

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

Leonardo Oliveira Leão e Silva

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: REPRESENTAÇÕES DE
IDOSOS A RESPEITO DA DOENÇA E SEU TRATAMENTO**

**Governador Valadares
2011**

LEONARDO OLIVEIRA LEÃO E SILVA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: REPRESENTAÇÕES DE IDOSOS A
RESPEITO DA DOENÇA E SEU TRATAMENTO**

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
2011

Leão e Silva, Leonardo Oliveira.

Hipertensão arterial sistêmica : representações de idosos a respeito da doença e seu tratamento / Leonardo Oliveira Leão e Silva. -- 2011.

104 f.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território, Governador Valadares, MG, 2011.

Orientador: Carlos Alberto Dias

1. Hipertensão. 2. Idosos. 3. Hipertensão - diagnóstico. I. Leão e Silva, Leonardo Oliveira. II. Universidade Vale do Rio Doce. III. Título.

CDD 616.132

A minha família e amigos

AGRADECIMENTOS

Esse é um momento difícil, pois tenho de agradecer a todos que, de alguma forma, contribuíram ou marcaram minha trajetória acadêmica. Sendo assim, agradeço...

Em primeiro lugar a Deus, por nos momentos difíceis e tortuosos de minha vida ter me ajudado e dado força para superar as dificuldades.

À minha família, que ocupa um espaço enorme no meu coração e na minha vida. Mery, Mãe, Pai, Jú, Cris, Taty, muito obrigado pelo amor incondicional e pelo incentivo a seguir sempre em frente.

À Marina, Viviane, Emilliane, Leo “branco”, Maísa, Líbia, Erika e demais amigos do SAIS com quem, ao longo desses anos, dividi dúvidas, angústias e alegrias. Eu consegui e certamente todos vocês também conseguirão terminar seus trabalhos, com sucesso e tranquilidade.

Aos colegas e coordenadores das inúmeras pesquisas que estive envolvido nestes anos de trabalho tão prazeroso, onde aprendi muito, sobre vários assuntos, conheci pessoas e lugares muito especiais. Obrigado pelos momentos partilhados e amizade construída em meio a tantas caminhadas e questionamentos.

Um agradecimento especial a duas pessoas que foram essenciais no desenvolvimento desse trabalho, meu orientador Carlos Alberto Dias e a Suely Maria Rodrigues, que nos momentos de dúvidas e dificuldade, me ajudaram sem restrições.

A todos que direta, ou indiretamente, contribuíram para realização deste trabalho.

Por fim, à FAPEMIG, que financiou meus estudos nestes anos de mestrado.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada assassina silenciosa, é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia e a eficiência de várias medidas preventivas, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o hipertenso e para a sociedade. Dentre os desafios a serem enfrentados, destaca-se a não-adesão do paciente ao tratamento, principalmente entre os idosos, o que tem constituído um grande desafio para os profissionais que os acompanham. Essa investigação procurou identificar as Representações Sociais (RS) em torno da HAS e da terapêutica que contribuem para a adesão ou não-adesão de pacientes idosos ao tratamento da doença, assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). 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 sujeitos participantes. Considerou-se como fonte de informações as bibliografias sobre HAS e RS, assim como as contribuições de 99 sujeitos participantes da investigação (indivíduos com 60 anos ou mais, hipertensos e estado funcional independente). A análise dos dados identificou 381 evocações sobre a HAS, sendo que destas, 86 eram diferentes entre si. Estas foram agrupadas em categorias por semelhança onde se identificou o núcleo da RS a partir dos cinco elementos mais citados pelos participantes, que foram: Cefaléia, Coração, Derrame, Morte e Nervosismo. Observou-se que as RS que idosos possuem em relação à terapêutica se difere entre os diferentes níveis de adesão ao tratamento. Além disso, tal RS condiciona a forma como os pacientes adotam seu tratamento e se portam frente aos cuidados sugeridos pela equipe de saúde. Tal perspectiva indica a necessidade de políticas públicas em saúde que valorizem o idoso e os fatores que por ventura facilitem sua adesão ao tratamento medicamentoso, ou seja, medidas que levem em consideração as RS destes a respeito da doença e do tratamento e o etos no qual estão inseridos.

Palavras chaves: Hipertensão. Adesão ao Tratamento. Representações Sociais. Idosos.

ABSTRACT

The Hypertension, which is reckoned as a silent killer, is the most widely medical-social problem in developed and emerging countries. Although the effectiveness and efficiency of several preventive measures are known, whether they are pharmacological or not, hypertension will continue to represent, for decades, one of the most health challenges to be faced and one of the most onus to the hypertensive patients and society. Among the challenges to be faced, it stands the patients non-adherence to treatment, mainly among elderly, what has been a huge challenge for professionals who assist them. This investigation aimed at identifying the Social Representations (SR) around Hypertension and therapy that may contribute to the elderly patients' adherence or non-adherence to the treatment of this disease, all of them assisted by Family Health Strategy. The Social Representations Theory was the theoretical reference used in the apprehension and analysis process, with the consideration of data with quantitative and qualitative nature gave by the participants. It was considered as information source the bibliography about Hypertension and SR, as well as the 99 participants' contributions of this investigation (60-year-old or more hypertensive patients with independent functional status). The data analysis identified 381 evocations about Hypertension, with 86 different evocations among themselves. Those were grouped in categories by similarity, where the social representation core was established from the five most mentioned elements by the participants, which were: Headache, Heart, Cerebral hemorrhage, Death and Nervousness. It was observed that the elderly SR with reference the therapy is different among several adherence levels to the treatment. Moreover, these SR condition the way how patients adopt the treatment and behave in face of recommendations suggested by the health team. This perspective indicates the need for public health policies that value elderly and factors that facilitate their adherence to the drug treatment, that is, procedures that consider the elderly SR regarding disease, treatment and "ethos" in which they live.

Keywords: Hypertension. Adherence Treatment. Social Representations. Elderly.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
I – REVISÃO DA LITERATURA	12
1.1 – Território e saúde: história e contexto valadarense	12
1.1.1 – <i>Território: construção histórica</i>	12
1.1.2 – <i>Território: um determinante em saúde</i>	17
1.2 – A Hipertensão Arterial Sistêmica.....	21
1.2.1 – <i>HAS como Problema de Saúde Pública</i>	21
1.2.2 – <i>Fatores de risco para a HAS</i>	23
1.2.3 – <i>Ação governamental frente à HAS</i>	32
1.2.4 – <i>Diagnóstico e tratamento da HAS</i>	34
1.2.5 – <i>HAS em idosos</i>	45
1.3 – Pertinência da TRS para o estudo da adesão ao tratamento da HAS	48
II – QUADRO DE REFERÊNCIA	52
2.1 – Enunciado do problema	52
2.2 – Objetivos	52
2.3 – Justificativa do estudo	53
2.4 – Metodologia	54
2.4.1 – <i>Tipo de estudo</i>	54
2.4.2 – <i>Local do estudo</i>	54
2.4.3 – <i>População do estudo e critérios de inclusão e exclusão</i>	55
2.4.4 – <i>Instrumento de Coleta de Dados</i>	56
2.4.5 – <i>Aspectos éticos</i>	58
2.4.6 – <i>Coleta de dados</i>	58
III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
3.1 – Adesão ao tratamento da HAS.....	61
3.2 – Perfil Socioeconômico dos idosos hipertensos.....	62
3.3 – Adesão ao tratamento medicamentoso e fatores intervenientes	62
3.4 – As representações sociais dos idosos a respeito da HAS	69
CONCLUSÃO	81
LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS	95

INTRODUÇÃO

O trabalho aqui apresentado aborda a questão da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e seu tratamento sob a ótica de idosos residentes em dois distritos rurais de Governador Valadares. Para tal, foi desenvolvido este estudo de natureza transversal do tipo descritivo sendo consideradas três fontes de informações: bibliografias; documentos referentes ao problema em estudo; pesquisa de campo da qual participaram idosos hipertensos cadastrados em duas Estratégias Saúde da Família (ESF) dos distritos de Chonim de Baixo e Chonim de Cima.

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 de um questionário que continha questões fechadas e abertas, com o intuito de identificar o controle da HAS, a adesão ao seu tratamento, o perfil dos participantes do estudo, bem como as Representações Sociais (RS) que gravitam em torno desse tema.

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 considerado tanto dados de natureza quantitativa quando de natureza qualitativa fornecidos pelos sujeitos participantes. A associação destas 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 de risco presentes entre os idosos sujeitos desta pesquisa. Por sua vez, a análise qualitativa, focada no caráter identitário da população estudada, permitiu levantar as RS acerca da HAS, bem como a percepção delas quanto ao tratamento, sendo ele medicamentoso ou não.

Para melhor orientar o leitor, é importante constar que o estudo realizado é apresentado em três partes: Revisão Bibliográfica; Quadro de Referência;

Apresentação e Discussão dos Resultados. Em seguida tem-se ainda a Conclusão e as Dificuldades e Perspectivas.

Na Revisão Bibliográfica, todo o processo foi seccionado em três capítulos. O primeiro trata do processo de formação territorial de Governador Valadares e da interferência deste nos serviços de saúde criados para assistência à população. Já o segundo destaca a HAS e 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. Ainda neste capítulo, fez-se uma pequena referência às formas de tratamento da HAS e ao processo de adesão por parte de seus portadores. No término deste capítulo, é demonstrada a importância do cuidado e assistência da HAS entre os idosos além das estratégias e serviços públicos de saúde responsáveis pela assistência aos portadores desta enfermidade. 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 também foi dividido em quatro partes. A primeira enuncia o problema de pesquisa, com base no contexto apresentado na Revisão Bibliográfica. Já a segunda delimita de forma geral e específica os objetivos desta investigação. A terceira demonstra a justificativa profissional, social e teórica para elaboração deste estudo. E, finalmente, na quarta é descrito todo o processo metodológico que norteou a realização deste trabalho.

A Apresentação e Discussão dos Resultados é realizada em conformidade com a ordem enunciada dos objetivos específicos. O primeiro capítulo desta parte descreve os pacientes idosos hipertensos atendidos pelas ESFs, agrupados em duas categorias: aqueles que são aderidos (G1) e aqueles que não são aderidos (G2) ao tratamento da doença. No segundo, foram levantados os fatores que contribuem para a adesão ao tratamento da doença ou a dificultam. No terceiro, descreveu-se o perfil socioeconômico dos idosos participantes e no quarto, é apresentado o núcleo e os elementos periféricos da RS da HAS e as percepções dos idosos a respeito do tratamento.

Por fim, em Conclusão, apresenta-se uma síntese da investigação esboçando possíveis respostas às questões enunciadas no início deste trabalho. Em Dificuldades e Perspectivas, procurou-se sinalizar as dificuldades encontradas na realização desta pesquisa, assim como direcionamentos para estudos futuros que deem continuidade a esta linha de investigação.

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA

1.1 – Território e saúde: história e contexto valadarense

1.1.1 – Território: construção histórica

Em decorrência da busca incessante por riqueza rápida e farta das chamadas pedras preciosas surgiu, em 1818 às margens do Rio Doce numa região povoada pelos botocudos, a antiga Figueira, atual Governador Valadares. Tal localidade, também conhecida como Porto da Figueira ou Cachoeira da Figueira, teve como primeiros habitantes pessoas que vinham forçadas para o sertão por medidas governamentais de degredo ou por recrutamento para as divisões militares. Figueira surgiu como quartel da Sexta Divisão Militar do Rio Doce que era responsável pela segurança da navegação de canoas e encarregado de dar auxílio aos comerciantes que iam buscar sal em Linhares. Não havendo estradas de Figueira até Peçanha, mas apenas trilhas, grande parte dos deslocamentos era realizada por canoas que navegavam o Rio Doce. O desbravamento do Distrito de Figueira realizado por migrantes oriundos de várias regiões de Minas Gerais e de outros estados do País tinha por meta o alcance de melhores condições socioeconômicas (ESPINDOLA, 2005).

Em 1910, foi inaugurada a estação Ferroviária de Figueira, ainda distrito de Peçanha, o que possibilitou a primeira fase de crescimento com os muitos comerciantes, madeireiros e fazendeiros, vindos de outras localidades. Após a construção da estrada de ferro, o fluxo migratório aumentou e a dinâmica do desenvolvimento econômico passou a ser feita através da extração de madeiras e da agricultura (SANTOS, 2007) .

Pelo fato de ser uma região promissora com riquezas naturais e solos propícios à pecuária, possuir área de entroncamento rodoviário e ferroviário, o que favorecia o acesso para as principais cidades da região Sudeste, ocorreram disputas pelas terras, aumentando a violência local. De acordo com Borges (1988), o processo de ocupação da Região do Vale do Rio Doce foi rápido, sendo que, na década de 1960, quase não existiam terras devolutas na região.

O decreto-Lei Estadual de 30 de janeiro de 1938 elevou a antiga Figueira do Rio Doce ao título de cidade de Governador Valadares, na gestão do governador Benedito Valadares, cujo nome foi dado à cidade. De acordo com alguns estudos, Figueira do Rio Doce já contava com um notório crescimento mesmo antes de sua emancipação política. Prevaleceu a tese de que o processo de emancipação privilegiaria seus moradores e colaboraria para que a recém cidade alcançasse definitivamente o progresso econômico. Nessa época, o Município de Governador Valadares possuía três distritos, a saber: Distrito Sede, Brejaubinha e Chonim (ESPINDOLA, 2005).

Segundo Espindola (2005), o engenheiro Justino Carlos da Conceição, que chegou à cidade em 1934, participou do movimento de emancipação de Figueira e mobilizou diversos empresários locais para a formação da Associação Comercial de Governador Valadares. Tal atitude foi tomada para o progresso da cidade, já que outras cidades conseguiram crescer após essas mudanças. A Associação Comercial naquela época projetou e comandou assuntos referentes ao progresso do município, exigiram e interferiram em obras importantes para a cidade: Fundação Percival Farquhar, Hospital Regional e asfaltamento da rodovia BR-116.

Na época da emancipação, foi empossado o primeiro prefeito do município de Governador Valadares, Moacyr Palleta de Cerqueira Lage, nomeado pelo governador Benedito Valadares. Ele administrou o município entre os anos de 1938 a 1940. Em 1941 Palleta foi sucedido por José Paulo Fernandes, também nomeado pelo governador do estado. Em 1943, o médico Raimundo Soares de Albergaria Filho assume pela primeira vez a Prefeitura Municipal e a administra até 1945. Em um curto espaço de tempo, devido à queda de Getúlio Vargas, o Juiz de Direito Joaquim de Assis Martins da Costa assume temporariamente, porém Albergaria retorna logo depois (SOARES, 1983).

Em 1947, o último prefeito nomeado, Abílio Rodrigues Patto, assume a prefeitura até a eleição de Dilermando Rodrigues de Melo, ocorrida em 1947, cercada de diversas turbulências devido a supostas irregularidades na contagem de votos. Em 1951, Albergaria volta ao poder, eleito pelo voto popular e, em 1954, é substituído por Ladislau Sales. Em 1959, Raimundo Albergaria retorna a prefeitura. Ele foi prefeito cinco vezes (três nomeações e duas eleições) e, por diversos motivos, marcou

presença controversa na história política de Governador Valadares (SOARES, 1983).

Até a década de 1950, pode-se considerar alguns tipos de liderança: os grandes fazendeiros que através do poder econômico exerceram mandos e violências, os grandes empresários que exerciam o poder de mando através do controle econômico e da influência sociopolítica (SANTOS, 2007). A partir de então foram eleitos dez prefeitos até o ano de 2008, quando em 5 de outubro, nas eleições municipais ocorridas em todo o Brasil, a cidade de Governador Valadares elegeu a primeira prefeita, Elisa Maria Costa, do partido dos trabalhadores (PT).

Governador Valadares, por exercer significativa influência sobre o leste e nordeste de Minas Gerais, constitui-se, atualmente, num importante pólo econômico regional. O município é detentor de fortes movimentos migratórios, que se consolidaram ao longo das décadas de 1970 e 1980. Segundo estimativas do IBGE, a população de Governador Valadares para o ano de 2007 seria 260.396 habitantes (IBGE, 2010). A cidade possui como principais atividades econômicas o comércio varejista, venda de pedras preciosas e semipreciosas, agricultura, pecuária, turismo e indústria (destaque para a produção de alimentos, papel e baterias automotivas).

Governador Valadares: formação histórica dos serviços de saúde e transição epidemiológica da população

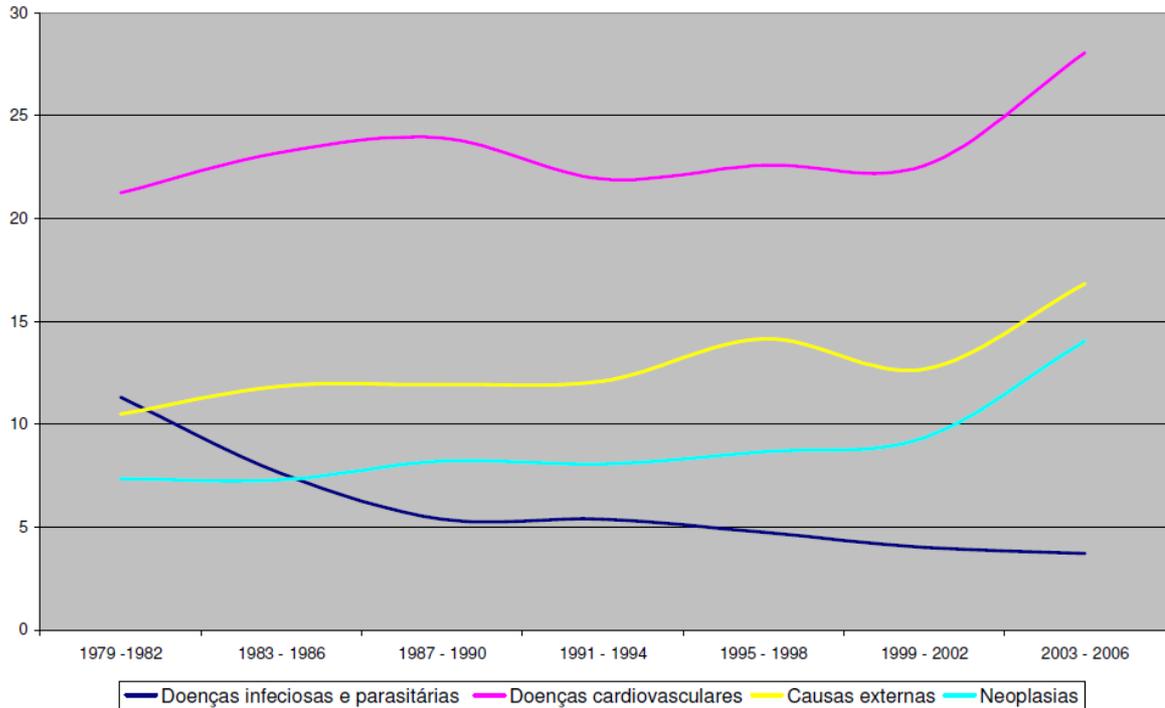
Nos primeiros anos de emancipação da cidade de Governador Valadares, o Dr. Ladislau Sales instalou, com seus próprios recursos, o primeiro hospital do município. O então Hospital e Casa de Saúde Aleixo Brito localizava-se na rua Belo Horizonte, esquina com Prudente de Moraes. Devido a problemas financeiros, este empreendimento foi fechado, anos depois. Em 1940, foi inaugurado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), cujo objetivo era disponibilizar atendimento médico ao público menos favorecido da cidade. Alguns anos depois tornou-se a Policlínica Municipal, destinada à realização de atendimentos especializados aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Na década de 1950, o Departamento Nacional de Estradas de Rodagem (DNER) instalou um hospital com especialidades para seus funcionários, tendo como único médico o Dr. José Germano Cury. Tal Hospital funcionou no prédio onde atualmente localiza-se o hospital São Cristóvão (SOARES, 1983).

Ainda nessa década foi criado o Hospital São Vicente de Paula, mais tarde a Casa de Saúde Santa Terezinha, junto à Praça 13 de Maio. Esta última foi mais tarde transferida para a Av. Brasil, sendo atualmente identificada como Casa de Saúde e Maternidade Santa Terezinha. Posteriormente foi instalada na cidade a Casa de Saúde e Hospital São Lucas, Hospital Municipal e os demais serviços de saúde.

