



UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
SERGIPE



INTEGRADA
À HISTÓRIA
DE SERGIPE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

JOSÉ VALTER COSTA OLIVEIRA

**NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: FATORES ASSOCIADOS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DAS PESSOAS ACOMETIDAS PELA DOENÇA**

**ARACAJU
2018**

JOSÉ VALTER COSTA OLIVEIRA

**NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: FATORES ASSOCIADOS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DAS PESSOAS ACOMETIDAS PELA DOENÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Kiriaque B. Ferreira Barbosa

Co-orientadora: Profa. Dra. Andhressa Araujo Fagundes

**ARACAJU
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Oliveira, José Valter Costa
O48n Não adesão à terapêutica anti-hipertensiva na
atenção primária à saúde: fatores associados e
representações sociais das pessoas acometidas pela
doença / José Valter Costa Oliveira ; orientadora
Kiriaque B. Ferreira Barbosa ; coorientadora Anhressa
Araujo Fagundes. – Aracaju, 2018.
93 f.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) –
Universidade Federal de Sergipe, 2018.

1. Hipertensão Arterial. 2. Adesão ao Tratamento. 3.
Cuidados Primários à Saúde. 4. Pesquisa Qualitativa. I.
Barbosa, Kiriaque B. Ferreira, orient. II. Fagundes,
Anhressa Araujo, coorient. III. Título.

CDU 61

JOSÉ VALTER COSTA OLIVEIRA

**NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: FATORES ASSOCIADOS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DAS PESSOAS ACOMETIDAS PELA DOENÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Ciências da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kiriaque Barra Ferreira Barbosa
Presidente

Profa. Dra. Ana Mara de Oliveira e Silva
1ª Examinadora

Profa. Dra. Renata Lopes de Siqueira
2ª Examinadora

A **Micaele**, minha companheira, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos. Pelo amor... “Pois de amor andamos todos precisados! Em dose tal que nos alegre, nos reumanize, nos corrija, nos dê paciência e esperança, força, capacidade de entender, perdoar, ir para a frente!”

(Carlos Drummond de Andrade)

A **Gabriel**, meu filho, que deu um sentido especial à minha existência e me tem proporcionado grandes momentos de felicidade. Uma criança que transborda alegria e vive intensamente as curiosas descobertas da infância.

AGRADECIMENTOS

Pra chegar até aqui, muito caminhei...Tive que me tornar cacto e resistir às interseccionalidades que a vida me impunha. Para que essa metamorfose acontecesse, de fato, contei com o apoio de muitas pessoas queridas/inspiradoras.

Minha inspiração primeira advém de Emiliana de Jesus Costa (in memoriam), minha mãe, uma mulher guerreira que estimulou, incansavelmente, meu interesse pela educação como o caminho para a autonomia e libertação. Carrego comigo muitos valores ensinados por essa exímia educadora popular... valores esses que alicerçam meus anseios e minha esperança de dias melhores em meio a esse Brasil em transe.

À minha orientadora Kiriaque Barra, venho agradecer pelas lições de humanidade ao longo desse trajeto acadêmico. Você é um exemplo de profissional. Suas atitudes transcendem a realidade esmagadora da academia e muito me inspiram.

À minha amiga e co-orientadora Andhressa Fagundes, pela felicidade de tê-la conhecido. A você que tanto asserenou meu coração, nos momentos de angústias pessoais e acadêmicas, minha perene gratidão.

À Fabiana Frizzera, pelo apoio, incentivo e inúmeras demonstrações de afeto durante todo esse árduo processo de (des)(re)construção e formação pessoal que experimentei. Você é peça fundamental dessa conquista.

Ao professor Robervan Vidal, pelas vezes que não mediu esforços para me substituir na preceptoria de estágio, favorecendo o desenrolar da escrita desse trabalho, grato. Sua humildade e gentileza me surpreendem mais e mais a cada dia.

À amiga de longas datas, Larissa Monteiro, pela parceria firmada, pelo ouvido amigo e paciência diante os meus desabafos, quase que diários, sobre a difícil jornada que é ser estudante, trabalhador, esposo e pai. Gratidão por cada incentivo.

Aos gestores de curso do Centro de Estudos da Fundação São Lucas, em especial a Helena Alves, que esteve mais próxima, durante todo o percurso, e que a cada manhã, quando havia ou não dormido, recebia seu incentivo, seja através de uma ligação, mensagem ou convite para sair. Sem contar as caronas amigas, quando as coletas estavam ocorrendo nas imediações do Hospital Universitário, gratidão!

À Fátima Rocha, meu obrigado pela compreensão nos momentos que precisei me ausentar das atividades profissionais do Centro de Estudos da Fundação São Lucas. Por cada sorriso e estímulo, em cada saída e em cada retorno.

Agradecido aos discentes e professores do curso técnico em Nutrição e Dietética pelo entendimento das ausências, tão necessárias, para o encerramento desse ciclo.

Aos colegas de trabalho do Serviço de Nutrição e Dietética da SODEXO do Hospital São Lucas, meus agradecimentos mais profundos. Não teria sido possível sem a generosidade de vocês.

Aos professores do Curso de Nutrição da Estácio, em especial, Adriana Figuéredo, Jamille Costa e Leise Moreira pelo encorajamento, auxílios acadêmicos e profissionais. E, aos discentes que acompanhei/o nas preceptorias do Estágio Supervisionado em Nutrição Clínica da mesma instituição, pela amizade e partilha de conhecimentos.

Aos estimados Ivael, Evelyn e Cynthia que participaram ativamente da construção e efetivação dessa pesquisa. Não tenho dúvidas de que com vocês aprendi mais do que ensinei. Seja com o estadiômetro nas costas ou com balança nas mãos, na chuva ou no sol, coletando ou tabulando dados, em reuniões presenciais ou virtuais vocês estavam ao meu lado discutindo política, religião e uma infinidade de coisas que nem o *google* dava conta. Por tudo isso e muito mais, minha eterna gratidão.

Às amigas cultivadas durante o mestrado: Vanessa, pelas caronas e momentos de distração musical; Gleiciane, pelas várias vezes que se disponibilizou/colaborou para o processo de coleta de dados; Paula, pelas inúmeras demonstrações de carinho e companheirismo até o último minuto do segundo tempo desse campeonato; Larissa Marina, pelos choros partilhados, pelas caronas oferecidas e pelo incentivo contínuo; Rebeca, pelo compartilhamento de angústias pré datas prazos.

Meu agradecimento à banca examinadora de qualificação, nas pessoas da professora Dra. Danielle Goes, da professora Dra. Ana Mara Silva e da professora Dra. Analícia Rocha, pela leitura e contribuições para o aprimoramento da nossa reflexão e à banca examinadora de defesa, constituída pela professora Dra. Ana Mara Silva (Memória da Banca) e pela professora Dra. Renata Lopes, pelas observações últimas, apuramento de arestas e ampliação do meu olhar, pontos essenciais para o desfecho desse escrito.

À professora Dra. Sílvia Voci pelas contribuições no traçado inicial do projeto e pelas orientações constantes relacionadas à dinâmica da vida.

A Érica (secretária do PPGCS), venho agradecer pelo carinho, desde o momento da minha inscrição no mestrado até às minhas ausências no período de escrita e finalização desse projeto. Você é uma pessoa maravilhosa!

Agradeço aos gestores das Unidades de Saúde da Família e aos agentes comunitários de saúde, por terem mediado o nosso contato com os protagonistas dessa pesquisa.

Aos entrevistados por nos receberem em seus domicílios e pelas plurais contribuições para a materialização dessa inacabada reflexão, meu respeito e gratidão.

Aos parentes e amigos que se desdobraram no cuidado daquele que é a razão da minha vida, dono do sorriso mais marcante, dos questionamentos mais instigantes e de uma inteligência/criatividade para além da sua faixa etária, Gabriel Costa, meus agradecimentos mais profundos: Fátima e família, que sempre nos socorreram, prontamente, nos momentos de maior aflição; a Genivaldo (meu pai), Morgana (minha cunhada), Miriam (minha sogra) e Márcia e Luciano (meus compadres) que também revezaram, em outros momentos, para dar assistência ao meu pequeno; a Erik, pelas expressões de carinho que tanto o empolgam.

A dona Maria José, pelas orações e a seu Reco por emanar tanta energia boa, deixando “tudo bunito”. A simplicidade e genialidade desse homem me encantam.

Gostaria de agradecer, ainda, ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva, pela ampliação das universidades públicas e pela conseqüente oportunidade de ocupar esse espaço, antes não ocupado pelo povo pobre, “sofrido, sem voz, sem vez nem lugar”. #Lulalivre

E, para quase findar esse longo e também pequeno agradecimento, visto que as palavras não são suficientes para expressar todo meu apreço e gratidão a essas e outras pessoas que porventura tenha esquecido de mencionar, agradeço de modo especial à minha companheira Micaele Costa pela paciência, resiliência, amor e dedicação. Sem sua força e contribuições nada disso teria sido possível.

Finalizo pensando para além de mim mesmo... e agradecendo a Deus (essa força inexplicável) que me presenteia com o nascer e o pôr do sol de cada novo dia e que de diferentes formas me impulsionou/a na concretização desse sonho que agora começa a tomar corpo e tornar-se realidade. “(...) lâmpada que ilumina os meus passos e luz que clareia o meu caminho.”

(...) todo conhecimento é um conhecimento aproximado. A essa sentença é preciso acrescentar que todo conhecimento é um conhecimento situado no tempo, dentro da especificidade histórica e da especificidade das relações sociais que permeiam e o condicionam: é o conhecimento possível. No entanto, é necessário ressaltar, mais uma vez, que esse conhecimento possível é por sua vez a “verdade possível”, ainda que provisória, uma vez que foi produzida por um bom trabalho preparatório e de campo, potencializado por teorias, estratégias e instrumentos que o tornem mais e mais objetivado, permitindo dar relevância à lógica interna de determinado grupo, instituição ou coletividade.

(Minayo, 2014)

RESUMO

Não adesão à terapêutica anti-hipertensiva na atenção primária à saúde: fatores associados e Representações Sociais das pessoas acometidas pela doença. José Valter Costa Oliveira. 2018.

Objetivo: Investigar os fatores associados à não adesão à terapêutica e conhecer as representações sociais de pessoas acometidas pela hipertensão arterial sistêmica (HAS) sobre o tratamento da doença. **Métodos:** Trata-se de um estudo analítico, transversal, com associação das abordagens quantitativa e qualitativa. A amostra quantitativa incluiu 472 usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Aracaju/SE. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2017 e março de 2018, por meio da aferição de medidas antropométricas, pressão arterial e aplicação de formulário estruturado com questões de caracterização socioeconômica, demográfica, consumo alimentar, determinantes de saúde, componentes da terapêutica e autoavaliações de saúde e alimentação. A amostra qualitativa foi uma subamostra da quantitativa constituída por 32 protagonistas sociais. A técnica de pesquisa adotada foi a entrevista semiestruturada, analisada pelo método de Análise de Conteúdo e interpretada pela Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** Os resultados mostraram uma frequência de não adesão ao tratamento farmacológico de 71,8% e um descontrole pressórico de 68% da amostra. A não adesão à terapêutica farmacológica esteve associada ($p < 0,05$) aos usuários adultos, maior ingestão de sódio, excesso de peso, circunferência da cintura (CC) elevada, menor número de medicamentos prescritos, não seguir a prescrição corretamente, não comparecer às consultas de retorno, utilizar remédios caseiros e ter avaliação negativa da saúde e alimentação. Enquanto que o baixo grau de instrução, maior consumo de açúcar, peso elevado, CC de risco e maior tempo de diagnóstico estiveram associados ($p < 0,05$) ao descontrole da pressão arterial. Nos achados qualitativos, a utilização de medicamentos emergiu como principal componente da representação social (RS) na terapêutica anti-hipertensiva. As medidas de estilo de vida predominantes nos discursos foram alimentação e atividade física. Porém, as falas mostravam resistência quanto ao seguimento destas medidas, devido a questões inerentes aos próprios usuários, ou externas a eles. **Conclusão:** O trabalho pode contribuir para o planejamento de ações que visem uma coparticipação mais efetiva dos usuários no tratamento, lhes garantindo autonomia e o desenvolvimento de um olhar holístico do profissional da saúde para com o usuário, favorecendo a efetivação da terapêutica (a ser) recomendada.

Descritores: Hipertensão Arterial. Adesão ao Tratamento. Cuidados Primários à Saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

No adherence to antihypertensive therapy in primary health care: associated factors and social representations of people affected by the disease. José Valter Costa Oliveira. 2018.

Objective: To investigate the factors associated with non-adherence to therapy and to know the social representations of people affected by systemic arterial hypertension (SAH) on the treatment of the disease. **Methods:** This is an analytical, cross-sectional study with an association of quantitative and qualitative approaches. The quantitative sample included 472 users of Primary Health Care (PHC) in the city of Aracaju / SE. Data collection was carried out between August 2017 and March 2018, through the measurement of anthropometric measures, blood pressure and application of a structured form with questions of socioeconomic characterization, demographic, food consumption, health determinants, components of the therapy and self-assessments health and nutrition. The qualitative sample was a subsample of the quantitative made up of 32 social protagonists. The research technique adopted was the semistructured interview, analyzed by the Content Analysis method and interpreted by Theory of Social Representations. **Results:** The results showed a frequency of non adherence to the pharmacological treatment of 71.8% and a blood pressure control of 68% of the sample. Non-adherence to pharmacological therapy was associated ($p < 0.05$) with adult users, higher sodium intake, excess weight, waist circumference (WC), lower number of prescription drugs, not following the prescription correctly, not attending return visits, use home remedies, and have negative health and food assessment. While the low level of education, higher sugar consumption, high blood pressure, risk of coronary artery disease and longer diagnosis were associated ($p < 0.05$) with the lack of control of blood pressure. In qualitative findings, drug use emerged as the main component of social representation (RS) in antihypertensive therapy. The predominant lifestyle measures in the speeches were diet and physical activity. However, the statements showed resistance regarding the follow-up of these measures, due to issues inherent to the users themselves, or external to them. **Conclusion:** The work can contribute to the planning of actions aimed at a more effective participation of users in the treatment, granting them autonomy and the development of a holistic view of the health professional towards the user, favoring the effectiveness of the therapeutics (to be) recommended.

Keywords: Hypertension. Treatment adherence. Primary Health Care. Qualitative Research.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Artigo 01

Tabela 1: Associação das características socioeconômicas e demográficas com adesão medicamentosa e controle da hipertensão arterial sistêmica em usuários de Unidades de Saúde da Família, Aracaju, SE, 2018.....41

Tabela 2: Consumo alimentar diário de sódio e de ingredientes culinários adicionados aos alimentos e/ou preparações caseiras de usuários com hipertensão arterial sistêmica de Unidades de Saúde da Família, Aracaju, SE, 2018.....42

Tabela 3: Associação dos determinantes de saúde com adesão medicamentosa e controle da hipertensão arterial sistêmica em usuários de Unidades de Saúde da Família, Aracaju, SE, 2018.....43

Tabela 4: Associação das percepções e componentes da terapêutica com adesão medicamentosa e controle da hipertensão arterial sistêmica em usuários de Unidades de Saúde da Família, Aracaju, SE, 2018.....44

Artigo 02

Quadro 1: Discursos sobre as orientações relacionadas à alimentação na terapêutica anti-hipertensiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, 2018.....62

Quadro 2: Discursos sobre as orientações e dificuldades relacionadas à atividade física na terapêutica anti-hipertensiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, 2018.....63

Quadro 3: Discursos sobre os motivos relacionados à cessação do álcool e tabagismo na terapêutica anti-hipertensiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, 2018.....64

Quadro 4: Discursos sobre as orientações farmacológicas na terapêutica anti-hipertensiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, 2018.....65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CC	Circunferência da Cintura
DASH	Dietary Approach to Stop Hypertension
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MMAS-4	Morisky Medication Adherence Scale
MEV	Modificações do Estilo de Vida
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
QFA-ATS	Questionário de Frequência Alimentar de Alimentos com Alto Teor de Sódio
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 PANORAMA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL E POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO	11
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ESTIMATIVAS E PREVALÊNCIA....	12
2.3 FARMACOTERAPIA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	13
2.4 COMPONENTES DA CONDUTA TERAPÊUTICA DA HAS RELACIONADOS ÀS MUDANÇAS NOS ESTILOS DE VIDA.....	14
2.5 ADEÇÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: RELAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO/USUÁRIO NO CONTEXTO DA APS	15
2.6 PARADIGMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: PARADIGMA BIOMÉDICO X PARADIGMA BIOPSISSOCIAL	17
2.7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4 RESULTADOS	22
4.1 ARTIGO 1	23
4.2 ARTIGO 2.....	45
5 REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A	74
APÊNDICE B	77
APÊNDICE C	78
APÊNDICE D.....	83
APÊNDICE E.....	85
ANEXO 01.....	86
ANEXO 02.....	87
ANEXO 03.....	88

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um relevante problema de saúde pública (BRASIL, 2013) e o principal fator de risco para morte por doença cardiovascular (DCV) em todas as regiões do mundo (RAHIMI, 2017). No Brasil, a HAS acomete 32,5% de adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV (MALACHIAS et al., 2016).

Segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 26,1% dos adultos (≥ 18 anos) de Aracaju/SE referiram diagnóstico médico de HAS. No conjunto das 27 cidades analisadas, a capital sergipana ficou classificada como a quinta com maior prevalência de HAS, ocupando a terceira posição dentre as capitais do nordeste (BRASIL, 2018).

Apesar dos avanços alcançados no tratamento da HAS, o êxito no controle da doença, na prática, tem sido limitado (TAVARES et al., 2016). O principal fator apontado na ausência de resultados para a contenção dessa doença é a não adesão à terapêutica anti-hipertensiva proposta (GIROTTI et al., 2013).

Vários são os motivos que levam os usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) a não aderirem ao tratamento, dentre eles destacam-se: determinantes socioeconômicos e demográficos (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); características da doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); crenças de saúde/doença, estilos de vida e cultura (percepção de gravidade, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); terapêutica (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); sistema de saúde (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e o relacionamento com a equipe de saúde (WHO, 2003a).

