchendo os parênteses com a numeração de 1 (a mais importante) até 5 (a menos importante).

11) Significados

Agora, você deverá indicar o significado da palavra/expressão que você elegeu como nº 1, ou seja, a mais importante:

12) Significado mais importante

Porque você elegeu a palavra / expressão (nº 1) como a mais importante?

13) O que mudou em sua vida depois de ser diagnosticado como hipertenso?

14. Você sente alguma coisa quanto sua pressão está alta?

1. Sim

2. Não (pular para a questão 17)

15. O que você sente, quando a pressão está alta?

16. Como você sabe que estes sintomas são por causa da Pressão Alta e não de outro problema de saúde?

17. Que orientações você tem recebido dos profissionais de saúde para um melhor controle de sua pressão?

18. De quem você normalmente tem recebido tais orientações? _____

19. Além dos medicamentos receitados pelos médicos, você considera que existe alguma outra forma de controlar a pressão?

1. Sim

3. Não sabe

2. Não (pular para a questão 21)

20. Se sim, quais são as outras formas de controlar a pressão?

21. Qual sentimento o fato de ser hipertenso provoca em você?

22. Quantas vezes você interrompeu o tratamento medicamentoso por conta própria? _____ vezes

23. Como é o seu relacionamento com a equipe de saúde?

24. Quando você deixou de tomar remédio ou de ir ao Posto de Saúde, quais foram as providências tomadas pelos profissionais do Posto, para que você retornasse ao tratamento?

25. Qual o seu nível de satisfação com os serviços prestados pelos profissionais do Posto de Saúde em que está cadastrado?

1. Satisfeito
2. Parcialmente satisfeito
3. Insatisfeito
4. Não se aplica
5. Não resposta

Comportamentos de risco

26. Usa algum tipo de cigarro?

1. Sim
2. Não

27. Pratica exercícios físicos?

1. Sim
2. Não (pular para a questão 30)

28. Com que frequência: _____ dias por semana

29. Há quanto tempo pratica atividade física? _____ (meses)

30. Há quanto tempo você sabe que é hipertenso? _____ (anos)

31. Há quanto tempo faz tratamento medicamentoso? _____ (anos)

32. Além da hipertensão, você tem/teve algum outro problema de saúde? Se sim, qual (is)?

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral | 6. <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca |
| 2. <input type="checkbox"/> Câncer | 7. <input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica |
| 3. <input type="checkbox"/> Diabetes | 8. <input type="checkbox"/> Problemas na coluna |
| 4. <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias | 9. <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| 5. <input type="checkbox"/> Enfarto Agudo do Miocárdio | 10. <input type="checkbox"/> Colesterol |

11. Artrose13. Outro12. Artrite14. Nenhum

Acesso ao Serviço de saúde

33. Você compareceu na última Consulta MARCADA?

1. Sim2. Não

34. Quanto tempo se passou após a última consulta: ____ meses.

35. Você participa/participou da última atividade em grupo desenvolvida realizada neste Posto de Saúde (PSF)?

1. Sim2. Não

36. Onde costuma obter os medicamentos que usa?

1. SUS4. Não se aplica2. Necessita comprar5. Outros3. Geralmente no SUS, quando falta, compra

Classificação socioeconômica

37. Quantas pessoas moram nesta casa com você? _____

38. Dessas pessoas quantas são adultas? _____

39. Quantos cômodos têm esta casa que você mora? _____

40. Nesta casa que você mora, têm telefone fixo?

1. Sim2. Não

41. Durante quantos anos você estudou: _____

41a – Qual é o seu grau de instrução (Resposta única)

Grau de instrução	Pontos
1. <input type="checkbox"/> Sem escolaridade/ Fundamental incompleto	0
2. <input type="checkbox"/> Fundamental completo/ Ginasial incompleto	1
3. <input type="checkbox"/> Ginasial completo/ 2º grau incompleto	2
4. <input type="checkbox"/> 2º grau Completo/ 3º grau incompleto	4
5. <input type="checkbox"/> 3º grau completo	8

41b – Quais e quantos dos itens abaixo você possui em sua casa?