Governador Valadares exibia características marcantes dos principais modelos assistenciais de saúde preponderantes nos anos de 1940, tais como: O modelo Médico assistencial que possui como características as presenças do o hospital e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico como o centro da teia de serviços à saúde atraindo uma grande demanda. Tal demanda provocou a sobrecarga de todos os serviços, deixando-os lentos e pouco resolutivos. Esta forma de atender contradiz um dos atuais modelos de atendimento, que pensa o serviço de saúde como uma pirâmide hierarquizada. Pirâmide constituída de fluxos racionais de pessoas por níveis crescentes de complexidade conforme suas necessidades, na qual caberia um papel bem definido para o hospital. Destaca-se aqui outro modelo hegemônico presente naquela época, o modelo Assistencial Sanitarista, baseado em campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, na época exercido pelo SESP (AQUINO, 2006).

Com esse panorama organizacional dos serviços de saúde, o perfil epidemiológico da cidade de Governador Valadares foi sendo construído. Dados indicam que os grandes grupos de causas de mortes, que se destacaram nos anos de 1980, permaneceram ao longo dos últimos vinte anos. Dentre elas, por terem sido proporcionalmente a maior causa de mortalidade, destacam-se em especial as doenças do aparelho circulatório (HAS, Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, dentre outras). As causas externas foram a segunda causa mais frequente, seguidas das neoplasias (GRAF. 1).

GRÁFICO 1 - Mortalidade Proporcional por causas definidas. Governador Valadares-MG, 1979-2006.



FONTE: MS/SVS/DASIS - SIM

As doenças do aparelho circulatório registraram uma tendência à estabilização da proporção de óbitos até o final da década de 1990, tendo, a partir deste período, apresentado uma tendência à elevação. Já as causas externas e as neoplasias apresentaram, no mesmo período, uma tendência constante de aumento na mortalidade proporcional. As doenças infecciosas e parasitárias ganharam significativa redução no período (260%), passando de 190 em 1979 para 73 óbitos em 2006.

Os dados sobre causas externas merecem destaque por descrever uma situação de risco elevado da população jovem, especialmente a masculina, destacando-se os homicídios. A redução das causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias reflete uma melhora na qualidade de assistência e prestação de saúde do município.

O cenário do perfil epidemiológico do município de Governador Valadares, a partir dos anos de 1980, demonstra um grande avanço na qualidade de vida e saúde. No entanto, o contexto atual nesse campo remete à necessidade de políticas na área de saúde voltadas para o atendimento de pessoas com doenças cardiovasculares, com destaque para a HAS que acomete sobretudo a população idosa.

1.1.2 – Território: um determinante em saúde

São inúmeras as propostas colocadas em relação ao território e sua assimilação pelo sistema de saúde. Dentre elas, pode-se destacar o desenvolvimento de duas correntes do pensamento: uma que descreve o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfico-administrativa, e outra que percebe o território como um processo, como produto de uma dinâmica social onde ocorre a participação de sujeitos sociais colocados em uma arena política (MENDES, 1993).

Na perspectiva da segunda corrente de pensamento, o espaço geográfico não é apenas um espaço de terras, objetivo, que outrora foi utilizado pela epidemiologia, mas sim, como um local onde se pode fazer uma avaliação subjetiva. Neste 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 aparentemente foram superadas (MONKEN, 2003).

O espaço geográfico é um substrato, um palco preexistente ao território. Este é o resultado de uma ação conduzida por atores que se apropriam de um determinado espaço. Ou seja, território é um espaço, porém singularizado: possui contornos que podem ser político-administrativos ou de atuação de um determinado grupo de atores sociais. No seu interior dificilmente observam-se diferenças, onde sua identidade vai depender da história de sua construção e, o mais importante, é portador de poder (RAFFESTIN, 1993). Mas este poder não se restringe ao Estado e não se confunde com violência e dominação. 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.

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).

Com base na teoria exposta, o território seria a consequência de uma acumulação de situações históricas, ambientais, 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. Esse reconhecimento é realizado por meio da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

Com este intuito, o Programa Saúde da Família foi criado junto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, iniciando suas atividades em 1994. Apesar de inicialmente ser desenhado como programa, passou a ser uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde incorporando os princípios básicos do SUS, passando a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre as suas diretrizes, algumas apontam na direção da definição de territórios, como: a adscrição de população, território de abrangência e a territorialização. Esta última adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA & BARCELLOS, 2006).

A ESF demarca e assume a responsabilidade por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação da equipe de saúde. Eles atendem cerca de 600 a 1000 famílias ou 2400 a 4500 pessoas, que pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades. Inclui-se também a população distribuída em áreas rurais.

A ESF possui foco no atendimento à saúde das famílias, incluindo-se atividades de promoção de saúde e também sobre os ambientes de reprodução social delas. O menor território do sistema de saúde (a família) possui como vantagem a propriedade de ser fonte de dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida, incluindo ambientais. Daí a importância estratégica do território para os profissionais de saúde, já que sua análise favorece a consolidação de ações de saúde para o enfrentamento de problemas e necessidades da população. No

entanto, o mero conhecimento do território atrelado ao serviço ou à disponibilidade deste serviço não implica que seja garantido o acesso do usuário, mas o favorece.

O acesso da população à rede deve ocorrer através de uma porta de entrada, ou seja, para que sucedam as ações de saúde, é necessário o estabelecimento de um primeiro contato entre usuário e profissionais de saúde (STARFIELD, 2002). Esse encontro deve ocorrer principalmente na atenção básica à saúde, tornando-se esta uma das principais portas para a assistência a saúde. Tal arranjo é apontado como caminho para a consolidação do SUS e sido apoiada e influenciada pela Organização Mundial da Saúde. De certa forma, esta realidade é determinante para a organização do SUS, mas, para que ocorra, há que se garantir acessibilidade e acesso aos serviços de saúde (WHO, 2008).

A acessibilidade está diretamente relacionada às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação dos usuários; a presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; a existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir. A acessibilidade extrapola, portanto, a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto econômico, a existência de um corpo técnico devidamente qualificado e a necessidade de o usuário buscar o serviço de saúde (UNGLERT, 1990). Para que ela se efetive, deve ser discutida por todos os atores envolvidos nos serviços de saúde, já que todos devem ter condições necessárias para agirem em prol da efetivação dessa acessibilidade.

Para que ocorra uma boa acessibilidade para os usuários, deve-se criar oportunidades para uma prestação de serviços contínuos e organizados mediante a combinação dos recursos geográficos, financeiros e culturais. Esses serviços devem ser adequados tanto em volume quanto em estrutura para o tamanho, composição e problemas de saúde da população. Com a adoção destas medidas, criam-se condições para uma maior aceitação e utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários (RAMOS & LIMA, 2003).

Diferentemente, o acesso expressa a capacidade do paciente para obter, quando necessita, cuidados de saúde de maneira fácil e conveniente. Indicando, desta maneira, o grau de facilidade com que as pessoas obtêm os serviços de saúde

(DONABEDIAN, 1973). Alguns autores utilizam o conceito de acessibilidade e acesso como sinônimos, no entanto, enquanto o primeiro é um facilitador para entrada dos usuários na estrutura do sistema de saúde, o segundo traz intrínseca a própria experiência individual do usuário ante a oferta de serviços e recursos disponibilizados para o mesmo (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Dentre as variáveis que podem interferir na acessibilidade, encontram-se os profissionais de saúde que, devido ao perfil, sexo ou especialização podem interferir de maneira considerável na busca dos usuários pelos serviços de saúde (FEKETE, 1995). Diante disso, tais profissionais devem ter o perfil e estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os usuários. Tal assertiva deixa clara a necessidade de os profissionais de saúde, elemento importante na qualidade do serviço, conhecer os motivos que facilitam ou dificultam aos usuários o acesso ao serviço de saúde. Este conhecimento possibilitaria a intervenção rápida e ágil dos profissionais em direcionar os cuidados em saúde para um determinado grupo ou população vulnerável.

Em relação ao acesso foi desenvolvido por Leão *et al.* (2010) um estudo tendo como objetivo identificar as percepções dos profissionais de saúde acerca dos motivos que facilitam ou dificultam o acesso ao serviço básico de saúde pela população. Os autores concluíram que as análises territoriais dos fenômenos em saúde se fazem necessárias, sendo um campo vasto a se pesquisar. Neste estudo observam que, embora a ESF seja organizada com base na perspectiva territorial, na prática o mapeamento da saúde é realizado sem que se tenha uma compreensão do território em suas múltiplas peculiaridades. Os autores indicam a necessidade de uma análise primária de todo o território, bem como das territorialidades de um local antes da inserção das ESFs, pois proporcionaria uma melhor localização geográfica, facilidade de transporte, diminuição nas queixas em relação ao território de abrangência e, sobretudo, reduziria as interferências crescentes promovidas pelo território do crime. Tal análise se constituiria *a priori* num facilitador do acesso da população ao serviço de saúde. Por fim, acreditam na importância dos profissionais de saúde em conhecer os fatores que interferem na acessibilidade da população ao serviço de saúde para que, assim, possam agir de forma direcionada, atendendo as

necessidades de cuidado da população, principalmente quando tais cuidados são necessários para a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

1.2 – A Hipertensão Arterial Sistêmica

1.2.1 – A HAS como Problema de Saúde Pública

A HAS, uma manifestação clínica multifatorial, é descrita como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos, como hipertrofia cardíaca e vascular (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 1999). Representa um dos principais problemas de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento (DOLL *et al.*, 2002). Quando não tratada adequadamente, a HAS pode acarretar graves conseqüências a alguns órgãos alvos (CAR *et al.*, 1991), e como entidade isolada está entre as mais frequentes morbidades do adulto (LESSA *et al.*, 1998).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2003), cerca de 17 milhões dos óbitos ocorridos no mundo foram causados por doenças cardiovasculares. Dentre elas sobressaíram-se as Cardiopatias e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). No Brasil, as mortes por doenças cardiovasculares têm aumentado anualmente, a saber: 27,4% em 2003, 27,9% em 2004, 28,2% em 2005, e 29,4% em 2006. Segundo Lotufo (2005), a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil são os AVC, acometendo as mulheres em maior proporção.

No mundo, a terapêutica anti-hipertensiva está associada com uma redução de 35% a 44% de sua incidência (NEAL, 2000). A HAS é a mais importante dentre as causas modificáveis de mortalidade cardiovascular precoce em todo o mundo. Sua redução afeta especialmente os AVC, já que é reconhecida como um dos principais fatores de risco para o isquêmico ou hemorrágico (LESSA *et al.*, 2006; LIMA *et al.*, 1999).

Não há outro risco para a saúde humana que tenha sido estudado de forma similar à realizada para HAS. Lewington e colaboradores avaliaram um milhão de indivíduos sob risco de desenvolvimento da HAS (12,7 mil pessoas por ano) e encontraram uma incidência de 56.000 mortes por eventos cardiovasculares. A conclusão dos

autores é de que o risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares aumenta de forma constante a partir dos 75 mmHg de pressão diastólica usual e de 115 mmHg da pressão sistólica usual. O risco dobra a cada 10 mmHg no primeiro caso e a cada 20 mmHg no segundo. 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 responsável em muitas vezes pela causa multifatorial da cardiopatia isquêmica e por quase a metade da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a causa da cardiopatia hipertensiva. 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 a HAS uma das mais frequentes causas de insuficiência renal crônica. Estas doenças, mesmo quando não são letais, levam o indivíduo, com frequência, à invalidez parcial ou total, além de trazer graves repercussões não só à pessoa acometida, mas também à família e sociedade (BRASIL, 2002).

Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças crônico-degenerativas. Desta forma, ela caracteriza-se como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2002).

No ano de 2003 existia quase 1 bilhão de hipertensos no mundo. Calcula-se que essa doença cause a morte de 7,1 milhões de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos (OPAS, 2003). Dados do *Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure* (2003) indicam que, no Estados Unidos da América, a HAS teria afetado cinquenta milhões de pessoas.

Diversos inquéritos populacionais demonstraram que a HAS tem alta prevalência no Brasil, variando entre 14 e 34% dos adultos (SABRY *et al.*, 2002; GUS *et al.*, 2004; MARCOPITO *et al.*, 2005; LESSA *et al.*, 2006; NUNES FILHO *et al.*, 2007). O valor diagnóstico utilizado nesses estudos foi de 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para pressão diastólica. O diagnóstico foi baseado seguindo procedimentos

rigorosamente normatizados pelo *Joint National Committee* e pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Diante dos achados, pode-se observar a grande morbidade, mortalidade e a relação da HAS com as demais doenças cardiovasculares. Diante desse panorama, fica evidente a necessidade de implementação de programas de controle, tratamento e prevenção da HAS.

1.2.2 – Fatores de risco para a HAS

A HAS sofre influências de condições fisiológicas ou intrínsecas do próprio indivíduo, tais como, o estado de vigília e de sono, variações posturais, digestão, respiração, fala, repleção vesical, dor, estresse emocional, entre outros; e ainda de fatores extrínsecos ou externos, como o reflexo de defesa, exercício físico, temperatura ambiental, fumo, condições sociais e econômicas (BRASIL, 2002).

Quanto aos fatores de risco para a doença hipertensiva, estes podem ser classificados em constitucionais ou imutáveis e compreendem a idade, sexo, fatores genéticos (raça e história familiar) e fatores ambientais ou passíveis de modificação, que incluem a ingestão excessiva de sal, álcool e gordura, tabagismo, sedentarismo, fatores ambientais ligados ao trabalho, classe social e obesidade (BRASIL, 2002).

Considerando que a presença de um ou mais fatores de risco implica maior chance de desenvolver a doença, embora a ausência desse fator não exclua tal possibilidade, a redução da morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares pode ocorrer com a promoção de atitudes que visem a mudanças de comportamento da população e que interfiram nos fatores de risco modificáveis.

Idade

A prevalência de níveis de pressão arterial acima de determinados limites fixados ou a média da pressão arterial é maior quanto mais elevada a idade. Na maioria das pessoas, a pressão arterial sistólica é mais baixa no nascimento, crescendo continuamente durante a vida do indivíduo. A pressão arterial diastólica 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).

Carvalho *et al.* (1983), realizou um estudo com 1773 homens com idade superior a 20 anos e pertencentes a sete diferentes grupos sociais e de profissionais. O objetivo era avaliar a prevalência da HAS na população como um todo e, em cada grupo, analisar os fatores a HAS relacionados. Concluem que tanto a pressão sistólica como a diastólica aumentam com a idade nos três grupos raciais e isso foi mais evidente nos indivíduos de raça/cor negra.

Sexo

Com respeito ao diferencial por sexo, os estudos divergem, porém a elevação da pressão arterial acima dos limites definidos parece mais frequente entre as mulheres do que entre os homens com idade acima de 40 anos; o contrário ocorre nas faixas etárias abaixo de 40 anos (BRASIL, 2002).

Em um estudo transversal da prevalência de HAS em Araraquara, SP, observou-se que as prevalências específicas por idade e sexo de HAS foram maiores com o avançar da idade, no sexo feminino. Os resultados apontam para o sexo feminino uma maior proporção na faixa etária entre 55-64 anos, havendo ligeiro declínio desta proporção dos 65-74 anos. Entre os homens, a prevalência cresce com a idade até os 45-54 anos, e, após esta idade, tende a se estabilizar. A prevalência bruta de HAS (todas as formas) é maior no sexo masculino, e o mesmo ocorre com a prevalência ajustada por idade, mostrando que tal diferença não decorre da diferente composição etária das populações masculina e feminina (LOLIO, 1990).

Fatores associados à raça/cor e à história familiar

A raça/cor negra apresenta maior prevalência de HAS e os filhos de pais hipertensos são mais propensos a desenvolver a doença do que os de pais normotensos. Quando pai e mãe são hipertensos, a chance de o filho desenvolver HAS fica em torno de 50% (LOPES, 2000).

Cavalcante *et al.* (1997), realizaram um estudo na cidade de Manaus onde foram examinados 32 adolescentes do sexo masculino, brancos, na faixa etária entre 13 e 18 anos, sendo que 16 eram filhos de hipertensos e 16 filhos de normotensos.

Concluíram a necessidade de atenção especial às crianças e adolescentes com antecedentes familiares de HAS. Tal conclusão deve-se ao fato que os filhos de hipertensos exibiram valores basais de pressão arterial, tanto sistólica quanto diastólica, maiores que os filhos de normotensos.

Os fatores de risco ambientais são os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos.

Obesidade

A obesidade ou sobrepeso é avaliado na prática clínica, por boa parte dos profissionais, com base na pesagem e medição da altura. Em seguida é calculado o índice de massa corporal (dividindo o peso pelo quadrado da altura). Os indivíduos obesos apresentam maior prevalência de HAS do que os não-obesos e a redução de peso corporal diminui os níveis de pressão arterial (CHAVES JUNIOR, 2001). O excesso de peso é fator predisponente para a HAS, de modo que a sua redução em pelo menos 5% e a prática regular de atividade física são fundamentais para o controle pressórico. Esta conduta também pode atuar favoravelmente sobre a tolerância a glicose e sobre o perfil lipídico (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

No trabalho de conclusão de curso de Borges *et al.* (2008), foi realizada uma pesquisa transversal utilizando os dados obtidos pelo Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico (SIMTEL). Este sistema possui como alicerce a realização de um questionário constituído por perguntas que versam sobre: características demográficas e socioeconômicas, padrão de alimentação e de atividade física, peso e altura autorreferidos. Eles verificaram que a HAS alcançou o índice de 16,2% nos homens e 18,3% nas mulheres e o excesso de peso de 49,3% e 34,0%, respectivamente. Houve associação da prevalência de HAS com a idade e com excesso de peso, em ambos os sexos. O risco de HAS aumentava com o peso para ambos os sexos ($p < 0,001$). A obesidade foi 5,33 vezes maior para os homens e 2,33 no caso das mulheres, comparativamente ao peso normal. No entanto, os dados apresentados pelos autores da pesquisa precisam de uma análise cuidadosa, pois refletem principalmente o acesso aos serviços de saúde e não a prevalência da

doença. Tal assertiva se deve ao fato de as respostas retratarem as condições relatadas durante a entrevista por telefone e não avaliadas aquelas condições por uma equipe de pesquisa.

Pimenta *et al.* (2008), realizaram uma pesquisa numa região rural de Minas Gerais, na qual verificaram uma prevalência de HAS da ordem de 47,0%, adotando os critérios do Joint National Committee (pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg). Por meio da análise multivariada realizada, observaram que a idade, os triglicérides, a circunferência da cintura e o sexo eram fatores de risco independentes associados à HAS. Concluíram que a HAS está associada à obesidade abdominal e pode ser tratada com um problema de saúde pública.

Uma pesquisa transversal realizada por Silva *et al.* (2008) entre adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas avaliou o excesso de peso, pressão arterial e atividade física no deslocamento à escola. Verificaram que o deslocamento passivo à escola (uso de condução) associou-se ao excesso de peso e gordura. O excesso de peso, por sua vez, associou-se ao excesso de gordura e à pressão arterial elevada.

Referindo-se a grupos isolados, Neves (2008) demonstrou que é elevada a prevalência de militares obesos, segundo o índice de massa corporal (IMC), quando comparado com a população brasileira. No entanto, o valor encontrado pode estar associado à quantidade de massa muscular dos sujeitos avaliados, devido às características da profissão em questão. Este fato poderia levar indivíduos com percentual de gordura normal a serem classificados como “sobrepeso”, em demais estudos, pois o peso da massa muscular estaria elevando o IMC. Não se deve utilizar esta regra para os fisiculturistas, já que nesse grupo é raro encontrar valores para o IMC que extrapolam a casa dos 30Kg/m². Este autor também demonstrou que o melhor indicador antropométrico para esse grupo e que mostrou associação direta com a HAS foi a relação cintura/quadril (Odds Ratio = 4,45). Guimarães *et al.* (2008), em estudo com adolescentes, demonstraram também que os valores do IMC e da circunferência abdominal têm forte influência sobre os valores da pressão arterial.

Em estudos realizados por Jardim *et al.* (2007) e Sarno *et al.* (2007), foi encontrada uma correlação positiva entre HAS, IMC e circunferência da cintura (CC). Choy-Lye *et al.* (2008) em estudo longitudinal realizado em duas comunidades do Japão entre 1988 à 2001, mostraram que o valor aumentado do IMC e da circunferência da cintura elevou em 1,2 a 1,6 vezes o risco de HAS na população. Concluíram que os preditores significativos para a HAS na população estudada foram o IMC e circunferência da cintura.

Todos esses achados identificaram uma medida simples, de baixo custo e de fácil aplicabilidade, como importante marcador para a HAS, e indicam um novo caminho a trilhar, como o incentivo à adoção da verificação da medida da circunferência da cintura, como rotina em todos os atendimentos à saúde e de atitudes preventivas precoces, nos casos em que valores discrepantes sejam encontrados, tendo como parâmetro os valores acima de 80 cm para homens (BOSE *et al.* 2003).

