

AMANDA GOMES RIBEIRO

**A ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: (RE) PENSANDO ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM
NUTRIÇÃO E SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Magister Scientiae*

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2010

AMANDA GOMES RIBEIRO

**A ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: (RE) PENSANDO ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM
NUTRIÇÃO E SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Magister Scientiae*

APROVADA: 31 de março de 2010.

Prof^a. Rita de Cássia Lanes Ribeiro

Prof^a. Cristina Maria Ganns Chaves Dias
(Coorientadora)

Prof. Rodrigo Siqueira Batista

Prof^a. Raquel Maria Amaral Araújo

Prof^a. Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Orientadora)

Dedico este trabalho aos meus dois maiores exemplos na vida:

*À minha mãe, **Marluce Gomes Ribeiro**, pelo exemplo de vida e coragem, pelo apoio nas horas mais difíceis e pelo amor incondicional.*

*Ao meu pai, **Euclides Vieira Ribeiro**, por ter permitido que este sonho se tornasse possível e por sonhá-lo junto comigo.*

Os estudos realizados foram financiados pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas

Gerais – FAPEMIG – Processo nº: **CDS-APQ-00197-09**.

“A humildade exprime, uma das raras certezas de que estou certo: a de que ninguém é superior a ninguém.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, pilar sólido e força motriz para todas as realizações e conquistas em minha vida.

Aos meus irmãos, **Caroline** e **Eduardo**; cunhada, **Carmelita** e sobrinhos **Carlos Eduardo** e **João Pedro**, por constituírem minha querida família, alegria e companheirismo que permitem continuar a jornada sempre. Em especial à **Caroline**, mais do que irmã, amiga de todas as horas.

À professora **Rosângela Minardi Mitre Cotta**, pela confiança em minha capacidade e por compartilhar comigo sua brilhante jornada como docente e pesquisadora, da qual obtive ensinamentos para toda a vida.

Às professoras **Sônia Rocha Machado Ribeiro** e **Cristina Maria Ganns Chaves Dias**, minhas conselheiras, pela apreciação do trabalho e valiosas contribuições. À primeira sou grata também pelo entusiasmo e iniciativa, que contribuíram imensamente para este trabalho.

Aos membros da banca, professores **Rodrigo Siqueira Batista**, **Rita de Cássia Lanes Ribeiro**, pela disponibilidade, leitura cuidadosa e presteza nas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Às professoras **Fátima A. Ferreira de Castro** e **Raquel Maria Amaral Araújo**, pelas contribuições substanciais na realização deste trabalho.

Às bolsistas de Iniciação Científica do CNPq **Luciana Saraiva da Silva** e **Lidiane Maria de Oliveira**, pela valiosa ajuda nesse projeto.

À minha amiga e companheira de mestrado **Karine**, pela imensa amizade e pela acolhida nos momentos mais difíceis, nunca esquecerei sua generosidade e disponibilidade para ajudar o próximo.

Aos amigos e companheiros de mestrado **Adriana**, **Otaviana**, **Clarisse**, **Roberta** e **Luís** pelo carinho e apoio.

À minha prima e amiga **Camila**, pela firmeza e convicção de sua amizade.

Às novas e antigas moradoras da **república Aloha**, pela convivência e paciência que requer a arte de dividir o mesmo teto. Em especial a **Mayra e Carol**, pela amizade, carinho e pelas conversas terapêuticas.

A todos os **profissionais do PSF** e ao **Secretário Municipal de Saúde** de Porto Firme, pelo apoio no desenvolvimento deste projeto. Em especial à **Aparecida Justos**, amiga que compartilhou comigo sua casa e família.

A todas as **participantes do estudo**, que abriram as portas de suas casas e me acolheram com muito carinho e consideração.

À **Universidade Federal de Viçosa**, instituição à qual devo toda a minha formação profissional e parte importante de minha formação pessoal.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição**, pela oportunidade dessa conquista.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq** - pela bolsa de mestrado.

À **Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais**, pelo financiamento deste projeto.

A todos que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada!

ÍNDICE

RELAÇÃO DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	x
LISTA DE FIGURAS	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
INTRODUÇÃO.....	1
JUSTIFICATIVA.....	5
OBJETIVO.....	7
Geral	7
Específicos.....	7
MÉTODOS.....	8
Caracterização do local do estudo	8
Delineamento do estudo	9
Critérios de seleção da amostra	9
Sujeitos	10
Descrição da intervenção.....	11
Oficinas.....	11
Orientações Domiciliares	13
Instrumentos e coleta de dados.....	14
Caracterização do público das atividades em grupo.....	14
Estudo da adesão às orientações dietéticas das mulheres portadoras de hipertensão arterial.....	14
Análise dos dados	19
Análise quantitativa	19
Análise qualitativa	20
Aspectos Éticos.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ESTUDO BIBLIOGRÁFICO	27
A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares.....	27
Resumo	27
Introdução.....	28
Metodologia.....	30

As intervenções comunitárias sobre as doenças cardiovasculares: uma perspectiva histórica	31
As ações comunitárias da Organização Mundial de Saúde	37
A vigilância dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e os projetos demonstrativos no Brasil	37
O Programa de Saúde da Família: uma breve reflexão sobre os desafios no enfrentamento das DCV	39
Considerações finais	41
Referências Bibliográficas	42
ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	48
Perfil clínico-epidemiológico de portadores de hipertensão arterial sistêmica participantes de atividades de educação em saúde e nutrição: a atenção primária à saúde em pauta.....	48
Resumo	48
Introdução	49
Métodos	50
Resultados.....	52
Discussão	55
Conclusões.....	59
Referências Bibliográficas.....	59
Tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde: estudo comparativo de duas estratégias de educação em saúde e nutrição	63
Resumo	63
Introdução.....	64
Método.....	66
Resultados.....	72
Discussão	77
Referências bibliográficas	80
Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sistêmica sobre a enfermidade: desatando os nós da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família ...	84
Resumo	84
Introdução.....	85
Método.....	86
Resultados e Discussão.....	88
Considerações Finais	106
Referências Bibliográficas.....	107
Estratégias de educação em nutrição e saúde: resignificando a problemática da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.....	111

Resumo	111
Introdução	112
Método.....	114
Resultados e Discussão.....	118
Considerações finais	133
Referências Bibliográficas.....	134
CONCLUSÕES	139
ANEXOS	142
APÊNDICES	148

RELAÇÃO DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	American Diabetes Association
APS	Atenção Primária à Saúde
CC	Circunferência de Cintura
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DNS	Departamento de Nutrição e Saúde
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PRAHADM	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes <i>mellitus</i>
PSF	Programa de Saúde da Família
QFCA	Questionário de Frequência de Consumo Alimentar
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa
V DBHA	V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

LISTA DE TABELAS E QUADROS

MÉTODOS

<i>Quadro 1. Classificação ponderal do adulto, segundo o IMC e o risco de comorbidades, OMS (1995).....</i>	16
<i>Quadro 2. Pontos de corte para circunferência da cintura, segundo a Organização Mundial da Saúde (1998).....</i>	16
<i>Quadro 3. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em consultório (> 18 anos).....</i>	16
<i>Quadro 4. Critérios de classificação dos variáveis bioquímicas em indivíduos adultos (>20 anos).....</i>	17

ARTIGO II - Perfil clínico-epidemiológico de portadores de hipertensão arterial participantes de atividades de educação em saúde e nutrição: a Atenção Primária à Saúde em pauta.

<i>Tabela 1. Distribuição de características clínico-epidemiológicas segundo sexo, de portadores de HAS tratados na UAPS urbana de Porto Firme, MG (2009).....</i>	53
---	----

ARTIGO III. Adesão ao tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial: (re)pensando estratégias em nutrição e saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde.