Itens/ Quantidade	0	1	2	3	4 ou +
1. Televisão em cores	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Rádio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Banheiro	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4. Automóvel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
5. Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6. Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
7. Videocassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
8. Geladeira	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
9. Freezer (Aparelho independente)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

42. Classificação econômica (Após análise das questões 41a e 41b)

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> A1 (42 – 46 pontos) | 5. <input type="checkbox"/> C1 (18 – 22 pontos) |
| 2. <input type="checkbox"/> A2 (35 – 41 pontos) | 6. <input type="checkbox"/> C2 (14 – 17 pontos) |
| 3. <input type="checkbox"/> B1 (29 – 34 pontos) | 7. <input type="checkbox"/> D (8 – 13 pontos) |
| 4. <input type="checkbox"/> B2 (23 – 28 pontos) | 8. <input type="checkbox"/> E (0 – 7 pontos) |

Adesão ao tratamento – Morisky Green (1986)

1) Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio?

- Sim (1 ponto) Não (0 pontos) Não se aplica

2) Você, às vezes, é descuidado para tomar seu remédio?

- Sim (1 ponto) Não (0 pontos) Não se aplica

3) Quando você se sente melhor, às vezes, você pára de tomar seu remédio?

- Sim (1 ponto) Não (0 pontos) Não se aplica

4) Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você pára de tomá-lo?

- Sim (1 ponto) Não (0 pontos) Não se aplica

Total de pontos: _____

Apoio e dificuldades

47. Você recebe ajuda de sua família no tratamento?

- Sim Não Não se aplica

48. Você possui alguma dificuldade para cuidar da hipertensão conforme as orientações fornecidas?

- Sim Não Não se aplica

49. Classificação Questionário de Morisky Green:

- Máxima Adesão (0 pontos)
- Moderada Adesão (1 a 2 pontos)
- Baixa Adesão (3 a 4 pontos)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. FORTALEZA, 2012.

N°	QUESTÕES	Sempre	Quase sempre	As vezes	Quase nunca	Nunca	Não respondeu/Não sabe	Não se aplica
		100%	80%	50%	30%	0%		
		1	2	3	4	5		
50	Deixo de tomar a medicação quando estou bem.							
51	Esqueço de tomar o medicamento.							
52	Minha alimentação é rica em sal.							
53	Minha alimentação é rica em frituras/gorduras.							
54	Faço uso de bebida alcoólica.							
55	Tenho comido pizzas, sanduíches, pastéis, batatas fritas, salgadinhos e empanados.							
56	Vou com frequência a Unidade de Saúde quando minha pressão está alta.							
57	Não pratico exercícios físicos diariamente.							
58	Não tenho tempo de realizar atividade física.							
59	As pessoas da minha família não me ajudam no tratamento da Hipertensão.							
60	Minha alimentação é pobre em frutas e verduras.							
61	Acredito que não preciso mudar meu modo de vida.							
62	Deixo de tomar os medicamentos quando a Unidade de Saúde não os oferece.							
63	Falto às consultas para tratamento da hipertensão.							
64	Paro de tomar o remédio por sentir mal com ele.							
65	Sinto dificuldade de tomar a medicação quando tenho que ingerir mais de dois comprimidos de uma só vez.							
66	Sinto dificuldade de tomar a medicação quando tenho que utiliza-los mais de uma vez por dia.							
67	Quando minha pressão é aferida, ela geralmente está alta.							
68	Minha vida é estressante.							
69	Deixo de participar de grupos de educação em saúde.							
70	Sinto dificuldade em conversar com os profissionais de saúde que me atendem.							
71	Falta medicamentos para hipertensão na Unidade de Saúde.							
72	Me sinto mal atendido na Unidade de Saúde, onde faço o acompanhamento.							
73	Falta local conveniente para realizar atividades físicas.							
Subtotais								
TOTAL								

74. Classificação:

1. Adesão (73 a 120 pontos)
2. Risco para não Adesão (49 a 72 pontos)
3. Não Adesão Total (24 a 48 pontos)

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EM HIPERTENSOS (MINICHAL-BRASIL)**Nos últimos sete dias...****1) Você tem dormido mal?**

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

76) Você tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

77) Você tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

78) Você sente que não está sendo útil na vida?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

79) Você se sente incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

80) Você tem se sentido constantemente agoniado e tenso?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

81) Você tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

82) Você se sente incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

83) Você tem se sentido esgotado e sem forças?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

84) Você teve a sensação de que estava doente?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

85) Você tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

86) Você teve inchaço nos tornozelos?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

87) Você percebeu que tem urinado com mais frequência?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

88) Você tem sentido a boca seca?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

89) Você tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

90) Você tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

91) Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa, têm afetado a sua qualidade de vida?