Gelber *et al.* (2008), realizaram um estudo prospectivo randomizado nos quais, os sujeitos do estudo foram 22.071 participantes do *Physicians Health Study* (PHS). Os autores pretendiam esclarecer a associação entre o excesso de peso corporal e a incidência de HAS, em um grande estudo de coorte com 13.563 homens, inicialmente saudáveis, com seguimento médico de 14,5 anos. Concluíram a existência de associação positiva entre o aumento do IMC e o desenvolvimento de HAS. O ganho de peso em oito anos (> 5%) foi associado com um risco aumentado de desenvolver HAS subsequente, mesmo entre aqueles cujo IMC estava na faixa normal (<25,0 Kg/m²) no início do estudo.

Sedentarismo

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para a HAS. Não acarreta somente doenças e sofrimento pessoais, mas também representa um custo econômico significativo, tanto para os indivíduos como para a sociedade, em vista das sequelas que causa (BRASIL, 2002). Dados coletados nos Estados Unidos demonstram que o custo associado da inatividade física e obesidade foi de aproximadamente 9,4% do gasto nacional em saúde (BRASIL, 2002).

A Inatividade física é um problema de saúde pública que é reconhecido como um fator independente de risco para a doença coronariana. O risco relativo da

inatividade para doença coronária é semelhante à da HAS, hipercolesterolemia e tabagismo, e o sedentarismo está associado com um 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 e risco de eventos coronarianos e morte cardíaca (PEREZ, 2008).

Ingestão de sal

O uso excessivo do cloreto 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 em populações em que a ingestão de sódio ficou abaixo de 30 mEq/dia não registraram HAS. Por isso, alguns autores consideram a ingestão excessiva de sal como desencadeante ambiental mais importante de HAS. Se os alimentos não fossem conservados em sais de sódio e se não se adicionasse cloreto de sódio ao seu preparo, a pressão arterial do indivíduo não se elevaria durante a vida (FUCHS *et al.*, 2001).

Molina *et al.* (2003) desenvolveram um estudo que tinha como objetivo avaliar o consumo de sal e a relação sódio/potássio urinário em amostra randomizada de população urbana etnicamente miscigenada. Observaram que a ingestão de sal é fortemente influenciada pelo nível socioeconômico. Este fato, parcialmente, explicaria a alta prevalência de HAS nas classes socioeconômicas mais baixas.

Álcool

A prevalência de HAS entre os que ingerem quantidade excessiva de bebida alcoólica é significativamente maior 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; susceptibilidade individual e fatores genéticos (STOCCO; BARRETTO, 2000).

O consumo mínimo ou moderado de álcool está associado com a redução da mortalidade, principalmente uma redução na doença arterial coronariana. Em

contrapartida, quanto maior o consumo maior é 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. Para tal, Nanchahal *et al.* (2000), analisaram a relação entre o consumo relatado de álcool, doenças cardiovasculares e fatores de risco em 14 077 empregados do sexo feminino. Com o questionário foi possível obter informações sobre uma série de fatores pessoais e estilo de vida, incluindo: altura; peso; pressão arterial; lipídios, lipoproteínas e glicemia.

O nível de consumo de álcool para cada sujeito foi apurado com base nas seguintes perguntas: "Você bebe álcool, pelo menos uma vez por semana? Sim ou Não. Se sim, quantas unidades você bebe por semana?" Uma unidade de álcool é equivalente a meio litro de cerveja ou um copo de vinho. O consumo de álcool foi categorizado em cinco níveis: nenhum (0,1), 1-7, 8-14, 15-21 e maior que 22 de unidades por semana. Este estudo fornece suporte biológico para uma associação inversa entre a ingestão de álcool e doenças cardiovasculares nas mulheres, associado a mudanças favoráveis no padrão lipídico e de lipoproteínas. Mulheres que consomem 1 a 14 unidades por semana tiveram uma redução das doenças cardiovasculares. No entanto houve um aumento da prevalência de HAS entre os que consomem acima de 15 unidades por semana. Estes dados sugerem que, em termos da redução do risco das doenças cardiovasculares, as mulheres devem ser aconselhadas a restringir o seu consumo de álcool para quantidades iguais ou inferiores a 14 unidades por semana.

Segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 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 60ml 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.

Em um experimento com voluntários jovens normotensos avaliou-se o efeito agudo da ingestão de 15, 30 e 60g de etanol e de uma solução controle, sobre a pressão arterial registrada por 24h por meio de monitorização ambulatorial. Um discreto efeito hipotensor e taquicardizante foi observado, em proporção à dose, nas horas que se sucederam à ingestão. Na madrugada, entretanto, houve nítido

amortecimento do decréscimo fisiológico da pressão arterial, especialmente no grupo que ingeriu 60g. Este pós-efeito fornece uma explicação para a HAS induzida por álcool. Os abusadores crônicos estariam submetidos a um repetitivo processo de aumento da pressão por vasoconstrição nos períodos de depuração do álcool. A partir daí, propiciando o desenvolvimento de alterações vasculares crônicas e aumento autônomo da pressão (FUCHS, 1994).

Tabagismo

O fumo é considerado um fator predisponente para diminuição da qualidade de vida, pois está associado ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas. Os hipertensos fumantes têm risco de desenvolver acidente vascular cerebral e evento coronariano três vezes o dos hipertensos não-fumantes (BRASIL, 2002).

Classe social

O baixo nível socioeconômico é um fator de risco independente para a cardiopatia, estando a pobreza associada à maior prevalência de todas as doenças, bem como à maior mortalidade por todas as causas, inclusive nas faixas etárias mais jovens (BRASIL, 2002).

Dragano *et al.* (2007), em sua combinação dos dados de dois estudos baseados nas populações da Alemanha e República Checa, buscaram analisar a associação entre os fatores de risco cardiovascular e as características sócio-demográficas. Observaram que a classe social poderia impor às pessoas um estilo de vida que imputaria alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

As pessoas sem uma ocupação estável podem ter um maior risco de ter HAS e serem obesos, quando comparadas às pessoas com uma ocupação estável como, por exemplo, produtores rurais e funcionários públicos. A HAS pode estar em algumas populações associada diretamente ao *status* socioeconômico entre os homens, mas inversamente associado com o *status* socioeconômico entre mulheres (MINH, *et al.*, 2007).

Martins *et al.* (1997), em um estudo transversal de base populacional, analisaram a prevalência da HAS, segundo sexo e grupo etário, em grupamentos sociais,

estabelecidos de acordo com critérios socioeconômicos. Concluíram que seus resultados contrariam a hipótese de que a mulher integrada ao mercado de trabalho torna-se mais exposta aos fatores de risco de doenças não-transmissíveis. Frisaram que a HAS é grave problema de saúde pública, com importante determinação social. Galobardes *et al.* (2003) deixaram claro em seu estudo que as pessoas com pior posição socioeconômica possuem concentração de fatores de risco. Com efeito, tabagismo, obesidade, pressão arterial elevada e inatividade física são mais prevalentes entre pessoas de baixa posição socioeconômica (GALOBARDES *et al.* 2003).

Fatores ambientais relacionados ao trabalho

A prevalência da HAS está relacionada também às ocupações dos indivíduos. Muitas vezes características físicas do trabalho, tais como: exposição contínua ao ruído e à vibração, temperaturas extremas e ainda falta de autonomia, trabalho sob supervisão severa, natureza repetitiva do mesmo e instabilidade no emprego podem elevar a pressão arterial (BRASIL, 2002).

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul sobre a relação entre HAS e atividade profissional, mostrou-se que a pressão arterial diastólica 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 níveis diastólico mais elevadas (DUDA *et al.*, 1994).

Freitas *et al.* (2001), efetuaram exercício de correlação entre carga horária de trabalho elevada e prevalência de HAS. Entenderam que o indivíduo que trabalha muito teria pouco ou nenhum tempo para aplicar as medidas da mudança de estilo de vida. Entretanto, não puderam obter uma significância estatística entre as horas de trabalho (6, 8, 10 e 12h) e a HAS.

1.2.3 – Ação governamental frente à HAS

O custo econômico das doenças crônico-degenerativas produz elevadas despesas para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças. Dentre as doenças crônico-degenerativas, a doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes. Diante disso, o Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira. Atualmente os principais esforços estão voltados para a estruturação da Atenção Primária em Saúde.

Uma das ações de reestruturação foi realizada a partir da criação das ESF. Ela trabalha com adscrição de clientela, cadastro e acompanhamento da população e se coloca como porta de entrada do sistema, na busca da resolutividade dos problemas de saúde locais. É importante registrar que a adoção da ESF como política prioritária de atenção primária, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006).

Dentre as atividades prioritárias para as equipes de saúde da família estão as ações de controle da HAS. Estas ações preconizam a promoção, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento visando o controle clínico da doença e a diminuição de complicações nas pessoas de sua área de abrangência (BRASIL, 2002). Recomenda-se atribuições na equipe de saúde que contemplem os saberes dos profissionais envolvidos (médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), bem como rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO).

Como é sabido, para uma melhor observância e tratamento dos hipertensos é necessária a ação de equipes multiprofissionais, diante disso, o governo criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Segundo a PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008, os núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, sendo o NASF tipo 1 formado por no mínimo cinco profissionais de nível superior entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo;

Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Já o NASF do tipo 2 deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. O NASF possui como principais objetivos a educação continuada e atendimento a casos específicos.

Para o monitoramento dos hipertensos, o Ministério da Saúde criou o HIPERDIA, que é um sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. As informações geradas por esse sistema auxiliam os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde no planejamento de ações no controle e tratamento da HAS. O sistema ainda permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, pode ajudar a definir o perfil epidemiológico da população e suas demandas específicas.

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 do 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 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).

Dessa forma, a atenção programática estruturada parece desempenhar papel importante para melhorar o controle da pressão arterial. Em estudo realizado em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, que teve como objetivo a mensuração da efetividade de tratamento da HAS, com base nas ações programáticas para controle da doença. Observou-se que nos pacientes com maior frequência nas consultas sistematizadas e programadas, ocorreu a redução na pressão arterial. Esta redução foi em média de 5 mmHg ou mais para pressão arterial diastólica, e/ou redução de 10 mmHg ou mais na pressão arterial sistólica em 78,8% dos pacientes. Em 44,4% dos indivíduos ocorreu normalização da pressão aos níveis preconizados. A percentagem de faltas no seguimento programático esteve associada de modo independente com a redução da pressão arterial (SALA *et al.* 1996).

Esses resultados desejáveis (controle dos níveis pressóricos e melhora dos indicadores) dependem, ao menos em parte, do acesso aos medicamentos, do diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e da maneira que estes aderem à terapêutica proposta.

1.2.4 – Diagnóstico e tratamento da HAS

O programa de controle da HAS do SUS propõe controlar os fatores de risco a essa patologia, fornecer suporte para prevenção secundária mediante o diagnóstico precoce e distribuição de medicamentos, bem como, minimizar as internações, complicações e mortalidade (BRASIL, 2002).

O tratamento adequado, que pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação ou a associação de ambos, baseado nas evidências científicas e consensos de especialistas é um passo fundamental para o controle da HAS e suas complicações.

A HAS, por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da HAS e dos demais fatores de risco cardiovascular. Prevenir e tratar a

HAS envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Diante desses aspectos mencionados, o esforço conjunto de equipe multidisciplinar no sentido de entender melhor os pacientes e o empenho no sentido da mudança de estilo de vida podem resultar em melhor controle da HAS e em redução do risco cardiovascular global. A abordagem do paciente hipertenso não deve ser exclusivamente de um único profissional ou de competência de uma única especialidade (LOPES *et al.*, 2003).

As equipes multidisciplinares voltadas para o tratamento da HAS devem ter diferentes profissionais da área da saúde. Dentre eles, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física, farmacêuticos, assistentes sociais. O trabalho conjunto de dois ou mais desses profissionais pode resultar em melhor controle do paciente hipertenso. Para a formação da equipe, não é necessário contar com todos os tipos de profissionais, mas aqueles disponíveis em cada local, desde que estejam imbuídos dos mesmos ideais de atendimento conjunto. É importante uma unidade de pensamento para atuação e o treinamento adequado (JARDIM *et al.*, 1996).

As tarefas de cada um são específicas, mas em diversos momentos ocorre uma imbricação natural de funções, o que será revertido em benefício dos pacientes. Estes, sendo submetidos a um volume muito maior de informações sobre seus males e como evitá-los, acabarão por incorporar hábitos mais adequados e serão, efetivamente, elementos ativos no seu tratamento (JARDIM *et al.*, 1996).

Aferição da pressão arterial

Para uma boa margem de acerto, a correta aferição da pressão arterial, procedimento central para o estabelecimento do diagnóstico, que é corriqueiramente descuidada na prática clínica, deve ter uma atenção especial, portanto deve seguir alguns cuidados técnicos, QUAD. 1.

QUADRO 1 - Condições padronizadas para a medida da pressão arterial

- Medir a circunferência do braço do paciente
 - Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm
 - Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
 - Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida)
 - Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva
 - Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica
 - Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo)
 - Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação
 - Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)
 - Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa
 - Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero
 - Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas
 - Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente
-

Fonte: *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, V, 2006*

Para a realização da aferição da pressão arterial, deve-se reservar um local arejado e sem influências do meio ambiente (calmo, sem grande tumulto e ruídos). Deve-se sentar o/a paciente e esperar no mínimo cinco minutos para que os conflitos, discussões e o deslocamento não altere os resultados da aferição da pressão arterial.

Deve-se certificar do esvaziamento da bexiga, da ingestão de bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumo nos últimos 30 minutos antes da aferição da pressão arterial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006). Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito; Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido; Solicitar para que não fale durante a medida.

O saco do esfignomômetro deve ser da largura exata do diâmetro do braço do paciente, porque se é demasiado estreito, a leitura da pressão arterial será erroneamente alta e, se ele for demasiado grande, a leitura pode ser erroneamente baixa (KIRKENDALL, 1967).

A campânula do estetoscópio permite uma ausculta mais acurada dos sons de Korotkoff do que o diafragma, especialmente em pressões diastólica e seu uso rotineiro é, portanto, recomendado. No entanto, o diafragma é amplamente utilizado porque é mais conveniente, de fácil colocação e mais acessível (PERLOFF *et al.*, 1993).

O manômetro de mercúrio é mais recomendado do que o manômetro aneróide porque é mais preciso, a manutenção é mais fácil, e a probabilidade de perder a calibragem é menos provável. No entanto, devido ao risco de intoxicação por vazamento de mercúrio, os manômetros de mercúrio devem ser manuseados com cuidado e sua utilização deve ser desencorajada, em algumas áreas de alto tráfego onde vazamentos acidentais (derrames) são mais propensos de ocorrer. O manômetro aneróide é também amplamente usado e pode fornecer medições precisas se devidamente calibrado (PERLOFF *et al.*, 1993).

Na medida da pressão arterial do idoso, existem três aspectos importantes: maior frequência de hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff. Tal achado pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica; pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial superestimado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugerindo enrijecimento, o paciente é considerado Osler positivo. Deve-se levar em conta que nesse grupo a hipertensão do branco¹ é mais frequente (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Classificação dos níveis da Pressão arterial

Para a classificação da Pressão arterial sistêmica podemos encontrar na literatura a proposta da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (TAB. 1).

¹ Define-se como efeito do avental branco a condição clínica na qual as pressões arteriais sistólica e diastólica são maiores que 20 mmHg e 10 mmHg, respectivamente, em relação aos níveis obtidos pela medida da pressão de consultório (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

TABELA 1 - Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos, conforme o relatório da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

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: *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, V, 2006.*

De acordo com a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), os adultos devem ser classificados no estágio apontado pelo componente mais elevado entre a pressão arterial 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 Chobaniam *et al.* (2003), onde são agrupadas as categorias de normal e normal-alto em um estágio denominado "pré-hipertensivo", e unidos os estágios I, II e III de hipertensão em um único. O intuito no primeiro caso foi destacar que indivíduos no estágio pré-hipertensivo já estão sob risco aumentado de se tornarem formalmente hipertensos, porém, esta nova padronização norte-americana não se adequa à realidade da população brasileira, não sendo, portanto, adotada em nosso meio.

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

Tratamento não medicamentoso

O tratamento não-medicamentoso pode controlar a HAS leve; quando associado com o tratamento farmacológico, tende a melhorar o controle do paciente com HAS moderada/grave (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Existem várias medidas não-farmacológicas que, quando praticadas, resultam em grande benefício em relação ao controle da pressão arterial e comorbidades comumente encontradas no paciente hipertenso.

As recomendações terapêuticas se pautam por medidas dietéticas (redução de ingestão de sal, gorduras, açúcares e álcool, suplementação de potássio), abandono do tabagismo, exercícios regulares. Assim, por exemplo, pessoas com níveis pressóricos entre 140-159 mmHg de pressão sistólica ou 90-99 mmHg de pressão diastólica e que não tenham fatores de risco ou lesão em órgãos-alvo podem ter como recomendação para o controle da pressão arterial somente medidas gerais de tratamento não medicamentoso pelo período de até um ano; por outro lado, pessoas com níveis pressóricos maiores que 160 mmHg de pressão sistólica ou 100 mmHg de pressão diastólica devem iniciar o tratamento farmacológico mesmo sem fatores de risco ou lesão em órgãos-alvo (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Dentre as medidas com eficácia comprovada e de melhor impacto na pressão arterial, merecem destaque a redução do peso, a redução do sódio da dieta 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) conduziram a produção de uma meta-análise randomizada, com ensaios controlados, totalizando 54 trabalhos produzidos antes de 2001 em uma população total de 2419 indivíduos, para determinar o efeito do exercício aeróbio sobre pressão arterial. Eles concluíram que o exercício aeróbio reduz a pressão arterial tanto em hipertensos quanto em pessoas normotensas. Um aumento da atividade física aeróbica deve ser considerado um componente importante da modificação de vida para a prevenção e tratamento da HAS. As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 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 pressão arterial no paciente hipertenso. Cappuccio (1997) ressalta a necessidade da redução moderada 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. Com poucas ressalvas pode-se dizer que já é consenso que a dieta com restrição moderada de sódio (~6 g/dia) é ideal como parte do tratamento não-medicamentoso da HAS (LOPES *et al.*, 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. Vários trabalhos na literatura já demonstraram o benefício da suplementação de potássio na pressão arterial. 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 *et al.*, 2003).

Tratamento medicamentoso

Este tratamento tem por objetivo reduzir a pressão arterial a níveis pressóricos adequados (abaixo de 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica), reduzindo a morbimortalidade associada. Em algumas situações especiais, tais como presença de doenças como diabetes *mellitus* ou comprometimento cardíaco ou renal se recomenda como meta atingir níveis ainda mais baixos, isto é, menores que 130 mmHg para sistólica e 80 para diastólica (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Deve-se explicar, detalhadamente, aos pacientes a ocorrência de possíveis efeitos adversos, a possibilidade de eventuais modificações na terapêutica instituída e o tempo necessário para que o efeito pleno dos medicamentos seja obtido.

Os medicamentos anti-hipertensivos são classificados em diuréticos, antagonistas adrenérgicos, bloqueadores de canal de cálcio, vasodilatadores diretos e antagonistas do sistema renina-angiotensina.

Os fármacos diuréticos mais utilizados são os tiazídicos (hidroclotiazida), cuja ação principal se dá pela diminuição dos líquidos corporais; os diuréticos de alça (furesemida) são os mais indicados no tratamento de insuficiência cardíaca ou renal. Esses medicamentos podem apresentar reações adversas, tais como aumento dos níveis urêmicos, aumento da glicemia, depleção de potássio e hipovolemia e

hiperpotassemia (diuréticos poupadores de potássio) (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Os medicamentos antagonistas adrenérgicos atuam em diversos sítios, sendo os mais utilizados os bloqueadores alfa-centrais e betabloqueadores. Os bloqueadores alfa-adrenérgicos centrais (clonidina) atuam no sistema nervoso central reduzindo o tônus simpático. Em geral, são utilizados como droga associada por apresentarem ação anti-hipertensiva moderada e produzem muitas reações adversas. Podem causar tontura, hipotensão postural, boca seca, sedação, impotência sexual e rebote na retirada. Os betabloqueadores, sejam eles não seletivos (propranolol) ou seletivos (metoprolol), possuem ótima ação anti-hipertensiva com redução de morbimortalidade e são recomendados para monoterapia e primeira escolha. Seu mecanismo de ação inclui catecolaminas nas sinapses de vasos periféricos, redução de débito cardíaco (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Entre os vasodilatadores diretos merecem destaque a hiralazina e o minoxidil para uso ambulatorial. Seu mecanismo de ação principal é vasodilatação arteriolar por relaxamento muscular e consequente diminuição da resistência periférica. Não são indicados para monoterapia (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Os bloqueadores de canal de cálcio (amlodipina) atuam reduzindo a resistência vascular periférica pela diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. Apresentam boa resposta anti-hipertensiva, podendo ser indicados como monoterapia inicial em especial em idosos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Por fim, o grupo dos antagonistas do sistema renina-angiotensina atua através da enzima de conversão de angiotensina I em II (captopril) ou pelo bloqueio de receptores da angiotensina (losartan). Este conjunto de drogas representa importante avanço na terapia anti-hipertensiva por sua efetividade, importante nefroproteção e indicação de uso para pacientes com sobrecarga hídrica. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina apresentam como reação adversa mais frequente a tosse seca (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

O Ministério da Saúde, em suas publicações, recomenda que se inicie o tratamento farmacológico com diurético tiazídico (hidroclotiazida) em baixas doses, uma vez ao dia. Caso não alcance controle efetivo, mesmo após aumento da dose, propõe introduzir um betabloqueador (propranolol). Como terceira escolha, tem-se o inibidor de enzima de conversão da angiotensina (captopril). Justificam-se estas recomendações após o diagnóstico da HAS e orientação quanto ao tratamento não medicamentoso (BRASIL, 2006).