<i>Quadro 1. Conteúdo temático das oficinas de educação em saúde e objetivos das visitas domiciliares realizadas com mulheres portadoras de HA do município de Porto Firme – MG (2009).....</i>	70
<i>Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde das mulheres portadoras de HAS participantes dos dois tipos de intervenção (grupos 1 e 2). Porto Firme, MG (2009).....</i>	73
<i>Tabela 2. Escores de consumo dos grupos de alimentos de risco e protetores; e consumo per capita/dia de óleo, açúcar e sal nos grupos 1 e 2, antes e após a intervenção.....</i>	75
<i>Tabela 3. Variáveis antropométricas, clínicas e bioquímicas dos dois tipos de intervenção (grupos 1 e 2), antes e após intervenção.....</i>	76

ARTIGO IV. Representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial sobre a enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família

<i>Quadro 1. Atrativos Semânticos e representações sociais extraídos dos relatos de mulheres portadoras de HAS, município de Porto Firme, MG (2009).....</i>	89
---	----

ARTIGO V. Estratégias de educação em saúde e nutrição: resignificando a problemática da adesão ao tratamento da hipertensão arterial

<i>Quadro 1. Conteúdo temático das oficinas de educação em saúde e visitas domiciliares realizadas com mulheres portadoras de HAS do município de Porto Firme/MG (2009).....</i>	116
<i>Tabela 1. Modificações relatadas nos hábitos alimentares de portadoras de HAS participantes de atividades educativas; Porto Firme, MG (2009).....</i>	125

LISTA DE FIGURAS

MÉTODOS

Figura 1. *Localização do município de Porto Firme, Minas Gerais, Brasil.*.....8

ARTIGO II. Perfil clínico-epidemiológico de portadores de hipertensão arterial participantes de atividades de educação em saúde e nutrição: a Atenção Primária à Saúde em pauta.

Figura 1. *Classificação do IMC nas diferentes faixas etárias de portadores de HAS da UAPS urbana de Porto Firme, MG (2009).*.....53

Figura 2. *Frequência de uso de medicação anti-hipertensiva nos portadores de HAS da UAPS urbana de Porto Firme, MG (2009).*.....55

Figura 3. *Frequência de participação nas oficinas educativas de portadores de HAS da UAPS urbana de Porto Firme, MG (2009).*.....55

ARTIGO III. Adesão ao tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial: (re) pensando estratégias em nutrição e saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Figura 1. *Fluxograma do estudo de adesão de mulheres portadoras de HAS. Porto Firme, MG (2009).*.....68

Figura 2. *Representação gráfica da intervenção realizada com um grupo de portadoras de HAS em Porto Firme, MG (2009).*.....69

ARTIGO IV. Representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial sobre a enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família

Figura 1. *Dimensões da adesão de mulheres portadoras de hipertensão arterial sistêmica do município de Porto Firme, MG (2009).*.....102

Figura 2. *Subespaços construídos a partir das representações sociais de portadoras de HAS sobre a doença e fatores relacionados à adesão ao tratamento, município de Porto Firme, MG (2009).*.....104

ARTIGO V. Estratégias de educação em saúde e nutrição: resignificando a problemática da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Figura 1. *Relações construídas entre educação em saúde e promoção da saúde a partir da percepção de mulheres portadoras de HAS sobre as atividades educativas. Porto Firme, MG (2009).*.....123

Figura 2. *Subespaços construídos a partir da percepção das usuárias sobre as atividades educativas e as mudanças no comportamento alimentar. Porto Firme, MG (2009).*.....131

RESUMO

RIBEIRO, Amanda Gomes, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa. Março de 2010. **A adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde: (re)pensando estratégias de educação em nutrição e saúde** Orientadora: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Coorientadoras: Sônia Rocha Machado Ribeiro e Cristina Maria Ganns Chaves Dias.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e apesar do risco que representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva e consequente controle da doença, permanecem como desafios aos serviços de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi avaliar e comparar duas modalidades de intervenção visando à orientação de mudanças dietéticas indicadas no tratamento da HAS em mulheres portadoras da doença. A primeira baseada em atividades educativas em grupo realizadas na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS); e a segunda, combinada - pelas atividades educativas em grupo e por orientações domiciliares, seguindo um programa de educação nutricional sistemático e acompanhamento familiar. A pesquisa foi realizada UAPS na área urbana de Porto Firme - MG. Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal de intervenção, comparativo, aleatorizado e não cego, de abordagem quanti-qualitativa. Para o estudo de adesão foram selecionadas 28 mulheres portadoras de HAS cadastradas na UAPS, com idade entre 45 e 60 anos, com níveis tensionais $\geq 140/90$ mm Hg e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva, sem acompanhamento nutricional, sem condições clínicas graves, não grávidas, sem uso abusivo de álcool de drogas e que aceitaram participar do estudo. O estudo foi desenvolvido durante os meses de abril a agosto de 2009, e constituía-se das seguintes estratégias: cinco oficinas realizadas mensalmente, visando à educação e prevenção de agravos, com ênfase na terapêutica dietética da HAS e orientações domiciliares. Além do estudo de adesão, ainda foi avaliado o perfil clínico-epidemiológico do grupo de portadores de HAS participante das oficinas educativas, uma vez que estas eram abertas à toda comunidade. Nesse grupo foram avaliados o índice de massa corporal (IMC), a pressão arterial (PA), bem como o histórico clínico por meio do registro em prontuário individual. Na amostra do estudo de adesão foram avaliados antes e após a intervenção: IMC, PA, circunferência de cintura (CC), parâmetros bioquímicos (glicemia e perfil lipídico), consumo alimentar, além do conhecimento e apreensão sobre HA. Para a análise dos dados quantitativos foram utilizados os *softwares* Excel for Windows 2007 e SPSS for Windows.

Para todos os testes, o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Para análise qualitativa das representações sociais das mulheres sobre a HA e sua percepção sobre as atividades educativas, foram realizadas entrevistas individuais e grupos focais, que depois de gravados e transcritos, foram analisados pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2004) e Minayo (2007). Quanto ao perfil clínico epidemiológico do público das oficinas, foram avaliados 238 portadores de HA, havendo predominância do sexo feminino (66,8%) e idosos (66,4%). A média de IMC do grupo foi de 27,4 kg/m², sendo a prevalência de sobrepeso estatisticamente maior entre os indivíduos de meia-idade ($p < 0,001$) e mulheres ($p = 0,004$). O controle da PA foi observado em 55,5% da amostra, não havendo diferença significativa da classificação da PA segundo sexo e faixa etária. No estudo de adesão, o grupo que recebeu orientações domiciliares teve melhor desempenho na avaliação dietética, com redução no consumo do grupo de alimentos de risco ($p = 0,01$), óleo ($p = 0,002$) e açúcar ($p = 0,02$); e também na avaliação clínica, com redução dos parâmetros de IMC (-0,7 kg/m²; $p = 0,01$); CC (-4,2 cm; $p = 0,001$), PA sistólica (-13 mmHG; $p = 0,004$) e glicemia (-18,9 mg/dl; $p = 0,01$), enquanto o grupo que não recebeu orientações domiciliares teve redução apenas da CC (-2 cm; $p = 0,01$). Em relação às representações sociais das participantes sobre a HA, por meio das análises emergiram os seguintes atrativos semânticos: *efeitos psicológicos/sentimentos ligados ao diagnóstico da HA; o cotidiano do portador de HA e as mudanças em seu dia-a-dia; e o convívio familiar com HA*; por meio das quais foram identificadas diferentes dimensões e espaços ligados a adesão, no âmbito individual e coletivo, destacando-se o acesso à informação associado ao suporte social como fator favorável à adesão ao tratamento. Sobre a percepção das mulheres sobre as atividades educativas, observou-se que as estratégias educativas dialógicas utilizadas constituíram-se em um importante instrumento facilitador dos indivíduos e familiares ao conhecimento sobre o processo saúde-doença-adoecimento, aumentando sua capacidade de controle sobre os determinantes desse processo. Destarte, destaca-se a visita domiciliar como importante indutor da consciência sanitária e envolvimento dos familiares no processo terapêutico, por permitir superar de forma mais concreta a fragmentação da relação/vínculo entre profissional de saúde e usuário. Constatou-se que, apesar de as duas estratégias de educação em saúde terem tido efeito positivo sobre a adesão às orientações nutricionais na HA, as orientações domiciliares obtiveram resultados significativamente mais expressivos, destacando a potencialidade dessa estratégia como facilitador/indutor da adesão de portadores de HA ao tratamento.