- | | |
|--|--|
| 0. <input type="checkbox"/> Nunca | 3. <input type="checkbox"/> Sempre |
| 1. <input type="checkbox"/> Às vezes | 4. <input type="checkbox"/> Não resposta |
| 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | 5. <input type="checkbox"/> Não sabe |

92) Total: _____

93) Classificação: _____

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Instruções:

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

94)

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

95)

- 0 Não estou desanimado em relação ao futuro.
- 1 Eu me sinto desanimado em relação ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

96)

- 0 Não me sinto um fracasso.
- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que vejo é um monte de fracassos.
- 3 Acho que sou um completo fracasso.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

97)

- 0 Tenho tanta satisfação em tudo quanto antes.
- 1 Não tenho satisfações com as coisas como costumava ter.
- 2 Não encontro satisfação real em mais nada.

- 3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo.
4 Não resposta
5 Não se aplica

98)

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
4 Não resposta
5 Não se aplica

99)

- 0 Não sou mais irritado agora do que antes.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que me irritavam antes.
4 Não resposta
5 Não se aplica

100)

- 0 Não acho que estou sendo punido.
1 Acho que posso ser punido(a).
2 Sinto que vou ser punido(a).
3 Sinto que estou sendo punido(a).
4 Não resposta
5 Não se aplica

101)

- 0 Eu não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a).
1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a).
2 Estou muito decepcionado(a) comigo mesmo(a).
3 Eu me odeio.
4 Não resposta
5 Não se aplica

102)

- 0 Não me sinto pior que os outros.
1 Me critico pelas minhas fraquezas ou erros.

- 2 Eu me culpo sempre pelas minhas faltas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
4 Não resposta
5 Não se aplica

103)

- 0 Não tenho ideia de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de fazer isso.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
4 Não resposta
5 Não se aplica

104)

- 0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava antes.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.
4 Não resposta
5 Não se aplica

105)

- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
1 Fico cansado(a) mais facilmente do que antes.
2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
4 Não resposta
5 Não se aplica

106)

- 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
4 Não resposta
5 Não se aplica

107)

- 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.

- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

108)

- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que antes.
- 1 Me preocupo em estar parecendo velho ou nada atraente.
- 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer menos atraente.
- 3 Me acho feio.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

109)

- 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para fazer qualquer coisa.
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

110)

- 0 Durmo tão bem quanto antes.
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

111)

- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
- 3 Perdi completamente o apetite.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

112)

- 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 kg.
- 2 Perdi mais de 5 kg.
- 3 Perdi mais de 7 kg.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

113) Estou tentando perder peso, comendo menos.

- 0 Sim
- 1 Não

114)

- 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- 1 Me preocupo com problemas físicos, como dores, indisposição do estômago, ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- 3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

115)

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) por sexo do que antes.
- 2 Estou muito menos interessado(a) por sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.
- 4 Não resposta
- 5 Não se aplica

116) Total de Pontos: _____**117) Classificação:**

0. **Mínimo (0-11 pontos)**
1. **Leve (12-19 pontos)**
2. **Moderado (20-35 pontos)**
3. **Grave (36-63 pontos)**

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL**Aferição da pressão arterial****Aferição da Pressão Arterial**

- 1ª aferição: _____ mmHg
- 2ª aferição: _____ mmHg
- 3ª aferição: _____ mmHg
- Média das aferições: _____ mmHg

118) Classificação da Pressão arterial (Diretrizes Brasileiras de HAS)

- 1 Ótima (< 120 e < 80)
- 2 Normal (< 130 e < 85)
- 3 Normal alta (130 – 139 e 85 – 89)
- 4 Hipertensão Estagio 1 (140 – 159 e 90 – 99)
- 5 Hipertensão Estagio 2 (160 – 179 e 100 – 109)
- 6 Hipertensão Estagio 3 (≥ 180 e ≥ 110)

119) Controle da Pressão Arterial

1. Sim
2. Não

ANEXO

ANEXO A – CARTA DE ACEITE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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 - BI 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 - TERMO DE CONCESSÃO DE FINANCIAMENTO CNPQ



7044992952681099

TERMO DE ACEITAÇÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROPOSTA DE NATUREZA CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA E/OU DE INOVAÇÃO

Processo: 401288/2013-7

Título do Projeto: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES A RESPEITO DA DOENÇA E SEU TRATAMENTO