Considerando o elevado número de pessoas acometidas de HAS e o número expressivo de insucessos na terapêutica desta população, acreditamos que a predominância do paradigma biomédico, tanto no imaginário dos profissionais de saúde, quanto das pessoas acometidas pela doença, interfere na conduta terapêutica e na adesão à mesma. Partindo desse pressuposto, o estudo buscou avaliar os fatores associados à não adesão à terapêutica e conhecer as representações sociais de pessoas acometidas pela HAS sobre o tratamento da doença.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PANORAMA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL E POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*. Estão incluídas nesse grupo, também, as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as doenças oculares e auditivas (BRASIL, 2008).

As DCNT são um problema de saúde pública global e o alto custo associado ao cuidado de pessoas acometidas por essas doenças é uma das questões mais urgentes a serem resolvidas em todo o mundo (MALTA et al., 2017). A magnitude dessas doenças tem gerado elevado número de mortes prematuras, diminuição de qualidade de vida, alto grau de limitação para as pessoas acometidas, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade, resultando no agravamento de problemas sociais e pobreza (ABEGUNDE et al., 2007; WHO, 2011, 2013).

O impacto dessas doenças recai, principalmente, sobre países de baixa ou média renda. Nestes, cerca de 80% dos óbitos, dos quais 29% em adultos com menos de 60 anos, acontecem em decorrência delas (ALVES; MORAIS NETO, 2015; DUNCAN et al., 2012; MALTA et al., 2014; SCHMIDT et al., 2011). O Brasil não é exceção à tendência observada na maioria dos países e, atravessa um período de transição epidemiológica com queda das mortes por doenças infectocontagiosas e aumento das mortes por DCNT (BRASIL, 2008, 2011).

Estudos têm revelado que, no Brasil, as DCNT são responsáveis pela principal carga de doenças e por 72% das mortes por causas conhecidas (BRASIL, 2008, 2011; MALTA et al., 2014; MASSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015; SCHMIDT et al., 2011). A taxa de mortalidade em adultos brasileiros a partir dos 30 anos, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido. Como consequência, estima-se que morrem, a cada dia, no Brasil, mais de 450 pessoas, somente em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos (MENDES, 2012; SCHMIDT et al., 2011).

As DCNT têm ganhado projeção nas agendas globais, com destaque para a realização, pelas Nações Unidas, em 2011, de Reunião de Alto Nível que desencadeou uma série de

compromissos globais, dentre eles o estabelecimento de metas de redução de DCNT e seus fatores de risco (ALVES; MORAIS NETO, 2015; MALTA et al., 2014).

Em acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, ações de prevenção e controle para as referidas doenças requerem articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com a finalidade de obter sucesso contra a epidemia das DCNT e seus fatores de risco (ALVES; MORAIS NETO, 2015; MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011; MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

Todavia, a forma dominante de ação pública, praticada em todos os níveis federativos, é a do trabalho setorial isolado que retira efetividade e eficiência dos programas públicos por ser realizada de forma tematizada e fragmentada, sem uma articulação entre os diferentes setores. Isso precisa ser mudado através de intervenções intersetoriais integradas que permitiriam gerar, pela sinergia, melhores resultados sanitários e econômicos (MENDES, 2012).

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ESTIMATIVAS E PREVALÊNCIA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), DCNT mais frequente e de maior relevância clínica, é considerada um importante problema de saúde pública, uma vez que, apresenta elevada prevalência e está associada a 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença coronariana aguda e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal (MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2015).

A prevalência global estimada de HAS em 2000 era de 26% e em 2025 poderá aumentar em 24% nos países desenvolvidos e 80% em países em desenvolvimento. No Brasil, estudos de base populacional estimam que essa doença afete, aproximadamente, entre 20% e 30% da população adulta (RIBEIRO et al., 2015, IBGE, 2015b).

Segundo informações do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) sobre o ano de 2017, a prevalência de HAS referida em pessoas adultas nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,3%, sendo maior no sexo feminino (26,4%) do que no masculino (21,7%). A capital sergipana, Aracaju, ficou com média acima da nacional com 26,1% de pessoas adultas acometidas (BRASIL, 2018).

O Plano Global de Enfrentamento das DCNT estabeleceu meta de redução da HAS em 25%, entre 2015 e 2025. Contudo, a redução da prevalência da HAS não deve se resumir à meta

global de redução da ocorrência da doença. Afinal de contas, sua consecução influencia diretamente o alcance da meta de redução da taxa de mortalidade prematura (entre <70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (ANDRADE et al., 2015; MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

2.3 FARMACOTERAPIA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

O controle da hipertensão, no âmbito da Atenção Básica, pode evitar o agravamento e o surgimento de complicações cardiovasculares, com redução do número de internações hospitalares e mortes por essas doenças (RADIGONDA; SOUZA; CORDONI JUNIOR, 2015; SCHMIDT et al., 2011).

Os medicamentos podem constituir importantes ferramentas terapêuticas para o enfrentamento deste problema. No entanto, se utilizado e/ou prescrito de forma incorreta, pode também acarretar sérios riscos para a saúde e ocasionar, por conseguinte, desperdício de recursos (MENDES; EMMERICK; LUIZA, 2014).

O Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizou a Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS 2013). Entre os novos módulos temáticos da pesquisa, destaca-se o módulo de DCNT, que possibilitou dimensionar, entre outros, o acesso e utilização de medicamentos de uso contínuo pelas pessoas acometidas por essas doenças no país (IBGE, 2015b; TAVARES et al., 2015). A utilização destes medicamentos assume grande importância no tratamento da HAS. A falta de acesso a medicamentos para tratamento dessas enfermidades pode levar ao agravamento do quadro e aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária (PANIZ et al., 2008).

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa supracitada, das pessoas que conseguiram atendimento de saúde (exceto o serviço de marcação de consulta), 64,8% tiveram algum medicamento receitado, e 82,5% conseguiram obter todos os medicamentos prescritos. Destas, 6,4 milhões conseguiram obter pelo menos um dos medicamentos receitados no serviço público de saúde. Do total estimado de 19,3 milhões de pessoas que tiveram medicamento receitado no último atendimento de saúde, 21,9% (4,2 milhões) responderam que conseguiram obter, pelo menos, um deles através do Programa Farmácia Popular (IBGE, 2015b).

O rol de medicamentos disponibilizados pelo Programa é definido pelo Ministério da Saúde, considerando as evidências epidemiológicas e prevalências de doenças e agravos. A partir de 2011, passou a disponibilizar os medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, sem custos para os usuários, através da campanha denominada “Saúde Não Tem

Preço”. Além dos medicamentos gratuitos, o Programa oferecia mais 11 itens, entre medicamentos e fralda geriátrica, com preços até 90% mais baratos (BRASIL, 2011; MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

As pessoas acometidas de DCNT necessitam de tratamento por longos períodos e, normalmente, estão sujeitas a esquemas terapêuticos que incluem polifarmácia. Conseqüentemente, maiores serão as dificuldades para essas pessoas aderirem à terapia medicamentosa, uma das principais causas para descontrole e agravamento dessas doenças. A taxa de controle das doenças crônicas mais prevalentes está abaixo do esperado. Sugerindo que, em usuários com DCNT que não atingem os alvos terapêuticos preconizados, a adesão medicamentosa deva ser investigada (MENDES; EMMERICK; LUIZA, 2014; RADIGONDA; SOUZA; CORDONI JUNIOR, 2015).

Apesar dos inegáveis avanços provenientes da utilização dos medicamentos, estes são apenas um dos componentes da terapêutica, sendo recomendadas a utilização de outras terapias não farmacológicas. Pois, além dos efeitos adversos provenientes da utilização dos medicamentos, nem todos as pessoas acometidas de HAS respondem bem ao tratamento farmacológico.

2.4 COMPONENTES DA CONDUTA TERAPÊUTICA DA HAS RELACIONADOS ÀS MUDANÇAS NOS ESTILOS DE VIDA

Há forte associação das principais DCNT com fatores de risco altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, alimentação inadequada e sedentarismo. O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionadas é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos (COTTA et al., 2009; IBGE, 2014).

As Modificações dos Estilos de Vida (MEV) que possuem maior impacto sobre a pressão arterial são: alimentação saudável com dieta DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) e mediterrânea, ingestão controlada de sódio e álcool e dieta rica em potássio. Além disso, redução do peso corporal (se necessário), combate ao sedentarismo e ao tabagismo (WHO, 2003b; SCHUSTER; DE OLIVEIRA; DAL BOSCO, 2015; MALACHIAS et al., 2016). Esses componentes da conduta terapêutica se constituem na base do tratamento da hipertensão e são tão eficazes quanto a terapia farmacológica (SCHUSTER; DE OLIVEIRA; DAL BOSCO, 2015).

A intervenção dietoterápica é, comprovadamente, reconhecida como tratamento isolado ou coadjuvante de doenças como obesidade, cardiovasculares, hipertensão, diabetes, dislipidemias e outras. Todavia, para que a dietoterapia seja eficaz, deve-se partir de um diagnóstico adequado, o que demanda conhecimentos aprofundados sobre os fatores que fundamentam o consumo alimentar individual (AZEVEDO et al., 2014; COTTA et al., 2009; FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

Faz-se relevante abordar o excesso de peso como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT. E, principalmente, a sua forte associação com outras doenças como as coronarianas e a hipertensão arterial. O grau de risco, destas doenças, aumenta, proporcionalmente, com o excesso de peso e o acúmulo de gordura na região abdominal (AZEVEDO et al., 2014).

Em relação à atividade física, muito se sabe sobre o papel do comportamento ativo na prevenção e tratamento das DCNT. Auxiliar as pessoas acometidas de HAS a mudar seu estilo de vida, incluindo nos seus hábitos diários a prática da atividade física, é uma tarefa considerada difícil pelos profissionais da área da saúde (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2012; CARNEIRO, 2011; MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

2.5 ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: RELAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO/USUÁRIO NO CONTEXTO DA APS

A adesão ao tratamento de uma doença pode ser caracterizada pela aceitação em seguir as proposições dos profissionais de saúde, exatamente como foi prescrito: tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas. Vários são os fatores interferentes no processo de adesão e podem estar relacionados a características do usuário, que incluem as biossociais, crenças de saúde, hábitos de vida, aspectos culturais, desejos e capacidades de cumprimento das recomendações propostas, além das relativas à doença e ao tratamento, à clareza das recomendações e à exequibilidade destas últimas (SANTOS et al., 2013).

Dentre as pessoas com hipertensão que iniciam o tratamento farmacológico, 16% a 50% desistem da medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, o que mostra ser a não adesão um fator relevante para os programas de saúde que visam o seu controle (COUTINHO; SOUZA, 2011).

A não adesão ao tratamento farmacológico é um dos impedimentos para o alcance dos objetivos terapêuticos, por agravos no processo patológico, podendo se constituir em uma fonte

de frustração para os profissionais de saúde. Como forma de melhorar a adesão terapêutica, torna-se imprescindível o estabelecimento de relações de confiança entre o usuário e os profissionais de saúde. Partindo desse pressuposto, a adesão é um ponto fundamental para o planejamento de uma gestão de saúde de qualidade (CARVALHO et al., 2012).

Nos Estados Unidos, 62% a 65% dos pessoas acometidas de HAS não mantem suas condições de saúde sob controle. Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado excessivamente na atenção uniprofissional, propiciada pelos médicos, por meio de consultas rápidas (MENDES, 2012). Há evidência de que a assistência, adequadamente realizada, associa-se com melhoria da pressão arterial (MENDES, 2012; PANIZ et al., 2008).

Os profissionais que atendem pessoas acometidas de DCNT devem entender que a natureza assintomática dessas doenças tende a não favorecer a lembrança da utilização do medicamento prescrito e que os valores e as percepções do usuário em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados por eles, visto que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos. Entretanto, o esclarecimento sobre a doença e a sua história natural é um ponto chave para a utilização adequada da medicação e a busca pelo atendimento periodicamente (MENDES, 2012). A relação médico/usuário está ligada a elementos de empatia, motivação, carga de trabalho e salários que interagem de maneira específica em cada cenário (SANTOS et al., 2013).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em relação à Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem apresentando papel relevante para o atendimento de pessoas acometidas de HAS e se caracterizando como o ambiente de eleição para o fornecimento e acompanhamento do tratamento farmacológico das DCNT (BARRETO et al., 2015; PANIZ et al., 2008).

As ações de saúde implementadas pelas equipes da ESF podem possibilitar o fomento de novas relações entre profissionais de saúde, famílias e comunidades, fundamentadas na criação de vínculo e na construção de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o que melhora a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade (IBGE, 2015a). No entanto, ainda existem poucos estudos que permitam conhecer os resultados obtidos pelo modelo de atenção à saúde em relação à adesão ao tratamento (não) farmacológico em Unidades de Saúde da Família (FARIA et al., 2014).

A ESF deve proporcionar acompanhamento integral às pessoas acometidas por DCNT e sua atuação na comunidade visa aproximar-se destas pessoas e contribuir com o controle da

doença e a diminuição de suas complicações. Todavia, mesmo com os avanços no tratamento e atenção à saúde, as DCNT ainda representam a principal causa de mortes no país (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

2.6 PARADIGMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: PARADIGMA BIOMÉDICO X PARADIGMA BIOPSIKOSSOCIAL

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os recursos destinados aos cuidados em saúde são mal direcionados e concentrados, principalmente, em serviços curativos que demandam altos custos e, negligenciam o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde, que poderiam prevenir a maioria das doenças (WHO, 2008). Mediante esse contexto, na atualidade, tem-se frisado a relevante necessidade de implementação efetiva do paradigma da produção social de saúde ou paradigma biopsicossocial.

Trata-se, o paradigma da produção social de saúde, da contestação e tentativa de superação do modelo curativista ou biomédico (um modelo mecanicista, centrado na doença, com visão puramente biológica e perspectiva focada no tratamento e prevenção de doenças e/ou lesões), também conhecido como flexneriano (nomenclatura cunhada devido a Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte-americano que, a partir do Relatório Flexner, introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional na área da saúde) (FERRAZ, 1998; ALMEIDA FILHO, 2010).

Essa mais recente vertente, o paradigma biopsicossocial, busca transformar o conceito de saúde-doença, a estruturação do sistema de saúde pública e as práticas dos profissionais de saúde (PEREIRA; BARROS, AUGUSTO, 2011). Tal busca, pela superação da concepção biologizante da doença e a incidência do fator histórico e social no processo de adoecimento, estará alicerçada na noção de promoção da saúde atrelada aos múltiplos aspectos relacionados a estilos de vida, sendo os programas baseados na educação permanente e tendo em vista mudanças de hábitos individuais, tais quais: redução do uso de álcool e cigarro, realização de exercício físicos, mudanças alimentares, controle do estresse, dentre outras (FERRAZ, 1998).

Instalada essa preocupação com a perspectiva biomédica, as condições de saúde de determinado grupo ou indivíduo não devem estar desvinculadas das suas condições de vida, condicionadas/impostas pelas suas inserções sociais. Por esse motivo, defende-se que, a partir dessa transição, a compreensão sobre saúde abandonará a condição de dependência restrita de técnicas, especializações e compreensão mecanicista sobre o corpo humano, para assumir um

estado em permanente (des)(re) construção, firmado na coletividade, estabelecido nas relações sociais e considerando as subjetividades (FERRAZ, 1998).

Nessa direção, o paradigma biopsicossocial, ao invés de olhar apenas para dados epidemiológicos individuais, se ocupará da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, interrelacionando os fatores biológico, econômico e social, o que constituirá a determinação social da saúde (ROCHA, DAVID, 2015). Tal perspectiva permite a afirmativa de que a promoção de saúde não diz respeito, exclusivamente, ao setor saúde, e sim a uma atividade eminentemente intersetorial (FERRAZ, 1998). Pode-se inferir que o paradigma da Produção Social da Saúde converge para uma visão holística de mundo, que compreende o mundo como um todo integrado, e não como um conjunto de fragmentos dissociados (CAPRA, 1996).

Muito embora possamos observar que as concepções/intervenções/ações em saúde buscam superar o modelo biomédico, constata-se, ainda, que a aplicação destas concepções no cotidiano dos serviços de saúde está no início de seu processo de efetivação. Pelo simples fato de o modelo biopsicossocial necessitar de ações integradas e interdisciplinares, há a dependência de um amadurecimento com relação à formação dos profissionais de saúde, dos modelos de gestão, de financiamento e funcionamento do sistema de saúde (PEREIRA; BARROS, AUGUSTO, 2011).

Deste modo, para que, de fato, esse paradigma se instale na assistência à saúde se faz necessário um conjunto de esforços em múltiplas direções: mudanças nos cursos de graduação das profissões da saúde, tanto em relação aos currículos acadêmicos quanto aos projetos de pesquisas e extensão, de maneira que o processo saúde-doença-adoecimento constitua-se eixo fundamental da organização curricular, objetivando, com isso, investir na formação de profissionais críticos e reflexivos, capazes de compreender e atuar na transformação da realidade social e de saúde da população; na prática dos conselhos locais de saúde e nas práticas cotidianas nos serviços de saúde, que envolvem profissionais de saúde, usuários dos serviços e a comunidade como um todo (BATISTELLA, 2007; COTTA et al., 2007, 2011)

Neste contexto, faz-se necessário, ainda, sensibilizar o olhar e a escuta, de modo que a complexidade da vida dos sujeitos seja captada nas unidades de saúde da família, favorecendo que os profissionais compreendam o processo saúde-doença-adoecimento e os sofrimentos que a vida impõe. Ademais, o usuário deve ocupar outro lugar, outra posição - a de protagonista na produção de sua própria saúde, no encontro com os profissionais de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O investimento na consolidação do modelo biopsicossocial promove, assim, a saúde, de forma a fortalecer autonomia e o empoderamento/libertação dos sujeitos, respeitando as diferenças, potencializando as capacidades individuais, sociais e coletivas e considerando o contexto/realidade/território no qual as pessoas vivem e trabalham, ou seja, o lócus onde a vida como ela é transcorre (BACKES et al., 2009).

As referidas mudanças poderão favorecer o protagonismo das pessoas atendidas e o surgimento de uma nova concepção de saúde-doença (PEREIRA; BARROS, AUGUSTO, 2011).

2.7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A representação social diz respeito à maneira como os indivíduos interpretam a realidade e a realidade social no qual estão inseridos (RIBEIRO et al., 2011). A Teoria das Representações Sociais (TRS), enquanto método analítico compreende o conjunto de conceitos, ideias, imagens e explicações expressas sobre essa realidade, gestadas e partilhadas nas multifacetadas experiências do cotidiano de um grupo social, incidindo sobre as condutas e os processos de comunicação dos seus agentes. Em síntese, um conjunto de atitudes pode ser considerado produto de uma representação social. Por isso mesmo diz-se que “as representações sociais sempre contêm referências à pertença grupal, por serem parte da identidade social” (WACHELKE; CAMARGO, 2007, p.381).