O tratamento deve ser individualizado e a escolha inicial do medicamento como monoterapia deve basear-se na capacidade do agente a ser escolhido de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares; no perfil de segurança do medicamento (potencial de reações adversas, interação medicamentosa e comodidade para o paciente); no mecanismo fisiopatogênico predominante; nas características individuais; nas doenças associadas e nas condições socioeconômicas do paciente (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

A dose deve ser ajustada até que se consiga redução da pressão arterial a um nível considerado satisfatório para cada paciente e, se o objetivo terapêutico não for conseguido com a monoterapia inicial, deve-se avaliar o resultado da droga em parcial ou nulo, mas sem reação adversa; nestes casos recomenda-se aumentar a dose do medicamento em uso ou associar anti-hipertensivo de outro grupo terapêutico. No entanto, quando não se obtiver efeito terapêutico na dose máxima preconizada, ou se surgirem eventos adversos, recomenda-se a substituição do anti-hipertensivo utilizado como monoterapia. Se ainda assim a resposta for inadequada, devem-se associar dois ou mais medicamentos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Adesão ao Tratamento da HAS

A HAS é considerada “assassina silenciosa” e o maior problema medicossocial dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas, de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a HAS continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade (SANTOS *et al.*, 2005).

O modo como as pessoas fazem seus tratamentos está entre os maiores desafios no enfrentamento das doenças crônicas. Isto porque o tratamento dessas doenças envolve mudanças dietéticas, comportamentais, de estilo de vida e, em especial, uso de múltiplos medicamentos por períodos prolongados, ou mesmo, por toda a vida. Entende-se que os pacientes que têm a sua pressão arterial bem controlada são aqueles que, presumidamente, mantêm uma boa aderência. Aqueles que não têm a sua pressão sob controle são os que têm uma aderência ao tratamento passível de questionamento.

Apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de 1/3 dos pacientes hipertensos adultos tem a sua pressão adequadamente controlada. Dados epidemiológicos da população dos Estados Unidos da América têm evidenciado que, de 54% das pessoas que sabem ser hipertensas e recebem tratamento para esta condição, apenas 27% têm a sua pressão arterial controlada em níveis recomendados (VI *JOINT NATIONAL COMMITTEE*, 1997).

Uma das dificuldades encontradas no atendimento às pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, pois metade dos hipertensos diagnosticados não faz qualquer tratamento. Um elemento agravante é o fato de que, dentre aqueles pacientes que fazem o tratamento, poucos têm a pressão arterial controlada (PERES *et al.*, 2003). A falta de adesão constitui-se não somente no grande desafio da HAS, mas também em triste ironia, porque, apesar de tudo que é sabido sobre a doença, seu diagnóstico e tratamento, a maior parte dos pacientes não se beneficia destes conhecimentos.

A não-adesão do paciente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez. Tal conclusão se deve ao fato de a HAS ter aumentado os custos destas complicações (SANTOS *et al.*, 2005).

Entre os hipertensos que iniciam o tratamento, de 16 a 50% abandonam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, mostrando ser a não-adesão um fator relevante para a saúde pública. O impacto desses dados explica a

alta prioridade dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias que favoreçam o hipertenso continuar seguindo uma determinada terapêutica adotada, seja ela farmacológica ou não-farmacológica (RIERA, 2000).

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

Além de uma visão restrita ao doente, é necessária uma visão ampla, voltada à família, já que sua participação é imprescindível no processo de adesão da pessoa hipertensa ao tratamento. O familiar cuidador se encontra pressionado a adotar mudanças compatíveis com o objetivo de aderir a um novo formato de vida, o qual costuma demandar uma grande carga de energia, tolerância e boa vontade. Essas mudanças ocorrem de forma muito penosa. Por assim ser, as condutas terapêuticas devem ser pensadas como forma de favorecer o acesso e a permanência do portador de HAS em tratamento, tanto quanto fornecer apoio para que a família possa participar efetivamente do cuidar com este (SARAIVA *et al.*, 2007).

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois, segundo a literatura, vários fatores a ela estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados) (SANTOS *et al.*, 2005).

1.2.5 – HAS em idosos

O Brasil, à semelhança dos demais países latino-americanos, está passando por um processo de envelhecimento populacional. Estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre crescimento e vida média 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, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que 6,4% da população mundial seja composta por pessoas idosas. Este é o segmento da população que mais cresce em países desenvolvidos, já que a cada mês o número de pessoas que se tornam idosas chega a 800.000. Esse fato tem levado a um aumento na prevalência de doenças crônicas que são comuns na velhice (WHO, 2008).

O envelhecimento da população favorece uma mudança no perfil epidemiológico. Uma população jovem, com maior incidência de doenças infecciosas, se torna uma população na qual predominam as doenças crônicas, características de uma população envelhecida. Este 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, e nem sempre este custo significa um cuidado adequado às suas necessidades específicas (SILVESTRE *et al.*, 1998).

Os idosos, convivendo frequentemente com doenças crônicas, utilizam em grande escala os serviços de saúde e têm um 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 cerca de 12% da população nesses países (WHO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a população da terceira idade de acordo com o desenvolvimento do país no qual o indivíduo está inserido e com a seguinte faixa etária: países desenvolvidos, aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais (OMS, 1983).

No Brasil, considera-se idoso aquele indivíduo que tenha atingido a idade de 60 anos ou mais. Em decorrência do aumento do número e proporção da população idosa, foi elaborada uma legislação específica, do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996), que regulamenta a política Nacional do Idoso e prevê a formação do Conselho Nacional do Idoso. Nesta política, está contemplada a questão da saúde e assistência social, a qual todo idoso tem direito (BRASIL, 1998).

Além da caracterização do idoso em relação à idade, a OMS (1983), baseada no conceito autonomia ou habilidade/capacidade funcional, classificou os pacientes idosos em três grupos, a saber: Funcionalmente independente², Parcialmente independente³ e Totalmente dependente⁴.

Estes conceitos são úteis no contexto do envelhecimento, pois estão ligados à manutenção da autonomia, ou seja, ao grau de independência com que desempenham as funções no dia-a-dia dentro de seu contexto socioeconômico e cultural. Do ponto de vista prático, estas funções podem ser medidas por meio do desempenho das atividades diárias, como por exemplo, a capacidade de cuidado pessoal (higiene), preparo das refeições, manutenção básica da casa. A operacionalização deste conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados

² Tratam-se de indivíduos sadios, podendo apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado com a idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

³ 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.

⁴ 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.

do que os obtidos apenas com utilização do conceito de envelhecimento cronológico (WHO, 2002).

O envelhecimento reforça a importância de manter a saúde e a autonomia. O avançar da idade, por si só, aumenta o risco de doenças crônicas, com destaque para as cardiovasculares. Entretanto, o desenvolvimento dessas doenças acomete diferencialmente os indivíduos, com menor frequência e gravidade naqueles com trajetória e cotidiano mais saudáveis.

Dentre as doenças cardiovasculares que atinge os idosos, a HAS ocorre em mais de dois terços deles, os quais são a população que exhibe as menores taxas de controle da pressão sanguínea (CHOBANIAN, *et al.*, 2003). Estudos demonstram que a prevalência da HAS entre os indivíduos com mais de 60 anos é alta, variando entre 51 a 61% dessa população. A prevalência de HAS mostra-se mais elevada em idosos com menor escolaridade e com sobrepeso ou obesidade (FIRMO *et al.*, 2003; ZAITUNE *et al.*, 2006).

As recomendações para o tratamento de idosos hipertensos, incluindo aqueles que têm hipertensão sistólica isolada, seguem os mesmos princípios definidos para os cuidados gerais de HAS. Em muitos idosos, as doses iniciais dos medicamentos são mais baixas para evitar os sintomas, porém, as doses múltiplas de medicamentos são necessárias na maioria deles para atingir metas adequadas de controle da pressão sanguínea. Nas pessoas com idade superior a 50 anos, a pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg é um fator de risco muito mais importante para as doenças cardiovasculares do que a pressão arterial diastólica aumentada (CHOBANIAN, *et al.*, 2003).

Quanto à adesão ao tratamento experimentada pelos idosos, a literatura demonstra que os fatores intervenientes são os mesmos em relação aos demais grupos populacionais. No entanto, a adesão ao tratamento nos idosos é favorecida pela motivação pelo prolongamento da vida, bem como a ajuda do familiar consciente durante a terapêutica prescrita (MIRANDA *et al.*, 2002).

1.3 – Pertinência da TRS para o estudo da adesão ao tratamento da HAS

Pode-se afirmar que o conhecimento existente a respeito da HAS e das medidas de controle até então propostas constituem-se em elementos objetivos capazes de reduzir drasticamente óbitos decorrentes desta doença desde que aplicados corretamente, em sua totalidade. Até o momento existem duas situações aparentemente contrárias, mas que de fato apresentam proximidade e, portanto, devem ser discutidas de forma inseparável neste estudo. De um lado tem-se uma produção acadêmica ou prática terapêutica em condições de favorecer o tratamento/controle da HAS. De outro, os pacientes idosos encontram-se imersos num universo socialmente construído (realidade comum) que apresenta sua singularidade quanto às práticas culturais, tratamentos e Representações Sociais (RS), que até certo ponto pode ser considerado distinto do universo acadêmico. Nessa situação de distanciamento, duas questões devem ser consideradas: Se existem conhecimentos capazes de reduzir com eficácia os efeitos da HAS, como justificar a alta prevalência de mortalidade provocada por esta doença? Se o sucesso terapêutico exige uma postura assertiva e, portanto, objetiva por parte do paciente, como garantir a eficácia terapêutica, uma vez que para tal devem interagir uma realidade objetiva (prescrição/orientação) e uma realidade subjetiva (RS em torno da doença)?

Como já exposto, a alta prevalência de mortalidade decorrente da HAS é resultado da não adesão ao tratamento ou medidas de controle, por parte dos pacientes, responsáveis maiores pelo cuidado com a própria saúde. Até o momento, a resposta a ser considerada plausível neste estudo para a primeira questão é de que a relação estabelecida entre HAS, tratamento e complicações/morte pelos sujeitos portadores da doença encontra-se permeada de conhecimentos advindos de seus diferentes contextos sócio-históricos, que se organizam em verdadeiros emaranhados de significados. A compreensão de tais significados permite o entendimento dos acontecimentos da vida diária, das características do meio ambiente e das informações que aí circulam sobre as relações estabelecidas em torno da HAS. Aprender tais significados torna-se importante para o estabelecimento de medidas socioeducativas que visem orientar de forma assertiva os sujeitos hipertensos, de

modo a criar comportamentos voltados para o controle da doença.

A resposta ao segundo questionamento parece simples, embora duas situações devem ser levadas em consideração: o modo como os idosos apreendem os conteúdos das prescrições e orientações dos profissionais de saúde e; o modo como externalizam tal compreensão em ações diante de fatos específicos (uso de medicamentos, alimentação ou realização de exercícios). De certa forma, a análise destas duas situações pode ajudar a entender como ocorre o processo de captura ou apropriação do processo terapêutico.

Portanto, o desafio aqui colocado é realizar um levantamento de tais significados ou representações que gravitam em torno da doença, que, por sua vez, tendem a reduzir, manter ou elevar a adesão ao tratamento. É neste contexto ou desafio que está a pertinência da adoção da Teoria das Representações Sociais (TRS) no estudo da HAS e a necessária adesão ao tratamento por seus portadores.

A TRS apresenta-se como nova 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 ambigüidades humanas, os pensamentos, as sensações, as ações e atitudes (ARRUDA, 2002).

As representações sejam elas individuais ou coletivas não são cópias, reflexos ou imagens fotográficas da realidade. Ao contrário, constituem-se em traduções, em versões desta realidade que se encontram ao alcance do mundo de compreensão daqueles que as criam ou adotam. Por serem criações ou adoções necessárias ao entendimento da realidade pelos indivíduos, elas estão em constante transformação. Uma vez que não é possível a apreensão do objeto si, ao adotar as representações em torno do objeto como se fossem descrições fiéis do objeto, cria-se a ilusão de que o objeto também está em constante transformação. Deve-se ressaltar que quando o objeto em questão é um conhecimento a respeito de algo, este pode efetivamente estar em transformação. O mesmo não se pode dizer quando se trata de um objeto real, ou seja, um fato ou fenômeno existente independentemente do processo de conhecimento. Em termos globais, pode-se dizer que as RS são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo

prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (MOSCOVICI, 1961).

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

As RS são elementos simbólicos que os homens expressam mediante o uso de palavras e de gestos. No caso do uso de palavras, utilizando-se da linguagem oral ou escrita, os homens explicitam o que pensam, como percebem esta ou aquela situação, que opinião formulam acerca de determinado fato ou objeto, que expectativas desenvolvem a respeito disto ou daquilo... e assim por diante. Essas mensagens, mediadas pela linguagem, são construídas socialmente e estão, necessariamente, ancoradas no âmbito da situação real e concreta dos indivíduos que as emitem (MOSCOVICI, 1961). Segundo Oliveira (2008), as RS, neste contexto, constituem-se em produtos e processos de uma atividade mental, através das quais um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual ele se confronta e para a qual ele atribui um significado específico.

A pertinência da adoção da TRS no estudo do processo de adesão de idosos ao controle da HAS está no fato de que 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 do idoso relativo a HAS e seu controle 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 controle, 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 nesta imagem, a doença e tudo aquilo que gravita em torno dela adquire uma significação (HERZLICH, 2005).

Em suma, entender a inserção dos pacientes idosos no seu meio, bem como conhecer as representações que possuem em torno da doença, capazes de interferir no processo de adesão ao tratamento, levando em conta as experiências e as representações construídas e apreendidas pelos mesmos, tornam-se essenciais. Tal entendimento constitui-se um desafio a ser vencido a partir do estudo das contribuições de idosos hipertensos participantes desta pesquisa, que será apresentado na parte que se segue.

PARTE II – QUADRO DE REFERÊNCIA

2.1 – Enunciado do problema

Peres *et al.*, (2003) consideram que deve ser dado ao portador de HAS 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 o controle e a adesão ocorram, torna-se importante que os profissionais de saúde sejam capazes de ir além do mero conhecimento dos fatores objetivos que influem nesse controle, já assinalados pela literatura, bem como da mera assimilação e utilização de inovações tecnológicas e humanísticas.

Se o autocuidado é fundamental no controle da HAS, uma atenção diferenciada dos profissionais deve ser dada aos sujeitos pertencentes à população idosa. Essa atenção privilegiada se justifica pelo fato de que o envelhecimento aumenta o risco de doenças crônicas, com destaque para as cardiovasculares, bem como pelo fato de que o índice de não-adesão ao tratamento nesse grupo populacional é elevado, provocando implicações importantes na qualidade de vida desses indivíduos. Esse quadro faz com que seja necessário que os profissionais de saúde procurem conhecer, em profundidade, o modo como os sujeitos pertencentes a este grupo populacional representam a doença e a terapêutica, que, por sua vez, criam condições para que este ou aquele fator os impeçam de aderir ao tratamento.

É nessa via de raciocínio que a questão que ocupa o centro dessa investigação é colocada nos seguintes termos: *Quais são as representações sociais em torno da HAS e da terapêutica que contribuem para a adesão ou não-adesão de pacientes idosos ao tratamento da doença, assistidos pela ESF?*

2.2 – Objetivos

Em termos globais, procurou-se identificar as representações sociais em torno da HAS e da terapêutica que contribuem para a adesão ou não-adesão de pacientes, idosos ao tratamento da doença, assistidos pela ESF dos distritos de Chonin de Cima e Chonin de Baixo.

Em termos específicos, procurou-se identificar, dentre os pacientes idosos hipertensos atendidos pelas ESFs, aqueles que estão aderidos (G1) ou não aderidos (G2) ao tratamento da doença; traçar o perfil dos dois grupos de pacientes (G1 e G2) abordando aspectos socioeconômicos e as representações em torno da doença e do tratamento; levantar os fatores que contribuem ou dificultam a adesão ou não-adesão ao tratamento da doença; correlacionar as representações dos pacientes com os fatores identificados como responsáveis pela não adesão ao tratamento.

2.3 – Justificativa do estudo

Os serviços de saúde são locais em que o nervosismo, angústia e sofrimento se fazem fortemente presentes tanto entre profissionais quanto entre seus assistidos. Trata-se de lugares onde pessoas que buscam saúde encontram-se com outras, que, por sua vez, pretendem oferecer este bem tão desejado por meio da assistência profissional.

Contudo, um dos maiores desafios é a prestação de uma assistência profissional de qualidade aos portadores dessa patologia. Poucos são os pacientes que se esforçam em manter um adequado regime terapêutico, e, por conseguinte, poucos são também os profissionais preparados para entender o mundo de representações que tais pacientes possuem a respeito da doença e do tratamento. Sem dúvidas, o controle dos níveis pressóricos é essencial para o tratamento, pois, sem este, ocorre o agravamento da doença e o surgimento de complicações, tais como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Mas deve-se atentar para o fato de que a manutenção de tal controle requer a participação ativa do próprio paciente.

Além das questões estritamente voltadas para a vida do paciente e sua saúde, existe ainda o impacto da doença sobre os custos sociais com saúde. A HAS, como demonstrado por alguns teóricos, é responsável pelo aumento dos custos sociais decorrentes do absenteísmo no trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez. Dentre as doenças cardiovasculares, é a de maior incidência e causadora de danos. Diversos estudos (vide, por exemplo, Lessa et al. (1998) e Lessa et al. (2006)) realizados no Brasil apontam a HAS como problema de Saúde Pública que cresce em número e em proporção com o passar dos anos, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade.

Portanto, a construção de referenciais teóricos que promovam uma visão mais abrangente do processo saúde-doença, como é o escopo deste trabalho, reveste-se de importância para o próprio paciente, para o sistema de saúde e para a sociedade como um todo. Nesse contexto é meritório um estudo que, além de buscar conhecer o paciente e a relação que este estabelece com os outros e com o meio em que está inserido, possa também favorecer aos profissionais de saúde não só acumularem conhecimentos técnicos, mas também conhecimentos que facilitem o acesso aos sentimentos, motivos e representações que levam as pessoas a abandonar o tratamento. Em outros termos, pretende-se aqui produzir conhecimentos que possibilitem o entendimento da relação estabelecida entre o paciente e sua patologia/tratamento no intuito de aumentar a resolubilidade do tratamento e reduzir os custos sociais da doença que tendem a ser majorados em função do crescimento da população idosa.

2.4 – Metodologia

2.4.1 – Tipo de estudo

Trata-se de um modelo de estudo descritivo do tipo transversal no qual utilizou uma abordagem quantitativa com dados normativos (numéricos e categoriais) e uma qualitativa com as evocações dos participantes a respeito da HAS. A associação das abordagens quantitativa e qualitativa em estudos no campo das representações sociais é altamente recomendável. O uso dessa combinação na análise de dados de pesquisas que possui como referencial a TRS é incentivada por Abric (1994) nos seguintes termos: “Evidentemente, a abordagem plurimetodológica, cruzando questionário e entrevistas, por exemplo, é desejável e, em geral, altamente recomendado” (ABRIC, 1994 citado por BONARDI & ROUSSIAU, 1999). Dentro desta orientação, foram utilizadas três técnicas para coleta de dados, a saber: *estudo bibliográfico, entrevistas estruturadas e aferição da pressão arterial* (GIL, 2002).