Instituição de Vínculo: Universidade Vale do Rio Doce/UNVALE-MG

CNPJ: 20611810000191

Instituição de Execução: Universidade Vale do Rio Doce

CNPJ: 20611810000191

Chamada: Chamada nº 06/2013 - Tema 2: Envelhecimento e Doenças Crônicas

Eu, Carlos Alberto Dias, 283.895.936-68, declaro conhecer, concordar e atender integralmente às exigências Nº CPF (ou PASSAPORTE, se estrangeiro) da Chamada acima especificada e às Condições Gerais para Apoio Financeiro que regem a concessão dos recursos especificados abaixo:

AUXÍLIO FINANCEIRO

Custelo: R\$ 38.241,00

Capital: R\$ 6.815,00

Valor Global: R\$ 45.056,00

Tenho ciência:

- a) de que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data da assinatura deste Termo de Aceitação, pelo período constante na Chamada correspondente; e
- b) das disposições legais e procedimentos para a adequada utilização de recursos financeiros e a correta prestação de contas (Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas).

1. DA CONCESSÃO:

1.1. Ao aceitar o apoio financeiro, o BENEFICIÁRIO declara formalmente:

- a) dedicar-se às atividades pertinentes à proposta aprovada;
- b) observar o disposto nas Leis nº 8.666/93 e nº 10.973/04, nos Decretos nº 93.872/86 e nº 5.563/05 e na Lei nº 8.112/90, no que couber, bem como os demais instrumentos legais pertinentes;
- c) conhecer o Protocolo de Cooperação Técnica firmado entre a instituição de execução do projeto/plano de trabalho e o CNPq, publicado no Diário Oficial da União;
- d) conhecer e cumprir as exigências da Chamada à qual a proposta está relacionada, como também as normas do CNPq, ora em validade, relativas à modalidade de apoio financeiro aprovado, ciente que a eventual mudança dessas normas não afeta, altera ou incide sobre o presente documento, exceto quando proposta pelo CNPq e formalmente aceita pelo BENEFICIÁRIO;
- e) possuir anuência formal da instituição de execução do projeto/plano de trabalho, seja sob a forma de vínculo empregatício ou funcional ou, na ausência deste, sob a forma de declaração de autoridade institucional competente, segundo modelo disponível na página do CNPq na Internet;
- f) dispor das autorizações legais cabíveis de instituições como Instituto Brasileiro de Meio Ambiente - IBAMA, Fundação do Nacional do Índio - FUNAI, Comitê de Ética na Pesquisa - CEP, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, das Comissões de Ética

em pesquisa com animais, Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN e outras, no caso em que a natureza do projeto, as exigir;

g) manter os documentos referidos nas alíneas "e" e "f" em seu poder até cinco anos após a aprovação final das contas do CNPq pelo Tribunal de Contas da União, não sendo necessária sua remessa ao CNPq;

h) ter ciência de que esta declaração é feita sob pena da incidência nos artigos [297-299 do Código Penal Brasileiro](#) sobre a falsificação de documento público e falsidade ideológica, respectivamente; e

i) estar ciente que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data da assinatura do Termo de Aceitação, pelo período constante na Chamada correspondente, devendo ser aplicados exclusivamente para a proposta aprovada.

1.2. O BENEFICIÁRIO compromete-se, ainda, a:

a) responsabilizar-se pela adequada implementação e aplicação dos recursos financeiros aprovados, atendendo aos aspectos normativos definidos para a(s) modalidade(s) concedida(s), podendo estar previsto apenas recursos de capital e custeio, como também recursos para bolsas;

b) utilizar os recursos financeiros em acordo com os critérios e procedimentos estabelecidos no Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas ;

c) assumir todas as obrigações legais decorrentes de contratações eventuais necessárias à consecução do objeto, não tendo tais contratações qualquer vínculo com o CNPq;

d) apresentar, nos prazos que lhe forem determinados, informações ou documentos referentes tanto ao desenvolvimento quanto à conclusão do projeto ou plano de trabalho aprovado;

e) se necessárias, propor alterações ao projeto/plano de trabalho, sujeitas à prévia análise e autorização do CNPq, e de entidade co-financiadora quando for o caso, desde que não se altere o objeto do projeto/plano de trabalho, e não implique remanejamento de despesas entre rubricas (capital para custeio e vice-versa);

f) permitir e facilitar ao CNPq o acesso aos locais de execução do projeto/plano de trabalho, o exame da documentação produzida e a visitação dos bens adquiridos;

g) apresentar o relatório técnico final das atividades desenvolvidas em até 60 (sessenta) dias após o término da vigência do projeto/plano de trabalho, via Plataforma Carlos Chagas;

h) apresentar a prestação de contas financeira em até 60 (sessenta) dias após o término da vigência do projeto/plano de trabalho, em conformidade com o disposto no Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas, via Plataforma Carlos Chagas; e

i) se necessário, solicitar prorrogação de prazo de execução do projeto/plano de trabalho, via Plataforma Carlos Chagas, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência.