ABSTRACT

RIBEIRO, Amanda Gomes, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa. March, 2010. **The adherence to treatment of the hypertensive subjects in primary health care: (re)thinking strategies of nutrition and health education.** Advisor: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Coadvisors: Sônia Rocha Machado Ribeiro and Cristina Maria Ganns Chaves Dias.

Hypertension represents a serious public health problem not only in Brazil, but worldwide. Besides the risk it represents, the application of antihypertensive therapy and the consecutive control of the disease are still challenging the health service, especially at the primary health care. In this way, the objective of this study is to evaluate and compare two types of intervention aiming to guide changes on the diets that are indicated in the treatment of HA in women that show such a disease. The first type is based on educational group activities performed at the primary health care center (Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS), while the second one is a combination of educational group activities and home visits following a systematic program of nutritional education and family monitoring. The research was carried out at the primary health care center at the urban area of Porto Firme – State of Minas Gerais, Brazil, which houses two Family Health staffs. It is an explorative, longitudinal interventional, comparative, randomized, unblinded study with a quanti-qualitative approach. For the adherence study, 28 hypertensive women from the primary health care center in the urban area of Porto Firme, at age between 45 and 50, with tensional levels $\geq 140/90$ mm Hg and/or drug treatment for hypertension, without nutritional monitoring, without serious medical conditions, not pregnant, not abusively using alcohol and drugs, and that accepted to take part in the study, were selected. The study was carried out throughout April to August 2009. It was made up of the following strategies: 5 workshops monthly performed, aiming to educate and prevent worsening of the disease, emphasizing the nutritional recommendations for hypertensive people, and home advices, following a nutrition education program and systematic family monitoring. Besides the adherence study, the clinical-epidemiological profile of the group showing hypertension that took part in the educational workshops, as the workshops were opened to all community, was also performed. For that group, the body mass index (IMC), the blood pressure (PA), and the previous medical record, were all evaluated. For the adherence study sample, IMC, PA, waist circumference (CC), biochemical parameters (glycemia and lipid profile), food consumption, besides the knowledge and understanding about hypertension were evaluated both before and after the intervention. The *softwares* Excel for Windows 2007 and SPSS for Windows were used for the analyses of the quantitative data. For all tests performed, $p < 0.05$ was the significance level adopted. For the qualitative

analyses of the social representation of the women regarding the hypertension and their perception on the educational activities, individual interviews and focal groups, which after being recorded and transcript were analyzed by the content analysis method according to Bardin (2004) and Minayo (2006), were performed. As to the medical epidemiological profile of the public present at the workshops, 238 hypertensive people were evaluated, being females (66.8%) and elderly (66.4%) the predominant groups. The mean IMC for the group was 27.4 kg/m², being the prevalence of overweighing statistically higher among the middle-aged people ($p < 0.001$) and women ($p = 0.004$). PA control was observed for 55.5% of the sample. Different between sex and age was not found. The average of antihypertensive therapy was 2.3 types of medicines/person, and the main interurrence found was hypertensive crisis (5.9%). In the adherence study, the group that had home advices the most showed a better performance on the evaluation of the diet, with a reduction on the consumption of foods which are considered to be of risk ($p = 0.01$), oil ($p = 0.002$) and sugar ($p = 0.02$). The medical evaluation was also better, with a reduction in the IMC (-0.7 kg/m²; $p = 0.01$); CC (-4.2 cm; $p = 0.001$), systolic PA (-13 mmHG; $p = 0.004$) and glycemia (-18.9 mg/dl; $p = 0.01$), while the group that did not receive home advices showed reduction only in the CC (-2 cm; $p = 0.01$). Regarding the social representation of the hypertensive participants, the following characters were raised during the analyses: *psychological effects/feeling connected to hypertension diagnosis; the routine of the person with hypertension and the changes in her daily life; and the living of the family with the HA*; based on that, different dimensions and spaces connected to the adherence in both individual and collective ambits were identified, being the access to information associated to social support a factor favorable to adherence to the treatment. Regarding the perception of the women on the educational activities, it was observed that the dialogical educational strategies used were an important tool that worked as a facilitator to both the people and relatives to the knowledge on the health-disease-sickening process, increasing their capacity of control over the determiners of the process. Thus, family visits stand out as an important inducer of the sanitary conscience and involvement of the relatives in the therapeutic process, once it allows the overcoming of the fragmentation of the relation/bond between health professionals and users of the system in a simpler way. One may point out that even both educational health strategies are positively effective on the adherence to the nutritional orientation on hypertension, the home guidance showed better and more significant results. That emphasizes the potential of this strategy as a facilitator/inducer for the adherence of people who have hypertension to the treatment.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por um terço da mortalidade em todo mundo. A cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos anualmente, fazendo das DCV uma pandemia (OPAS, 2003). No Brasil, essas doenças foram responsáveis, em 2009, por 21,5% do total de óbitos, representando a maior causa de mortalidade no país, com 82.910 mortes (Brasil, 2009a).

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular e de doença renal, representando um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estima-se que aproximadamente um quarto da população adulta mundial tenha HAS e que essa prevalência tende a aumentar nos próximos anos, principalmente nos países da América Latina e Caribe (Kearney et al., 2005).

Inquéritos de base populacional em diferentes cidades do Brasil mostraram prevalências de HA variando entre 22,3% e 43,9% (VDBHA, 2007). Segundo o Ministério da Saúde (MS), a prevalência estimada de HAS no país é de 35% na população acima de 40 anos, sendo crescente na população mais jovem, representando cerca de 17 milhões de portadores (Brasil, 2006a).

As modificações no estilo de vida são consideradas fundamentais na prevenção e controle da HA. Alimentação adequada, redução e controle do peso corporal, prática de atividade física e combate ao tabagismo e consumo excessivo de álcool representam os principais fatores ambientais modificáveis para redução do risco e incidência de DCV e HAS (OPAS, 2003; VDBHA, 2007).

No Brasil, têm se enfatizado nas últimas décadas a importância da alimentação na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as DCV. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil, 2006b) e a adoção da Estratégia Mundial de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2003), são exemplos de políticas públicas que contemplam recomendações de uma alimentação saudável como forma de combater essas doenças e propõem ações preventivas e de promoção da saúde em nível da Atenção Primária à Saúde (APS).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus* (PRAHADM) é a estratégia do MS que estabelece as diretrizes e metas para a atenção aos

portadores dessas enfermidades no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na prevenção primária, no diagnóstico precoce e no acompanhamento sistemático por meio da vinculação dos portadores à rede básica de saúde (Brasil, 2002). Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), as campanhas de detecção de casos suspeitos e a criação do banco de dados informatizado – HIPERDIA – são importantes iniciativas para o conhecimento da dimensão da HAS no país e como subsídio para o planejamento de ações de saúde mais eficazes voltadas para esse grupo. No entanto, “*não suprem as demandas iminentes, por serem fragmentadas e centradas na assistência médica*” (OPAS 2004, p.119).