Para Moscovici (2015) as representações sociais são sempre um produto da interação e comunicação,

um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla funcionalidade: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e contorna-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2015, p. 21).

Importante atentar para o fato de que uma representação, com base na TRS, não equivale a uma cópia de algo existente na realidade objetiva. Pelo contrário, há em torno desse algo uma construção, uma recriação coletiva, a partir das representações já existentes no interior do grupo. Há que se considerar, ainda, uma grade de interpretação grupal, que orienta as ações dos agentes.

Há que se levar em consideração que as pessoas não se orientam por uma única representação social frente a um dado objeto social, mas potencialmente por tantos quantos sejam os grupos de que os indivíduos tomam parte. Evidentemente, algumas dessas representações mostram-se mais pertinentes

ao se levar em conta que algumas pertenças grupais gozam de maior valoração por parte do indivíduo de que outras (WACHELKE; CAMARGO, 2007, p.387).

Através da TRS é possível conhecer as facilidades e dificuldades implicadas na terapêutica da HAS, para a elaboração de posterior planejamento de intervenções na formulação de políticas públicas (SILVA; BOUSFIELD, 2016). Ou seja, a adoção da TRS no estudo da HAS favorece a apreensão de significados subjetivos, atribuídos pelos hipertensos, ao considerar a maneira como os hipertensos encaram as prescrições e orientações fornecidas pelos profissionais de saúde (informações relacionadas à doença e ao tratamento) e a maneira como aplicam tal compreensão (uso dos medicamentos, alimentação saudável, realização de atividade física). Nisso consiste a relevância da TRS no estudo da HAS - fornecer instrumentos de identificação de conceitos oportunizando o trabalho com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade, sem afastar o sujeito social do seu saber concreto (LEAO E SILVA et al., 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

✓ Avaliar os fatores associados à não adesão à terapêutica e conhecer as representações sociais de pessoas acometidas pela hipertensão arterial sistêmica (HAS) sobre o tratamento da doença.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Caracterizar os sujeitos de pesquisa segundo aos aspectos: socioeconômicos e demográficos; consumo alimentar; determinantes de saúde/doença; autopercepções e componentes da terapêutica.

✓ Avaliar o estado nutricional e o risco de doenças cardiometabólicas associadas a obesidade.

✓ Avaliar a adesão à terapêutica farmacológica e o controle dos níveis pressóricos.

✓ Verificar os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico estabelecido.

✓ Verificar os fatores associados ao descontrole dos níveis pressóricos.

✓ Analisar as representações sociais e percepções presentes nos discursos associadas às dificuldades decorrentes do tratamento (não) farmacológico da HAS.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de dois artigos originais, conforme descrição abaixo:

4.1 ARTIGO 1. *Fatores associados à Não Adesão Terapêutica em usuários da Atenção Primária à Saúde*

4.2 ARTIGO 2. *Representações Sociais de usuários da Atenção Primária à Saúde sobre o Tratamento da Hipertensão Arterial*

4.1 ARTIGO 1

TÍTULO DO ARTIGO: FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO TERAPÊUTICA EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

TÍTULO RESUMIDO: NÃO ADESÃO TERAPÊUTICA EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: Investigar os fatores associados à não adesão à terapêutica anti-hipertensiva.

Casística e Métodos: Trata-se de um estudo analítico, transversal, de abordagem quantitativa.

A amostra incluiu 472 usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Aracaju/SE. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2017 e março de 2018, por meio da aferição de medidas antropométricas, pressão arterial e aplicação de formulário estruturado com questões de caracterização socioeconômica, demográfica, consumo alimentar, determinantes de saúde, componentes da terapêutica e autoavaliações de saúde e alimentação. **Resultados:** Os resultados mostraram uma frequência de não adesão ao tratamento farmacológico de 71,8% e um descontrole pressórico de 68% da amostra. A não adesão à terapêutica farmacológica esteve associada ($p < 0,05$) aos usuários adultos, maior ingestão de sódio, excesso de peso, circunferência da cintura (CC) elevada, menor número de medicamentos prescritos, não seguir a prescrição corretamente, não comparecer às consultas de retorno, utilizar remédios caseiros e ter avaliação negativa da saúde e alimentação. Enquanto que, o baixo grau de instrução, maior consumo de açúcar, peso elevado, CC de risco e maior tempo de diagnóstico estiveram associados ($p < 0,05$) ao descontrole da pressão arterial. **Conclusão:** A ampliação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva, seja através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas é de fundamental importância para o controle da HAS na APS.

Descritores: Hipertensão Arterial. Adesão ao Tratamento. Cuidados Primários à Saúde.

INTRODUÇÃO

Os fatores de risco atribuíveis e mais expressivos para as doenças cardiovasculares (DCV), entre os países de língua portuguesa, foram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e os fatores dietéticos, estes sob ação do padrão alimentar multinacionalizado, rico em alimentos (ultra)processados, com excesso de açúcares e gorduras, alterando padrões alimentares tradicionais mais saudáveis (NASCIMENTO et al., 2018).

Mesmo, a HAS, sendo um fator de risco evitável, reflete em custos médicos elevados, como taxas de internações e gastos com medicamentos, principalmente em função de suas complicações, dentre as quais: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (LOBO et al., 2017).

A terapêutica da HAS deve ser baseada em mudanças nos estilos de vida (alimentação saudável, perda de peso, atividade física regular, combate ao tabagismo, controle do consumo de álcool) e, quando necessário, no uso regular de medicamentos (MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2015). Contudo, o tratamento farmacológico representa a principal estratégia adotada para o tratamento da hipertensão entre os profissionais e os usuários da APS.

Apesar da eficácia documentada sobre o tratamento com anti-hipertensivos, o controle dos níveis tensionais é alcançado apenas em 40% a 50% das pessoas acometidas pela doença. A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo está cada vez mais registrada como um dos principais contribuintes para esse baixo controle da hipertensão, em nível populacional (GUPATA et al., 2017). Calcula-se que apenas um terço dos usuários acompanhados de forma regular nos serviços de saúde tem seus níveis pressóricos controlados (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

A literatura tem mostrado que o controle da pressão arterial mantém estreita ligação com a adesão ao tratamento prescrito (SOUZA et al., 2014). Entretanto, a adesão à terapêutica é um fenômeno multidimensional, determinado socioculturalmente, que se manifesta de forma particular em diferentes grupos populacionais, conforme localização geográfica, hábitos, condições de saúde e organização dos serviços assistenciais (REMONDI et al., 2014).

A natureza assintomática da hipertensão; depressão; comorbidades; baixa escolaridade; complexidade, custo e preocupações com medicamentos; uso de medicina alternativa; percepções pobres do sistema de saúde; discriminação percebida; má comunicação ou interação médico/pessoa acometida pela doença; efeitos colaterais de medicação; viés de memória; apoio social inadequado; cuidar de dependentes; e falta de motivação para o autocuidado (GIROTTI

et al., 2013; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; PEACOCK; KROUSEL-WOOD, 2017) são condições, constantemente, associadas à não adesão e consequente descontrole dos níveis pressóricos em diferentes populações. Neste sentido, o estudo objetivou avaliar os fatores associados à não adesão à terapêutica farmacológica e ao descontrole dos níveis pressóricos, em indivíduos acometidos por HAS.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo analítico de delineamento transversal, com amostragem probabilística, observacional de abordagem quantitativa e tendo como unidade de estudo a pessoa.

Casuística

Foram selecionados 472 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuídos em oito Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Aracaju/SE. Os critérios de elegibilidade para participação no estudo foram: ter diagnóstico confirmado de HAS, possuir quarenta anos ou mais e utilizar medicamento para o controle da doença. Foram excluídas pessoas em fase gestacional ou de lactação, acometidas de algum tipo de deficiência física que impedisse a avaliação antropométrica e com algum déficit cognitivo, identificável, que pudesse interferir no entendimento dos questionamentos e/ou na veracidade das informações expressas.

Definição da Amostra

De acordo com as informações cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Aracaju, o número de usuários com HAS cadastrados na Atenção Primária, no ano de 2015, era de 43.365 pessoas. Destas, 31.262 (72,09%) eram acompanhadas pela ESF. O quantitativo informado pela SMS foi adotado para a realização do cálculo amostral, por se tratar de dado atualizado, resultando 1.422 pessoas a mais que o último registro quantitativo (maio/2015) presente na plataforma do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Para que a amostra fosse considerada, probabilisticamente representativa da população, necessitava de conter um mínimo de 379 pessoas. O cálculo amostral adotou um nível de significância de 0,05 e uma margem de erro de 5%.

A SMS dispunha de uma lista atualizada das USF por região (Anexo 01), adotada como referência para a definição do número de participantes de cada região. Foi realizado um sorteio aleatório de uma USF por região para compor a amostra. O município contava com 137 equipes da ESF distribuídas entre 43 USF localizadas em diferentes bairros da capital sergipana.

Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas, no período de agosto de 2017 a março de 2018, nas residências dos usuários, por nutricionistas e acadêmicos de nutrição previamente treinados, acompanhados durante a visita domiciliar por um agente comunitário de saúde da USF.

Características Sociodemográficas, Determinantes da Saúde e Percepções da Terapêutica

Os entrevistados responderam a um formulário estruturado (APÊNDICE A) elaborado pelo pesquisador, com base em estudos prévios sobre as características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de instrução, religião, ocupação, rendimentos), estilos de vida (prática de exercício físico, consumo de álcool, tabagismo) e percepções da terapêutica (seguimento da prescrição médica, retorno às consultas, automedicação, remédios caseiros e autopercepções de saúde e alimentação).

Adesão ao Tratamento Farmacológico e Controle Pressórico

Para averiguação da adesão terapêutica das pessoas entrevistadas, recorreu-se, nesse estudo, à Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de quatro itens (MMAS-4), um dos principais métodos de determinação da adesão terapêutica, utilizado de forma corrente no meio científico (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

A MMAS-4 é de fácil aplicação, e correlação com medidas do desfecho clínico, sendo constituída por quatro perguntas, com respostas dicotômicas (sim/não), que visam investigar a relação da pessoa acometida pela doença com os tratamentos prescritos: 1) "Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio?"; 2) "Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?"; 3) "Quando você se sente bem, algumas vezes deixa de tomar seu remédio?";

4) "Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?". Essas questões referem-se à utilização de medicamentos ao longo dos últimos 30 dias. Foram considerados não aderentes aqueles entrevistados que responderam sim às quatro interrogativas e não aderente o indivíduo que pontuou entre 0 e 3 (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

Os valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Diastólica (PAD) foram obtidos por meio da média de duas aferições da pressão arterial, realizadas pela equipe de pesquisa, durante a visita, de acordo com as orientações estabelecidas na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al., 2016), utilizando-se esfigmomanômetros aneroides, calibrados e com certificado de calibração nº DIML-0220/2016 emitido pelo INMETRO em 27/03/2017, com intervalo mínimo de 5 minutos entre cada medida. O controle da pressão arterial foi caracterizado por valores de PA < 140/90 mmHg (MALACHIAS et al., 2016).

Parâmetros Antropométricos e de Composição Corporal

Foram coletados os valores do peso, altura e circunferência da cintura (CC), e registrados em formulário destinado para esse fim (APÊNDICE B). Para a aferição do peso corporal foi utilizada balança digital eletrônica, com capacidade máxima de 180 quilogramas e sensibilidade de 100 gramas. A estatura foi aferida por meio de estadiômetro, com sensibilidade de 1 milímetro.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado pela razão entre o peso corporal (quilogramas) e a estatura ao quadrado (metros) e, classificado, o estado nutricional com base nos pontos de corte propostos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995; WHO, 2005).

A CC foi aferida com uma fita métrica não extensível, com precisão de 1 mm, no ponto médio entre a última costela e a crista do íliaco (WHO, 2000).

Para a classificação da medida da CC, considerada como (sem)risco para complicações cardiometabólicas associadas à obesidade, foram utilizados os critérios da Federação Internacional de Diabetes (IDF), adotados pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemias (IDF, 2006; XAVIER et al., 2013).

Consumo Alimentar

Os dados de consumo alimentar foram coletados por meio de um questionário de frequência alimentar de alimentos com alto teor de sódio - QFA-ATS (APÊNDICE C) com o auxílio de um álbum fotográfico que dispõe os 55 alimentos e/ou preparações contidos no

inquérito alimentar. A definição de alimentos/preparações com elevado teor de sódio, adotada pelo instrumento, condiz com a proposta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2010), a qual caracteriza-os como aqueles que possuem em sua composição nutricional uma quantidade igual ou superior a 400mg de sódio por 100g ou mL na forma como está disponível para a venda.

Os valores referentes ao teor de sódio de cada um dos itens presentes no QFA-ATS variaram entre 405mg e 2310mg. Os alimentos/preparações foram distribuídos em seis grupos alimentares, de acordo com suas características químicas: carnes industrializadas (n=13); enlatados e conservas (n=4); laticínios (n=10); panificação e massas (n=14); sais e condimentos (n=5) e miscelâneas (n=9). Por apresentar apenas um item (macarrão instantâneo), o grupo farinhas, féculas e massas foi excluído, sendo este item incorporado ao grupo panificação.

As porções de cada item presente no QFA-ATS, com suas respectivas quantidades em gramas, serviram como base para o cálculo de sódio intrínseco dos alimentos relatados. Todos os alimentos que compõem o inquérito alimentar adotado são classificados pelo novo guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014), como processados ou ultraprocessados, podendo estar associados aos altos teores de sal, açúcar e/ou gordura. Com o objetivo de estimar a quantidade diária de sódio foi quantificado o consumo diário *per capita* de sal de adição. Foi quantificada a quantidade de sal utilizada na residência em um mês, depois dividida por trinta para encontrar o valor diário de sal da residência e na sequência pelo número de comensais – quantidade *per capita*. Os dados de consumo diário *per capita* de açúcar e óleo adicionados aos alimentos e/ou preparações, também, foram calculados seguindo o mesmo modelo.

Análise Estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absoluta (n) e relativa (%) e os dados contínuos em média e desvio-padrão. Para a avaliação das associações foram utilizados os testes de *Mann-Whitney-U* para as variáveis numéricas e o *qui-quadrado* (χ^2) de *Pearson* para as categóricas. O nível de significância estatística foi de 5%.

Aspectos Éticos

Em consonância com o disposto nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, em 07/12/2015, sob parecer de nº: 1353331 (ANEXO 02). A

coleta de dados foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, responsável pela gestão das USF's e da ESF, em 13/04/2016 (ANEXO 03). Os dados foram coletados após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por cada entrevistado (APÊNDICE D).

RESULTADOS

Apenas 32% dos entrevistados apresentaram valores de pressão arterial sob controle. A taxa de adesão terapêutica (MMAS-4 = 4, alta adesão) foi de 28,2%. Entre os usuários considerados não aderentes, 59% apresentaram adesão média e 41% baixa adesão terapêutica (dados não apresentados nas tabelas).

Perfil Socioeconômico e Demográfico

Os entrevistados apresentaram média de idade de 65,72 anos (DP=12,07), renda *per capita* mediana de R\$ 541,67 e uma média de 3,17 pessoas (DP=1,74), por domicílio analisado (dados não apresentados nas tabelas).

Das variáveis investigadas, apenas a faixa etária e a escolaridade apresentaram associação, estatisticamente significativa, com a não adesão terapêutica e com o descontrole da pressão arterial, respectivamente (Tabela 1). Sendo a não adesão à terapêutica medicamentosa maior nos adultos e o descontrole dos níveis pressóricos maior entre as pessoas com baixo grau de instrução.

Consumo Alimentar e Determinantes de Saúde

A mediana de consumo de sal de cozinha (NaCl), *per capita* diário, encontrada neste estudo, superou o valor máximo de ingestão recomendado (5g de NaCl ~ equivalente a 2000mg de sódio) pelas diretrizes internacionais e nacionais para a população saudável (WHO, 2007; MALACHIAS et al., 2016) e a de consumo de sódio, presente nos alimentos que compunham o QFA-ATS, atingiu 35% do sódio máximo recomendado. As medianas de açúcar e óleo também se mostraram elevadas (Tabela 2).

O consumo de sódio e açúcar esteve associado à não adesão ($p=0,008$) e ao descontrole pressórico ($p=0,042$), respectivamente. O consumo médio de sódio foi menor nos usuários aderentes 0,96g (DP=1,39) e maior nos não aderentes 1,14g (DP=1,47). O açúcar de adição foi

maior nas pessoas que não estavam com a pressão controlada 45,45g (DP=38,76) e menor naquelas que estavam com a pressão controlada 38,73g (DP=36,16) (dados não apresentados nas tabelas).

Os usuários que haviam interrompido o consumo de álcool (consumo pregresso) apresentavam menor descontrole dos níveis tensionais, se comparado aos que bebem atualmente e/ou nunca beberam ($p=0,031$).

O excesso de peso (sobrepeso/obesidade) e a CC elevada estiveram associados ($p<0,005$) tanto com maiores taxas de não adesão terapêutica como de descontrole da pressão arterial.

Como pode ser visualizado na Tabela 3, o consumo atual de álcool, o tabagismo atual e pregresso e a prática de atividade física não apresentaram diferença estatística significativa, quando relacionados com a não adesão e descontrole da doença, neste estudo.

Componentes da Terapêutica e Autoavaliações de Saúde e Alimentação

A média de medicamentos prescritos por usuário foi de 3,84 (DP=2,2) e o tempo médio de diagnóstico de hipertensão foi de 13,76 anos (DP=10,54). Ao analisar a relação entre o número de medicamentos e a adesão terapêutica ($p=0,03$) foi observado que os aderentes possuíam uma média maior de medicamentos prescritos 4,2 (DP=2,41) se comparado com os não aderentes 3,69 (DP=2,09). Entretanto, nenhuma diferença com estatística significativa foi observada quando relacionada ao controle (dados não apresentados nas tabelas).

O tempo médio de diagnóstico de hipertensão não apresentou associação significativa com a adesão; porém, estava associado ao controle dos níveis tensionais ($p=0,02$). Os usuários sem controle adequado da pressão apresentaram maior tempo médio de diagnóstico de hipertensão 14,31 (DP=10,34) quando comparados aos que controlavam 12,61 anos (DP=10,89) (dados não apresentados nas tabelas).