2.4.2 – Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Governador Valadares-MG, mais especificamente nos distritos de Chonin de Cima e Chonin de Baixo, tendo como locais de coleta as residências dos idosos participantes da pesquisa cadastrados

nas ESFs desses distritos. Para realização dos procedimentos, procurou-se identificar no domicílio do idoso um ambiente que lhe garantia privacidade e sigilo.

O distrito de Chonin de Cima conta com uma unidade de ESF situada no seguinte endereço:

- ESF Chonin de Cima – Rua Marçal Ciriano da Silva, sem Número, Chonin de Cima, Governador Valadares-MG. Telefone para contato: (33) 32784966.

O distrito de Chonin de Baixo é assistido por uma unidade situada no seguinte endereço:

- ESF Chonin de Baixo – Rua Tito Alves, 55, Chonin de Baixo, Governador Valadares-MG. Telefone para contato: (33) 32848079.

A escolha desses dois distritos deve-se ao fato de ter sido realizada no ano de 2007 uma pesquisa onde observou-se uma alta prevalência de HAS na população estudada, sobretudo entre os idosos onde a prevalência encontrada estava em torno de 54% da população (CARDOSO, 2007).

Além desse fator epidemiológico, a continuidade do estudo junto a esse grupo populacional está em conformidade com os princípios éticos de prestar assistência aos sujeitos de pesquisa que necessitam atenção diferenciada, bem como com a política da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). No campo da Inserção Social, a política da UNIVALE tem como premissa desenvolver a “[...] interatividade com a realidade do ambiente externo, desenvolvendo a capacidade de ouvir e responder às necessidades básicas da maioria da população, transformando-as em demandas para o processo ensino-aprendizagem e para a investigação científica e tecnológica e para as ações sociais no campo da extensão”.

2.4.3 – População do estudo e critérios de inclusão e exclusão

Este é um estudo censitário, tendo sido realizadas visitas domiciliares a todos os idosos hipertensos cadastrados nas unidades de ESF dos distritos de Chonim de Cima e Chonim de Baixo. Desta forma, foram incluídos no presente estudo 99 idosos hipertensos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, com estado funcional independente. Os idosos, antes de serem submetidos aos procedimentos de coleta, foram informados dos objetivos da pesquisa e, ao demonstrarem estar de

acordo em participar da investigação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO A), conforme estabelece o item IV da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram excluídos os idosos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, que possuíam estado funcional parcialmente independente e totalmente dependente, bem como aqueles que possuíam algum déficit cognitivo. Foram também excluídos os idosos que se recusaram a assinar o TCLE.

2.4.4 – Instrumento de Coleta de Dados

Para o presente estudo foram consideradas duas fontes de informações: 1) Bibliografias referentes ao problema em estudo; 2) Entrevista Estruturada junto aos idosos por meio de um formulário próprio contendo questões abertas e fechadas (ANEXO B). Os dados coletados com base nas questões abertas foram registrados manualmente pelo entrevistador no formulário de entrevista. A partir da questão 27, além do registro manual, foi também realizado o registro eletrônico das falas dos idosos por meio de um gravador de voz digital. O formulário de entrevista contendo questões fechadas e abertas possibilitaram a obtenção de informações a respeito do que a pessoa sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou fez, dentre outros.

Cada participante recebeu a visita no domicílio de um profissional enfermeiro e de um bolsista de iniciação científica. Eles estavam devidamente uniformizados, identificados, treinados e capacitados para a realização das entrevistas.

Para determinação das condições socioeconômicas dos idosos participantes da pesquisa, foram utilizados como base os critérios de classificação econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Esse critério de classificação se fundamenta num sistema de pontos, baseado na escolaridade e posse de itens (TV, rádio, banheiro, automóvel, empregada doméstica mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar roupas, videocassete ou DVD, geladeira, *freezer* independente) variando da classe A1, que possui as melhores condições socioeconômicas, à classe E, condição socioeconômica mais desfavorável (ABEP, 2009).

O formulário de entrevista contém um tópico para avaliação da Pressão Arterial, que segue os critérios da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Desta forma, para a realização da aferição da pressão arterial foi utilizada uma área ou sala arejada, no domicílio do participante, com reduzida influência ambiental criando uma atmosfera calma, sem tumultos e com o mínimo de ruídos. Neste local os idosos foram orientados a sentar-se e esperar no mínimo cinco minutos para que os conflitos, discussões e o deslocamento não interferissem nos resultados da aferição da pressão arterial. Certificou-se antes da aferição se o paciente não estava com a bexiga cheia, ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou nos últimos 30 minutos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Para garantir a correta mensuração da pressão arterial, foram realizadas pelo menos três medidas da pressão arterial, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média das duas últimas considerada a pressão arterial do idoso. Quando as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentaram diferença maior que 4 mmHg entre elas, foram realizadas novas medidas até que se obteve medidas com diferença inferior ou igual a 4 mmHg, utilizando-se a média das duas últimas medidas como a real pressão arterial do idoso.

Quanto ao equipamento, o esfigmomanômetro utilizado foi do tipo aneróide devidamente calibrado. Para realização da calibração foi realizada a testagem contra um aparelho de coluna de mercúrio usando conector em forma de Y.

Foi utilizada na pesquisa a classificação de pressão arterial proposta pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial indicada na *Tabela 1* (pág. 39). Por ela, o idoso foi classificado no estágio apontado pelo componente mais elevado entre a pressão arterial sistólica ou diastólica.

Para a correta aferição da pressão arterial, durante a pesquisa foram tomados alguns cuidados técnicos indicados no *Quadro 1* (pág. 37).

Para a avaliação da adesão ao tratamento da HAS, foram inseridos no formulário de entrevista os seguintes instrumentos: a Escala de autorrelato da adesão desenvolvida por Morisky *et al* (1986) e adesão autorreferida de Haynes *et al* (1980).

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

A adesão autorreferida de Haynes consistiu em fazer a seguinte pergunta: “Muitas pessoas têm algum tipo de problema para tomar seus remédios. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) teve dificuldades para tomar seus remédios da pressão?” Se a resposta foi afirmativa, o idoso foi classificado como não-aderente.

2.4.5 – Aspectos éticos

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi obtida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Governador Valadares, responsável pelas Unidades de ESF selecionadas (ANEXO C). Este projeto também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVALE antes da sua execução, obtendo parecer favorável para sua execução (ANEXO D).

2.4.6 – Coleta de dados

As seguintes etapas foram consideradas para a realização da pesquisa:

a) Primeira etapa: Treinamento dos pesquisadores

Com o objetivo de obter a uniformidade nos procedimentos aplicáveis à investigação, os pesquisadores foram treinados para a realização da coleta de dados. Desta forma, inicialmente os pesquisadores cumpriram a tarefa de produzir fichamentos de diversos textos ligados ao objeto de estudo. Em seguida, 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 dias, envolvendo teoria e prática.

b) Segunda etapa: Estudo piloto, avaliação do processo e dos instrumentos de coleta de dados

Para testar o método de trabalho e as fontes de informações aplicáveis à pesquisa, um estudo piloto foi realizado em uma ESF da cidade de Governador Valadares, sorteado aleatoriamente. Na ESF sorteado, foi realizada a Entrevista Estruturada com 10 idosos, sendo 5 do sexo masculino e 5 do sexo feminino que manifestaram interesse em participar da investigação e que atenderam aos critérios de inclusão estipulados. Para o estudo principal os dados coletados nessa etapa não considerados. Segundo Marconi & Lakatos (2009), a importância do Estudo Piloto consiste na possibilidade de verificar se os dados a serem levantados apresentam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Devido aos resultados do estudo piloto, foram realizadas modificações no questionário, a citar: modificados alguns termos técnicos por palavras do convívio social dos idosos para melhor entendimento das perguntas; adicionados ao questionário as questões 17 à 21 para avaliação das condições socioeconômicas dos idosos; na questão 25 foi adicionado o termo “ESF e necessita comprar”, pois alguns conseguiam as medicações na unidade de saúde, mas algumas específicas necessitavam comprar; nas questões 50, 51 e 52 foram adicionados os termos “não se aplica”, pois verificou-se que alguns idosos não faziam uso do serviço público de saúde, mesmo estando cadastrados na ESF.

c) *Terceira etapa: Estudo Principal.*

Esta etapa se deu em dois momentos:

- No primeiro, foi feito um contato com os profissionais de saúde das ESFs dos distritos de Chonin de Cima e Chonin de Baixo para obtenção de apoio para a realização da pesquisa. Na oportunidade, foi apresentada a pesquisa e os seus objetivos.
- No segundo momento, foi feito contato com os idosos. Na oportunidade, foi apresentada a pesquisa e os objetivos dela convidando-os para participarem. Havendo consentimento, e, após a assinatura do TCLE, deu-se a coleta das informações subjetivas por meio da Entrevista Estruturada e aferição da pressão arterial com registro dos dados normativos. Os dados coletados na Entrevista Estruturada foram registrados no formulário de entrevista.

d) *Quarta etapa: Processamento e análise dos dados*

Com os dados subjetivos coletados por intermédio da Entrevista Estruturada, fez-se a “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 1977). Estes dados foram agrupados em categorias para análise, dentro de cada tema proposto. Em um primeiro momento, a análise foi realizada de forma independente, pelos pesquisadores. Em seguida, os pesquisadores se encontraram com a finalidade de discutir os pontos de concordância e divergência em suas observações. Este procedimento teve como finalidade reduzir a possibilidade de vieses provocados pela subjetividade e pela percepção seletiva que poderiam ocorrer se um único indivíduo fosse responsável por todo o processo de análise.

Com base no relatório contendo as análises, fez-se um compilado que permitiu que dados coletados nas Entrevistas Estruturadas fossem lançados no banco de dados do programa Sphinx. É importante destacar que, para análise das respostas obtidas com base nas questões 27, 28, 29 e 30, foi adotada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e processadas por meio do Software *Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Évocations* (EVOC). Tal técnica permite, de forma simples e ágil, a identificação do núcleo da RS que será exposta mais detalhadamente no tópico “Resultados e Discussão”.

Os dados objetivos e normativos coletados e registrados no formulário também foram lançados no banco de dados construído no programa Sphinx. A existência de um código fornecido pelo programa a cada fonte de informação permitiu que fosse mantido o anonimato dos informantes.

Na análise quantitativa, foram enfocadas tanto as variáveis isoladas quanto o cruzamento daquelas que apresentaram dependência significativa entre elas. Considerando que no cruzamento das variáveis não ocorreu igualdade entre as frequências, fez-se o uso do Teste do Qui-quadrado.

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 – Adesão ao tratamento da HAS

Há diversos métodos, diretos e indiretos, de avaliação da adesão ao tratamento, todos com vantagens e desvantagens. Dentre os métodos indiretos, podem-se citar: relatório do próprio paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de receitas e desfecho clínico. Esses métodos não levam à confirmação de que o paciente tenha realmente tomado a medicação, porém são de fácil aplicação (OIGMAN, 2006).

Um dos métodos mais utilizados é a entrevista estruturada, por sua aplicação mais acessível e de menor custo. O maior problema apontado para esse método é a superestimação da adesão decorrente da possibilidade de que o paciente ‘esconda’ do entrevistador ou da equipe de saúde a forma como, na realidade, efetivou o tratamento prescrito (OIGMAN, 2006).

O teste de Morisky *et al* (1986) tende a superestimar a não adesão, ao contrário do que ocorre com os métodos indiretos. Sendo o teste baseado em formulário padronizado não levando em consideração os aspectos subjetivos do paciente, alguns autores chamam a atenção para o fato de que a validade do teste depende da sinceridade do entrevistado e da existência de uma relação de confiança entre este e o avaliador. Embora confiável, é criticado por não dar ao paciente a oportunidade de expressar suas dificuldades e seu entendimento a respeito do tratamento (LEITE & VASCONCELOS, 2003). Por esse motivo no processo de coleta de dados, tanto as questões do teste de Morisky quanto do de Haynes foram colocadas aos idosos.

De acordo com o teste de Morisky (1986), considera-se aderente ao tratamento proposto o paciente que obteve pontuação máxima de 4 pontos e não aderente aquele que obteve 3 pontos ou menos. Com base na avaliação realizada conforme o teste de Morisky, dos idosos estudados, 62 (62,6%) não aderem ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pela equipe médica. Já com base no teste de autorrelato de adesão de Haynes (1980), tal ocorrência atinge apenas 33 (33,3%) dos entrevistados.

Tomando-se como referência os resultados obtidos com base no teste de Morisky, os idosos foram divididos em dois grupos: G1, com 37 idosos aderentes ao tratamento; G2, com 62 idosos não aderentes ao tratamento.

3.2 – Perfil Socioeconômico dos idosos hipertensos

A classe socioeconômica foi identificada em diversos trabalhos como um fator de risco independente para as doenças cardíacas (BRASIL, 2002). Estes estudos relatam ainda que a classe socioeconômica poderia impor aos indivíduos um estilo de vida, resultando no acúmulo de alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DRAGANO *et al.*, 2007). Dentre estes fatores o tabagismo, a obesidade, a pressão arterial elevada e a inatividade física são mais prevalentes entre pessoas de baixa posição socioeconômica.

A maior parte dos idosos participantes do presente estudo possui idade em torno de 60 a 70 anos (48,5%), tendo o mais novo 60 e o mais velho 93, perfazendo uma média de 70,4 anos (DP= \pm 7,46). As mulheres (62,6%) e aposentados (60,6%) constituem a maioria, com predominância da raça/cor negra (33,3%). Mais da metade (51,5%) dos idosos vive em regime de uma união estável, e a maior parte foi classificada entre as classes C (38,4%) e D (52,5%). Estes dados demonstram o baixo nível socioeconômico dessa população (TAB. 2).

Segundo a TAB. 2, o G1 possui idosos com idade em torno de 60 a 70 anos, perfazendo uma média de 70,3 anos (DP= \pm 8,04). Em sua maioria, são do sexo feminino (70,3%), aposentados (51,4%) com predominância daqueles classificados dentro da classe socioeconômica C (45,9%). Já o G2 possui boa parte dos idosos com idade em torno de 60 a 70 anos, perfazendo uma média de 70,5 anos (DP= \pm 7,16). Esse grupo constitui-se em sua maioria de mulheres (58,1%), aposentados (66,1%) e categorizados dentro da classe socioeconômica D (58,1%).

Em suma, o G2 possui uma maior proporção de idosos com idade em torno de 70 a 80 anos (43,5%), classe socioeconômica mais baixa (64,2%), D e E, e maior número de indivíduos de raça/cor negra (37,1%). Possivelmente, estas condições contribuíram para uma alta taxa de não adesão ao tratamento entre os idosos hipertensos deste grupo. Tal fato está de acordo com os achados de Machado *et al.*

(2008), onde afirmam que as condições socioeconômicas são preditoras da falta de adesão ao tratamento, ou seja, quanto mais baixos os níveis socioeconômicos, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Os mesmos autores atribuem ainda essa situação ao menor conhecimento da doença e ao difícil acesso aos serviços de saúde. Contudo, tal assertiva não foi verificada no presente estudo, já que os idosos em questão demonstraram ter conhecimento acerca da HAS, bem como um acesso facilitado à medicação e aos serviços de saúde. Desta forma, verificar-se-á em seguida que as RS que os idosos possuem a respeito da HAS e de seu tratamento exercem influência decisiva no processo de adesão.

TABELA 2 – Fatores sócio-demográficos associados ao nível de adesão ao tratamento em idosos de um distrito rural de Governador Valadares - MG.

Fatores sócio-demográficos associados	Geral		Grupo G1		Grupo G2	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Idade						
60 a 70	48	48,5	18	48,6	30	48,4
De 70 a 80	40	40,4	13	35,1	27	43,5
80 e mais	11	11,1	6	16,2	5	8,1
Sexo						
Masculino	37	37,4	11	29,7	26	41,9
Feminino	62	62,6	26	70,3	36	58,1
União Estável						
Sim	51	51,5	19	51,4	32	51,6
Não	48	48,6	18	48,6	30	48,4
Situação de Trabalho						
Aposentado	60	60,6	19	51,4	41	66,1
Em Exercício	12	12,1	7	18,9	5	8,1
Sem Vínculo	27	27,2	11	29,7	16	25,8
Cor/Raça						
Negra	33	33,3	10	27,0	23	37,1
Outras	66	66,6	27	73,0	39	62,9
Classificação da Classe Socioeconômica						
B	1	1,0	1	2,7	0	0,0
C	38	38,4	17	45,9	21	33,9
D	52	52,5	16	43,2	36	58,1
E	8	8,1	3	8,1	5	8,1

3.3 – Adesão ao tratamento medicamentoso e fatores intervenientes

O conceito tradicional de adesão refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde à recomendação da equipe de saúde. No entanto, tal comportamento pode sofrer a ação de diversos fatores relacionados ao próprio paciente, ao serviço de saúde, ou então, à própria doença.

Em relação ao próprio paciente, foram avaliados os seguintes fatores: presença e tempo decorrido da última consulta para controle da HAS; participação nas atividades em grupo; abandono do tratamento medicamentoso em algum momento da vida; ajuda da família no tratamento; presença de dificuldades em seguir as orientações para o tratamento; uso de tabaco; consumo de álcool; prática de exercícios físicos; frequência de exercícios físicos e concomitante problema de saúde.

Observou-se que o tempo decorrente entre a entrevista e a última consulta foi em média de 3,52 meses (DP= $\pm 6,59$). Embora a maioria, 92 (92,9%), tenha comparecido à última consulta, menos da metade, 44 (44,5%), foi atendida num tempo inferior a dois meses. Um total de 41 (41,4%) dos entrevistados possuía dificuldades em seguir as orientações da equipe de saúde; e apenas 34 (34,3%) receberam ajuda da família para realização do tratamento. Outro ponto a destacar é o fato de que apenas 33 (33,3%) dos entrevistados tinham participado, em algum momento, das atividades educativas propostas pela equipe de saúde (TAB. 3).

O consumo de tabaco, a ingestão de bebidas alcoólicas e a prática de exercícios físicos foram questionados para observar a interferência destes na adesão. Desta forma, observa-se que entre os idosos apenas 10 (10,1%) fazem o uso de álcool, 16 (16,2%) usam algum tipo de tabaco, e 27 (27,3%) praticam exercícios físicos. Destes últimos, 16 (59,3%) o fazem diariamente e 11 (40,7%), ao menos três vezes por semana. Quanto à presença de outras doenças concomitantes à HAS, apenas 28 (28,3%) possuíam doenças como diabetes *mellitus*, câncer, dentre outras (TAB. 3).

TABELA 3 – Fatores associados à adesão ao tratamento da HAS, pacientes idosos residentes num distrito de Governador Valadares - MG

Fatores associados à adesão ao tratamento ligados ao paciente	Geral		Grupo G1		Grupo G2	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Presença na Última Consulta						
Sim	92	92,9	34	91,9	58	93,5
Não	7	7,1	3	8,1	4	6,5
Tempo da Última Consulta (Meses)						
Menos de 1	8	8,1	4	10,8	4	6,5
De 1 a 2	36	36,4	13	35,1	23	37,1
De 2 a 3	16	16,2	5	13,5	11	17,7
De 3 a 4	8	8,1	3	8,1	5	8,1
Acima de 5	31	31,3	7	18,9	17	27,4
Participação nas Atividades em Grupo						
Sim	33	33,3	9	24,3	24	38,7
Não	66	66,7	28	75,7	38	61,3
Abandono do Tratamento Medicamentoso						
Nenhuma	72	72,7	30	81,1	42	67,7
1 a 3 vezes	15	15,2	5	13,5	10	16,1
4 ou mais	12	12,1	2	5,4	10	16,1
Ajuda da Família						
Sim	34	34,3	11	29,7	23	37,1
Não	65	65,7	26	70,3	39	62,9
Dificuldade em Seguir as Orientações						
Sim	41	41,4	9	21,3	32	51,6
Não	58	58,6	28	75,7	30	48,4
Consumo de Bebidas Alcoólicas						
Sim	10	10,1	3	8,1	7	11,3
Não	89	89,9	34	91,9	55	88,7
Cigarro						
Sim	16	16,2	4	10,8	12	19,4
Não	83	83,8	33	89,2	50	80,6
Exercícios Físicos						
Sim	27	27,3	13	35,1	14	22,6
Não	72	72,7	24	64,9	48	77,4
Frequência de Exercício físico						
Todos os dias	16	59,3	7	53,8	9	64,3
Até três vezes por semana	11	40,7	6	46,2	5	35,7
Problema de Saúde Concomitante						
Sim	28	28,3	12	32,4	16	25,8
Não	78	78,8	28	75,7	50	80,6

No que diz respeito à presença de idosos na última consulta para tratamento da HAS, pode-se dizer que tanto o G1 (91,9%) quanto o G2 (93,5%) se mostram assíduos. No G1, o tempo médio decorrente entre a entrevista e a última consulta foi de 2,76 meses (DP= $\pm 2,62$), tendo sido observado maiores índices da prática de exercícios físicos (35,1%) e menores dificuldades em seguir as orientações

prescritas pela equipe de saúde (24,3%), em relação ao G2. Neste último, o tempo médio decorrente entre a entrevista e a última consulta foi de 3,97 meses (DP= $\pm 8,08$). A participação nos grupos operativos realizados nas unidades de saúde é baixa (38,7%), embora os idosos desse grupo (37,1%) recebam maior ajuda dos familiares para o tratamento. Além disso, esse grupo apresenta maiores índices quanto a dificuldades em seguir as orientações da equipe de saúde (51,6%), consumo de bebidas alcoólicas (11,3%), uso de tabaco (19,4%), bem como maior número (32,2%) daqueles que, em algum momento, abandonaram o tratamento medicamentoso (TAB. 3).