Destarte, há que se destacar que as modificações de hábitos de vida - especialmente a alimentação - envolvem mudanças do padrão comportamental dos indivíduos e por isso não podem ser consideradas como escolhas individuais livres e descontextualizadas (Buss, 2002). Além da preocupação com a saúde, considerações relacionadas com *status*, capacidade econômica, aceitação dentro de grupos particulares, esnobismo alimentar, pressão publicitária e fatores psicológicos, são aspectos da cultura que desempenham papéis importantes na determinação das preferências alimentares (Bleil, 1998).

Devido a esse fato, diferentes países têm introduzido, desde a década de 70, programas de promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco cardiovascular (relacionados principalmente à alimentação, atividade física e ao tabagismo) com ênfase nas comunidades. Considera-se que as estratégias comunitárias que visem modificações no estilo de vida têm um maior impacto potencial que as medidas de nível individual, por alcançarem um maior número de pessoas expostas a fatores de risco comuns. Os resultados dessas experiências tiveram diferentes níveis de impacto sobre os fatores de risco para DCV, o que pode estar relacionado tanto com os diferentes modelos de educação em saúde propostos para a implementação e manutenção das mudanças comportamentais, como o envolvimento das equipes de saúde e populações participantes (Ribeiro, Cotta, Ribeiro, 2009).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia criada em 1994 com o objetivo de reorganização do SUS, visa à mudança de um modelo de saúde curativista e biologicista, frágil em estratégias de prevenção de agravos e enfermidades e de promoção da saúde, fragmentado e de alto custo; para um modelo cuja porta de entrada para o sistema de saúde passa a ser a atenção primária, com ênfase no trabalho em equipe multi e interprofissional direcionado a uma população específica – indivíduos, famílias e comunidades (Costa et al., 2009). De acordo com OPAS (2004), os princípios da integralidade, longitudinalidade, territorialidade e focalização na família – inscritos no PSF -,

fazem com que esta estratégia mostre-se como o modelo mais adequado para alterar o quadro das DCV.

No entanto, estudos que investigaram a efetividade das ações do PSF sobre a HAS encontraram que apesar da estratégia ter aumentado o acesso dos portadores de HAS aos serviços de saúde, há uma baixa adesão ao tratamento, persistindo uma alta prevalência de fatores de risco na comunidade. Esses resultados foram atribuídos principalmente às ações de educação em saúde secundárias e superficiais, sem apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado (Ribeiro, Cotta, Ribeiro, 2009).

Segundo Vasconcelos (1999, p.174) as atividades de educação na Saúde da Família apontam para:

[...] práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerado como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo família perde a especificidade. Isso ocorre porque o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde pública planejados e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do setor saúde. A percepção e a intervenção dos profissionais locais tendem então a ficar restritas [...].

Por sua vez, Trad e Bastos (1998) discutem a importância da concepção de família e suas implicações na formulação de políticas públicas. A família, concebida como um “*sistema de interação independente*”, no qual seus membros interagem e influenciam o comportamento um dos outros; deve ser considerada um sujeito estratégico de mudança social, sendo que as ações que visem mudanças de comportamento são potencialmente maiores quando voltadas à família, pois as relações que essa estabelece favorecem o engajamento ativo e sustentabilidade das mudanças em longo prazo.

Trabalhos que investigaram os conhecimentos, atitudes e práticas de indivíduos portadores de HAS encontraram que nem sempre o conhecimento sobre os fatores de risco para DCV implicam em mudanças comportamentais. Vários motivos são discutidos como causa para a resistência à adoção de hábitos de vida saudáveis, dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais conseqüências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo (Aubert et al., 1998; Cotta et al., 2008). A falta de adesão ao tratamento, inclusive às medidas não farmacológicas, é provavelmente a causa da alta prevalência encontrada de portadores de HAS sem o controle

da pressão arterial (PA), mesmo naqueles indivíduos em que a doença é conhecida (Trindade et al., 1998; Firmo, Uchoa, Lima-Costa, 2004).

Nesse sentido, tendo como referência a importância da HA como um grave problema de saúde pública, destaca-se a necessidade de se intervir nos chamados riscos ambientais, e para tanto desenvolver tecnologias de maior custo-efetividade em nível da APS.

JUSTIFICATIVA

Estudos clínicos têm demonstrado que mudanças de estilo de vida diminuem os níveis de PA (Stamler, 1991; Champagne, 2006). Apesar de seu efeito variar de acordo com o grau de adesão dos indivíduos ao tratamento, as modificações no estilo de vida são estratégias de tratamento recomendadas para todos os indivíduos portadores de HAS (OMS, 2003a), uma vez que evidências científicas mostram que mesmo modestas reduções da PA podem ter um enorme impacto benéfico sobre a mortalidade por DCV na população. Estudo multicêntrico mostrou que a diminuição de 5 mm Hg ocasiona uma redução estimada de 9% na mortalidade por doenças coronarianas, 14% da mortalidade por infartos e 7% da mortalidade geral (Stamler, 1991). Adicionado a esse fato, as mudanças de estilo de vida podem diminuir a incidência de outros fatores de risco cardiovascular como o diabetes *mellitus* (DM) e as dislipidemias, além de não apresentarem efeitos indesejáveis conhecidos como o tratamento farmacológico, e aumentarem potencialmente o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos (OMS, 2003a).

Apesar da comprovação de que mudanças de estilo de vida são benéficas e diminuem o quadro de morbimortalidade por DCV, ainda persiste uma alta prevalência dos fatores comportamentais de risco para HAS e DCV, incluindo uma alimentação inadequada. O excesso de peso, a alta ingestão de sódio e gordura saturada e o baixo consumo de frutas e hortaliças estão entre os fatores de risco alimentar mais observados em adultos (Carnellosso, 2007; Costa, 2007; Carvalhães, Moura, Monteiro, 2008; Cotta et al, 2009a; 2009b).

Estudo com os portadores de HAS e DM vinculados ao PSF realizado em um município da microrregião de Viçosa, com características semelhantes às de Porto Firme - MG, encontrou um elevado consumo médio per capita de sal (18g), óleo (60g) e açúcar (153g), além de alta prevalência (25,2%) de indivíduos que utilizavam banha de porco na preparação dos alimentos. Dentre os indivíduos que afirmaram ter dificuldades de aderir às mudanças de estilo de vida, a maior dificuldade apontada foi em relação à alimentação (Castro et al., 2007; Cotta et al., 2009a).

Em estudo desenvolvido por Cotta e colaboradores (2009b), encontrou-se que apesar de grande parte da população portadora de HAS já ter sido orientada sobre a importância de uma alimentação saudável, uma parcela significativa da população estudada informou desconhecer as causas e conseqüências da doença. A maioria dos portadores de HAS estudados não sabia definir sua doença e relacionavam o tratamento da patologia ao uso de

medicação anti-hipertensiva, sendo que apenas 35,43% mencionaram a redução da ingestão de sal e 12,57% uma alimentação saudável como forma de controle da doença. Isso se reflete na alta prevalência de fatores de risco alimentar e na não adoção das mudanças dietéticas necessárias. A falta de adesão do indivíduo portador de HAS ao tratamento tem sido bem reportada na literatura, e evidências mostram como consequência desse fato um panorama atual de controle insatisfatório da PA nos indivíduos em tratamento anti-hipertensivo (Fuchs, Castro, Fuchs, 2004; Pierin, Gusmão, 2004).

Segundo a OMS, somente 50% dos indivíduos com doenças crônicas, como a HAS, aderem às recomendações do tratamento, sendo que essa proporção tende a ser menor nos países em desenvolvimento (WHO, ISH, 2003).

Estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo mostrou que intervenções educativas não foram efetivas quando aplicadas em nível individual. As estratégias motivacionais que envolviam coparticipação do paciente, aconselhamento intensivo, visitas domiciliares periódicas e envolvimento da família foram as mais bem sucedidas no aumento da adesão (Fuchs, Castro, Fuchs, 2004).