Não seguir corretamente a prescrição médica, não retornar às consultas agendadas e apresentar avaliações negativas de saúde e alimentação, assim como, a utilização de remédios caseiros estiveram associados ($p<0,005$) à não adesão à terapêutica. A automedicação foi o único dos componentes avaliados que não teve associação estatisticamente significativa com a adesão. Ademais, nenhum dos itens avaliados teve associação ($p<0,005$) com o descontrole dos níveis pressóricos, como pode ser visualizado na Tabela 4.

DISCUSSÃO

A não adesão à terapêutica anti-hipertensiva está relacionada com características individuais da pessoa, à doença em si, aos medicamentos utilizados e à interação entre o paciente e os serviços de saúde (TAVARES et al., 2016), dentre outros.

A prevalência de não aderentes verificada nesta pesquisa (68%) foi compatível com a estimativa da OMS que indica a prevalência de 50% ou mais, nos casos de países em desenvolvimento (WHO, 2003a). Outro estudo, realizado em Maceió/AL, que adotou a versão mais atualizada da escala de quantificação da adesão à terapêutica farmacológica, verificou frequência de 80,3% de não adesão na amostra estudada, porém como esta escala é protegida e possui custos exorbitantes, nesse estudo, não tivemos condições de utilizá-la (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

As prevalências de níveis pressóricos elevados são mais comuns entre as mulheres, pessoas idosas, com menores níveis de escolaridade e de renda (LOBO et al., 2017). O mesmo resultado foi revelado neste estudo. Dos marcadores sociais observados, o nível de instrução foi o único associado ($p=0,02$) ao controle da pressão. As pessoas com baixo grau de instrução apresentaram menor controle pressórico. Essa associação entre o controle da pressão e a baixa escolaridade pode estar relacionada a um menor conhecimento e/ou compreensão das medidas de controle da HAS por estas pessoas, o que reflete a interferência notável das diferenças socioeconômicas no estado de saúde da população (MENEZES et al., 2016).

Uma hipótese para explicar a maior aderência ao tratamento farmacológico por pessoas idosas, em especial as de idade mais avançada, é que a preocupação com agravos à saúde, a vontade de viver e a necessidade do cumprimento da terapêutica aumentam o grau de motivação para realização do tratamento (TAVARES et al., 2013). Esses argumentos ajudam a compreender o significado da baixa adesão encontrada entre adultos, neste estudo.

Nossos dados revelam uma frequência alta de não-adesão. Todavia, quando analisado o controle da pressão arterial, foi verificado uma melhora significativa nas frequências de controle pressórico nas pessoas com IMC inferior ou dentro dos critérios de normalidade, assim como nos usuários sem risco para complicações cardiometabólicas associadas à obesidade (Tabela 3).

O IMC elevado, associado com a pressão arterial sistólica alta, nas mulheres, em quase todos os países das Américas, norte da África e Oriente Médio, e em muitos outros países de alta renda, é o principal fator de risco, na maioria das regiões, para a carga global de doenças (FOROUZANFAR et al., 2015). Neste sentido, acreditamos na hipótese de que as associações

encontradas entre o IMC elevado e o baixo controle dos níveis tensionais deste estudo pode ter “confirmado”, na prática, aquilo que vem sendo expresso nos estudos internacionais de carga global de doenças.

Estudo transversal realizado com 1.584 funcionários, com idades entre 18 e 64 anos, de hospital geral privado do município de São Paulo concluiu que, mesmo após o controle de importantes variáveis de confundimento, tanto o IMC quanto a circunferência da cintura estiveram associadas de maneira relevante com a hipertensão arterial, para ambos os sexos. Os dados do estudo sugerem, ainda, que o incremento dos depósitos de gordura, seja na região abdominal ou em outras regiões do corpo, aumenta o risco da doença (SARNO; MONTEIRO, 2007) e, conseqüentemente, dificulta o controle.

Nosso estudo encontrou, também, associação negativa entre o excesso de peso e a adesão ao medicamento. Sabe-se que a perda de peso se constitui na forma mais eficaz para redução da pressão arterial em pessoas obesas e, ainda, auxilia na redução das doses de medicamentos anti-hipertensivos (MALTA et al., 2017), facilitando a adesão terapêutica.

Pessoas que tomam medicamentos para hipertensão, provavelmente, também tomam medicamentos para outras condições. Assim, é provável que o número total de comprimidos, não apenas o número de comprimidos anti-hipertensivos, seja importante para analisar a adesão à terapêutica (HYMAN, 2017). Por esse motivo, buscamos conhecer os medicamentos anti-hipertensivos, e para outras finalidades, utilizados pelos entrevistados, bem como o tempo de uso.

Embora pareça comum pensar que o maior número de medicamentos pode aumentar a suscetibilidade à não-adesão, devemos reconhecer que a não-adesão oculta, também, pode estimular a prescrição excessiva de medicamentos, levando ao aumento do número de anti-hipertensivos (GUPATA et al., 2017).

Neste estudo, a maior quantidade de medicamentos esteve associada com uma frequência maior de adesão à terapêutica. Diferente do que comumente é encontrado na literatura, o maior número de medicamentos ou a alta complexidade pode estar associado à maior adesão por interferir na forma como o indivíduo percebe e lida com sua condição (REMONDI et al., 2014).

Uma das possibilidades indiretas de compreensão da adesão aos medicamentos é a observação da regularidade do comparecimento às consultas marcadas, pois pode evidenciar a vontade do usuário de cuidar da sua saúde (COELHO et al., 2005). Verificamos este hábito em 89% da amostra estudada e uma associação positiva com a adesão ao tratamento farmacológico.

A presença regular às consultas de rotina nos serviços de APS apresentou correlação positiva com a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, favorecendo o melhor controle da HAS. Ademais, o controle tensional mostrou-se mais alto entre as pessoas regularmente acompanhados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), em comparação com outros modelos de atenção a saúde (BARRETO et al., 2018).

Em uma análise aleatória e retrospectiva com prontuários de usuários com hipertensão, acompanhados na Unidade Clínica de Hipertensão Arterial de um hospital universitário, no período de um ano, os pesquisadores concluíram que embora a taxa de controle dos níveis pressóricos fosse baixa, observou-se pior aderência à terapêutica e controle da pressão em indivíduos com hábito de faltar às consultas agendadas (COELHO et al., 2005).

A cerca da utilização de remédios caseiros pelos usuários entrevistados, observou-se associação significativa entre essa medida e a diminuição da adesão ao tratamento farmacológico. A pesquisa revelou o uso de ervas, hortaliça-fruto, planta, folhas de plantas e frutos, como terapia alternativa para o controle da HAS, pelos entrevistados, assim como em outros estudos (PEREZ; MAGNA; VIANA, 2003; LEAO e SILVA et al., 2013). As práticas culturais regionais - como o chá de origem caseira produzido com folhas ou frutos da região - podem interferir na forma como as pessoas hipertensas fazem o uso das medicações prescritas e tendem a dificultar o tratamento da hipertensão (LEAO e SILVA et al., 2013).

O controle da hipertensão é um dos principais focos das iniciativas de saúde pública por ser o fator de risco mais importante para as DCV. As abordagens dietéticas se concentram historicamente na redução do sódio. As fontes predominantes de sódio na dieta, os alimentos (ultra)processados, também são geralmente ricos em açúcares e gorduras adicionados, cujo consumo pode estar mais fortemente e diretamente associado à hipertensão e ao risco cardiometabólico (DINICOLANTONIO; LUCAN, 2014).

O Estudo Global da Carga de Doenças (2015) demonstrou riscos crescentes atribuídos ao alto IMC, a dietas com alto teor de sal e a fatores de risco metabólicos relacionados à dieta, sugerindo que as doenças e agravos não transmissíveis relacionadas à dieta se tornarão o principal desafio da nutrição no percurso para 2030 (REDDY, 2016; GAKIDOU et al., 2017).

Sabe-se que o alto consumo de sódio aumenta a pressão arterial, um fator de risco para doenças cardiovasculares. Porém, os efeitos do sódio dietético sobre a pressão arterial podem ser modificados de acordo com características da população, com maiores reduções na pressão arterial entre pessoas idosas do que entre mais jovens e entre pessoas hipertensas do que entre normotensas (MOZAFFARIAN et al., 2014), como nossa amostra de estudo apresentava idade maior ou igual a 40 anos, a restrição de sódio pode ser um importante componente no

controle dos níveis pressóricos. Entretanto, nesta população verificamos elevado consumo de sódio.

O sal de cozinha (NaCl) e condimentos à base de sal representam a maior parcela do sódio disponível para consumo no Brasil (SARNO et al., 2013). A nossa pesquisa encontrou a mesma relação, observada no estudo, apresentando uma maior contribuição do sódio através do sal adicionado aos alimentos/refeições, quando comparado com o sódio resultante do consumo de alimentos (ultra)processados com alto teor de sódio.

As diretrizes internacionais e nacionais recomendam que os profissionais de saúde possam aconselhar as pessoas acometidas da doença quanto à redução da ingestão de sódio, acompanhado de um padrão alimentar saudável. Uma alternativa é o plano alimentar para controlar a hipertensão, que enfatiza o consumo de frutas, legumes e produtos lácteos com baixo teor de gordura; inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; preconiza a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. Ela é rica em potássio, cálcio, magnésio e fibras, e contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada. A adoção desse padrão alimentar reduz a PA (JACKSON et al., 2016; MALACHIAS et al., 2016).

Vale ressaltar que outras medidas de modificações de estilo de vida também são recomendadas como - a prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool (MALACHIAS et al., 2016). Este estudo teve alta taxa de pessoas que não realizam atividade física regularmente e prevalências menores de tabagismo e consumo de álcool.

A melhor autopercepção da saúde esteve associada à melhor adesão terapêutica nessa investigação, o que pode contribuir para diminuir o agravamento da HAS nos usuários, concordando com estudo sobre análise de dados, oriundos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), inquérito domiciliar de base populacional, de delineamento transversal, baseado em amostra probabilística da população brasileira (TAVARES et al., 2016). Esta variável representa a forma como a pessoa vê seu estado e compreende sua enfermidade, sendo considerado marcador de risco de mortalidade (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012; BORIM et al., 2014; MEDEIROS et al., 2016).

Além das limitações comuns de pesquisas de delineamentos transversais, este estudo não investigou alguns preditores do não controle da pressão arterial, como etnia e níveis basais elevados de pressão arterial sistólica e diastólica, seja como variáveis de interesse ou considerados nos critérios de inclusão dos respondentes. A classificação dos usuários com

hipertensão não controlada, com hipertensão resistente ou pseudorresistente também não foi analisada e, por isso, pode trazer um viés de interpretação, mesmo tendo nos atentado quanto à observação de alguns fatores causais da hipertensão pseudorresistente, e dos esforços para redução e/ou controle de alguns deles, tais como o efeito do jaleco branco e medida inadequada da pressão arterial.

CONCLUSÃO

A ampliação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva, tanto por meio de medidas farmacológicas quanto não farmacológicas é fundamental para o adequado controle da HAS na APS. Neste sentido, novas investigações devem procurar obter uma melhor compreensão do conjunto de fatores associados à (não)adesão à terapêutica e ao (des)controle dos níveis tensionais para a implementação de intervenções que sejam mais efetivas.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, M. S. et al. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 795-804, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 24, de 15 de junho de 2010. Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional. **D.O.U - Diário Oficial da União**; Poder Executivo. Brasília, DF, 29 de julho de 2010. Seção 1, p. 46.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- BORIM, F. S. A. et al. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 714-722, 2014.
- COELHO, E. B. et al. Relação entre a Assiduidade às Consultas Ambulatoriais e o Controle da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos. **Arq Bras Cardiol**. v.85, n. 3, p. 157-161, 2005.
- DINICOLANTONIO, J. J.; LUCAN, S. C. The wrong white crystals: not salt but sugar as aetiological in hypertension and cardiometabolic disease. **Open Heart**, v. 1, p. 1-8, 2014.
- FOROUZANFAR, M. H. et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 386, nº 10010, p.2287–2323, 2015.
- GAKIDOU, E. et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 390, nº 10100, p.1345–1422, 2017.
- GUPATA, P. et al. Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. **Hypertension**, v. 69, n. 6, p. 1113-1120, 2017.
- HYMAN, D. J. Hypertension: Does Polypharmacy Lead to Nonadherence or Nonadherence to Polypharmacy? **Hypertension**., Dallas, v.69, p.1017-1018, 2017.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF. **The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome**. IDF, 2006, 16 p.

JACKSON, S.L. et al. Prevalence of Excess Sodium Intake in the United States — NHANES, 2009–2012. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 64, n. 52, p. 1393-1397, 2016.

LEAO e SILVA, L. O. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 121-128, 2013.

LOBO, L. A. C. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 1- 13, 2017.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 14-17, 2016.

MALTA, D. C. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev Saude Publica.**, v. 51, Supl. p.1s-11s, 2017.

MEDEIROS, S. M. et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3377-3386, 2016.

MENEZES, T. N.; OLIVEIRA, E. C.T.; FISCHER, M. A. T. S; ESTEVES, G. H. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.**, v. 34, n. 2, p. 117-124, 2016.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care.**, v. 24, n.1, p. 67-74, 1986.

MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 395-404, 2015.

MOZAFFARIAN, D. et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. **N Engl J Med**, v. 371, n. 7, p. 624–634, 2014.

NASCIMENTO, B. R. et al. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares em Países de Língua Portuguesa: Dados do "Global Burden of Disease", 1990 a 2016. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 110, n. 6, p. 500-511, jun. 2018 .

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONCALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 415-428, 2012.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. 2017: Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n.5, p. 389-396, 2017.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

RAHIMI, K. Bending the blood pressure curve down: are we succeeding? **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 3-4, 2017.

REDDY, K. S. Global Burden of Disease Study 2015 provides GPS for global health 2030. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1448 – 1449, 2016.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 126-136, 2014.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.12, p. 2389-2398, 2010.

SARNO, F. et al. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009. **Rev Saúde Pública**, v.47, n. 3, p. 571-578, 2013.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Rev Saúde Pública**, v.41, n. 5, p.788-796, 2007.

SOUZA, C. S. et al. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 102, n. 6, p. 571-578, 2014.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública.**, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 10s, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical Satatus**: The Use and Interpretation of Anthropometry. (Who Thechnical Report Series, n. 854). Geneva: WHO; 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. (WHO Technical Report Series n. 894). Geneva: WHO; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reducing salt intake in populations**: report of a WHO forum and technical meeting, 5-7 october 2006, Paris; 2006. Geneva: WHO; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO; 2010.

Tabela 1: Associação das características socioeconômicas e demográficas com adesão medicamentosa e controle da hipertensão arterial sistêmica em usuários de Unidades de Saúde da Família, Aracaju, SE, 2018 (N=472).

Variáveis	Total		Aderentes		Não aderentes		p ¹	Controlados		Não controlados		p ¹
	N	(%)	N	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Sexo												
Feminino	387	82,0	104	26,9	283	73,1	0,179	122	31,5	265	68,5	0,643
Masculino	85	18,0	29	34,1	56	65,9		29	34,1	56	65,9	
Faixa Etária												
Adultos	148	31,4	27	18,2	121	81,8	0,001	54	36,5	94	63,5	0,157
Idosos	324	68,6	106	32,7	218	67,3		97	29,9	227	70,1	
Cônjuge												
Com companheiro	210	44,5	57	27,1	153	72,9	0,654	68	32,4	142	67,6	0,871
Sem companheiro	262	55,5	76	29,0	186	71,0		83	31,7	179	68,3	
Nível de Instrução												
Baixo ²	396	83,9	109	27,5	287	72,5	0,472	118	29,8	278	70,2	0,020
Alto	76	16,1	24	31,6	52	68,4		33	43,4	43	56,6	
Crença Religiosa												
Sim	344	72,9	95	27,6	249	72,4	0,657	108	31,4	236	68,6	0,649
Não	128	27,1	38	29,7	90	70,3		43	33,6	85	66,4	
Trabalho												
Ativo	162	34,3	37	22,8	125	77,2	0,062	53	32,7	109	67,3	0,807
Aposentado	310	65,7	96	31,0	214	69,0		98	31,6	212	68,4	
Renda Familiar³												
< Salário mínimo	63	13,8	16	25,4	47	74,6	0,571	16	25,4	47	74,6	0,206
≥ Salário mínimo	395	86,2	114	28,9	281	71,1		132	33,4	263	66,6	

Notas:

⁽¹⁾ Teste de qui-quadrado.

⁽²⁾ Menor que o ensino médio completo.

⁽³⁾ N = 458, pois 14 (quatorze) dos participantes optaram por não responder. O valor do salário mínimo no período da análise dos dados era de R\$ 954,00.

Tabela 2. Consumo alimentar diário de sódio e de ingredientes culinários adicionados aos alimentos e/ou preparações caseiras de usuários com hipertensão arterial sistêmica de Unidades de Saúde da Família, Aracaju, SE, 2018 (N=472).

Componentes	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP¹
Sal de adição ² (g)	0,25	33,33	5,56	7,17	5,41
Açúcar de adição ³ (g)	1,59	200,0	33,33	43,32	38,04
Óleo de adição ⁴ (mL)	0,83	150,0	15,0	16,93	14,07
Sódio (g)	0,0	14,71	0,70	1,09	1,45

Notas:

⁽¹⁾ Desvio Padrão.

⁽²⁾ N=456, pois 16 (dezesseis) dos participantes optaram por não responder ou não consumiam.

⁽³⁾ N=407, pois 65 (sessenta e cinco) dos participantes optaram por não responder ou não consumiam.

⁽⁴⁾ N=444, pois 28 (vinte e oito) dos participantes optaram por não responder ou não consumiam.

Tabela 3: Associação dos determinantes de saúde com adesão medicamentosa e controle da hipertensão arterial sistêmica em usuários de Unidades de Saúde da Família, Aracaju, SE, 2018 (N=472).