Os dados apresentados pelo G1 mostram concordância com o exposto na literatura onde se aponta a necessidade de uma melhor educação e informações mais claras ao paciente sobre a doença e suas possíveis complicações, bem como acompanhamento periódico dos pacientes por meio de consultas para aumento da adesão ao tratamento (LESSA *et al.*, 2006). Em um estudo realizado com 353 hipertensos, Mion & Pierin (1996) apontam que, dentre os principais motivos que contribuem para o paciente abandonar o tratamento, estes estão relacionados ao medicamento: o alto custo, tomar várias vezes ao dia, efeitos indesejáveis, desconhecimento das complicações, ausência de sintomatologia, esquecimento, falta de conhecimento para tratar. Esses achados evidenciam a necessidade de uma educação em saúde e orientação pelos profissionais de saúde acerca da terapêutica utilizada pelos idosos.

Gusmão *et al.* (2009) e Fae *et al.* (2006) relatam que o baixo índice de adesão ao tratamento da HAS entre idosos tem relação direta com a falta de informação sobre o tratamento. Quando a conscientização adequada ao paciente é negligenciada, pode acarretar o uso incorreto do medicamento e levá-lo a não seguir de maneira satisfatória as prescrições médicas. Gusmão *et al.* (2009) ainda acrescentam que a complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência deletérea na qualidade de vida também são fatores que determinam a forma como o paciente vai se portar e aceitar o tratamento. Em decorrência, Fae *et al.* (2006) indicam como propostas para melhorar o regime terapêutico e aumentar a adesão ao tratamento uma melhor

avaliação inicial para evitar constantes mudanças de esquema terapêutico e, sempre que possível, a prescrição de menor número de medicamentos.

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, sendo que o G2 obteve os piores índices de prática de exercícios, bem como em relação ao consumo de tabaco e álcool. Segundo Baldissera *et al.* (2009), este fato pode estar associado ao entendimento de que as restrições da dieta, como por exemplo, a diminuição da ingestão de sódio, denotam a ideia de castigo por estarem ligadas ao prazer em degustar alimentos, ou ainda, associado à perda da liberdade de escolha.

Em relação ao serviço de saúde, foram avaliados os seguintes fatores: satisfação com os serviços de saúde; acesso aos medicamentos; profissionais de quem recebeu orientações e forma de obtenção dos medicamentos (TAB. 4).

TABELA 4 – Fatores associados à adesão ao tratamento da HAS ligados aos serviços de saúde responsáveis pela atenção aos idosos residentes em distritos de Governador Valadares - MG

Fatores associados a adesão ao tratamento ligados ao Serviço de Saúde	Geral		Grupo G1		Grupo G2	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Satisfação com os Serviços						
Satisfeito	60	60,6	23	62,2	37	59,7
Parcialmente satisfeito	28	28,3	7	18,9	21	33,9
Insatisfeito	10	10,1	6	16,2	4	6,5
Acesso a Medicamentos						
Sim	50	50,5	15	40,5	35	56,5
Não	44	44,4	19	51,4	25	40,3
NA	5	5,1	3	8,1	2	3,2
Orientações Recebidas						
Médico	71	71,7	31	57,4	40	43,5
Enfermeiro	38	38,4	13	24,1	25	27,2
Técnico de Enfermagem	14	14,1	3	5,6	11	12,0
Agente Comunitário de Saúde	11	11,1	3	5,6	8	8,7
Outros	12	12,1	4	7,4	8	8,7
Local de Obtenção de Medicamentos						
SUS	74	74,8	26	70,3	48	77,4
Necessita comprar	23	23,2	10	27,0	13	21,0
Ambos	2	2,0	1	2,7	1	1,6

Observou-se que 50 (50,4%) idosos possuíam acesso a toda a medicação prescrita e cerca de 38 (38,4%) demonstraram possuir baixa satisfação com o serviço de saúde. A maioria, 71 (71,7%), relatou ter recebido do médico as orientações relacionadas ao tratamento medicamentoso, e ainda um número mais expressivo, 74 (74,8%), relatou ter obtido a medicação junto ao serviço público de saúde (TAB. 4).

Não foram identificadas grandes divergências entre o G1 e G2 quanto aos fatores *Satisfação com os serviços* e *Local de obtenção de medicamentos*. A maior divergência entre eles refere-se ao *Acesso a medicamentos*, que está disponível a apenas 15 (40,5%) dos idosos do G1, contra 35 (56,5%) do G2; e, ao *Profissional de quem receberam as orientações*, que segundo 31 (57,4%) idosos do G1, foi do médico, contra 40 (43,5%) do G2 (TAB. 4).

Tais fatores analisados são discutidos por um estudo de Lessa *et al.* (2006) sobre HAS, onde sugerem que a distribuição gratuita da medicação é fator essencial para a adesão do paciente ao medicamento anti-hipertensivo. No entanto, mesmo o G2 tendo maior proporção de idosos recebendo medicação gratuitamente, isso não impediu de terem maiores índices de não adesão ao tratamento. Isso indica que nesse grupo essa não foi uma variável determinante da não adesão.

Por outro lado, Andrade *et al.* (2002) observaram, que entre as razões da não adesão mais citadas pelos participantes de seu estudo, uma se referia à falta de uma comunicação adequada entre o paciente e seu médico. Havia uma falta de trocas de informações relativas à doença e às sérias consequências do abandono do tratamento. Tais achados foram observados no presente estudo, uma vez que os participantes do G2 recebem orientações de profissionais de saúde do nível técnico com maior frequência que os do G1. Esta ocorrência constitui-se um fator de redução dos momentos de comunicação entre o médico ou enfermeiro com os pacientes. Manfroi e Oliveira (2006) consideram que a comunicação entre profissional (de nível superior devidamente capacitado) e paciente tem por objetivo tentar corrigir as dificuldades, juntamente com o paciente, para melhorar o controle da HAS.

A relação entre o profissional de saúde e o paciente constitui-se fator influenciador da adesão ao tratamento. Em um estudo descritivo qualitativo, Reiners (2009)

concluiu que na interação entre o profissional de saúde e o usuário hipertenso, muitas vezes o profissional abre mão da estratégia de conscientização, deixando de exercer seu papel de educador e auxiliar do tratamento. Dessa maneira, o acompanhamento do paciente tem sido realizado de maneira inadequada. Diante do abandono, o usuário realiza o tratamento à seu modo, o que pode ser prejudicial à saúde dele.

Em relação à própria doença, foram avaliados os seguintes fatores: controle da pressão; classificação da pressão arterial; tempo de diagnóstico; reconhecimento das consequências da HAS (TAB. 5).

TABELA 5 – Classificação, controle e fatores da HAS entre idosos de um distrito rural de Governador Valadares-MG

Classificação e controle da HAS	Geral		Grupo G1		Grupo G2	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Classificação da Pressão Arterial						
Ótima	7	7,1	2	5,4	5	8,1
Normal	6	6,1	2	5,4	4	6,5
Normal Alta	12	12,1	6	16,2	6	9,7
Hipertensão Estágio 1	38	38,4	13	35,1	25	40,3
Hipertensão Estágio 2	21	21,2	8	21,6	13	21,0
Hipertensão Estágio 3	15	15,2	6	16,2	9	14,5
Controle da Pressão						
Sim	24	24,2	9	24,3	15	24,2
Não	75	75,8	28	75,7	47	75,8
Tempo de Diagnóstico						
Menos de 10	39	39,4	12	32,4	27	43,5
De 10 a 20	27	27,3	12	32,4	15	24,2
De 20 a 30	19	19,2	6	16,2	13	21,0
30 e mais	14	14,1	7	18,9	7	11,3
Reconhecimento das consequências da HAS						
Sim	88	88,9	31	83,8	57	91,9
Não	11	11,1	6	16,2	5	8,1

Foi registrada uma taxa de controle pressórico de apenas 25%, sendo esta muito aquém dos valores aceitáveis. Tomando-se como referência as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, há uma prevalência de 75,8% de idosos com a pressão arterial acima dos limites considerados para normalidade. O tempo médio de diagnóstico da HAS entre os idosos foi de 15,0 anos (DP= ±11,2) e cerca de 88 (88,9%) reconhecem que esta pode debilitar sua saúde com o passar dos anos (TAB. 5).

Após análise da TAB. 5, não foram identificadas grandes divergências entre o G1 e G2 quanto aos fatores *controle da pressão arterial e reconhecimento da consequências da HAS*. A maior divergência entre eles refere-se ao tempo de diagnóstico da HAS, onde se percebe que o G1 possui um tempo médio de diagnóstico maior, 17,24 (DP= ± 13,98), quando comparado ao G2, 13,71 (DP= ± 10,41). Vale salientar que, sendo o G1 composto de sujeitos aderidos ao tratamento, no presente estudo o maior tempo de diagnóstico parece ter influenciado positivamente nesta adesão.

3.4 – As representações sociais dos idosos a respeito da HAS

Estando este estudo fundamentado na TRS, a coleta de evocações sobre a HAS realizada junto aos idosos de Chonim de Cima e Chonim de Baixo constitui-se num procedimento capaz de fornecer contribuições significativas para se conhecer o modo como os participantes representam esta doença. Para identificar os conteúdos implícitos na construção do objeto “Ter Pressão Alta”, o questionário apresentou quatro conjuntos de questões elaboradas de acordo com as orientações da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Assim, tal estruturação permitiu que os dados fossem apropriadamente catalogados para processamento no software EVOC. As quatro questões específicas (27 a 30) sobre as representações sociais da HAS podem ser verificadas na parte referente à “Hipertensão Arterial” do questionário (SÁ, 1996).

A utilização da técnica TALP nos estudos das RS necessita que o participante expresse cinco palavras ou expressões que lhe venham à mente sobre o objeto requisitado. Com este conjunto catalogado, é possível apresentar a frequência entre as evocações, apontando, assim, quais foram as mais citadas pelos participantes. Em seguida, o participante enumera as evocações listadas na questão anterior por ordem de importância. Assim, ele estabelece pesos para os elementos listados, sendo aquela marcada com o número 1 como a mais relevante, a de número 5 a de menor relevância. Esta tabulação permite que através dos pesos das questões se estabeleça uma ordem média de evocações, ou seja, quanto mais próximo o elemento estiver perto da matriz 1 (mais importante), significa que tal evocação é, no entender do respondente, a que mais se relaciona com o objeto abordado.

O processamento realizado através do EVOC controla todos os elementos evocados e permitem seu levantamento estatístico capaz de indicar o núcleo e o sistema periférico de uma determinada representação. Para isto, o *software* realiza uma combinação do cálculo de frequência e da ordem média de evocação tomando-se como referência o número de vezes em que uma evocação apresentou-se no grupo e a ordem de importância que lhe é atribuída pelo respondente (SÁ, 1996).

O *software* EVOC fornece através do aplicativo RANGFRQ uma listagem com as palavras mais evocadas, frequência e ordem média de evocação. Para apresentá-los em um formato mais amistoso, os resultados estarão descritos através de tabelas agrupadas em quatro quadrantes seguindo o modelo articulado por Vianney (2006), onde, segundo ele, os dados se apresentam da seguinte forma:

No quadrante superior esquerdo (1º Quadrante) são listados os elementos com maior centralidade nas evocações, definidos pelos critérios de maior frequência de citação e de menor ordem média de evocações, e que, portanto, apontam para os elementos do núcleo da RS, nos termos dos estudos de Abric na Abordagem Estrutural das Representações (ABRIC, 1998).

Os demais quadrantes trazem os elementos do sistema periférico da RS, com a seguinte distribuição: No quadrante superior direito (2º Quadrante) e no quadrante 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 compartilhados pelo grupo analisado, formando, assim, o sistema periférico da RS em análise. E, no quadrante inferior direito (4º Quadrante) estão listados os elementos cujas ocorrências indicam aspectos que, apesar de presentes nas evocações, não apontam necessariamente para um compartilhamento deles no grupo pesquisado, e indicam, assim, percepções ou experiências individuais dos entrevistados (VIANNEY, 2005).

Após processados os dados relativos às RS dos idosos sobre a HAS, verificou-se a ocorrência de 381 evocações sobre a HAS, sendo que destas, 66 eram diferentes entre si. Para um melhor processamento destes dados, procurou-se estabelecer algumas categorias por agrupamento. A título de exemplo, a palavra “Infarto” foi a

matriz de agrupamento de palavras como “Parada cardíaca”, “Coração parar” e “Infarte”.

Estabelecidos os agrupamentos por categorias, os dados foram processados através do *software* EVOC para a montagem dos quatro quadrantes. Para que uma evocação fizesse parte do 1º Quadrante, que contém o núcleo da representação, estabeleceu-se o critério de frequência superior a 10 ocorrências e também uma ordem média de evocação abaixo de 2,4. Estes valores são estabelecidos a fim de se obter para o núcleo uma relação em torno de cinco itens macro (SA,1996).

No segundo quadrante, que apresenta os elementos do sistema periférico, devia-se apresentar uma frequência acima de 10 ocorrências e uma ordem média de evocação maior ou igual a 2,4. Já no terceiro quadrante, os critérios foram o de apresentar uma frequência abaixo de 10, mas ter uma ordem média de evocação abaixo de 2,4. No último quadrante, que contém geralmente percepções ou experiências individuais, devia-se apresentar uma frequência maior que 5 e inferior a 10 e uma ordem média de frequência igual ou acima a 2,4 (TAB.6).

TABELA 6 - Processamento EVOC para os Idosos sobre a HAS

1º QUADRANTE			2º QUADRANTE		
Elementos do Núcleo Central	F \geq 10	OME $<$ 2,4	Elementos do Sistema Periférico	F \geq 10	OME \geq 2,4
CEFALÉIA	18	2,222	DIETA	10	3,1
CORAÇÃO	12	2,333	DOENÇA	13	3,077
DERRAME	34	1,5	DOR CORPORAL	14	3,5
MORTE	24	2,125	INCAPAZ	16	2,563
NERVOSISMO	27	2,185	INFARTO	19	2,474
			PERIGOSA	18	2,611
			PREOCUPAÇÃO	15	2,867
			TONTEIRA	16	3,688
3º QUADRANTE			4º QUADRANTE		
Elementos do Sistema Periférico	F $<$ 10	OME $<$ 2,4	Elementos do Sistema Periférico	F $<$ 10	OME \geq 2,4
DESCONHECIMENTO	6	1,333	FADIGA	8	3
EVITAR SAL	8	2,25	GORDURA	5	2,4
MEDICAMENTO	6	2,333	MEDO	7	3,143
			PALPITAÇÃO	7	2,714
			SONO	9	3,889

O processamento estabelecido pelo *software* EVOC indica que os elementos “Cefaléia, Coração, Derrame, Morte e Nervosismo” são os mais significativos, e, conseqüentemente, constituintes do núcleo da RS dos idosos hipertensos dos distritos de Chonim de Baixo e Chonim de Cima. Com base nestes elementos, pode-se dizer que este agrupamento significativo indica uma forma típica de pensar de um determinado contingente, que aponta para uma RS da HAS que pode ser expressa nos seguintes termos: A HAS é uma doença do **coração** causada pelo **nervosismo**, tendo como indicador do aumento da pressão a **dor de cabeça**, que não sendo tratada, provoca o **derrame**, gerando incapacidade ou **morte** imediata.

Para que fosse possível estabelecer com maior exatidão a relação entre os termos evocados e seus reais significados, foi solicitado aos participantes que explicassem o significado do termo evocado como número 1, ou seja, o principal relacionado à HAS. Lista-se na tabela abaixo algumas descrições sobre os significados atribuídos pelos idosos dos itens que compõem o núcleo desta representação e que contribuíram para a definição geral da HAS descrita acima.

TABELA 7 – Descrição dos Significados das palavras constituintes do núcleo da RS

Elementos Evocados	Significados
Cefaléia	<p><i>Não agüento fazer nada, não consigo trabalhar (Entrevistado 6).</i></p> <p><i>A dor de cabeça pode arrebrantar uma veia, ai eu vou ter que ir no médico, posso até operar (Entrevistado 7).</i></p> <p><i>A dor de cabeça é uma coisa ruim, porque atrapalha a pessoa de fazer qualquer coisa. A dor de cabeça prejudica o corpo todo e aumenta mais a pressão e pode provocar um problema mais sério (Entrevistado 64).</i></p>
Coração	<p><i>Falava que o coração tava agitado e eles falavam que era o cigarro e as vezes era o nervosismo por causa de criança, você já viu, né? A gente não quer nada de ruim para os filhos, sabe a preocupação (Entrevistado 8).</i></p> <p><i>Esse tal problema do coração faz a gente ter medo de morrer de uma hora para outra e sofrer derrame (Entrevistado 70)</i></p> <p><i>Porque se não cuidar do problema do coração pode ocorrer algo mais grave (Entrevistado 72).</i></p>
Derrame	<p><i>Tenho muito medo de ficar doente, em cima da cama. Ficar doente é muito ruim. Não tenho medo de morrer, mas ficar doente é pior que morrer; depender dos outros é ruim (Entrevistado 9).</i></p> <p><i>Tenho medo de adoecer de uma hora pra outra, dar trabalho pros outros. O derrame põe a gente muito doente. Tenho mais medo, é o mais perigoso. É triste ficar sem poder fazer as coisas [...] Porque pode destruir minha vida, pode ser fatal, ‘né’? Ficar com sequelas (Entrevistado 24).</i></p> <p><i>É uma doença que quando não mata rápido deixa a pessoa toda torcida. Porque não tenho medo de morrer, mas tenho medo de ficar deficiente dependendo dos outros (Entrevistado 65). Continua [...]</i></p>

Porque tenho medo de ficar doente e morrer. Porque o derrame não tem cura; fica doente pra sempre. O que mais me preocupa é o derrame mesmo, né? Porque a morte não preocupa tanto. Dá ali e ninguém nem vê. Você não você não vê morrendo. Tem muita gente que fala assim: Oh Zé, o senhor fica sozinho, o senhor não tem cisma de adoecer de noite, de acontecer alguma coisa? Muitas vezes já aconteceu aqui em Chonim de achar gente morto. Eu fico pensando: Oh, gente! Se eu morrer sozinho não tem problema, porque ninguém vai querer morrer comigo. Eu vou morrer sozinho mesmo, né? Eu não sei. Com a morte eu não tenho medo não. Eu acho que não. No meu modo de pensar não (Entrevistado 99).

Morte

Qualquer coisinha a gente cai e morre e não quero morrer agora. A gente vai morrer mesmo. Qualquer hora, 'né?. Quería viver cento e vinte anos, mas vamos ver, 'né? Porque mata mesmo, 'uai' (Entrevistado 9).

Quando ela vem, acabou tudo, deixa família e amigos. Essa doença não é brincadeira, 'uai', é triste (Entrevistado 27).

Morreu acabou tudo; fico preocupada com os filhos ficarem sozinhos. Tenho muito medo de morrer e deixar a família pra trás (Entrevistado 44).

Tenho muito medo de largar minha esposa e filhos (Entrevistado 54).

Nervosismo

Porque tem muito problema com filhos e tem que cuidar do marido (Entrevistado 2).

Porque fico nervoso, distraído e esqueço de fazer as coisas. Isso é sinal de que 'tá' com a cabeça fraca [...] Ficar agitado. As vezes a gente deita na cama [...] isso é ruim porque é o que mais me ataca [...] Fica nervoso, as vezes tem hora que vai fazer uma coisa pensa que fez, não fez, distrai, a cabeça não dá. Pega a rodar a cabeça [...] É, tem hora que eu 'tô' fazendo uma coisa depois eu faço. Isso, aquilo, aí eu não fiz. Outra hora eu falo uma coisa, eles falam: Você falou isso. Não, eu não falei isso com vocês não. Vocês 'tão' ficando é doido. Isso me incomoda. Porque isso é um sinal de que eu 'tô' com uma fraqueza na cabeça (Entrevistado 18).