Dados do MS mostram que, em 2009, houve mais de 1.130.000 internações por doenças cardiovasculares, das quais a HAS constitui o principal fator de risco, representando um custo superior a 1 bilhão de reais nesse ano (Brasil, 2009a).

Diante disso, buscar alternativas para otimizar a adesão do indivíduo portador de HAS ao tratamento, é uma meta primordial dos serviços e programas de saúde e o PSF torna-se um ambiente privilegiado para essas ações, uma vez que está mais próximos dos indivíduos e de suas realidades coletivas, familiares e comunitárias. Para tanto, fazem-se necessários estudos que analisem de maneira aprofundada os aspectos relacionados à adesão e intervenções mais custo-efetivas.

OBJETIVO

Geral

Avaliar e comparar duas modalidades de intervenção visando à orientação de mudanças dietéticas indicadas no tratamento da HA em mulheres portadoras da doença. A primeira baseada em atividades educativas em grupo, realizadas na unidade de atenção primária à saúde (UAPS); e a segunda, combinada - pelas atividades educativas em grupo e por orientações domiciliares, seguindo um programa de educação nutricional sistemático e acompanhamento familiar.

Específicos

- Realizar um estudo bibliográfico sobre as iniciativas de promoção da saúde e prevenção integrada dos fatores de risco para DCV com ênfase nas comunidades e na APS (artigo de revisão).

- Caracterizar clínica e epidemiologicamente o público das atividades educativas em grupo (artigo original 1).

- Avaliar o nível de apreensão e conhecimento das participantes do estudo sobre a HAS: conceito, fatores de risco, tratamento e complicações antes e após a intervenção (artigo original 2).

- Avaliar e comparar parâmetros clínicos, além do consumo alimentar, antes e após a intervenção em ambos os grupos (artigo original 2).

- Identificar as representações sociais das portadoras de HAS sobre a doença (artigo original 3).

- Investigar a relação da adesão com as representações sociais das mulheres portadoras de HAS sobre a doença, explorando os aspectos psicossociais capazes de influenciar o tratamento e controle da doença (artigo original 3).

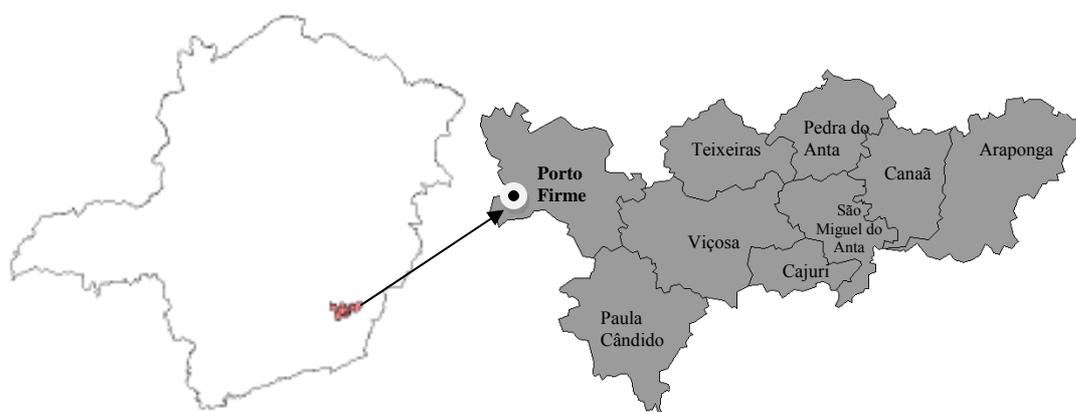
- Avaliar as atividades educativas segundo a percepção das usuárias sobre o processo de ensino-aprendizagem e as mudanças na alimentação (artigo original 4).

MÉTODOS

Caracterização do local do estudo

O estudo foi realizado no município de Porto Firme, município da Zona da Mata mineira, microrregião de Viçosa. O município possui uma população de 10.404 habitantes e uma área territorial de 285 km² (IBGE, 2009).

Figura 1. Localização do Município de Porto Firme, Minas Gerais, Brasil.



Fonte: PDR/MG, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

Emancipado no ano de 1953, o município fica distante 270 km da capital Belo Horizonte e sua sede tem altitude média de 640 m. A densidade demográfica é de 36,5 hab/m², sendo que no ano de 2000 a população era distribuída entre as áreas urbana e rural, na proporção de aproximadamente 40% e 60%, respectivamente (PNUD, 2000).

A economia do município é baseada na agricultura e seu Produto Interno Bruto (PIB) é de cerca de R\$ 30.000 (IBGE, 2009). Possui limites territoriais com as cidades de Viçosa, Piranga, Guaraciaba, Paula Cândido e Presidentes Bernardes.

Porto Firme conta atualmente com quatro equipes de saúde da família, distribuídas na área urbana e rural. São 9.543 indivíduos e 2.689 famílias cadastradas no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) (Brasil, 2009b).

Segundo dados do SIAB existem atualmente em Porto Firme aproximadamente 1.184 portadores de HA cadastrados ao PSF, o que representa aproximadamente 11% da população total do município (Brasil, 2009b).

A pesquisa foi realizada na UAPS na área urbana de Porto Firme, que abriga duas equipes de Saúde da Família. Atualmente existem 1361 famílias e um total de 626 portadores de HA cadastrados à UAPS.

A unidade desenvolve atividades em grupo com os portadores de HAS e DM cadastrados há de 4 anos, aproximadamente. As atividades são mensais e os portadores de HAS são divididos em grupos de 25 a 40 indivíduos de acordo com as áreas geográficas que atuam os agentes comunitários de saúde (ACS). Atualmente são oito grupos que se reúnem mensalmente para abordagem de temas referentes à saúde pelos diferentes profissionais atuantes na unidade: médico, enfermeiro, dentista e agentes comunitários de saúde.

Apesar dos trabalhos de educação em saúde realizados com o grupo de portadores de HAS, profissionais do PSF de Porto Firme demonstraram, em contato com o Departamento de Nutrição e Saúde (DNS) da Universidade Federal de Viçosa (UFV), a necessidade de ações específicas de nutrição para um melhor controle da HAS nos usuários da APS no município.

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal de intervenção, comparativo, aleatorizado por sorteio, e não cego, de abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi subdividida em dois grupos, de forma a comparar duas diferentes modalidades de intervenção nutricional. O primeiro grupo foi constituído pelos indivíduos que foram orientados ao tratamento dietético da HAS por meio de oficinas educativas mensais na UAPS; enquanto o segundo foi constituído por indivíduos que contaram com, além das oficinas educativas, orientações domiciliares periódicas, seguindo um programa de educação nutricional sistemático e acompanhamento familiar.

Crítérios de seleção da amostra

Foram selecionadas para o estudo mulheres portadoras de HAS cadastradas na UAPS na área urbana de Porto Firme. Os critérios de inclusão foram: mulheres de idade entre 45 e 60 anos, com níveis tensionais $\geq 140/90$ mm Hg e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva; sem acompanhamento nutricional e que com disponibilidade de participar das atividades em grupo.

A escolha do gênero feminino se deve ao fato que a mulher, no contexto das políticas públicas de saúde, destaca-se devido à sua característica de cuidadora e de maior preocupação com a saúde, tanto individual quanto da família. A mulher exerce no domicílio um papel

central no cuidado dos familiares em relação à higiene, alimentação, tratamento de enfermos e autocuidado. Dessa forma, é protagonista na manutenção e transformação dos hábitos alimentares das famílias (Travassos et al., 2002, Dias et al., 2007).

A escolha da faixa etária se justifica pelo conhecimento científico e epidemiológico acumulado que mostra de forma consistente a maior prevalência da HAS e suas complicações nos indivíduos a partir da meia idade (VDBHA, 2007; Lewington, 2002), configurando um momento decisivo para retardar/evitar complicações resultantes das doenças, aumentando as possibilidades de um envelhecimento saudável e ativo (OMS, 2005).