Variáveis	Total		Aderentes		Não aderentes		p ¹	Controlados		Não controlados		p ¹
	N	(%)	N	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
1. Bebida alcoólica												
Não	415	87,9	123	29,6	292	70,4	0,057	137	33,0	278	67,0	0,200
Sim	57	12,1	10	17,5	47	82,5		14	24,6	43	75,4	
2. Bebida alcoólica progressa²												
Não	229	55,3	73	31,9	156	68,1	0,283	65	28,4	164	71,6	0,031
Sim	185	44,7	50	27,0	135	73,0		71	38,4	114	61,6	
3. Tabagismo												
Não	444	94,1	126	28,4	318	71,6	0,700	143	32,2	301	67,8	0,689
Sim	28	5,9	7	25,0	21	75,0		8	28,6	20	71,4	
4. Tabagismo progresso³												
Não	287	64,6	86	30,0	201	70,0	0,316	91	31,7	196	68,3	0,761
Sim	157	35,4	40	25,5	117	74,5		52	33,1	105	66,9	
5. Atividade Física regular⁴												
Não	380	80,5	104	27,4	276	72,6	0,427	123	32,4	257	67,6	0,721
Sim	92	19,5	29	31,5	63	68,5		28	30,4	64	69,6	
6. Estado Nutricional												
Baixo Peso/Eutrofia	151	32,0	58	38,4	93	61,6	0,001	63	41,7	88	58,3	0,002
Sobrepeso/Obesidade	321	68,0	75	23,4	246	76,6		88	27,4	233	72,6	
7. Circunferência da Cintura⁵												
Sem Risco	46	9,8	20	43,5	26	56,5	0,017	23	50,0	23	50,0	0,007
Com Risco	423	90,2	113	26,7	310	73,3		128	30,3	295	69,7	

Notas:

(¹) Teste de qui-quadrado.

(²) As respostas destes itens são dependentes das respostas dadas no item 1.

(³) As respostas deste item são dependentes das respostas dadas no item 3.

(⁴) Considerada como pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada durante a semana, ou fazer pelo menos 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa durante a semana, ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa (WHO, 2010).

(⁵) N=469, pois 3 (três) dos participantes optaram por não fazer a medida.

Tabela 4: Associação das percepções e componentes da terapêutica com adesão medicamentosa e controle da hipertensão arterial sistêmica em usuárias de Unidades de Saúde da Família, Aracaju, SE, 2018 (N=472).

Variáveis	Total		Aderentes		Não aderentes		p ¹	Controlados		Não controlados		p ¹
	N	(%)	N	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Prescrição médica												
Sim	384	81,4	123	32,0	261	68,0	0,000	121	31,5	263	68,5	0,640
Não	88	18,6	10	11,4	78	88,6		30	34,1	58	65,9	
Retorno de consultas												
Sim	420	89,0	127	30,2	293	69,8	0,005	134	31,9	286	68,1	0,909
Não	52	11,0	6	11,5	46	88,5		17	32,7	35	67,3	
Automedicação												
Sim	212	44,9	55	25,9	157	74,1	0,330	67	31,6	145	68,4	0,870
Não	260	55,1	78	30,0	182	70,0		84	32,3	176	67,7	
Remédio Caseiro												
Sim	119	25,2	23	19,3	96	80,7	0,013	35	29,4	84	70,6	0,485
Não	353	74,8	110	31,2	243	68,8		116	32,9	237	67,1	
Autopercepção de saúde												
Boa	157	33,3	54	34,4	103	65,6	0,034	55	35,0	102	65,0	0,317
Ruim	315	66,7	79	25,1	236	74,9		96	30,5	219	69,5	
Autopercepção alimentar												
Boa	235	49,8	77	32,8	158	67,2	0,027	74	31,5	161	68,5	0,816
Ruim	237	50,2	56	23,6	181	76,4		77	32,5	160	67,5	

Nota:

⁽¹⁾ Teste de qui-quadrado.

4.2 ARTIGO 2

TÍTULO DO ARTIGO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO SUS

TÍTULO RESUMIDO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

RESUMO

O objetivo deste artigo foi conhecer e analisar as representações sociais de pessoas acometidas de hipertensão, relacionadas à adesão ao tratamento. O estudo fundamentou-se na teoria das representações sociais e elegeu a pesquisa qualitativa como princípio teórico-metodológico. A amostra foi constituída de 32 pessoas, sorteadas aleatoriamente, de ambos os sexos, com 40 anos ou mais, cadastradas em oito Unidades de Saúde do município de Aracaju/SE, que utilizavam algum medicamento para controle da pressão arterial. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e o material empírico analisado mediante Análise de Conteúdo. Foram contempladas as categorias: Alimentação, Atividade Física, Cessação do tabagismo ou álcool e Medicamentos. Os resultados revelaram a utilização de medicamentos como principal componente da representação social (RS) na terapêutica anti-hipertensiva. As medidas de estilo de vida predominantes nos discursos foram alimentação e atividade física. Porém, as falas mostravam resistência quanto ao seguimento destas medidas, devido a questões inerentes aos próprios usuários, ou externas a eles como fatores socioeconômicos, relacionados à doença, ao tratamento e ao sistema e equipe de saúde. Conclui-se que, a partir da Teoria das Representações Sociais foi possível conhecer as dificuldades de seguimento das orientações impostas pelo modelo biomédico de atenção à saúde. Esse conhecimento pode contribuir para o planejamento de intervenções holísticas, condizentes com o paradigma social da saúde, mais eficientes no controle da doença hipertensiva.

Descritores: Pesquisa Qualitativa. Hipertensão. Medicamentos. Alimentação. Atividade física.

INTRODUÇÃO

A maioria das pessoas acometidas por hipertensão arterial sistêmica (HAS) são assistidas na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Porém, mesmo a ESF aumentando o acesso dos usuários da APS aos serviços de saúde, ainda se observa baixa adesão à terapêutica anti-hipertensiva (RIBEIRO et al., 2011), tanto farmacológica como a não farmacológica. Porém, a não adesão não significa uma desmedicalização, haja vista o poder simbólico do medicamento na sociedade (COUTINHO; SOUZA, 2011; LEFÈVERE, 1991)

Mudanças de comportamento alimentar, realização de exercícios físicos, cessação do tabagismo e do consumo excessivo de álcool representam os principais fatores modificáveis para o controle da HAS (RIBEIRO et al., 2011; MALACHIAS et al., 2016; GEBREZGI; TREPKA; KIDANE, 2017). E, justamente essas são as principais dificuldades na efetivação da terapêutica não farmacológica.

Nesse cenário, está a relevância da utilização da Teoria das Representações Sociais (TRS) (MOSCOVICI, 2015) no estudo da adesão à terapêutica anti-hipertensiva. A TRS valoriza os saberes de senso comum e seu diálogo com o conhecimento técnico-científico. Assim, as "necessidades de saúde" podem ser entendidas em seu contexto relacional e cultural, a partir das crenças, valores e significados definidos pelos protagonistas sociais sobre os fenômenos de saúde e doença (OLIVEIRA, 2011). Por intermédio dela é possível a identificação de conceitos que possibilitam trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade, sem distanciar o sujeito social do seu saber concreto firmado pelo contexto (LEAO E SILVA et al., 2013).

Os estudos ligados às representações sociais na área da saúde podem refletir diferentes opiniões acerca do objeto saúde e doença (SILVA; BOUSFIELD, 2016), assim como, elucidar a relação das pessoas com a própria doença, com base em uma concepção subjetiva, que inclua seus sentimentos e percepções, ampliando as possibilidades de controle da doença (RIBEIRO, 2011).

Por esse motivo, os binários “saúde/doença” e “indivíduo/sociedade”, que se estabelecem na representação social, dando sentido à doença e ao seu controle, podem ser compreendidos através do discurso do indivíduo. Nesse contexto, duas condições devem ser analisadas: a forma como as pessoas acometidas pela HAS assimilam as informações das prescrições e orientações realizadas pelos profissionais de saúde (ideias e pontos de vista associados à doença e à terapêutica) e, ainda, a maneira como exteriorizam tal entendimento,

tendo como alicerce suas atitudes diante de situações específicas (uso de medicamentos, alimentação ou realização de atividade física) (LEAO E SILVA et al., 2013).

Mediante o exposto, este estudo esteve centrado em conhecer as representações sociais de usuários acometidos por HAS sobre as orientações fornecidas pelos profissionais da APS e os desafios experimentados pelos mesmos no processo de tratamento da doença hipertensiva.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, norteada pelo referencial teórico de Representações Sociais proposto por Moscovici (MOSCOVICI, 2015), o qual concebe que as representações são sempre um produto da interação e comunicação.

Para coleta de dados foi adotada a técnica de entrevista semiestruturada (APÊNDICE E). A entrevista foi avaliada como mais adequada, para este estudo, por ser uma fonte de informação capaz de retratar a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, o sistema de valores de seu grupo social, ser reveladora de suas condições estruturais e, ao mesmo tempo, transmitir as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2014).

Definimos como sujeitos deste estudo 32 pessoas acometidas de HAS pertencentes a diferentes microáreas de 08 Unidades de Saúde da Família (USF), selecionadas aleatoriamente, dentre as 43 USF que integram as 08 regiões de saúde do município de Aracaju/SE. Essas regiões abrangem diferentes bairros da capital sergipana que apresentam disparidades socioeconômicas e demográficas, a depender de sua localização espacial e, também, proporções diferentes de dependência assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 40 anos, de ambos os sexos; apresentar diagnóstico estabelecido de HAS; utilizar terapia medicamentosa e não possuir algum déficit cognitivo, identificável, que pudesse interferir no entendimento dos questionamentos ou na veracidade das respostas expressas.

As entrevistas foram realizadas de agosto de 2017 a março de 2018, de forma individualizada, nas residências dos participantes. A amostra foi consolidada a partir do auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas de confiança dos entrevistados, que fizeram a mediação entre eles e o pesquisador. A técnica de interrupção de captação de elementos amostrais foi estabelecida por cotas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008) (devido a necessidade de contemplar pessoas das diferentes regiões de saúde, o que poderia não ser possível por meio da saturação), sendo definido o número de 04 pessoas por região.

Para a análise das falas, foi utilizada a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Em seguida, realizou-se leitura compreensiva do material, decomposição do material em partes, distribuição das partes em categorias, revisão da codificação adotada (para que todas as informações obtidas pudessem ser agrupadas fundamentando-se nas categorias e estas fossem mutuamente excludentes), realização de inferências dos resultados e interpretação dos dados pela fundamentação teórica adotada (MOSCOVICI, 2015). Esse conjunto de movimentos analíticos objetivaram dar maior consistência interna às operações realizadas (MINAYO, 2014).

O estudo é parte de uma pesquisa maior denominada “Consumo Alimentar, Adesão Terapêutica e Representações Sociais sobre o Tratamento da Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde”. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe por meio do parecer nº 1353331. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com vistas a preservar a identidade dos depoentes, os fragmentos das entrevistas apresentados ao longo desse trabalho foram identificados pela letra “E” que corresponde a “Entrevistado” e o número correspondente da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a caracterização dos sujeitos da pesquisa, os resultados são apresentados e discutidos por categorias definidas, a priori, a partir dos principais componentes utilizados na conduta terapêutica (alimentação; atividade física e cessação do tabagismo ou álcool e medicamentos).

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (n=26), idoso (n=21), baixa escolaridade (n=25), vivia com o companheiro (n=17), participava de alguma crença religiosa (n=26), aposentados (n=18) e possuíam mediana da renda *per capita* de R\$ 560,00 (menor que um salário mínimo).

Categoria 1. Alimentação

Algumas das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e percebidas por intermédio das falas dos usuários estão apresentadas no Quadro 01. Os trechos revelam a adoção de uma abordagem pedagógica de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) tradicional,

no qual cabe às pessoas obedecerem às regras “impostas” (BOOG, 2013), sem considerar a complexidade do comportamento alimentar e o reflexo disso em outras instâncias da vida do indivíduo.

O comportamento alimentar compreende tanto os costumes empíricos (o que comemos; quanto comemos; como, quando e na companhia de quem comemos e onde comemos), como as questões subjetivas que compreendem a alimentação, quais sejam, as socioculturais e as psicológicas (alimentos e preparações apropriados para diferentes situações; escolhas alimentares; comida pretendida e consumida; alimentos e preparações que gostaríamos de consumir; a quantidade de comida que pensamos que comemos, dentre outras) (GARCIA, 1997).

A primeira dimensão pode ser observada nas falas do entrevistado E22 quando cita o tradicional “feijão com arroz” típico da cultura brasileira – que o direciona para uma categoria mais ampla e no mesmo trecho, talvez, sem perceber, rememora uma comida típica da região nordeste, o “cuscuZ”, que o particulariza. A dimensão da subjetividade, também, pode ser percebida na mesma narrativa: “*Às vezes um cuscuZ com um ovinho estralado. Não é muito bom não o cuscuZ, mas eu como, entendeu?*” A analogia simbólica feita no trecho expressa uma ambiguidade (o fato de este alimento poder representar, no mundo do entrevistado, ao mesmo tempo, a comida apreciada e negada, boa e ruim, saúde e doença, controle e descontrole, certo e errado) sinaliza que o sujeito de pesquisa pode preservar uma parcela do controle sobre o seu processo de saúde/doença, no que toca ao alimento.

Através de leitura atenta do Caderno de Atenção Básica, nº 37: “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica” é possível notar que a restrição de sal adicionado, durante o preparo e consumo de alimentos, consta como primeira estratégia não farmacológica a ser orientada, nas ações de educação em saúde, à população em geral, pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

E, é essa atenção especial dada à restrição de sal, no documento citado e na maioria das diretrizes nacionais e internacionais para o controle dietético da HAS, que pode justificar a consolidação deste atrativo semântico na composição da representação social da alimentação na HAS, utilizado tanto por profissionais como por usuários da APS. A leitura destes documentos e as recorrências da palavra sal no corpus textual em análise apontou para a transformação de uma representação científica em representação comum, um processo no decurso do qual ocorre a chamada popularização do conhecimento, cuja elaboração pode ser percebida através da circulação do discurso, que constitui seu vetor principal (MOSCOVICI,

2015). Esse processo inclui um contexto referencial que vai do proximal (falas), como pode ser observado no Quadro 01, ao distal (discurso escrito ou registrado da mídia ou instituições).

Resultantes do processo de popularização do conhecimento, coerções de cunho “saudável” sobre a alimentação são apregoadas em diferentes setores. Atualmente, a publicidade apropriou-se da linguagem técnico-científica e a utiliza para acrescentar ao produto alimentício uma qualidade terapêutica, que faz com que os conceitos sobre alimentação vinculada à saúde sejam amplamente divulgados (CANESQUI; GARCIA, 2005), nos meios de comunicação de massa ou em rodas de conversa.

E assim, as representações sociais aparecem, se cruzam e se fixam de forma contínua, por meio da linguagem, dos gestos, das interações sociais, no cotidiano. Assim, elas penetram a multiplicidade das relações e determinam as coisas que fazemos ou comemos e as comunicações que estabelecemos (MOSCOVICI, 2015).

Nas duas primeiras falas do Quadro 01, e também na última, percebemos que os entrevistados se responsabilizam pelo não seguimento das orientações, relacionadas à alimentação, com expressões que denotam transgressão da norma: “*não faço o certo*”; “*come o que não deve comer*”; “*passa do limite*”; “*é cabeça dura mesmo*”; “*não segue orientação*” e “*só meio relaxada*”. Essa representação de auto responsabilização foi denominada, analogicamente, por Moscovici como de “direita”, porque acentua a responsabilidade individual e a energia pessoal (os problemas sociais somente podem ser resolvidos por cada indivíduo). Entretanto, ele nos mostra uma segunda possibilidade representacional, dita de “esquerda”, mais latente, que acentua a responsabilidade grupal, denuncia a injustiça social e propõe soluções coletivas para problemas individuais (MOSCOVICI, 2015).

O contexto socioeconômico e histórico, igualmente interferem nas representações sobre os fatores limitantes à adesão da conduta terapêutica dietética, de um país em crise econômica e com cessação de direitos dos trabalhadores e das trabalhadoras é resgatado no trecho da fala do E22, podendo ser considerada uma representação de “esquerda”, quando faz referência ao aumento irrisório do salário mínimo e a diminuição do poder de compra do assalariado devido aos altos preços dos alimentos, em especial à proteína de origem animal, e de outros bens de consumo geral. A fala se caracteriza com o desabafo de quem sofre na própria carne as interseccionalidades etária (ser idoso), de raça/cor (ser negro), demográfica (ser morador da periferia), patológica (ser acometido de hipertensão arterial) e de classe (possuir baixo poder aquisitivo). Tais interseccionalidades interferem, igualmente, nas representações sociais da conduta terapêutica dietética.

Em estudo realizado na África, a maioria dos participantes relataram que as restrições financeiras dificultavam o seguimento das recomendações dietoterápicas. Eles afirmaram que o custo dos frutos era muito alto no mercado, e as recomendações dietéticas não consideravam seu status econômico (GEBREZGI; TREPKA; KIDANE, 2017). Neste sentido, o estabelecimento na conduta terapêutica da prescrição de uma alimentação saudável, sem orientação quanto às melhores escolhas a serem adotadas, quando o poder aquisitivo é um fator limitante, constitui uma forma de opressão ainda mais acentuada a ser considerada (GARCIA, 1997).

Ademais, a alimentação saudável não pode ser encarada como uma imposição sob a égide da proibição. A alimentação consiste num dos prazeres vitais e, inevitavelmente, coexistirá com a transgressão da norma. Afinal, os alimentos funcionam como mediadores dos vínculos sociais, reforçando relevantes funções simbólicas, emocionais e morais (BOOG, 2013).

A arte da educação alimentar e nutricional (EAN) reside pois, justamente, em dar condições às pessoas para que cuidem bem da própria alimentação considerando suas histórias de vida, seus contextos socioculturais e a gama de significados afetivos que dão sentido ao ato de comer (BOOG, 2013). Na fala do E23 observa-se uma breve explanação sobre o corpo que abrange, predominantemente, aspectos da saúde, da forma e do prazer do comer. Esse exemplo ilustra a amplitude de sentimentos, emoções e manifestações desencadeados pelo ato de comer. Sobre este aspecto cabe o resgate da interrogativa: “Até que ponto essa instância do convívio social é afetada quando se impõe à refeição a restrição alimentar tão apregoada, em que os alimentos prejudiciais são os disponíveis e acessíveis à maior parte da população?” (GARCIA, 1997).

Categoria 2. Atividade Física

Não observamos diferenciações nos discursos dos entrevistados quanto às orientações direcionadas à prática de exercícios físicos. As recomendações apresentaram um caráter prescritivo, direcionado, principalmente, para a realização de caminhada, que acreditamos ser o centro da representação social da atividade física desses usuários.