Eu sei que não posso passar raiva. Às vezes eu brigo com as pessoas e fico agitada, aí a pressão aumenta. Porque, sei lá, porque geralmente tem tanta coisa que a gente pensa que quer fazer e não pode fazer. Por exemplo, tem um serviço que a gente não aguenta fazer, não pode fazer. Se não trouxer uma pessoa eu vou ajudar a fazer. Ninguém vai fazer nada. Você quer fazer as coisas, não dá pra você fazer as coisas. Então vai passando raiva. O dia que morrer fica tudo aí. Ataca a cabeça da gente [...] (Entrevistado 50).

Quando a gente ouve as coisas que não agrada, a gente fica nervoso. As palavras erradas que a gente ouve deixa a gente chateada (Entrevistado 87).

Uma outra forma possível de leitura dos dados, é a partir da segmentação, conforme os grupos G1 e G2. Esta teve como propósito verificar as possíveis relações entre o nível de adesão ao tratamento medicamentoso e as RS da HAS. A TAB. 8 apresenta os resultados considerando de maneira independente as contribuições dos grupos G1 e G2.

TABELA 8 - Processamento EVOC para os Idosos sobre a HAS, considerando de maneira independente as contribuições dos grupos G1 e G2

Grupo G1			Grupo G2		
1º QUADRANTE			1º QUADRANTE		
Elementos do Núcleo Central	F>=8	OME<3,1	Elementos do Núcleo Central	F>=10	OME >=2,4
CEFALÉIA	10	2	DERRAME	23	1,522
DERRAME	11	1,455	INFARTO	11	2,364
INFARTO	8	2,625	MORTE	13	2,077
MORTE	11	2,182	NERVOSISMO	16	2,375
NERVOSISMO	11	1,909	PERIGOSA	11	2,364
3º QUADRANTE			2º QUADRANTE		
Elementos do Sistema Periférico	F<8	OME<3,1	Elementos do Sistema Periférico	F>=10	OME >=2,4
FADIGA	5	3	CORAÇÃO	10	2,4
INCAPAZ	7	2,714	DOENÇA	11	3
MEDICAMENTO	3	3	PREOCUPAÇÃO	11	2,636
PALPITAÇÃO	3	2,667	TONTEIRA	11	3,273
PERIGOSA	7	3			
4º QUADRANTE			3º QUADRANTE		
Elementos do Sistema Periférico	F<8	OME<3,1	Elementos do Sistema Periférico	F>=10	OME >=2,4
DOR CORPORAL	6	3,5	DESCONHECIMENTO	5	1,4
MEDO	5	3,2	EVITAR SAL	7	2,286
PREOCUPAÇÃO	4	3,5			
SONO	5	3,2			
TONTEIRA	5	4,6			
			4º QUADRANTE		
			Elementos do Sistema Periférico	F>=10	OME >=2,4
			CEFALÉIA	8	2,5
			DIETA	8	3,375
			DOR CORPORAL	8	3,5
			INCAPAZ	9	2,444

A partir do estudo comparativo, foi possível esboçar duas definições relativas a HAS. Para os idosos hipertensos aderentes ao tratamento medicamentoso (G1), a HAS é uma doença causada pelo *nervosismo*, tendo como indicador do aumento da pressão a **dor de cabeça**, que, não sendo tratada, provoca o *derrame* e/ou o *infarto*, gerando incapacidade ou *morte* imediata. Já para os idosos hipertensos não

aderentes ao tratamento (G2), a HAS é uma doença **perigosa** causada pelo *nervosismo*, que, não sendo tratada, provoca o *derrame* e/ou o *infarto*, gerando incapacidade ou *morte* imediata.

A principal distinção entre os enunciados derivados dos elementos do núcleo dos grupos G1 e G2 seria que o grupo com maior adesão ao tratamento destaca a HAS como uma doença sintomática, indicada principalmente pela cefaléia, enquanto que o grupo com baixa adesão ao tratamento a visualiza como uma enfermidade perigosa. Há, portanto, uma diferenciação entre as representações, mas, não necessariamente uma diferença entre elas, no entanto tal diferenciação pode provocar a busca pelo cuidado à saúde devido à sintomatologia apresentada. Sendo assim, os pacientes após a cefaléia teriam um comportamento de precaução e cuidado tomando as medidas adequadas em relação à medicação, alimentação, ou prática de exercícios físicos, por acreditarem que, assim, controlariam a pressão (MION & PIERIN, 1996).

Após a identificação do núcleo da RS, através do aplicativo EVOC, foi realizada uma análise das contribuições dos participantes utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009). A partir da leitura exploratória dos dados, foram identificadas as seguintes categorias: *Sintomatologia*, *Tratamento*, *Consequências* e *Conceito da HAS*. Na categoria *Sintomatologia*, foram incluídos os sinais e sintomas que os idosos identificaram como sendo causados pelo aumento da PA. Na categoria *Consequências*, foram incluídos todos os discursos referentes às consequências que a HAS pode causar a sua saúde e vida. Na categoria *Conceito*, foram adicionadas todas as falas que os idosos indicaram para conceituar a HAS. Por último, na categoria *Tratamento*, foram adicionados os discursos referentes ao tratamento da HAS. Para cumprir com os objetivos desse trabalho foram discutidas detalhadamente somente as percepções acerca do tratamento da HAS.

Foi possível agrupar a categoria *Tratamento* em quatro subcategorias: *Medidas higienodietéticas*, *Terapia medicamentosa*, *Exercícios físicos* e *Medidas contra o estresse e nervosismo*. Foram incluídas na subcategoria *Medidas higienodietéticas* todas as falas relativas à dieta necessária para controle do peso e da HAS, tais como o consumo de sal, gorduras, açúcares, álcool, tabaco, verduras e frutas. Na subcategoria *Terapia medicamentosa*, foram incluídos os discursos que tratavam

dos medicamentos e remédios populares utilizados no controle da HAS. Na subcategoria *Exercícios físicos*, foram incluídas todas as falas referentes à prática de exercícios e, na subcategoria *Medidas contra o estresse e nervosismo*, foram incluídas aquelas falas que estavam relacionadas ao modo como os idosos evitavam situações ou sensações caracterizadas por eles como nervosismo ou estresse.

Observou-se existir uma diferença proporcional entre as contribuições nos dois grupos de idosos quando se leva em consideração as medidas higienodietéticas e a terapia medicamentosa. A TAB. 9 mostra a proporção das contribuições dos Grupos G1 e G2 para as subcategorias aqui identificadas.

TABELA 9 – Composição da categoria *Tratamento* distribuído entre os grupos de aderidos e não aderidos

Subcategorias	Grupos			
	G1		G2	
	Freq.	%	Freq.	%
Medidas higienodietéticas	101	46,5	130	40,6
Terapia medicamentosa	60	27,6	117	36,6
Exercícios físicos	13	6,1	19	5,9
Medidas contra o estresse e nervosismo	43	19,8	54	16,9

Apesar das diferenças encontradas, constatou-se que os dois grupos possuem conhecimentos em relação à doença e ao tratamento. Contudo, tal conhecimento é expresso de forma diferente, como pode ser observado nos fragmentos apresentados a seguir. No G1, sempre que citavam uma medida de controle da HAS, diziam-se praticantes dela.

*A gente **num deve parar de tomar o remédio nunca**. Tem que **tomar o remédio direitinho**, constantemente. Não pode parar. E sempre consultar com o médico, “NE”? pra ver se aquele remédio precisa trocar ou se precisa deixar aquele mesmo. Continua com aquele mesmo. Que eu já troquei os meus. Já tomei Captopril, já tomei aquele [...], já tomei, agora ‘tô’ tomando Propanolol. Mas tem muito tempo que eu não tomo. Tomo Propanolol com Hidroclorotiazida. Não [...] **Tem que ver a alimentação, ‘né’?** alimentação ‘mais’ sem gordura, não comer muita fritura, não comer comida muito temperada com sal, ‘né’? comer verdura, essas coisas que ajudam mais, ‘né’? Comer menos coisa gorda porque tem gente que fica comendo comida gorda, temperada, ‘taca’ sal na comida, e não deve fazer isso. **Eu não faço** (Entrevistado 22 – Grupo G1).*

*E eu sei o que é bom [...] olha só [...] é, tomar o remédio **do jeito certo e na hora certa** [...] Tomar chá de folha de amora e de folha de carambola. **Fazer caminhada leve**, tomar o remédio direitinho; comer pouco sal e pouca gordura. Aí a gente deixa a pressão boa (Entrevistado 62 – Grupo G1).*

Essa situação não foi observada no grupo G2, pois, apesar de os idosos demonstrarem possuir conhecimento em relação ao tratamento e às condutas adequadas para controle da pressão, durante o discurso deixavam transparecer que nem sempre faziam o que sabiam. Ou seja, apesar de conhecerem o que deve ser feito, não agiam em conformidade com tal saber.

*Eu tomo mais esse Captopril pra controlar a pressão. Mas eu sou muito **relaxado** com esse negócio de tomar remédio. Porque eu **não sinto nada**, então eu venho aqui no Posto, por exemplo, e falam que minha pressão 'ta' alta. Aí pego o remédio. **Tomo um, dois comprimidos e largo aquilo pra lá**. Pra mim eu **num 'tô' sentindo nada, 'né'?** Eu sei que a pressão não 'tá' boa, mas eu não tenho aquele capricho de tomar o remédio. Eles dizem: você vai tomar todo dia, um de manhã, outro de tarde, à noite, por exemplo, um de manhã, outro à noite pra controlar a pressão. Eu tomo ali um dia, dois e **largo aquilo pra lá** e pronto (Entrevistado 42 – Grupo G2).*

*Tomar água de açúcar, para acalmar os 'nervo', tomar um chá pra não beber só remédio [...] a gente faz regime, também não come bolo, chocolate, deve comer frango [...] aí eu **faço tudo certinho** [...] **só que ainda eu faço arte** (Entrevistado 28 – Grupo G2).*

Foi também identificado nesse discurso uma situação importante relativa à sintomatologia da HAS. Como observado, no núcleo da RS do G1, a sintomatologia estava associada à HAS, o que não ocorreu no caso do G2. Isto permite afirmar que, por não “*sentirem nada*”, ou seja, por não terem sintomas que associassem à HAS, os idosos desse grupo deixam de adotar os cuidados adequados.

Por outro lado, podemos identificar percepções que se assemelham entre os dois grupos aqui analisados. Um ponto em comum é o fato de o estado fisiológico e biológico dos idosos parecer dificultar o tratamento e adesão aos medicamentos e às medidas gerais de controle da HAS. Alguns relataram a dificuldade em relação ao número de medicamentos e ao esquecimento no uso deles, devido à complexidade de alguns regimes terapêuticos. Tal situação poderia ser minimizada se esses idosos fossem acompanhados por cuidadores devidamente preparados.

*Tomo o remédio, cachaça não pode. Não faço mais nada [...] Há!, alimentação tem que fazer, 'né'? Sal eu como pouco. Tem que tomar o remédio direitinho, 'né'? Se não tomar, piora, 'né'? Eles dizem pra alimentar bem. Pobre não pode alimentar bem não. Não trabalha. Eu acho **difícil de controlar** porque tenho **muito remédio** que eu tomo (Entrevistado 55 – Grupo G1).*

Em relação ao familiar que assume o papel de cuidador do paciente hipertenso, Saraiva *et al.* (2007) afirmam que muitas vezes o familiar cuidador, assim como o hipertenso, não têm conhecimento adequado ou suficiente da doença. Contiero *et al.*

(2009) concordam com o último autor, já que observaram em seus estudos o pouco conhecimento do familiar sobre a doença. Relatam ainda que, quando não existe dependência do idoso, a família não se envolve com o tratamento. O autor frisa que existem evidências de que a participação do familiar não é o fator determinante da adesão ao tratamento, mas que quanto maior o vínculo afetivo envolvido na relação, maior será a participação do familiar na provisão do cuidado. Tal realidade demonstra o grande potencial do familiar do idoso nas estratégias de promoção à saúde, já que, ao engajar no tratamento ajudando-o, ele passa a conhecer as medidas de prevenção e cuidado da HAS. O conhecimento adquirido seria utilizado pelo familiar no seu próprio cuidado e na atenção ao idoso.

Outro ponto a se destacar em ambos os grupos identificados nesse estudo está relacionado às práticas culturais da região em relação ao tratamento da HAS. Estas práticas tendem a dificultar o tratamento da HAS, já que, segundo os idosos, tão bom quanto os medicamento prescritos pela equipe médica é o chá de origem caseira produzido com folhas ou frutos da região. Destes, temos vários exemplos como chás de carambola, amora, chuchu, erva doce, para tudo, babosa, algodão, erva cidreira, vinagreira, limão, alho, “[...] suco de *couve com três gotinhas de limão [...]*”, dentre outros.

*Tomo chá de folha de abacate e também como muito chuchu e cebola [...], quando como cebola é **bobeira eu toma o remédio**, ‘né’? [...] (Entrevistado 61 – Grupo G1).*

Além disso, o fato de associar a HAS a sintomas psicológicos pode estar dificultando o seu controle, pois os idosos deixam de tomar a medicação por acreditarem que esta conduta não é necessária. Segundo eles, tal situação se deve ao fato de a doença possuir período curto e passageiro, ocasionada devido a um desentendimento com os filhos, esposa ou marido. Sendo assim, consideram que a melhor forma de tratamento é dormir bem e/ou conversar com parentes e amigos para “*tirar o estresse*”.

*Eu **fico parado** [...] às vezes deito um pouco pra ver **se esquece as coisa ruim** que acontece, saio pra conversar com a vizinha e desabafar as coisas que os filhos fazem e nos deixam **com raiva** [...] também tomo folha de carambola, vinagreira, limão com alho e outros **‘remédio’ do mato** [...] **Eu tenho que cuidar, olhar a pressão** umas três vezes por semana (Entrevistado 11 – Grupo G1).*

*[...] tem que ter sossego, tem que ter sossego, não pode passar raiva, não posso ficar pensativo assim, [...] Eu penso isso aí [...] às vezes tem que tomar o remédio! **E não faço mais nada** (Entrevistado 37 – Grupo G2).*

[...] devemos não passar raiva [...] e tomar o remédio na hora certa, 'né'? Também tomo umas gotinhas de limão para raliar o sangue [...] (Entrevistado 19 – Grupo G2)

Em meio aos fatores indicados aqui como intervenientes no processo de adesão ao tratamento da HAS por idosos, pode-se frisar que, para aderir ao tratamento e mudar comportamentos de saúde, o indivíduo precisa primeiro valorizar os benefícios das mudanças no seu estilo de vida. Ou seja, acreditar que é possível reduzir a severidade da doença e, isso só será possível, a partir do momento que o paciente reconhecer que deve alterar alguns de seus comportamentos, tais como: reduzir a ingestão de sal e gordura; abandonar o tabagismo; reduzir o consumo de álcool; praticar atividade física; manter o peso corporal ideal; comparecer às consultas médicas; controlar a pressão arterial e tomar os remédios diariamente. Essas condutas devem ser adotadas independentemente da sintomatologia da HAS, para tal o paciente deve estar consciente das condutas e saber o porquê de praticá-las.

CONCLUSÃO

A HAS é importante causa direta ou indireta da morbidade e mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Seu controle depende de medidas dietéticas e de estilo de vida e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, tal controle está sendo negligenciado. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso tem sido apontada como um dos importantes determinantes desse problema.

A não-adesão é classicamente considerada um fenômeno complexo e multideterminado. Os estudos epidemiológicos apontam variados fatores associados à não-adesão que costumam ser analisados conjuntamente, valorizando-se as associações quantitativas. No entanto, o uso de metodologias puramente quantitativas pode eventualmente ocultar o poder explicativo de uma ou de um conjunto de sensações ou percepções. Por este motivo adotou-se neste estudo a associação das abordagens quantitativa e qualitativa. Como resultado obteve-se uma explicação mais complexa e multifatorial da crescente prevalência da não adesão ao tratamento medicamento para HAS, entre os idosos investigados.

Em atendimento à questão central desta investigação, procurou-se identificar as RS em torno da HAS e da terapêutica que contribuem para a adesão ou não-adesão de pacientes idosos ao tratamento da doença, assistidos pela ESF dos distritos de Chonin de Cima e Chonin de Baixo. Observou-se que as RS dos idosos em relação à terapêutica se diferem entre os dois níveis de adesão ao tratamento. Constatou-se que a percepção da HAS como uma doença sintomática melhora os índices de adesão ao tratamento. Em contrapartida, uma vez que esta doença é assintomática, muitos pacientes não aderem ao tratamento. Devido a esta percepção equivocada em torno da doença, faz-se necessária imediata reavaliação das orientações fornecidas aos hipertensos pela equipe de saúde.

Por outro lado, não basta informar que a HAS é uma doença assintomática. Como observado nas falas dos pacientes, eles possuem conhecimento adequado acerca da HAS e do tratamento, mas são impulsionados a agir em conformidade com as

opiniões estruturadas a partir das experiências compartilhadas com o seu meio. Por tal motivo, torna-se essencial a criação de alternativas para que ocorram mudanças na forma de agir e de pensar em relação à HAS. Mudanças a serem operadas não apenas em relação ao indivíduo, mas em relação ao grupo como um todo. Tal medida poderia ser considerada um gigantesco meio de enfrentamento da HAS, direcionado a mudanças de comportamentos e estruturação de novas RS em torno da doença, com base em atividades predominantemente vivenciais.

No núcleo das RS dos idosos sobre a HAS registrou-se a presença dos elementos “Cefaléia, Coração, Derrame, Morte e Nervosismo”. Estes apontam para uma visão parcialmente equivocada da doença e permitem que seja esboçado o conceito que tais sujeitos possuem a respeito desta: *A HAS é uma doença do coração causada pelo nervosismo, tendo como indicador do aumento da pressão a dor de cabeça, que, não sendo tratada, provoca o derrame, gerando incapacidade ou morte imediata.* Este conceito revelador das RS que os idosos possuem a respeito da HAS condiciona a forma como realizam seu tratamento e reagem aos cuidados sugeridos pela equipe de saúde.

Embora não se tenha aqui a pretensão de propor soluções definitivas para o problema em questão, pode-se entender que a pertinência desse estudo, bem como suas conclusões, tornam-se mais importantes quando se leva em consideração o processo de transição demográfica enfrentado pelo Brasil, ou seja, a população está se tornando mais idosa. Essa transição traz consigo a transição epidemiológica em que as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se mais prevalentes. Tal perspectiva indica a necessidade de políticas públicas em saúde que valorizem o idoso e os fatores que, por ventura, facilitem sua adesão ao tratamento medicamentoso. Na formulação dessas políticas, bem como na execução de ações por ela determinada, devem ser consideradas as RS dos idosos a respeito da doença e do tratamento, bem como o etos⁵ no qual estão inseridos.

⁵ Aquilo que é característico e predominante nas atitudes e sentimentos dos indivíduos de um povo, grupo ou comunidade, e que marca suas realizações ou manifestações culturais.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS

Uma das principais limitações deste estudo diz respeito aos erros de cadastro encontrados no sistema HIPERDIA das unidades de saúde envolvidas no presente estudo. Em alguns casos, contrário aos registros, os idosos 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 idoso em sua residência por ser considerado hipertenso, verificou-se, após entrevista e aferições, que efetivamente não possuía a doença. Devido a esta situação, fez-se necessária a realização de visitas domiciliares a todos os idosos da região para cumprir com os objetivos, o que resultou em atraso no tempo estipulado para a coleta de dados.

Como consequência da realização de uma pesquisa censitária, houve o aumento dos custos referentes às atividades de coleta de dados junto aos idosos. O que contribuiu para que tais custos não fossem excessivos foi a atribuição de uma Bolsa de Iniciação Científica da FAPEMIG ao projeto, bem como a participação de pesquisadores e bolsistas do Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), que, após treinamento, auxiliaram na fase de coleta de dados.

Sugere-se que em estudos similares seja realizada uma concentração do processo de coleta de dados aos finais de semana, já que nestes é maior a chance de encontrar o entrevistado e o cuidador na residência. Também uma ideia a ser adotada seria a realização de mutirões de coleta, ou seja, reunir uma parcela considerável de entrevistadores, devidamente treinados para realizar a coleta, proporcionando, assim, maior agilidade e rapidez. Outro ponto a se destacar é o de realizar uma atualização dos bancos de dados das unidades de saúde, antes de iniciar o processo de coleta.