1.3. É vedado

a) utilizar o recurso financeiro para fins distintos dos aprovados originalmente na proposta, sendo permitidas despesas exclusivamente com itens financeiros estabelecidos nas normas de bolsas e auxílios individuais do CNPq, convênios e/ou Chamadas;

b) transferir a terceiros as obrigações assumidas sem prévia autorização do CNPq;

c) executar despesas em data anterior à vigência do benefício; e

d) efetuar pagamento em data posterior à vigência do benefício, salvo se expressamente autorizado pela autoridade competente do CNPq e desde que o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante a vigência do Termo de Aceitação. Despesas realizadas fora do prazo de aplicação dos recursos serão glosadas.

2. DA GUARDA E DOAÇÃO DOS BENS

2.1. O BENEFICIÁRIO e a instituição de execução do projeto responderão pela manutenção do bem em perfeito estado de conservação e funcionamento.

2.2. Em caso de roubo, furto ou outro sinistro envolvendo o bem, o BENEFICIÁRIO ou a instituição de execução do projeto, após a adoção das medidas cabíveis, deverá comunicar imediatamente o fato ao CNPq, por escrito, juntamente com a justificativa e a prova de suas causas, anexando cópia autenticada da Ocorrência Policial, se for o caso.

2.3. É vedada a transferência dos bens para outro local ou estabelecimento, sem prévia e expressa autorização do CNPq. Todas as despesas decorrentes da transferência dos bens e os eventuais danos causados correrão por conta e risco do BENEFICIÁRIO e da instituição de execução do projeto.

2.4. A doação dos bens patrimoniais adquiridos com apoio financeiro do CNPq deverá ser efetuada conforme estabelecido em norma específica e com o disposto no Protocolo de Cooperação Técnica.

3. DA PROPRIEDADE INTELECTUAL / CRIAÇÃO PROTEGIDA

Caso os resultados do projeto ou o relatório em si venham a ter valor comercial ou possam levar ao desenvolvimento de um produto ou método envolvendo o estabelecimento de uma patente, a troca de informações e a reserva dos direitos, em cada caso, dar-se-ão de acordo com o estabelecido na Lei de Inovação, nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 5.563, de 11 de outubro de 2005 e pela RN-013/2008.

4. DAS PUBLICAÇÕES E DIVULGAÇÃO

4.1. Trabalhos publicados e sua divulgação, sob qualquer forma de comunicação ou por qualquer veículo, de resultados obtidos com recursos do projeto, deverão, obrigatoriamente, no idioma da divulgação, fazer menção expressa ao apoio recebido do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - Brasil.

4.2. Material de divulgação de eventos, impressos em geral, publicações e a publicidade relativa a eles, de trabalhos e atividades apoiadas ou financiadas pelo CNPq, deverão trazer a logomarca deste em lugar visível, de fácil identificação em escala e tamanho proporcionais à área de leitura. Esclarecimentos a respeito e os padrões a observar devem ser objeto de consulta prévia junto à área de comunicação social do CNPq (comunicao@cnpq.br).

4.3. As ações publicitárias atinentes a propostas financiadas com recursos da União deverão observar rigorosamente as disposições contidas no § 1º do art. 37 da Constituição Federal, como também aquelas consignadas em Instrução Normativa da Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República.

5. DA DESISTÊNCIA E SUSPENSÃO

5.1. Quando o BENEFICIÁRIO desistir da execução do projeto/plano de trabalho, antes do seu início, os recursos serão devolvidos ao CNPq, com justificativa plausível da desistência, no prazo de 30 (trinta) dias de seu recebimento. A não observância desse prazo implicará a correção do valor originalmente concedido, na forma da legislação aplicável aos débitos da Fazenda Nacional.

5.2. O BENEFICIÁRIO deverá comunicar formalmente ao CNPq qualquer descontinuidade do plano de trabalho ou do projeto de pesquisa, acompanhada da devida justificativa. No prazo de 30 (trinta) dias da comunicação da descontinuidade, deverão ser apresentados o relatório técnico e a prestação de contas, como também deverá ser devolvido ao CNPq eventual saldo financeiro. A não observância desse prazo implicará a correção do valor originalmente concedido, na forma da legislação aplicável aos débitos da Fazenda Nacional.