Nos chamou a atenção a fala do E10 (Quadro 02), por apresentar desfechos próximos do imaginário coletivo sobre a HAS, como o “derrame” ou o “infarto” torna a existência da HAS mais concreta no cotidiano do entrevistado. Diante esse contexto ele passa a fazer uma associação entre HAS e morte ou invalidez, baseado nos desfechos, o que favorece a prática da

caminhada, mesmo que por coerção. Nesse caso a vida está representada, concretamente, na atividade física, na medida em que esta vida representada é a eliminação da morte ou o afastamento de consequências graves da doença como concretude.

A presença de comorbidades, como artrite, em pessoas acometidas de HAS podem ter um impacto adicional no comportamento de saúde e na restrição da atividade física (HAMER, 2010). Essa relação pode ser visualizada a partir das narrativas de alguns dos entrevistados, a exemplo do E26 e E28. Entretanto, outras justificativas sobre o não seguimento da prática de atividade física emergiram nos discursos: sobrecarga com atividades domésticas e responsabilidades familiares, descritas apenas pelas mulheres entrevistadas (uma questão que envolve disparidades de gênero e as representações sociais sobre o papel e lugar da mulher na sociedade, mas que não iremos discutir por não ser este o nosso objeto de análise), companhia, motivação, poder aquisitivo e tempo.

Em contexto similar, sobre as representações da HAS e do seu tratamento, observou-se um sentimento de culpa, por parte dos depoentes, por muitos não conseguirem realizar a atividade física, seja pela falta de tempo, pela não satisfação na realização ou pela falta de recursos financeiros (SILVA; BOUSFIELD, 2016). No nosso estudo, esse sentimento não foi observado.

Os discursos apresentados no Quadro 02 nos fazem pensar, ainda, na fragilidade da APS, principalmente, no tocante à escuta atenta do usuário (enquanto pessoa e não paciente), por parte dos profissionais. Tem-se uma concentração de enfoque para o contorno biológico e individual da pessoa adoecida, “explicando o fenômeno da saúde como bom funcionamento do organismo e como responsabilidade individual, separando o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial, de sua classe e dos condicionamentos de sua situação social” (MINAYO, 2014).

Dito isso, cabe refletirmos sobre a relação profissional de saúde/pessoas acometidas com HAS, na APS, ressaltando algumas nuances específicas desse contato. Portanto, as práticas de controle (não)farmacológicas assumem um sentido distinto para cada um desses atores. A HAS, para o médico, é um valor numérico (que é um símbolo, ou representante ou expressão, na cultura médica, da hipertensão). Esta se inscreve, para o médico, na perspectiva temporal da consulta e no espaço do organismo alheio como suporte de uma pressão (LEFÈVERE, 1991). Para a pessoa, a HAS é representada, simbolizada, expressada, sobretudo, por um sintoma, por uma sensação corporal, que se inscreve na temporalidade do dia a dia e no espaço do seu organismo como suporte desta sensação. A pressão que não se traduz por sintomas ou desfechos não é o seu objeto, mas o objeto dos profissionais de saúde (LEFÈVERE, 1991).

Categoria 3. Cessação do tabagismo ou álcool

O tabagismo e consumo de álcool são considerados fenômenos sociais complexos. O ser humano fez/faz uso de substâncias psicoativas, com finalidades religiosas, curativas, relaxantes ou simplesmente recreacionais e durante muitos anos estes hábitos foram vistos como uma opção por um estilo de vida, sendo considerados um problema de saúde pública somente a partir da metade do século XIX (CANESQUI; GARCIA, 2005).

Na missa católica, por exemplo, o vinho (bebida alcoólica) é utilizado como um dos centros de “representação” da presença do próprio Cristo que doa seu corpo (pão) e sangue (vinho) em alimento aos fiéis. Esse processo de objetivação reproduz um conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2015) e é típico das representações sociais, sendo creditado por esta religião como mistério de fé. Ou seja, está baseado nas crenças e interpretações de um grupo religioso sobre os escritos bíblicos, podendo ser entendido de forma diferente por outros seguimentos que apresentam representações sociais distintas. Para estas últimas, não realizar o consumo de bebidas alcólicas pode ser, inclusive, uma condição e/ou identificação de pertença ao grupo como é possível visualizar nas falas dos depoentes E19 e E29. O compromisso pode oscilar entre uma obrigação social, ou seja, uma conduta que o social impõe ou ser fruto do próprio protagonismo dos indivíduos no desenvolvimento de sua fé.

Os discursos (Quadro 03) evidenciam que o grupo percebe a existência de apoio externo (família, religião, profissionais de saúde e doenças/sintomas) para cessar o fumo e o consumo de bebidas alcólicas, mas acreditam que ambos só podem ser interrompidos se existe o “querer” no sentido de decisões pessoais que na verdade podem ser, também, sociais como visualizado nos relatos de E05, E16, E24 e E27 (consumo de álcool) e o E22 e E31 (tabagismo).

Outro ponto importante para cessar o tabagismo é o “medo da morte”, tendo peso fundamental na vida dos indivíduos, como pode ser visualizado na fala do E29. Essa relação entre cigarro e morte se fundamenta na divulgação feita pelos meios de comunicação e serviços de saúde sobre os efeitos do cigarro. Sua associação com muitas enfermidades, como o câncer, que podem levar ao óbito é a objetivação (MOSCOVICI, 2015) da doença em um desfecho conhecido, observadas nas embalagens dos produtos de tabaco.

Quando os dois entrevistados que ainda fumavam e o que consumia bebida alcoólica, foram questionados se algum profissional de saúde os orientou sobre os temas tabagismo ou álcool e suas implicações, apenas os fumantes responderam afirmativamente. Nos discursos emergiram as dificuldades sentidas para a cessação do tabagismo:

E16. Parar de fumar. Eu não consigo. Só se tiver hospitalizado uma semana. (...) porque até a primeira semana é difícil controlar. É difícil. A ansiedade é muito grande. O cara fica realmente a, como é que se diz, palpitando um cigarrinho, não adianta.

E17: Pediram para eu parar, mandaram que eu parasse o cigarro, né. Mas só que está sendo difícil para mim. Eu não tô conseguindo.

O ato de fumar não é uma simples escolha. O tabagismo é classificado pela OMS como uma doença grave. Inicialmente, a cessação do fumar provoca uma série de sintomas desagradáveis, denominada “síndrome de abstinência”: irritabilidade, ansiedade, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, depressão, cefaleia, constipação intestinal e aumento do apetite (BRASIL, 2008).

Na fala do E16, podemos notar a ansiedade como característica presente. O depoente relata uma tentativa malsucedida de pôr fim ao hábito, possivelmente decorrente da síndrome supracitada, talvez não representada, de forma explícita, como doença para o depoente, mas latente na sua fala ao acreditar que necessita de uma hospitalização. Ninguém é hospitalizado sem que esteja doente.

As sentenças denotam, ainda, um sentimento de impotência para a cessação do tabagismo: “*eu não consigo*”, “*é difícil*”, “*não adianta*”, “*tá sendo difícil*” e “*eu não estou conseguindo*”. Isso aponta para a necessidade de um olhar direcionado para a totalidade do tabagista, o que inclui a cultura específica na qual está inserido, o núcleo familiar disponível e a sua subjetividade, entre outros fatores que estão para além da doença.

Os produtos do tabaco são obrigados, por lei, desde 2001 a advertir o usuário sobre as implicações do uso, a partir de fotos em uma das faces dos maços, acompanhadas do número do Disque Saúde - Pare de Fumar. O Brasil foi o segundo país a adotar essa medida no mundo, depois do Canadá. O objetivo dessa campanha é atingir a população de menor escolaridade, diminuir o número de adeptos do cigarro e os estímulos para iniciação do tabagismo (BRASIL, 2008).

Por fim, cabe a ressalva de que as modificações de hábitos de vida envolvem mudanças de padrões comportamentais multideterminados e, por isso, não podem ser consideradas como escolhas individuais livres e descontextualizadas (COTTA et al., 2009).

Categoria 4. Medicamentos

Como neste estudo, outros trabalhos (RIBEIRO, 2011; SILVA; BOUSFIELD, 2016; COTTA et al., 2009), observaram a representação social da hipertensão arterial associada, predominantemente, ao controle da doença a partir da medicação. Para muitos (consultar discursos do E4, E10, E11 e E15 - presentes no quadro 04), tomar a “pílula” todo dia, na hora certa, se torna um hábito. O medicamento, na concepção dos usuários desta pesquisa, foi considerado como o cuidado mais eficaz para o controle da hipertensão arterial.

Os entrevistados atribuem sentido ao medicamento a partir das suas próprias experiências de consumidores e das representações sociais associadas direta ou indiretamente – por exemplo, através da opinião do médico – a essa mercadoria (LEFÈVERE, 1991). O “tratamento médico sem remédio” parece eminentemente inatingível para a nossa cultura (MOSCOVICI, 2015).

O medicamento enquanto símbolo de saúde – inclusive na medida em que o usuário leigo não tem ideia de como ele funciona no organismo – é a possibilidade mágica, que a ciência, através da tecnologia, tornou acessível, de materializar, representar, numa pílula ou em algumas gotas, este valor/desejo, sob a forma de prevenção, remissão, triunfo definitivo (na cura) e reproduzido no dia a dia (no controle), sobre o cortejo de males do corpo e da alma que afetam o homem, e sobre as “carências” ou “limitações” inerentes a condição humana (...) (LEFÈVERE, 1991).

A relação simbólica com o medicamento é muitas vezes inconsciente (LEFÈVERE, 1991). E, aqui vale explicitar o conceito de ancoragem, um dos processos responsáveis pela (re)produção de representações sociais.

Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa (MOSCOVICI, 2015). O conceito de ancoragem pode ser apreendido através das falas do E12 e E16, quando substituem o medicamento pela marca comercial, classificando-o com os nomes “losartana” e “Ara2”, respectivamente. Verifica-se, nestes discursos, a construção de uma relação simbólica entre indivíduo e rótulo. Contudo, é importante frisar que tais relações, estabelecidas para com o rótulo, não advém, apenas, dos usuários, mas de toda uma categoria de agentes sociais como o vizinho, o farmacêutico, entre outros, mas também pelo sujeito institucional médico que o adota como uma constante na cena terapêutica baseado na crença que, frente à doença, a saúde só pode vir de um objeto (como o medicamento), que passa assim a incorporá-la, a representá-la, a simbolizá-la (LEFÈVERE, 1991).

Para compreensão do poder simbólico do medicamento se faz necessário, ainda, considerar a consulta médica como um parêntese organicista no espaço da saúde/doença. Neste ambiente, restrito e restritor, fala-se e age-se, pragmaticamente, sobre o enfermo (LEFÈVERE,

1991). É fato que nossa sociedade está, ainda, apoiada, bem como a formação dos profissionais de saúde, numa atenção à saúde prescritiva e centrada na doença, pensada para a resolução de todos os problemas por meio de medicamentos (RIBEIRO, 2011; COTTA et al., 2009; MENDES, 2012; ALMEIDA; PAZ; SILVA, 2011).

Se faz pertinente, ainda, destacar dois conceitos importantes para o entendimento das representações sociais: o universo consensual e reificado, ou o lugar que as representações ocupam numa sociedade pensante. No universo consensual, a sociedade é encarada como um grupo de pessoas que são iguais e livres, podendo cada pessoa falar em nome do grupo. A longo prazo, esses discursos vão criando nós de estabilidade e recorrência, entre seus praticantes. As pessoas tendem a compartilhar um estoque implícito de imagens e ideias que são consideradas certas e mutuamente aceitas, entre os constituintes do grupo (MOSCOVICI, 2015).

Já no universo reificado, a sociedade é enxergada como um sistema de pessoas desiguais, com papéis e classes diferenciadas. E, somente a competência adquirida determina o grau de participação do indivíduo, de acordo com o seu mérito. Mediante o exposto, pode-se dizer que as ciências são os meios pelos quais podemos compreender o universo reificado, enquanto as representações sociais caracterizam aquilo que foi denominado universo consensual (MOSCOVICI, 2015).

Os discursos dos depoentes relacionados às orientações dos profissionais de saúde, quanto à tomada de medicamentos, mostram um exemplo do que pode ser entendido como universo consensual nas expressões: “*direitinho*”; “*remédio certo*”; “*na hora certa*” e “*não deixar de tomar*”. Trata-se de um consenso representacional do grupo sobre a necessidade de utilização correta do medicamento anti-hipertensivo (Quadro 04), um consenso formado pelas pessoas que usam o medicamento no controle da doença, mas construído, sobretudo pelo poder de persuasão dos profissionais da ESF, em especial, os médicos que prescrevem os medicamentos.

Enquanto que, o discurso presente na bula (mesmo sendo ambíguo, por envolver dois receptores mutuamente excludentes: o médico e o “leigo”) relaciona-se com o universo reificado. O sujeito que presta o “aconselhamento” no discurso escrito e fala, com autoridade social, sobre a posologia e o modo de usar o medicamento conforme descrição da bula é, pois, a Ciência reificada na Mercadoria, sendo assim, socializa o discurso terapêutico e retira parte do poder simbólico do médico (LEFÈVERE, 1991).

O controle da doença efetuado pelo medicamento e/ou outro recurso terapêutico utilizado faz com que indivíduos, apesar de permanecerem acometidos por HAS, passem a conviver com menores limitações. Dada a incapacidade de eliminar o Ser doente; implica em

aceitar, resignadamente, a ideia de conviver com esse Ser, que não pode ser eliminado, já que o máximo que o medicamento pode fazer é contribuir para a reprodução permanente de um estar saudável (LEFÈVERE, 1991). Alguns recortes das entrevistas desta pesquisa mostram o reconhecimento da eficiência simbólica (processo de obtenção da saúde) dos anti-hipertensivos no controle da doença. O que pode ser analisado por intermédio das frases: “*eu tô tomando direitinho*”; “*eu faço religiosamente*”; “*eu tomo meu remédio certo*” e “*Deus me livre de eu deixar de tomar meus remédios*”; “*(...) e ela está controlada*”.

A pesquisa revelou, ainda, o uso de ervas, hortaliça-fruto, planta, folhas de plantas e frutos, como método alternativo para o controle da HAS, pelos entrevistados, assim como em outros estudos (GEBREZGI; TREPKA; KIDANE, 2017; LEAO E SILVA et al., 2013; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). Essa utilização de medicina tradicional, pode significar a percepção da doença de uma forma mais holística, promovendo a totalização homem-natureza-cultura. As terapias alternativas podem oferecer uma resposta integral aos usuários, levando em conta não apenas os aspectos inerentes ao corpo físico, mas psicológicos, sociais, espirituais e existenciais. Para muitos profissionais da saúde, a doença é acima de tudo um fenômeno somático; já para os “leigos”, a doença se manifesta no corpo, mas o transcende indiscutivelmente (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

A doença não está, exclusivamente, relacionada ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais de forma histórica. No plano das representações, o indivíduo julga seu estado adoecido, não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos. No médico, ele busca a legitimidade da definição de sua situação e, a partir dessa legitimação, expressa atitudes e comportamentos ligados a seu estado. Agindo assim se torna doente para o outro/para a sociedade (MINAYO, 2014).

A natureza qualitativa do estudo foi útil na identificação de barreiras que podem não ser verificadas nas pesquisas de caráter quantitativo, na compreensão contextualizada das percepções e representações sociais dos usuários da APS e na elucidação das perspectivas destes sobre os princípios de gestão da HAS. Entretanto, a natureza relatada de algumas práticas pode estar sujeita a viés de memória ou de interpretação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante a relevância dos aspectos psicossociais e as representações sociais da terapêutica, podemos inferir que o estabelecimento de uma relação interativa entre os profissionais de saúde e as pessoas acometidas de HAS possa vim contribuir para mudanças na forma de tratar/lidar

a/com doença. Um olhar holístico diante a pessoa acometida de HAS, bem como novas metodologias comunicativas/orientativas/ interativas constituem algumas possibilidades de mudança nesse processo.

Sendo assim, a educação em saúde e a educação nutricional podem ser consideradas um caminho para o estímulo da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Nesse caso, é importante retomar a ideia de que para os “leigos” assim como para profissionais de saúde, a doença é expressa no corpo. Contudo, na visão do primeiro grupo esse fator (doença) o perpassa associando-se a condições socioeconômicas, existenciais, psicológicas, religiosas/espirituais.

A ampliação do olhar dos profissionais de saúde para com as pessoas acometidas de hipertensão e suas representações sociais acerca da doença, bem como o estímulo ao autocuidado e conseqüente corresponsabilização do usuário no seu tratamento, certamente contribuirá para a autonomia dos usuários, para uma conseqüente redução da terceirização da saúde ao medicamento e para o planejamento de ações terapêuticas mais efetivas e integrativas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G.B.S.; PAZ, E.P.A.; SILVA, G.A. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p. 459-465, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BOOG, M. C. F. **Educação em Nutrição: integrando experiências**. Campinas, SP: Komedi, 2013.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. (org) **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- COTTA, R. M. M. et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 823-835, 2009.
- COUTINHO, F. H. P.; SOUZA, I. M. C. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 397-411, 2011.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008 .
- GARCIA, R.W.D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 51-68, 1997.
- GEBREZGI, M.; TREPKA, M.; KIDANE, A. Barriers to and facilitators of hypertension management in Asmara, Eritrea: patients' perspectives. **J Health Popul. Nutr.**, v. 36, n. 11, p. 02-07, 2017.
- HAMER, M. Adherence to healthy lifestyle in hypertensive patients: ample room for improvement? **Journal of Human Hypertension**, v. 24, p.559–560, 2010.
- LEAO E SILVA, L. O. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 121-128, 2013.
- LEFÈVERE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 14-17, 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em psicologia Social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

OLIVEIRA, D.C. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z,A. (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos.** Brasília: Technopolitik, p. 585-623, 2011.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PIRES, D. E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.87-112, 2011.

SILVA, M. L. B.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais da hipertensão arterial. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 895-909, 2016.