Apesar destes percalços, acredita-se que dar prosseguimento a esta linha de pesquisa pode trazer à luz outros fatores envolvidos na problemática em torno da adesão ao tratamento da HAS. Uma ampliação deste estudo focado em outras faixas etárias, bem como em outros níveis socioeconômicos pode contribuir para a

formulação de políticas que atuem de forma preventiva reduzindo, no futuro, os índices de não adesão ao tratamento por parte dos idosos.

Outra possibilidade é a inclusão do profissional de saúde na condição de objeto de pesquisa. Neste sentido, é importante também identificar as RS destes em torno da HAS e do tratamento. 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 se dá o processo de partilha do conhecimento; de que forma acolhe o modo de pensar e de agir dos seus pacientes; e, ainda, se também estes compactuam com os pacientes no sentido de valorizar tratamentos populares em detrimento daqueles prescritos conforme determinação do Ministério da Saúde. Estas são questões que merecem ser cuidadosamente respondidas.

Por fim, sugere-se um estudo aprofundado em torno das RS dos idosos sobre as HAS, principalmente, no grupo com baixa adesão ao tratamento para identificar em um universo mais amplo se o fato de a HAS ser assintomática influencia na forma como o paciente se comporta em relação ao tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.), **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Cultura e Qualidade, 1998. p. 27-38.

ANDRADE, J. P. *et al.* Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 4, Oct., 2002.

ARRUDA, Â. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, 117, 127-147, 2002.

AQUINO, E. M. L. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(1); 2006.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**. 2003; 8(3): 815-23.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. **Critério de classificação Econômica Brasil**. Disponível em http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf. Acessado em 5 de Agosto de 2009.

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 (RS) 2009 mar;30(1):27-32.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P.; *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**. 2002; 11(3): 129-38.

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, July 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes. 39-63; 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, Aug. 2008.

BORGES, M. E. L. **Utopias e Contra-Utopia: Movimentos Sociais Rurais em Minas Gerais, 1950-1964** (Dissertação). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais, 1988.

BOSE, K. *et al.* Blood Pressure and Waist Circumference: An Empirical Study of the Effects of Waist Circumference on Blood Pressure among Bengalee Male Jute Mill Workers of Belur, West Bengal, India. **J Physiol Anthropol Appl Human Sci**, 22: 169–173, 2003.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996**. Política Nacional do Idoso. 2. ed. Brasília, 1998. 32p.

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: Ministério da Saúde, 102p. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 16: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília. 58p. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 399. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da União. 2006.

BUSNELLO, R. G. *et al.* Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 76, n. 5, May, 2001.

CAMPOS G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica. **Cadernos ABEM**. 2007; 3: 6-10.

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

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da Hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm.**, 25, 259-69, 1991.

CARDOSO, R. F. **Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em duas unidades do Programa Saúde da Família (Chonim e Caic) de Governador Valadares (MG), 2007** [Dissertação]. Governador Valadares: Universidade Vale do Rio Doce. Mestrado em Ciências Biológicas, 2007.

CARVALHO, J. J. M. Pressão arterial e grupos sociais: Estudo epidemiológico. **Arq. Bras. Cardiol.** 40/2, 115, 120, Fevereiro, 1983.

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, Nov. 1997.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública.** 1997; 13(3): 469-78.

CHAVES JUNIOR, H. Hipertensão arterial: aspectos epidemiológicos e grupos especiais hipertensos. **Revista internacional Lipid and related Disorders information Bureau**, São Paulo, ano 3, n. 1, 5-11, 2001.

CHEI, C. *et al*. Body Fat Distribution and the Risk of Hypertension and Diabetes among Japanese Men and Women. **Hypertens Res.** v.31, n.5, 2008.

CHOBANIAN, A. V.; BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R.; CUSHMAN, W. C.; GREEN, L. A.; IZZO, J. L.; *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, 239, 2560-72, 2003.

CONSELHO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** 43-4, 1999.

CONTIERO, A. P.; POZATI, M. P. S.; CHALLOUTS, R. I.; CARREIRA, L; MARCON, S. S. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):62-70.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; BATISTA, R. S.; GOMES, A. P.; MARTINS, P. C.; *et al*. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis.** 2008; 18(4): 705-26.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Health services accessibility in a city of Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública.** 2010; 26(4): 725-37.

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. 2002, pp.230-241.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. 4. **Hipertensão 2002**; Sociedade Brasileira de Cardiologia. 5, 123-63.

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.** n 7, 255, 2007.

DOLL, S.; PACCAUD, F.; BOVET, P.; BURNIER, M.; WIETLISBACH, V. Body mass index, abdominal adiposity and blood pressure: Consistency of their association across developing and developed countries. **Int J Obes Relat Metab Disord.** 26, 48-57, 2002.

DONABEDIAN, A., 1973. Aspects of Medical Care Administration. Cambridge: Haward University Press.

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.** v 63, nº 5, 1994.

ESPINDOLA, H. S. **Sertão do Rio Doce**. Bauru, SP: EDUSC, 2005. 485p.

FAE, A. B.; OLIVEIRA, E. R. A.; SILVA, L. T.; CADÊ, N. V.; MEZADRI, V. A. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14(1):32-6.

FEKETE, M. C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema Único de saúde (SUS)**. Brasília: OPS. Unidade 3.1, 1995.

FIRMO, J. O. A.; *et al.* The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, June 2003 .

FRANCO, S.; SUAREZ, C. M.; NARANJO, C. B.; BÁEZ, L. C.; ROZO, P. Efeitos do conflito armado sobre a vida e a saúde na Colômbia. **Ciênc. saúde coletiva**. 2010; 11 (suppl): 1247-58.

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**, 77, 9-15, 2001.

FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; MORAIS, R. S.; BREDEMEIER, M.; CARDOZO S. C. Prevalência de hipertensão e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. **Arq. Bras. Cardiol**, 63, 473-9, 1994.

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

FUCHS, S. C.; PETTER, J. G.; ACCORDI, M. C.; *et al.* Estabelecendo a prevalência de hipertensão arterial sistêmica: influência nos critérios de amostragem. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.76, n.6, p.445-8, 2001.

GALOBARDES, B. *et al.* Trends in Risk Factors for Lifestyle-Related Diseases by Socioeconomic Position in Geneva, Switzerland, 1993–2000: Health Inequalities Persist. **American Journal of Public Health**. Vol 93, No. 8, 2003.

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

GUIMARAES, I. C. B. *et al.* Pressão arterial: efeito do índice de massa corporal e da circunferência abdominal em adolescentes. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 90, n. 6, June 2008.

GRYMONPRE R. E.; DIDUR, C. D.; Montgomery, P. R.; SITAR, D. S. Pill count, self-report, and pharmacy claims data to measures medication adherence in the elderly. **Ann Pharmacother.** 1998; 32:749-54

GUS, I. *et al.* Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 83, n. 5, Nov. 2004.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; JÚNIOR, D. M. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens** vol.16(1):38-43, 2009.

HAYNES R. B.; TAYLOR D. W.; SACKETT D. L.; GIBSON E. S. *et al.* Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? **Hypertension**, 2: 757-764, 1980.

HELENA, E. T. S. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC** [Tese Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de Governador Valadares.** Disponível http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm. Acesso em 20 de Agosto de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro: 2003.

JARDIM P. C. B V., *et al.* Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina, Ribeirão Preto**, 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.

JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. - The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Arch. Intern. Med.**, 157:2413-46, 1997.

KIRKENDALL, W. M. *et al.* Recommendations for Human Blood Pressure Determination by Sphygmomanometers. **Circulation**, V. 36, December, 1967.

LEÃO, L. O. S. ; SOARES, M. M.; RODRIGUES, S. M. ; DIAS, C. A. **Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções dos profissionais de saúde.** In: XVIII Seminário de Iniciação Científica da UFOP, 2010, Ouro Preto. Anais do XVIII Seminário de Iniciação Científica da UFOP, 2010.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V.8, n.3, p. 775-782, 2003.

LESSA I.; *et al.* **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

LESSA, Í. *et al.* Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 6, Dec. 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, C. T. S. *et al.* Hipertensão arterial e alcoolismo em trabalhadores de uma refinaria de petróleo. **Rev Panam Salud Publica** , Washington, v. 6, n. 3, Sept. 1999.

LÓLIO C. A. Prevalência de hipertensão arterial em Araraquara. **Arq Bras Cardiol**, 55, 167-73, 1990.

LOPES, H. F. Patogênese da hipertensão em filhos de hipertensos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 2, n.1, p.14-28, 2000.

LOPES, H. F. *et al.* Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev Soc Cardiol**, São Paulo, Vol. 13, nº 1, Janeiro/Fevereiro, 2003.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **Med J**, Sao Paulo.123(1):3-4, 2005.

MACHADO, C. A.. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. **Rev. Bras. Hipertensão**, vol.15(4): 220-221, 2008.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.2, nº7, out /dez, 2006.

MATUMOTO, S. **O Acolhimento: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde** [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MARCOPITO, L. F. *et al.* Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, Oct. 2005.

MARTINS, I. S., *et al.* Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região Sudeste do Brasil. III – Hipertensão. **Rev. Saúde Pública**. 31 (5), 1997.

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

MENEZES, A. M. B.; SANTOS, I. S. Curso de epidemiologia básica para pneumologistas. 4ª parte - Epidemiologia clínica. J. Pneumologia [online]. 1999, vol.25, n.6, pp. 321-326. ISSN 0102-3586.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINH, H. V., *et al.* Risk Factors for Chronic Disease Among Rural Vietnamese Adults and the Association of These Factors With Sociodemographic Variables: Findings From the WHO STEPS Survey in Rural Vietnam, 2005. **Centers for Disease Control and Prevention**. Vol. 4, nº 2, 2007.

MION, J. R. D.; PIERIN, A. M. G. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. In: **Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão 5**, São Paulo, 1996. Anais, p.120.

MIRANDA, R. D.; PERROTTI, T. C.; BELLINAZZI, V. R.; NÓBREGA, T. M.; CENDOROGLIO, M. S.; NETO, J. T. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens**, 9: 293-300, 2002.

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

MONKEN, M., BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. 2005; 21(3): 898-906.

MORISKY D. E.; GREEN L. W.; LEVINE D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, 24: 67-74, 1986.

MOSCOVICI S. La Psychanalyse, son image, son public. Paris: PUF, 1961. aput ARRUDA, Ângela. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, 117, 127-147, 2002.

MOLINA, M. D. C. B.; CUNHA, R. S.; HERKENHOFF, L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev Saúde Pública**, 37, 6, 743-50, 2003.

NANCHAHAL, K.; ASHTON, W. D.; WOOD, D. A. Alcohol consumption, metabolic cardiovascular risk factors and hypertension in women. **International Journal of Epidemiology**. 29:57-64, 2000.

NEAL, B.; MACMAHON, S.; CHAPMAN, N. *et al.* Effects of inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. **Lancet**, 355: 1955-1964, 2000.

NEVES, E. B. Prevalência de sobrepeso e obesidade em militares do exército brasileiro: associação com a hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008.

NUNES FILHO, J. R. *et al* . Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 5, Nov. 2007.

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

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

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo científico sobre la Epidemiologia del Envajacimiento, Genebra, 1983. Informe.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 2006; 2(2): 47-55.

PÉREZ, A. B. Exercise as the Cornerstone of Cardiovascular Prevention. **Rev Esp Cardiol.**, 61(5):514-28, 2008.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Arterial hypertension patients: attitudes, beliefs, perceptions, thoughts and practices. **Rev. Saúde Pública**, vol.37, no.5, 635-642, 2003.

PERLOFF, D. *et al*. Human blood pressure determination by sphygmomanometry. **Circulation**, Vol 88, No 5, Part 1, November, 1993.

PIMENTA, A. M. *et al*. Associação entre obesidade central, triglicerídeos e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 90, n. 6, June 2008.

RAMALHINHO, I.; CABRITA, J. Avaliação do grau de adesão à terapêutica anti-hipertensiva pelo método da contagem de medicamentos. *Saúde Comunitária*. 1998;16:5-12.

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

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19(1): 27-34.

REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.17 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2009.

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

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C.. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 15, n. 2, Aug. 2002.

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

SALA, A.; NEMES FILHO, A.; ELUF-NETO, J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, Apr. 1996.

SANTOS, E. G. S. **Poder local em Governador Valadares na década de 1950** (Monografia). Pós-Graduação História e Cultura Brasileira. Universidade Vale do Rio Doce, 2007.

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, Sept. 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, Mar. 2007.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, Oct. 2007.

SILVA, Kelly S.; LOPES, Adair S.. Excesso de peso, pressão arterial e atividade física no deslocamento à escola. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 2, Aug. 2008.

SILVESTRE, J. *et al*. Population ageing in Brazil and the health care sector. **J. of the International Institute of Ageing**, n.4, p.4-12, 1998.

SOARES, R. **Memórias de uma cidade**. 1983.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diretrizes brasileiras de hipertensão**. 5. 78p. 2006.

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, Oct. 2006.

STARFILD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

STOCCO, R.; BARRETO, A.C.P. Influência de fatores ambientais na gênese e evolução das cardiopatias IN: GIANNINI, S.D. **Cardiologia Preventiva**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 5. 405p.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2004; 20(2): 190-8.

UNGLERT C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**. 1987; 21(5): 439-46.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão dos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. 1990; 24: 445-62.

VERAS, R. P. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002, p.11-31.

VIANNEY, J. V. S. **As representações sociais da educação a distância**: uma investigação junto a alunos do ensino superior a distância e a alunos do ensino superior presencial. Florianópolis, 2006. 329f. Tese (Doutorado interdisciplinar em Ciências Humanas) Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

WHELTON, S. P. *et al.* Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. **Annals of Internal Medicine**, Vol. 136, nº 7, April 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Library Cataloguing-in-Publication, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active ageing: a policy framework. Ageing and life course. Geneva, 2002, p.5-58.

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

ZAITUNE, M. P. A. *et al* . Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, fev. 2006.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de consentimento livre esclarecido

ANEXO B – Formulário de Entrevista estruturada

ANEXO C – Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO D – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa da UNIVALE

ANEXO A – Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: <i>Portadores de hipertensão arterial sistêmica: representações dos pacientes a respeito da doença</i>
Pesquisador Responsável: Carlos Alberto Dias
Se Dissertação incluir nome do aluno(a) Participante: Leonardo Oliveira Leão e Silva
Contato com pesquisador responsável Endereço: Rua Quatro, 405/102 – Ilha dos Araújos – 35.020-730 Governador Valadares - MG Telefone(s): (33)8805-1996 / (33)3279-5567
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 ***Portadores de hipertensão arterial sistêmica: representações dos pacientes a respeito da doença***. A referida pesquisa esta ligada ao Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce.
- 2) A pesquisa terá como objetivo saber o que os idosos pensam a respeito pressão alta e dos tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde, de forma a identificar os motivos pelos quais muitos abandonam o tratamento colocando a vida em risco.
- 3) 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) Em seguida será realizada a aferição da pressão arterial por um profissional enfermeiro devidamente identificado e treinado pertencente a equipe de pesquisa.

- 3.3) Sua participação será apenas de fornecer as resposta às perguntas e aferição da pressão arterial. O tempo previsto para a entrevista é de trinta minutos. A entrevista deve ser realizada em seu domicílio.
- 4) 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.
 - 5) 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.*
 - 6) Acreditamos que conhecer o comportamento dos pacientes durante o tratamento da hipertensão arterial é essencial para adesão ou não ao tratamento. Por isso, entendemos que essa pesquisa trará como benefício a possibilidade de uma discussão sobre os elementos representativos que levaram a formação da resistência ou aceitação ao tratamento. Isto facilitará na elaboração de propostas que auxiliaram na adesão e eficácia do tratamento dos pacientes com hipertensão arterial.
 - 7) 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.
 - 8) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmo 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: _____

14) Além da hipertensão, você tem algum outro problema de saúde? Se sim, qual?

1. Câncer
2. Doenças respiratórias
3. Diabetes
4. Outras _____

15) Qual é a sua profissão? _____

16) Qual é a sua situação de trabalho (Resposta única)

1. Afastado
2. Aposentado
3. Desempregado
4. Em exercício
5. Outro: _____

Classificação sócio-econômica

17) Quantas pessoas moram na casa com você? _____

18) Dessas pessoas quantas são adultas? _____

19) Quantos cômodos têm a casa que você mora? _____

20) Na casa que você mora, têm telefone fixo? Sim Não

Qual é o grau de instrução do chefe da família (Resposta única)

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

Posse de itens

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

21) Classificação Socioeconômica (Referente às questões 9 e 10)

1. A1 (42 – 46 pontos)
2. A2 (35 – 41 pontos)
3. B1 (29 – 34 pontos)
4. B2 (23 – 28 pontos)
5. C1 (18 – 22 pontos)
6. C2 (14 – 17 pontos)
7. D (8 – 13 pontos)
8. E (0 – 7 pontos)

Serviço de saúde

22) Você compareceu na última Consulta?

1. Sim
2. Não

23) Quanto tempo se passou após a última consulta: ____ Anos, ____ Meses, ____ Dias.

24) Você participou da última atividade em grupo desenvolvida realizada neste Posto de Saúde (ESF)?

1. Sim
2. Não

25) Onde costuma obter os medicamentos que usa?

1. SUS

2. Necessita comprar

26) Quantas vezes você interrompeu o tratamento medicamentoso por conta própria:

1. Nenhuma

3. 4 ou mais

2. 1 a 3 vezes

Hipertensão Arterial

Observação: A partir deste ponto a entrevista será gravada até a questão 42.

27) Coleta de evocações

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

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

28) Palavras mais importantes

Agora, você deverá indicar a ordem de importância das palavras citadas, atribuindo a cada palavra uma nota. Nota 1 deve-se dada a palavra que mais está ligada ao ter pressão alta e a nota 5 deverá corresponder a palavra que menos se refere a ter pressão alta.

29) Significados

Agora, você deverá explicar o que você pensa sobre a palavra/expressão que você deu nota 1, ou seja, a mais importante:

30) Significado mais importante

Porque você escolheu a palavra de nota 1 como a mais importante?

31) O que você sente quando a pressão está alta? _____

32) O que deve fazer para não passar mal, uma pessoa que possui a pressão alta?

ANEXO C – Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA

Governador Valadares, 28 de Janeiro de 2010.

Ofício SMS/GAB/0069/2010

Assunto: RESPOSTA – PESQUISA “Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica: representações dos pacientes a respeito da doença”.

Prezado Senhor,

A Secretaria Municipal de Saúde acolhe com grata satisfação o Projeto de Pesquisa em Saúde Coletiva “Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica: representações dos pacientes a respeito da doença”. A iniciativa vem de encontro com nossas propostas de fortalecimento e implementação das ações de prevenção e assistência à saúde da população assistida pelo SUS municipal, acometida pelas doenças crônico-degenerativas.

Ademais, a pesquisa é pautada pela ética e a proposta de conhecer o comportamento dos pacientes durante o tratamento possibilitará aos profissionais de saúde na elaboração de instrumentos que auxiliará a equipe na adesão e eficácia do tratamento dos pacientes assistidos.

Sem mais.

Atenciosamente,

Yara Maria Diniz Figueiredo
Secretária Municipal de Saúde

Ilmo. Senhor
Prof. Dr. CARLOS ALBERTO DIAS
UNIVALE - GV
NESTA

ANEXO D – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa da UNIVALE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALE

COMITE DE ETICA EM PESQUISA – CEP

PARECER CEP/UNIVALE 002/2010

**“Portadores de hipertensão arterial sistêmica:
representações dos pacientes a respeito da doença”**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce – CEP/UNIVALE emitiu parecer APROVADO à realização do projeto intitulado “Portadores de hipertensão arterial sistêmica: representações dos pacientes a respeito da doença”, protocolado sob o nº. PQ 028/09-10. O projeto é coordenado pelo Prof. Carlos Alberto Dias.

Orientações ao pesquisador:

Caso haja eventos adversos no decorrer ou decorrentes da pesquisa, o pesquisador responsável deverá notificar imediatamente ao Comitê de Ética, para que possam ser tomadas as devidas providências.

Modificações ou alterações eventuais no projeto deverão ser informadas por escrito ao Comitê de Ética, identificando o que foi alterado acompanhado de justificativa. O Comitê de Ética apreciará o pedido e emitirá o seu parecer.

O pesquisador deverá encaminhar ao Comitê de Ética em Pesquisa da Univale o relatório final (Formulário 10). Outras orientações no site www.univale.br/sites/cep.

Data prevista para entrega do relatório parcial: **17 de janeiro de 2011.**

Data prevista para entrega do relatório final: **16 de janeiro de 2012.**

Este parecer entrará em vigor na data de sua publicação.

Governador Valadares, 23 de fevereiro de 2010.

P/ Claudia Gonçalves Pereira
Comitê de Ética em Pesquisa