Foram adotados como critérios de exclusão: condições clínicas graves, doença renal crônica, assim como também hipertensas grávidas, com história de alcoolismo ou uso abusivo de drogas.

Para a verificação dos critérios de seleção utilizaram-se os dados clínicos dos prontuários individuais das usuárias da UAPS.

Como as atividades educativas em grupo ocorreram simultaneamente às reuniões mensais para portadores de HAS e DM, e a participação destas reuniões era aberta ao público, preocupou-se em caracterizar clínica e epidemiologicamente também esse grupo, além da amostra do estudo de adesão, para melhor compreensão da dinâmica das atividades realizadas. Para isso, foram selecionadas todas as pessoas que participaram de pelo menos uma das cinco oficinas realizadas e que tivessem os dados completos em prontuário.

Sujeitos

Para caracterização do público das atividades educativas ocorridas durante as reuniões de portadores de HAS e DM, no período de abril a agosto de 2009; dos 398 indivíduos que compareceram a pelo menos uma das oficinas, foram analisados 276 prontuários (122 prontuários não foram encontrados ou estavam incompletos). Do total de 276 indivíduos, 238 compuseram a amostra final do público das atividades educativas, visto que os demais (38) não tinham diagnóstico de HAS registrado em prontuário.

Para o estudo de adesão foram selecionadas 28 mulheres, 14 em cada grupo; de diferentes áreas de geográficas abrangidas pela UAPS urbana de Porto Firme; que preencheram os critérios de seleção; aceitaram participar do estudo e compareceram à no mínimo duas das cinco oficinas de educação em saúde e nutrição realizadas.

Descrição da intervenção

A intervenção teve duração de cinco meses, de abril a agosto de 2009, e constituía-se das seguintes estratégias:

- Oficinas mensais, visando à educação e prevenção de agravos, com ênfase na terapêutica dietética da HAS e;
- Orientações domiciliares, por meio de visitas domiciliares.

Oficinas

Foram realizadas cinco oficinas de educação em saúde e nutrição, em locais distintos para cada uma das oito áreas geográficas; como igrejas, salões e residências de participantes; de acordo com a dinâmica de trabalho já estabelecida na UAPS. As oficinas abordaram através de palestras dialogadas e dinâmicas interativas os seguintes temas:

- Oficina 1 - Hipertensão Arterial Sistêmica: conceito, fatores de risco e medidas dietéticas do tratamento. Vídeo Ministério da Saúde: 15'. Palestra: 30'.



- Oficina 2 – Consumo de gordura/óleo, açúcar e sal de adição: recomendação e perigos do consumo excessivo. Palestra: 30'. Dinâmica: 30'. Na dinâmica os participantes foram incentivados a mostrar as quantidades que usavam desses gêneros e foi feita uma demonstração da quantidade recomendada em diferentes preparações através de medidas caseiras de uso comum, com a participação ativa dos usuários.



- Oficina 3 – Consumo de frutas, verduras e legumes: importância e recomendações. Palestra: 30'. Dinâmica: 15'. Na dinâmica foram levadas diferentes frutas, legumes e verduras para demonstração do tamanho da porção recomendada e descrição de suas propriedades benéficas à saúde.
- Oficina 4 – Pirâmide Alimentar Brasileira - conceitos fundamentais: proporcionalidade, moderação e variedade. Palestra: 30'. Dinâmica: 15'. Na dinâmica foram distribuídos aos participantes figuras com o tamanho de porções dos alimentos de diferentes grupos da pirâmide, para que identificassem a qual grupo pertenciam e sua recomendação.



- Oficina 5 – Atividade física: benefícios e importância para redução/manutenção do peso. Palestra: 40'.

As oficinas eram mensais e realizadas de acordo com a dinâmica do serviço, ocorrendo sempre nos mesmos períodos dos meses.

Orientações Domiciliares

Foram realizadas cinco visitas domiciliares para cada uma das participantes, de forma a estabelecer uma orientação sistemática, porém flexível de acordo com as necessidades de cada família. As visitas foram realizadas em horários previamente marcados, de acordo com a disponibilidade das participantes, e tinham duração que variava entre 30' e 1h.

- Visita 1: realizada no horário de preparação de uma das refeições principais, com objetivo de identificar e auxiliar na mudança de possíveis exageros no uso de óleo, sal e açúcar.
- Visita 2: teve como objetivo verificar a adesão às recomendações realizadas durante a visita 1, além de identificar os principais gêneros alimentícios adquiridos no domicílio e realizar as orientações necessárias de acordo com a dieta habitual da família, destacando os fatores protetores e de risco para HAS.
- Visita 3 e 4: teve como objetivo reforçar as orientações, esclarecer as dúvidas, verificar o seguimento das recomendações nutricionais e realizar os ajustes necessários de acordo com as necessidades específicas de cada família, dando maior ênfase às principais dificuldades encontradas.
- Visita 5: teve como objetivo levar a participantes a refletir sobre as principais mudanças ocorridas em sua alimentação e também na da família, reforçando as conquistas alcançadas e estabelecendo as metas a serem superadas.

Os familiares eram estimulados a participar das orientações domiciliares sempre que presentes durante as visitas, recebendo informações sobre a HAS, sobre a importância de uma alimentação saudável, além de orientações específicas às suas necessidades e dúvidas sobre saúde e nutrição. As visitas ocorriam com intervalo de 15 a 30 dias.

Ainda, como estratégia auxiliar na redução do consumo de sal de cozinha foram distribuído temperos compostos por ervas e condimentos naturais desenvolvidos em parceria com o laboratório de dietética do DNS/UFV, para este fim específico (Apêndice 1). As participantes foram orientadas, por meio de demonstrações práticas, quanto à forma adequada do uso dos temperos em diferentes preparações; e posteriormente a pesquisadora ensinou como preparar este condimento em seus próprios domicílios.

Instrumentos e coleta de dados

Caracterização do público das atividades em grupo

Para a caracterização do público das atividades em grupo foram utilizadas as seguintes informações clínicas: PA, peso, altura e índice de massa corporal (IMC); e dados dos prontuários dos indivíduos como: tempo de cadastramento no PSF, tempo de diagnóstico da HAS, intercorrências relacionadas à doença e a medicação anti-hipertensiva utilizada atualmente.

Os dados de PA, peso, altura e IMC foram obtidos segundo os mesmos critérios de coleta utilizados para a amostra de mulheres do estudo de adesão, descritos no próximo tópico.

A análise dos prontuários foi realizada após autorização prévia do secretário municipal de saúde de Porto Firme; na UAPS com auxílio das ACS após a identificação das fichas de cadastramento familiar.

Estudo da adesão às orientações dietéticas das mulheres portadoras de hipertensão arterial

Foram analisadas variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e cuidados de saúde, nível de apreensão e conhecimento sobre a HAS, adesão dos indivíduos às recomendações dietéticas propostas; além das representações sociais das mulheres sobre a HAS e sua percepção sobre as atividades educativas.

Variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e cuidados de saúde; e conhecimento e apreensão sobre a hipertensão arterial

Os dados sobre as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e cuidados de saúde foram coletados antes do início da intervenção, nos meses de março e abril de 2009, no momento da entrevista inicial realizada no domicílio de cada participante (Apêndice 2). Para a avaliação da atividade física foi utilizada a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física proposta pela OMS, traduzida para o português e validada no Brasil (Matsudo et al., 2001) (Anexo 1).

Os dados sobre o conhecimento e apreensão sobre a HAS foram coletados antes e após a intervenção, através de questionário semiestruturado elaborado a partir de estudos presentes na literatura e pré-testado em uma população diferente, mas com características semelhantes a do estudo (Apêndice 3).