ORIENTAÇÕES	DIFICULDADES
<p>E2: Todos os cuidados que tem para a pressão pra, assim, alimentação (...) as coisas que eu não devo, não devo comer, né? Vou falar os dois (...) gordura, sal, foram os dois que eu lembrei.</p>	<p>E2: A dificuldade é eu mesmo, né. Porque eu não, não faço o certo, como deveria fazer. Porque às vezes a gente come o que não deve comer, né, no caso, a gordura, sal. Essas duas coisas que eu... me prendo mais a não fazer, mas, às vezes, a gente passa do limite né e faz.</p>
<p>E14: Só o negócio da comida, né. Sal que não pode comer. Ele (referindo-se ao médico) fala para a gente o que tem de comer e o que não tem, né... a alimentação. Eu não como assim fora das regras dos que médicos manda aqui.</p>	<p>E14: Às vezes é cabeça dura mesmo. Não segue a orientação dos médicos, né. (...) dá vontade de comer vai lá e come. Aí depois está passando mal. Eu não como. Coco, eu gostava de comer uma moqueca, eu não como mais, né. Não tenho condições mais de comer.</p>
<p>E22: A alimentação certa. O que posso comer, o que não posso. E eu tô cumprindo com isso. (...) comer feijão com arroz, certo? As vezes um cuscuz com um ovinho estralado. Não é muito bom não o cuscuz, mas eu como, entendeu? E um pão também, né. Ele torrado.</p>	<p>E22: O governo nos deu 17 mil reis. Isso é o que? Não dá para comprar um quilo de carne. Um quilo de carne boa, da boa é 22, 20, 22. Ele deu 17. Salário mínimo de ano em ano, ói, ói. Deu o que? Nada. Como é que a gente vai viver? Água, cara luz, te tudo, enfim. Tudo suspendendo gás de cozinha. É um absurdo. Ele quer que a pessoa roube. É porque a gente tem vergonha, num, não vai chegar a isso né. Mas...</p>
<p>E23: Só fala assim, negócio, de comida eu já sei há muito tempo, né, de quando a gente começa a caminhar para médico já fala, né. (...) diz que não pode comer comida assim que faz engordar, mas eu sou teimosa ((entrevistada sorri)) e eu, de vez em quando, eu quero sentir o gosto e como.</p>	<p>E23: Alimentação eu faço o que eu posso ((a entrevistada sorri)). É, porque assim. O certo, eu sei que o certo da pessoa comer, quando está da minha idade por aí, ou tanto faz como a pessoa quiser, é comer comidas carne sempre assada, grelhada né. Eu não suporto essas, assim, se for na brasa, tudo bem. (...) no óleo, detesto, não gosto, não gosto, me sinto mal aí eu passo só ou numa gordura de porco ou na manteiga nessas, né, mais simples, margarina.</p>
<p>E27: Quando eu tive um pré-infarto, tanto a médica da SAMU quanto a minha médica da família pediu para eu cuidar da alimentação. (...) comer um arroz integral. Arroz integral eu não gosto, pelo amor de Deus. Eu já comprei, já fiz a experiência. Não tem como. Eu não consigo comer arroz integral, mesmo quando eu tive esse pré-infarto, eu não consegui. Franguinho com arroz branco, ainda vai lá (...)</p>	<p>E27: É só mesmo verdura que eu não sou de comer certos tipos de verdura, eu não como, sou muito... menos massa, mais só meio relaxada para esse negócio de comida, mesmo. É porque é rotina. Eu não gosto de rotina. A comida é um diferencial.</p>

Quadro 1. Discursos sobre as orientações relacionadas à alimentação na terapêutica anti-hipertensiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, 2018.

ORIENTAÇÕES	DIFICULDADES
<i>E2: Fazer hidroginástica. Caminhada.</i>	<i>E2: (...) eu tô tomando conta do meu pai e ele não podia ficar só, né. Tem muita gente em casa, mas cada um cuidando de sua vida, de sair para trabalhar.</i>
<i>E4: Uma vez eu fui para o médico e tinha um estagiário com ele. Aí ele falou que eu devia fazer uma atividade física. Assim, uma caminhada, senão entrar numa aula de ginástica, uma coisa assim.</i>	<i>E4: (...) eu tenho assim um pouco de dificuldade porque realmente eu não tenho uma pessoa para fazer uma caminhada comigo assim de manhã, senão à tarde. Que a gente sozinha fica um pouco chato, né?</i>
<i>E10: O médico mandou eu fazer uma atividade física, entendeu? E mandou eu me cuidar porque isso pode causar um derrame ou um infarto. Fazer umas caminhadas ou ir para uma academia que ele disse que ajuda bastante, entendeu?</i>	<i>E10: E eu comecei a fazer caminhada. (...) eu acho assim... cansativo. Não sei se é porque eu tomo conta da casa, sabe. É eu que faço tudo aqui, sabe. Mas toda de manhã eu vou. Cinco e meia da manhã eu já tô na pracinha fazendo minhas caminhadas.</i>
<i>E26: Fazer atividade física.</i>	<i>E26: (...) eu não posso está fazendo física por causa do joelho, né. A artrose não me permite mais que eu fique caminhando.</i>
<i>E23: Ói, manda caminhar, manda é fazer academia.</i>	<i>E23: Academia não posso fazer porque não tenho condições ((a entrevistada sorri)). (...) o meu tempo não dá muito, minha luta, eu nessa idade já tô cansada. Eu costuro, eu tenho, assim, um botecozinho aqui de lado. (...), mas, tirando tudo isso. Aí eu não posso está, saindo para fazer caminhada. Ir para a academia é como eu disse, custa dinheiro.</i>
<i>E28: (...) fazer atividade física.</i>	<i>E28: Porque eu tô com problema de joelho, artrose e minha... cartilagem tá gasta. (...) eu fazia, caminhava muito. Inclusive, por esses dias eu temi fui fazer as caminhadas e fiquei dois dias em casa sem poder andar, com o joelho muito dolorido.</i>

Quadro 2. Discursos sobre as orientações e dificuldades relacionadas à atividade física na terapêutica anti-hipertensiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, 2018.

CESSAÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL	CESSAÇÃO DO TABAGISMO
<i>E05. Porque não quis mais.</i>	<i>E04. Porque o meu marido pediu.</i>
<i>E09. Porque o médico mandou. Porque fazia mal.</i>	<i>E05. Porque não quis mais.</i>
<i>E16. Não foi feita para mim.</i>	<i>E19. Me tornei evangélica.</i>
<i>E19. Me tornei evangélica.</i>	<i>E22. Não quis mais por fazer mal a saúde e ao bolso.</i>
<i>E22. Porque fiquei doente.</i>	<i>E24. Porque o médico pediu.</i>
<i>E23. Comecei a sentir o coração acelerar.</i>	<i>E29. Porque me deu uma agonia quando o médico me atendeu ele disse "você quer viver? O cigarro mata".</i>
<i>E24. Porque eu vinha da praia, uma filha de cada lado me segurando e as unhas arrastando na areia da praia. Depois vi minhas unhas comidas e disse: 'não vou beber mais'.</i>	<i>E30. Porque acho que ofende.</i>
<i>E27. Cismeí do nada. Deixei e esqueci.</i>	<i>E31. Porque quis.</i>
<i>E29. Parei depois que eu conheci a religião, o estudo bíblico.</i>	
<i>E31. Parei quanto tive o primeiro AVC.</i>	

Quadro 3. Discursos sobre os motivos relacionados à cessação do álcool e tabagismo na terapêutica anti-hipertensiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, 2018.

RECOMENDAÇÕES FARMACOLÓGICAS

E4: Que era para eu continuar tomando direitinho né, nas horas certas né, no dia certo, de manhã e à noite, como eu tomo, né.

E10: E mandou eu tomar os remédios direitinho. Que não é para eu deixar de tomar de jeito nenhum. É acabando e eu voltando lá para pegar mais. Foi o que ele falou. E tô tomando meus remédios direitinho.

E11: Para tomar o remédio certo, né. ((o entrevistado tossi)). (...) tomar os remédios na hora certa, todos eles avisam né. E eu faço. É eu faço religiosamente.

E12: Fui para o, para o clínico geral, aí sempre a pressão estava alta. Aí, ele disse que eu estava no grupo de hipertenso. Mas, só passou a medicação, que é losartana e o outro e o do colesterol que eu não gravei o nome, está ali. Mas outra orientação, nenhuma.

E13: Ele falou, “Olhe dona E13, sua pressão tá alta, eu vou mudar uns remédios.”

E15: Só disse que eu para eu tomar o remédio certo, né. Para não ter complicação depois, né. E quando eu não tomo assim o remédio certo assim, que eu esqueço, eu sinto, eu já disse a ele até que eu fico, sinto algo diferente na minha cabeça... Aí eu disse, ele disse “olhe, faça o melhor possível pra você tomar seu comprimidinho certo, né” (...) ele disse tome o remédio certinho. Não é para errar. Aí eu tomo meu remédio certo, graças a Deus. (...) Ave Maria, Deus me livre de eu deixar de tomar meus remédios.

E16: A médica mediu, aferiu a pressão e me passou o remédio, o Ara2, que eu tô tomando até hoje, e ela está controlada.

E20: Me orientaram para a hipertensão porque em uma ocasião eu fui um pouco desobediente com os cuidados da hipertensão e, o médico me reclamou que eu não fizesse o que eu tinha feito. Oia como fica. E me chamou a atenção que eu não deixasse jamais de tomar o medicamento, que eu tinha feito isso.

Quadro 4. Discursos sobre as orientações farmacológicas na terapêutica anti-hipertensiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju/SE, 2018.

REFERÊNCIAS GERAL

- ABEGUNDE, D.O.; MATHERS, C. D.; ADAM, T.; ORTEGON, M.; STRONG, K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v.370, n. 9603, p. 1929-38, 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.
- ALMEIDA, G.B.S.; PAZ, E.P.A.; SILVA, G.A. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p. 459-465, 2011.
- ALVES, C. G.; MORAIS NETO, O. L. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 641-654, 2015.
- ANDRADE, S. S. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.
- AZEVEDO, E. C. C. et al. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal - uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.5, p. 1447-1458, 2014.
- BACKES, M.T.S.; et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARRETO, M. N. S. C. et al . Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 413-424, 2015.
- BARRETO, M. S. et al . Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 795-804, 2018.
- BARROS, J. A. C. Nuevas tendencias de la medicalización. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl., p. 579-587, 2008.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.A. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p. 51-86.
- BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 15, n. 1, p. 9-14, 2012.

BOOG, M. C. F. **Educação em Nutrição: integrando experiências**. Campinas, SP: Komedi, 2013.

BORIM, F. S. A. et al. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 714-722, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira. Brasília: Anvisa, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 24, de 15 de junho de 2010. Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional. **D.O.U - Diário Oficial da União**; Poder Executivo. Brasília, DF, 29 de julho de 2010. Seção 1, p. 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. (org) **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

CAPRA, F. **A teia da vida**. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996. 256 p.

CARNEIRO, D. Prescrição de exercício físico: a sua inclusão na consulta. **Rev Port Clin Geral**, Lisboa, v. 27, n. 5, 2011.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012 .

CLARO, R. M. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, 2015.

COELHO, E. B. et al. Relação entre a Assiduidade às Consultas Ambulatoriais e o Controle da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos. **Arq Bras Cardiol.** v.85, n. 3, p. 157-161, 2005.

COTTA, R.M.M.; GOMES, A.P.; MAIA, T.M.; MAGALHÃES, K.A.; MARQUES, E.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** v.31, n.3, p.278-286, 2007.

COTTA, R. M. M. et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 823-835, 2009.

COTTA, R.M.M.; MENDONÇA, E.T.; COSTA, G.D. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 30, n. 5, p. 415-421, 2011.

COUTINHO, F. H. P.; SOUZA, I. M. C. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 397-411, 2011.

DINICOLANTONIO, J. J.; LUCAN, S. C. The wrong white crystals: not salt but sugar as aetiological in hypertension and cardiometabolic disease. **Open Heart**, v. 1, p. 1-8, 2014.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, v. 46, Sup. 1. p.126-134, 2012.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.

FERRAZ, S T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **RAP**, Rio de Janeiro, n. 2, p.49-60, 1998.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.53, n.5, p. 617-624, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008 .

FOROUZANFAR, M. H. et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 386, n° 10010, p.2287–2323, 2015.

GAKIDOU, E. et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 390, n° 10100, p1345–1422, 2017.

GARCIA, R.W.D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **Physis**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 51-68, 1997.

GEBREZGI, M.; TREPKA, M.; KIDANE, A. Barriers to and facilitators of hypertension management in Asmara, Eritrea: patients' perspectives. **J Health Popul. Nutr.**, v. 36, n. 11, p. 02-07, 2017.

GIROTTO, E. et al . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GUPATA, P. et al. Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. **Hypertension**, v. 69, n. 6, p. 1113-1120, 2017.

HAMER, M. Adherence to healthy lifestyle in hypertensive patients: ample room for improvement? **Journal of Human Hypertension**, v. 24, p.559–560, 2010.

HYMAN, D. J. Hypertension: Does Polypharmacy Lead to Nonadherence or Nonadherence to Polypharmacy? **Hypertension.**, Dallas, v.69, p.1017-1018, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF. **The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome**. IDF, 2006, 16 p.

JACKSON, S. L. et al. Prevalence of Excess Sodium Intake in the United States — NHANES, 2009–2012. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 64, n. 52, p. 1393-1397, 2016.

LEAO E SILVA, L. O. et al . Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 121-128, 2013.

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

LEFÈVERE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LOBO, L. A. C. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 1- 13, 2017.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 14-17, 2016.

- MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.
- MALTA, D. C.; SILVA JR; J. B. da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.
- MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev Saude Publica.**, v. 51, Supl. p.1s-11s, 2017.
- MASSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015.
- MEDEIROS, S. M. et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3377-3386, 2016.
- MENEZES, T. N.; OLIVEIRA, E. C.T.; FISCHER, M. A. T. S; ESTEVES, G. H. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.**, v. 34, n. 2, p. 117-124, 2016.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MENDES, L. V. P.; EMMERICK, I. C. M.; LUIZA, V. L. Uso de medicamentos entre portadores de doenças crônicas: um estudo observacional no estado do Espírito Santo. **Rev Bras Farm**, v. 95, n. 2, p. 732-47, 2014.
- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. 2009.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em psicologia Social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 395-404, 2015.
- MOZAFFARIAN, D. et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. **N Engl J Med**, v. 371, n. 7, p. 624–634, 2014.

NASCIMENTO, B. R. et al. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares em Países de Língua Portuguesa: Dados do "Global Burden of Disease", 1990 a 2016. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONCALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 415-428, 2012.

OLIVEIRA, D.C. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, p. 585-623, 2011.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012.

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008.

PEACOCK, E.; KROUSEL-WOOD, M. Adherence to Antihypertensive Therapy. **Med Clin North Am.** v.101, n.1, p. 229-245, 2017.

PEREIRA, T. T. S. O; BARROS, M. N. S; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PIRES, D.E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [Online]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

RADIGONDA, B.; SOUZA, R. K. T.; CORDONI JUNIOR, L. Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 423-431, 2015.

RAHIMI, K. Bending the blood pressure curve down: are we succeeding? **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 3-4, 2017.

REDDY, K. S. Global Burden of Disease Study 2015 provides GPS for global health 2030. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1448 – 1449, 2016.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 126-136, 2014.

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.87-112, 2011.

RIBEIRO, Í. J. S. et al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 432-440, 2015.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.12, p. 2389-2398, 2010.

SARNO, F. et al. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009. **Rev Saúde Pública**, v.47, n. 3, p. 571-578, 2013.

SANTOS, M. V. R et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-61, 2013.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Rev Saúde Pública**, v.41, n. 5, p.788-796, 2007.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1949-1961, 2011.

SCHUSTER, J.; DE OLIVEIRA, A. M.; DAL BOSCO, S. M. O Papel da Nutrição na Prevenção e o Tratamento de Doenças Cardiovasculares e Metabólicas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 28, 2015.

SILVA, M. L. B.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais da hipertensão arterial. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 895-909, 2016.

SOUZA, C. S. et al. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 102, n. 6, p. 571-578, 2014.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública.**, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

TAVARES, N. U. L. et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 315-23, 2015.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 10s, 2016.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia**, México, DF, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization; 2003a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report FAO/WHO Expert Consultation**. Geneva: World Health Organization; 2003b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008: primary health care now more than ever**. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity**. (WHO Technical Report Series n. 894). Geneva: WHO; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. (WHO Technical Report Series, n. 854). Geneva: WHO; 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting, 5-7 october 2006, Paris; 2006**. Geneva: WHO; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: WHO; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO; 2013.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 4, supl., p. 1-20, 2013.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ID =

FORMULÁRIO DE PESQUISA ESTRUTURADO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

1. Data da coleta: ____/____/____
2. Nome do Participante: _____
3. Data de Nascimento: ____/____/____
4. Idade (anos completos): _____
5. Sexo: (0) Feminino (1) Masculino
6. Estado Civil:
 1. () Solteiro(a)
 2. () Casado(a)/Amasiado(a)
 3. () Divorciado(a)/ Separado(a)
 4. () Viúvo(a)
7. Escolaridade: (considerar escolaridade completa)

1. Analfabeto	
2. Alfabetizado	
3. Fundamental I	
4. Fundamental II	
5. Médio Completo	
6. Superior Completo	

8. O (a) Sr.(a) é praticante regular de alguma crença religiosa ?
 0. () Sim
 1. () Não
9. Situação no mercado de trabalho:
 0. () Ativo(a). Carga horária/dia ____ h
 1. () Aposentado(a). Há quanto tempo? ____ meses
10. Renda total da família em R\$ _____ (Levar em consideração a média dos últimos 3 meses)
11. Qual o número de pessoas que dependem dessa renda? _____

II - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

1. Tempo de diagnóstico clínico da Hipertensão Arterial Sistêmica (em anos completos): _____
2. Quais são os medicamentos de uso contínuo prescrito pelo médico em uso atualmente?