5.3. A liberação dos recursos do apoio financeiro ao projeto/plano de trabalho, bem como de quaisquer outros benefícios aprovados pelo CNPq, será suspensa quando ocorrer uma das seguintes impropriedades, constatada, inclusive, por procedimentos de fiscalização realizados pelo CNPq, Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT, Secretaria Federal de Controle Interno - SFCI ou Tribunal de Contas da União - TCU:

- a) não comprovação da utilização adequada da parcela anteriormente recebida, na forma da legislação pertinente, quando solicitada;
- b) verificação de desvio de finalidade na utilização dos recursos ou dos bens patrimoniais adquiridos no projeto;
- c) atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas no projeto/plano de trabalho; e
- d) quando for descumprida qualquer condição deste instrumento.

5.3.1. A suspensão dos benefícios persistirá até a correção da causa verificada.

5.4. O BENEFICIÁRIO, cuja prestação de contas e relatório técnico final do projeto/plano de trabalho, com vigência expirada não forem aprovados, será considerado inadimplente e terá suspenso o pagamento de projetos/planos de trabalho, vigentes, bem como a concessão de novas modalidades de apoio, sem prejuízo de outras medidas julgadas necessárias pelo CNPq e previstas na lei.

6. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1. As presentes condições gerais referem-se a proposta a ser financiada com recursos do CNPq. Se financiada com recursos de outras fontes, poderão prevalecer disposições específicas constantes em Chamadas, Convênios e outros regulamentos pertinentes.

6.2. O Termo de Aceleração só será válido na vigência do Protocolo de Cooperação Técnica firmado entre o CNPq e a instituição de execução do projeto/plano de trabalho, indicada pelo proponente na solicitação.

6.3. O apoio financeiro aprovado pelo CNPq não gera vínculo de qualquer natureza ou relação de trabalho, constituindo doação com encargos feita ao BENEFICIÁRIO.

6.4. O pessoal envolvido na execução do projeto/plano de trabalho, não possuirá vínculo de qualquer natureza com o CNPq e deste não poderá demandar quaisquer pagamentos, sendo estes de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO/instituição de execução do projeto/plano de trabalho, que o tiver empregado na sua execução.

6.4.1. Se eventualmente o CNPq for demandado pelo pessoal utilizado nos trabalhos, o BENEFICIÁRIO e a instituição de execução do projeto/plano de trabalho, o ressarcirão das despesas que em decorrência realizar, atualizadas monetariamente.

6.5. O processo somente será encerrado após as aprovações do relatório técnico final e da prestação de contas e desde que cumpridas todas as condições previstas neste instrumento e nas normas aplicáveis.

6.6. O descumprimento de qualquer condição constante deste instrumento e a inobservância de dispositivos legais aplicáveis implicará o encerramento imediato do apoio financeiro aprovado e obrigará o BENEFICIÁRIO a ressarcir integralmente o CNPq de todas as despesas realizadas, atualizadas nos termos da legislação, sem prejuízo da aplicação de penalidades cabíveis.

6.6.1. A recusa ou omissão do BENEFICIÁRIO, quanto ao ressarcimento de que trata este item, ensejará a consequente abertura de tomada de contas especial e a decorrente inscrição do BENEFICIÁRIO e do débito no Cadastro de Inadimplência Institucional - CADIN e do Tesouro Nacional.

6.7. O BENEFICIÁRIO reconhece que ao CNPq compete exercer a autoridade normativa de controle e fiscalização sobre a execução do projeto/plano de trabalho, bem como assumir ou transferir a responsabilidade pela mesma, no caso da paralisação ou de fato relevante que venha a ocorrer, de modo a evitar a descontinuidade das atividades.

7. ACEITE

Declaro ainda que li e aceitei integralmente os termos deste documento, comprometendo-me a cumpri-los fielmente, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento.

Termo de aceitação registrado eletronicamente por meio da internet junto ao CNPq, pelo agente receptor 10.0.2.21/sn257.cnpq.br, mediante uso de senha pessoal do Beneficiário em 01/10/2013, originário do número IP 200.130.33.73(200.130.33.73) e número de controle 1704543817045438:2902927480-2212505671.

Para visualizar este documento novamente ou o PDF assinado digitalmente, acesse: <http://efomento.cnpq.br/efomento/termo?numeroAcesso=7044992952681099>