O pré-teste teve como objetivo revisar e direcionar aspectos da investigação, além de treinar e analisar problemas apresentados pelos entrevistadores. No pré-teste foram observadas as reações dos entrevistados, perguntas consideradas ambíguas e conflitivas, além da duração da entrevista. Identificadas às dificuldades práticas do questionário, foram corrigidas as questões mal formuladas ou cuja ordem estava incorreta, para a obtenção da versão definitiva do instrumento (Pallas, Villa, 1995).

Adesão às mudanças dietéticas

A adesão a tratamentos crônicos, tal como definida pela OMS, refere-se ao grau em que o comportamento de uma pessoa quanto à ingestão de medicamentos, ou ainda, ao seguimento da dieta ou de mudanças de estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações do profissional de saúde (OMS, 2003).

Para análise da adesão foram avaliados o conhecimento e apreensão das participantes em relação a HAS; variáveis antropométricas: peso, altura, IMC e circunferência de cintura (CC); variáveis bioquímicas: glicemia de jejum, triglicérides, colesterol e frações; e informações sobre o consumo alimentar habitual em ambos os grupos.

As variáveis antropométricas foram medidas nas oficinas de educação em saúde e nutrição. O peso foi obtido por meio de balança eletrônica, com capacidade de 180 kg e divisão de 100 gramas; e a estatura foi aferida utilizando-se antropômetro portátil, constituído por plataforma metálica para posicionamento dos indivíduos e coluna de madeira desmontável contendo fita milimetrada e cursor para leitura; de acordo com as técnicas propostas por Jellife (1968). O IMC foi calculado por meio da relação entre o peso e a estatura ao quadrado (P/E^2) e classificado segundo critérios da OMS (1995) (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação ponderal do adulto, segundo o IMC e o risco de comorbilidades; OMS (1995).

Classificação	Valor de IMC	Risco de Comorbidade
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Eutrofia	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25 – 29,9	Aumentado
Obesidade grau I	30 – 34,9	Moderado
Obesidade grau II	35 – 39,9	Grave
Obesidade grau III	> 40	Muito Grave

A CC foi aferida utilizando-se uma fita inextensível e medida em centímetros, na menor circunferência observada e classificada de acordo com os critérios da OMS (1998) (Quadro 2).

Quadro 2. Pontos de corte para circunferência da cintura, segundo a OMS (1998).

Sexo	Aumentado	Muito aumentado
Homens	≥ 94	≥ 102
Mulheres	≥ 80	≥ 88

A PA foi aferida pelas técnicas de enfermagem da UAPS conforme os procedimentos recomendados pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) e classificada de acordo com os critérios apresentados no quadro 3.

Quadro 3. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual em consultório (> 18 anos).

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007)



As variáveis bioquímicas foram analisadas por meio de técnicas de rotina clínica, sendo as participantes orientadas previamente sobre o jejum de 12 horas, necessário para a realização dos exames. Os critérios de classificação adotados para as variáveis bioquímicas estão apresentadas no quadro 4.

Quadro 4. Critérios de classificação das variáveis bioquímicas adultos (>20 anos)

Variável	Valores (mg/dl)	Classificação	Referência
Glicemia de jejum	70-99	Normal	American Diabetes Association (2005)
	100-125	Intolerância à glicose	
	≥ 126	Diabetes <i>mellitus</i>	
Triglicerídeos	<150	Ótimo	Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007)
	150-200	Limítrofe	
	200-499	Alto	
	>500	Muito Alto	
Colesterol total	< 200	Ótimo	Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007)
	200 -239	Limítrofe	
	≥ 240	Alto	
HDL-colesterol	<50*	Baixo	Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007)
	>60	Ideal	
LDL-colesterol	100	Ótimo	Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007)
	100-129	Desejável	
	130-159	Limítrofe	
	160-189	Alto	
	≥ 190	Muito alto	

*Valor de referência para mulheres

O consumo habitual de alimentos foi avaliado por meio de um questionário de frequência de consumo alimentar (QFCA) adaptado do estudo de Ribeiro et. al. (2006) (Anexo 2). Os valores per capita/dia de óleo, sal e açúcar foram obtidos pela estimativa do consumo mensal desses alimentos dividido pelo número de dias do mês e pelo número de moradores do domicílio.

Representações sociais das mulheres sobre a hipertensão arterial e a percepção sobre as atividades educativas

O estudo das representações sociais das portadoras de HAS sobre a doença, e a percepção dessas usuárias sobre as atividades educativas; fundamentou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, por estar relacionada à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e vivências e como elas compreendem o mundo em que vivem (Pope, Mays, 2005).

As informações foram obtidas através da realização de entrevistas semiestruturadas e de dois grupos focais – o primeiro constituído pelas usuárias que participaram das oficinas educativas, e o segundo por aquelas que receberam orientação nos domicílios, além da participação nas oficinas.

A entrevista semiestruturada trata-se de uma técnica que utiliza um roteiro com perguntas previamente formuladas para orientar a abordagem do tema de interesse, mantendo questões abertas para que o entrevistado possa se expor livremente sobre o tema estudado (Minayo, 2007). A utilização da entrevista, como procedimento metodológico, permite um diálogo profundamente correspondido entre o pesquisador e o entrevistado (Cruz Neto, 1994).

O grupo focal é um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Permite identificar conceitos, crenças, percepções, expectativas, motivações e necessidades de um grupo específico de interesse do pesquisador (Minayo, 2007). Nos grupos houve a participação de um moderador, que propôs as questões para os participantes, além de manter o foco da discussão e retomar o assunto em eventuais desvios. Ainda contaram com a presença de três assistentes para facilitar o andamento dos trabalhos, sendo esses responsáveis pelo registro da discussão e realização de anotações pertinentes que revelem atributos dos elementos do grupo; conforme as recomendações para este método (Martins, Bógus, 2004).



As entrevistas individuais e os grupos focais foram realizados nos meses de setembro e outubro de 2009, após as orientações nutricionais realizadas nas oficinas e visitas domiciliares.

Para registro das informações, os relatos foram gravados em áudio e vídeo, após consentimento dos entrevistados, além de terem sido feitas anotações pertinentes para a compreensão da dinâmica do grupo, permitindo assim que as informações fossem transcritas de forma fidedigna, além de facilitar as pesquisadoras retornar a fonte registrada, checar informações e obter novas conclusões.

Análise dos dados

Análise quantitativa

Para a análise dos dados foram utilizados os *softwares* Excel for Windows 2007 e SPSS for Windows (Version 18.0; SPSS Inc, Chicago, III).

Para descrever e sumarizar o conjunto de dados de caracterização do público das atividades educativas em grupo foram utilizadas técnicas de estatística descritiva. Para comparação dos grupos de acordo com gênero e faixa etária foram utilizados os testes não paramétricos de Mann Whitney e o qui-quadrado de Pearson, para variáveis contínuas e categorias, respectivamente. Para todos os testes, o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

As variáveis antropométricas, clínicas, bioquímicas e de consumo alimentar das mulheres portadoras de HAS antes e depois da intervenção foram analisadas pelo teste não-paramétrico de Wilcoxon, considerando nível de significância estatística de $p < 0,05$. Os

dados de conhecimento e apreensão sobre HAS e consumo per capita/dia foram analisados por distribuição de frequências.