Medicamentos em uso	Tempo de uso (em anos completos)

3. O (a) Sr. (a) segue corretamente a prescrição médica? (0) Sim (1) Não
4. O (a) Sr. (a) comparece aos retornos das consultas médicas? (0) Sim (1) Não
5. O (a) Sr. (a) toma algum outro medicamento, além desses que foram prescritos pelo médico?
(1) Sim (0) Não

6. O (a) Sr.(a) utiliza algum tipo de remédio caseiro/chá no tratamento da hipertensão arterial?
(1) Sim (0) Não

7. Como o(a) Sr.(a) classifica a sua saúde?

- | | | |
|------------------|----------------|-------------------|
| 1. () Muito Boa | 3. () Regular | 5. () Muito Ruim |
| 2. () Boa | 4. () Ruim | |

III – ESTILOS DE VIDA

1. Atualmente, consome bebida alcoólica? (1) Sim (0) Não. (Se não, pular para a questão 3).
2. Frequência de consumo:
 1. Diária

2. Semanal

3. Mensal

3. Já consumiu bebida alcoólica? (1) Sim (0) Não. Se sim, por que parou?

4. Atualmente, fuma? (1) Sim (0) Não. (Se não, pular para a questão 6).

5. Número de cigarros por dia: _____

6. Já fumou? (1) Sim (0) Não. Se sim, por que parou?

7. Realiza alguma prática regular de atividade física (30 minutos por dia, pelo menos 5 dias da semana)?

(0) Sim (1) Não

8. Como considera a prática de atividade física?

1. () Animada, divertida
2. () Obrigação pela saúde
3. () Chato, difícil, cansativo

9. Em média, quantas horas por dia o (a) Sr.(a) costuma ficar assistindo televisão? _____ h/dia.

10. Como o Sr.(a) classifica sua alimentação?

- | | | |
|------------------|----------------|-------------------|
| 1. () Muito Boa | 3. () Regular | 5. () Muito Ruim |
| 2. () Boa | 4. () Ruim | |

11. Consumo mensal/per capita de sal, açúcar e óleo de adição.

1. Consumo mensal de sal: _____ (adotando 1kg de como referência)
2. Consumo mensal de açúcar: _____ (adotando [] 1kg ou [] 5kg como referência)
3. Consumo mensal de óleo: _____ (adotando [] 900mL ou [] 450mL como referência)

Número de pessoas que fazem todas as refeições no domicílio: _____

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ID =

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

1. Antropometria:

Peso (em kg):

Estatura (em cm):

IMC (em kg/m²):

CC (em cm):

2. Pressão Arterial:

PAS (mmHg)

PAD (mmHg)

POSIÇÃO*

 0 1 0 1

* 0. Em pé e 1. Sentado



APÊNDICE C
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ID =

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR (QFA-ATS)

Nos últimos seis (6) meses com que frequência o (a) Sr. (a) está consumindo os alimentos listados nesse questionário? Qual a quantidade consumida por vez considerando a porção padrão?			
ALIMENTO	PORÇÃO PADRÃO	FREQUÊNCIA DE CONSUMO	QUANTIDADE CONSUMIDA POR VEZ
CARNES INDUSTRIALIZADAS			
Bacon	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
<i>Blanquet de peru</i>	1 fatia	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Carne de charque	1 pedaço médio	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Carne de sol	1 pedaço médio	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Carne de hambúrguer	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Linguiça calabresa/Paio	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Linguiça toscana	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
“Mini chicken” empanado	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____

ALIMENTO <i>(continuação)</i>	PORÇÃO PADRÃO	FREQUÊNCIA DE CONSUMO	QUANTIDADE CONSUMIDA POR VEZ
Mortadela	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Peru/Frango temperado congelado	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Presunto	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Salame	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Salsicha	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
ENLATADOS E CONSERVAS			
Azeitona	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Champignon em conserva	1 colher de sopa	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Palmito em conserva	1 colher de sopa	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Sardinha em conserva	1 unidade média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
LATICÍNIOS			
Manteiga com sal	1 ponta de faca	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Margarina com sal	1 ponta de faca	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Queijo de coalho	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____

ALIMENTO <i>(continuação)</i>	PORÇÃO PADRÃO	FREQUÊNCIA DE CONSUMO	QUANTIDADE CONSUMIDA POR VEZ
Queijo de manteiga (requeijão)	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Queijo minas frescal	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Queijo muçarela	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Queijo prato	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Queijo ralado	1 colher de sopa	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Requeijão cremoso	1 ponta de faca	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
PANIFICAÇÃO E MASSAS			
Biscoito <i>cream cracker</i>	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Biscoito de polvilho	1 unidade rosca	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Biscoito salgado integral	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Bisnaguinha	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Cereal matinal de milho	1 tigela pequena	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Macarrão instantâneo	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____

ALIMENTO (<i>continuação</i>)	PORÇÃO PADRÃO	FREQUÊNCIA DE CONSUMO	QUANTIDADE CONSUMIDA POR VEZ
Pão de cachorro quente	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Pão de forma	1 fatia	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Pão de forma integral	1 fatia	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Pão de hambúrguer	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Pão de leite	1 fatia	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Pão francês	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Pão tipo tortilha	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Torrada de pão francês	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Torrada industrializada	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
SAIS E CONDIMENTOS			
Catchup	1 colher de sopa	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Maionese	1 ponta de faca	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Mostarda (molho)	1 colher de sopa	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____

ALIMENTO (<i>continuação</i>)	PORÇÃO PADRÃO	FREQUÊNCIA DE CONSUMO	QUANTIDADE CONSUMIDA POR VEZ
Molho de tomate industrializado	1 colher de sopa	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Shoyu	1 colher de sopa	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
MISCELÂNEA			
Batata palha	1/2 xícara	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Batata frita ondulada industrializada	1 pacote médio	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Bauru (salgado assado)	1 unidade média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Capecetti com recheio de frango	1 prato raso	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Coxinha de frango	1 unidade média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Pastel de forno	1 unidade	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Pasta de amendoim	1 ponta de faca	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Rocambole de carne	1 fatia média	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____
Salgadinho de milho	1 pacote médio	() Raramente/Nunca () 1x/mês () 2 a 3x/mês () 1x/sem () 2 a 4x/sem () 1x/dia () 2x/dia () ≥ 3x/dia	() ½ porção () 1 porção () 2 porções () mais _____

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ID =

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos lhe convidando para participar de uma pesquisa sobre o controle da pressão arterial. O estudo **“Consumo alimentar, adesão terapêutica e representações sociais sobre o controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde”** no município de Aracaju/Sergipe, está sendo realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Alimentos, Nutrição e Saúde (NUPANS) UFS/CNPq. Os responsáveis pelo projeto são o nutricionista José Valter Costa Oliveira e a pesquisadora Dra. Kiriaque Barra Ferreira Barbosa, do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Campus São Cristóvão.

SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:

Neste termo de consentimento você encontrará as informações necessárias para que possa entender melhor a pesquisa. Caso concorde em participar e assine o seu consentimento, você receberá uma cópia deste material para guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Você, também, poderá se recusar a responder qualquer uma das perguntas feitas. Sua recusa não terá nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador.

OBJETIVO DO ESTUDO:

O objetivo do estudo é conhecer a autopercepção dos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o controle da hipertensão arterial.

PROCEDIMENTOS:

Serão aplicados formulários para avaliação das condições sociais, econômicas, demográficas, estilos de vida, consumo alimentar e adesão ao/s medicamento/s utilizado/s. serão realizadas, ainda, a aferição da pressão arterial e das medidas de peso, estatura e circunferência da cintura.

CONFIDENCIALIDADE:

Você tem a garantia de seu anonimato. Os resultados da pesquisa não estarão vinculados à sua pessoa. Somente os presentes no grupo de discussão e os pesquisadores terão acesso às respostas individuais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. A utilização dos dados é estritamente para fins de estudo.

POSSÍVEIS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Os riscos de sua participação envolvem um possível constrangimento ao mostrar partes do corpo para a aferição das medidas antropométricas e da pressão arterial e/ou ao expor fatos ou opiniões pessoais durante a aplicação dos formulários. Desta forma, entendemos que o estudo não oferecerá riscos potenciais. Os voluntários do presente estudo não serão submetidos a nenhum tipo de intervenção que possa causar danos à saúde, visto que as condutas a serem adotadas objetivam a promoção da mesma e são respaldadas na literatura científica. Estará garantido que você receberá os resultados das avaliações realizadas e que, de acordo com os resultados, receberá orientações dietéticas importantes para a sua saúde.

ASPECTOS LEGAIS:

O estudo foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos e atende às Resoluções nº 466/12 e nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe através do parecer nº: 1353331.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Você pode entrar em contato com a Profa. Dra. Kiriaque Barra Ferreira Barbosa, do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Sergipe e coordenadora do Projeto pelo telefone (79) 3194-6662, ou no endereço Avenida Marechal Rondon, S/n - Jardim Rosa Elze, São Cristóvão - SE, 49.100-000.

CONSENTIMENTO

Eu li este consentimento e me foram dadas as oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer participar, nenhum benefício poderá ser negado. Portanto, eu concordo em participar e assino abaixo em duas vias:

Assinatura ou digital do/a voluntário/a da pesquisa



O executor da pesquisa em parceria com o coordenador da mesma compromete-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente consentimento e assina abaixo, em duas vias:

José Valter Costa Oliveira

Mestrando PPGCS/UFS

Aracaju/SE, ____ de _____ de 201_.

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ID =

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

OBS: Assinatura do Termo de Voz. Falar o ID no início da gravação, com a data.

1. O(a) senhor(a) foi orientado(a) no Posto de Saúde a adotar outros cuidados, além dos medicamentos para o controle da hipertensão arterial? Fale um pouco sobre isso, por favor.

Eixos norteadores:

Modificação de hábito alimentar

Atividade Física

Parar de fumar/ parar de beber

Outra: _____

2. Quais as dificuldades o/a Sr.(a) encontra para seguir esses cuidados.

Eixos norteadores:

Falta de motivação

Falta de tempo

Apoio da família

Segurança

Financeiro

Aquisição de alimentos/ Preparo/ Fracionamento

Carência de esclarecimento/ não compreensão das informações recebidas pelos profissionais de saúde

Não deseja mudar

Não acha importante

Outra: _____

ANEXO 01

	UNIDADES/43	ENDEREÇO - USF	E-MAIL	TELEFONE_USF
REGIÃO 01	USF Antônio Alves	Rua Firmino Fontes, S/N – Atalaia	ubs.antonioalves@aracaju.se.gov.br	3179-2700
	USF Augusto César Leite	Rua Elenita Nery Gomes, S/N - Conj. Santa Tereza	ubs.augustocesarleite@aracaju.se.gov.br	3179-2701
	USF Augusto Franco	Rua H5, S/N - Conj. Augusto Franco	ubs.augustofranco@aracaju.se.gov.br	3179-3021
	USF João Bezerra	Pov. Areia Branca - Av. João Alves Bezerra	ubs.joaobezerra@aracaju.se.gov.br	3179-2508
	USF Niceu Dantas	Rod. Dos Naufragos, S/N - Povoado Mosqueiro	ubs.niceudantas@aracaju.se.gov.br	3179-2504
	USF Santa Terezinha (Robalo)	Rod. Dos Naufragos, KM 5 – Povoado Robalo	ubs.santaterezinha@aracaju.se.gov.br	3179-2507
REGIÃO 02	USF Osvaldo Leite	Av. Azul, S/N - Bairro Santa Maria	ubs.osvaldoleite@aracaju.se.gov.br	3179-3008
	USF Elizabeth Pita	Rua B 14 - Conj. Gov. Valadares - B. Santa Maria	ubs.elizabethpita@aracaju.se.gov.br	31792708
	USF Geraldo Magela	R. Central IV, S/N – Conj. Orlando Dantas	ubs.geraldomagela@aracaju.se.gov.br	3179-1704
	USF Humberto Mourão	Rua A, S/N - São Conrado	ubs.humbertomourao@aracaju.se.gov.br	3179-1708
	USF Pref. Celso Augusto Daniel	Trav. 5, S/N, Conj. Padre Pedro – Bairro Santa Maria	ubs.celsodaniel@aracaju.se.gov.br	3179-3007
REGIÃO 03	USF Hugo Gurgel	Rua Renato Fonseca Oliveira, S/N - Coroa do Meio	ubs.hugogurgel@aracaju.se.gov.br	3179-3300
	USF Ministro Costa Cavalcante	Av. Tancredo Neves S/N – Jardim Esperança	ubs.ministrocostacavalcante@aracaju.se.gov.br	3179-1443
	USF Ávila Nabuco	Rua O, S/N – Conj. Médici	ubs.avilanabuco@aracaju.se.gov.br	31797077
	USF Dona Sinhazinha	Av. Hermes Fontes S/N – Bairro Grageru	ubs.donasinhazinha@aracaju.se.gov.br	3179-1540
	USF Dr. Max de Carvalho	Rua Marize Almeida Santos, nº588 - Bairro Luzia	ubs.marxcarvalho@aracaju.se.gov.br	3179-1556
	Posto Costa Pinto	Calçada 13 de Julho	ubs.costapinto@aracaju.se.gov.br	3179-2130
REGIÃO 04	USF Joaldo Barbosa	Rua Guanabara, S/N – Bairro América	ubs.joaldobarbosa@aracaju.se.gov.br	3179-3581
	USF Irmã Caridade	Rua Principal, nº101 - Povoado Aloque	ubs.irmacaridade@aracaju.se.gov.br	3179-2941
	USF Madre Tereza de Calcutá	Largo da Aparecida, S/N - Bairro Jabotiana	ubs.madretereza@aracaju.se.gov.br	3179-3590
	USF Manoel de Souza Pereira	Rua Maria do Carmo Costa, S/N – Conj. Sol Nascente	ubs.manoeldesouza@aracaju.se.gov.br	3179-2902
	USF Fernando Sampaio	Av. São João Batista Nº986 – Conj. Castelo Branco	ubs.fernandosampaio@aracaju.se.gov.br	3179-1095
	USF Edézio Vieira de Melo	Rua Paraíba, S/N - Bairro Siqueira Campos	ubs.edeziovieira@aracaju.se.gov.br	3179-2214
USF Adel Nunes	Rua Haiti, S/N - Bairro América	ubs.adelnunes@aracaju.se.gov.br	3179-6888	
REGIÃO 05	USF Osvaldo de Souza	Trav. Adata Botelho, S/N - Bairro Getúlio Vargas	ubs.osvaldodesouza@aracaju.se.gov.br	3179-1326
	USF Maria do Céu	Rua Maruim, Nº198 – Bairro Centro	ubs.mariadoceu@aracaju.se.gov.br	3179-1374
	USF Dona Jovem	Rua Altamira S/N - Bairro Industrial	ubs.donajovem@aracaju.se.gov.br	3179-5400
	USF Amélia Leite	Rua Tenente Wendel Quaranta, nº 1863 – B. Suíssa	ubs.amelialeite@aracaju.se.gov.br	3179-1376
	USF Cândida Alves	Rua São João, S/N - Bairro Santo Antônio	ubs.candidaalves@aracaju.se.gov.br	3179-2413
REGIÃO 06	USF Francisco Fonseca	Rua Álvaro Maciel – Bairro 18 do Forte	ubs.franciscofonseca@aracaju.se.gov.br	3179-2434
	USF José Augusto Barreto	Av. Euclides Figueiredo, S/N – Bairro Japãozinho	ubs.joseaugustobarreto@aracaju.se.gov.br	3179-5405
	USF Porto Dantas	Rua Antônio dos Santos nº468 – Bairro Porto Dantas	ubs.portodantas@aracaju.se.gov.br	3179-2419
	USF José Machado de Souza	Rua Major Aureliano, nº100 - Bairro Santos Dumont	ubs.josemachado@aracaju.se.gov.br	3245-1578
	USF Eunice Barbosa	Rua Beira Rio, nº92 – Bairro Coqueiral	ubs.eunicebarbosa@aracaju.se.gov.br	3179-3415
REGIÃO 07	USF João Cardoso N Junior (CSU)	Rua Alagoas, nº2051 – Bairro José Conrado de Araujo	ubs.joaocardoso@aracaju.se.gov.br	3179-2261
	USF Anália Pina de Assis	Av. Ayrton Senna, S/N - B. Almirante Tamandaré	ubs.analipina@aracaju.se.gov.br	3179-2835
	USF Onésimo Pinto	Av. Rad. José Silva Lima, S/N - B. Jardim Centenário	ubs.onesimopinto@aracaju.se.gov.br	3179-3200
	USF J. Quintiliano da F. Sobral	Rua Santa Terezinha S/N – Bairro Getimana	ubs.josequintiliano@aracaju.se.gov.br	3179-3498
	USF Renato Mazze Lucas	Rua Cap. Manoel Gomes, nº590 - B. Santos Dumont	ubs.renatomazzelucas@aracaju.se.gov.br	3245-8592
REGIÃO 08	USF Lauro Dantas Hora	Rua Projetada, S/N - Bairro Bugio	ubs.laurodantas@aracaju.se.gov.br	3179-3254
	USF João Oliveira Sobral	Rua Senhor do Bomfim, S/N - Bairro Santos Dumont	ubs.joaooliveira@aracaju.se.gov.br	3179-2806
	USF Carlos Hardmam Côrtes	Av. Carlos Marques, S/N – Bairro Soledade	ubs.carloshardmam@aracaju.se.gov.br	3179-2805
	USF Walter Cardoso	Rua B, nº372 - Bairro Veneza	ubs.waltercardoso@aracaju.se.gov.br	3179-3210
	USF Carlos Fernandes de Melo	Av. Lamarão, S/N - Bairro Lamarão	ubs.carlosfernandes@aracaju.se.gov	3179-3906

ANEXO 02

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TRATAMENTO PARA DIABETES, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DISLIPIDEMIAS:
AUTOPERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E MÉDICOS

Pesquisador: Kiriaque Barra Ferreira Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50126515.9.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.353.331

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

No TCLE o pesquisador deverá colocar o timbre da instituição.

No item aspectos legais, ser baseado na última resolução do CNS466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

NÃO APRESENTA PENDÊNCIAS

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

ARACAJU, 07 de Dezembro de 2015

Assinado por:

Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)2105-1805

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

ANEXO 03

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO PESQUISA

Prezado Coordenador

Cumprimentando-a cordialmente, gostaríamos de agradecer a parceria e empenho das atividades curriculares junto as Instituições Formadoras.

Encaminhamos para a realização de pesquisa o aluno de mestrado da Universidade Federal de Sergipe José Valter Costa Oliveira.

O projeto de pesquisa tem como título: "Tratamento Medicamentoso como parte do controle de diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias: autopercepção de usuários no SUS."

A coleta de dados será iniciada no mês de abril de 2016.

A pesquisa será realizada conforme disponibilidade dos respondentes da mesma.

Aracaju, 13 de abril de 2016.

MARIA JOSÉ DE FREITAS PEREIRA

Coordenadora do Centro de Educação Permanente da Saúde

Maria José Freitas Pereira
Coordenadora do Centro de Educação
Permanente em Saúde - CEPS / SMS
Aracaju-Sergipe