Para que os dados de consumo alimentar obtidos pelo QFCA pudessem ser analisados quantitativamente, foram calculados escores de consumo individual, de acordo com o método proposto por Fornés *et al.* (2002). Os escores foram obtidos para seis diferentes frequências de consumo alimentar para cada alimento: f_1 - alimentos não consumidos; f_2 - alimentos consumidos uma a três vezes por mês; f_3 - alimentos consumidos uma vez por semana; f_4 - alimentos consumidos duas a quatro vezes por semana; f_5 - alimentos consumidos cinco a seis vezes por semana; f_6 - alimentos consumidos diariamente. Para os alimentos consumidos diariamente foi atribuído maior peso $S_6 = 1$. Os demais valores de frequência de consumo foram obtidos com referência ao consumo mensal, pela seguinte fórmula: $S_n: (1/30) [(a+b)/2]$ sendo que a e b são o número de dias da frequência de consumo mensais. Por exemplo, alimentos consumidos duas a quatro vezes por semana, seriam 8 a 12 vezes por mês: $S_4: (1/30) [(8+12)/2]$.

Para cada indivíduo foram calculados escores de consumo para dois grupos: o grupo I, com alimentos considerados de risco (leite e derivados integrais, frituras, alimentos ricos em gordura animal, açúcar e sódio); e grupo II, com alimentos protetores ou “neutros” (arroz, feijão, cereais integrais, peixe fresco, azeite, leite e derivados com baixo teor de gordura, frutas, verduras e legumes).

Análise qualitativa

Para análise dos dados qualitativos utilizou-se a análise de conteúdo. O método consiste em “*um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens*” (Bardin, 2004, p. 44). A operacionalização da análise foi realizada de acordo as etapas descritas por Minayo (2007, p. 209): (1) pré-análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos resultados obtidos, e (4) inferência e interpretação.

1) Pré-análise: objetiva operacionalizar e sistematizar as idéias presentes no depoimento – apreensão do todo. Nesta fase, retomam-se as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao que foi coletado, caso seja necessário;

2) Exploração do material: consiste em identificar nas falas as unidades de significado – codificação, transformação dos dados brutos para compreensão do depoimento – essencial para a fase posterior;

3) Tratamento dos resultados: visa agrupar as unidades de significado de acordo com sua semelhança;

4) Inferência e interpretação: a partir do unidades de significação se propõem inferências e, então se interpreta o fenômeno estudado com base nos dados analisados e no aparato teórico do pesquisador.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação por parte da comissão de ética em pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV), protocolo 030/2009.

De acordo com a resolução N°. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi realizada ampla explanação dos propósitos de investigação para os sujeitos da pesquisa, os quais assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo-se a confidencialidade das informações e o anonimato dos mesmos (Apêndice 4).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29(supl):s4-s42.
- Aubert L, Bovet P, Gervasoni JP, Rwebogora A, Waeber B, Paccaud F. Knowledge, Attitudes, and Practices on Hypertension in a Country in Epidemiological Transition. *Hypertension* 1998; 31:1136-1145.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
- Bleil SI. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cad Debate* 1998; 6:1-25.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus*. Brasília: MS; 2002. (MS. Projetos, Programas e Relatórios).
- Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: MS; 2006a. (MS. Normas e manuais técnicos).
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2ª edição revista. Brasília: MS; 2006b. (MS. Textos básicos de saúde).
- Brasil. Datasus [homepage na internet]. Sistema de Informações Hospitalares. Dados de morbimortalidade de doenças cardiovasculares e hipertensão arterial. 2009a. [acessado em 2009a ago 29]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov>>.
- Brasil. Datasus [homepage na internet]. Sistema de Informação da Atenção Básica. Dados de cadastramento familiar. 2009b [acessado em 2009b ago 29]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>.
- Buss PM. Promoção da Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Família* 2002, 2(6):50-63.
- Carnellosso MLC. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares na região leste de Goiânia – Goiás. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online] 2007 [Acesso em 2008 Nov 01] [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo>.

Carvalhães MABL, Moura EC, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(1):14-23.

Champagne CM. Dietary interventions on blood pressure: the dietary approaches to stop hypertension (DASH) trials. *Nutrition Reviews* 2006; 64(2):S45-S56.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União*; 1996. p. 21082-5.

Costa GD, Cotta RMM, Fereira, MLM, Reis, JR, Franceschini, SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(1):113-118.

Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Castanheira M, Olinto MTA, Menezes AMB, et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1):59-65.

Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro F, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009a, 14(4):1251-60.

Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado através da atenção primária. *Rev Nutrição*. No prelo 2009b.

Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis* 2008; 18(4):745-66.

Cruz Neto O. *O trabalho de campo como descoberta e criação*. In: Minayo CS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 1994.

Dias G, Franceschini SCC, Reis JR, Reis RS, Batista RS, Cotta RMM. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. *Hist Cienc Saude-Manguinhos* 2007; 14(3):779-800.

Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertensos entre idosos. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):512-21.

Fornés NS, Martins IS, Velásquez-Meléndez G, Latorre MRDO. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(1):12-18.

Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Análise das evidências. *Rev Bras Hipertens* 2004; 7(3):90-93.

Instituto Brasileiro de Geografia [homepage na internet]. Cidades. Minas Gerais. Porto Firme. [acessado em 2008 ago 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Jelliffe DBI. *Evaluación del estado de nutrición de la comunidad*. Genebra: OMS; 1968.

Kearney PM. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365:217-23.

Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360 (9349):1903-13.

Martins MCFN, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc* 2004; 13(3):44-57.

Matsudo SM, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Saude* 2001; 6(2):5-18.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: WHO/OPAS; 2005.

Organização Mundial da Saúde. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: OMS; 1998.

Organização Mundial da Saúde. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry - Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: OMS; 1995.

Organização Mundial de Saúde. Adherence to long term to long therapies: evidence for action. Geneva: OMS; 2003.

Organização Mundial de Saúde. The World Report 2002: Risks to health 2002. Geneva: WHO, 2002.

Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003.

Organização Pan-Americana de Saúde. Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004. (OPAS. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

Pallas JMA, Villa JJ. Metodos de Investigacion Aplicados a la atención primaria de salud. 2ª ed. Madrid: Mosby; 1995.

Pierin AMG, Gusmão JL, Carvalho LVB. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens 2004; 7(3):100-103.

Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Brasília, 2000. [acessado 2008 nov 01]. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/>>.

Ribeiro AC, Sávio KEO, Rodrigues MLCF, Costa THM, Schmitz BAS. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. Rev Nutr 2006; 19(5):553-562.

Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. Ciênc Saúde Coletiva [online]. 2009 [acesso 2009 nov 20] [cerca de 15 p]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4478.

Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landin FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(2):263-70.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(2):429-35.

Travassos C, Viscava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5/6):365-73.

Trindade IS, Heineck G, Machado JR, Ayzemberg H, Formighieri M, Crestani M, et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). *Arq Bras Cardiol* 1998; 71(2):127-30.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(3):24-79.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

World Health Organization; International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21:1983-1992.

ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

ARTIGO DE REVISÃO – ARTIGO 1

A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares

Revista Ciência e Saúde Coletiva (online). Disponível em:
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4478

Resumo

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbimortalidade no mundo. Na perspectiva da prevenção de doenças e agravos, tornam-se fundamentais ações que criem ambientes favoráveis à saúde e favoreçam escolhas saudáveis. Nesse contexto, programas de intervenção de base comunitária têm sido introduzidos em diferentes países, desde o início da década de 70, com objetivo de modificar fatores de risco cardiovascular e diminuir a morbidade e mortalidade por DCV. Destaca-se nessas experiências a importância das políticas públicas e dos sistemas de vigilância dos fatores de risco cardiovascular, para conhecer a magnitude do problema e desenvolver ações mais custo-efetivas. Esse estudo bibliográfico tem duplo objetivo: descrever experiências de diferentes países no combate às DCV, voltadas à comunidade, por meio da promoção da saúde e da prevenção primária dos fatores de risco; e identificar no Brasil, as ações de vigilância dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ressaltando-se os desafios estratégicos impostos ao Programa de Saúde da Família (PSF) no enfrentamento das DCV.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças, Doenças Cardiovasculares, Fatores de Risco, Programa Saúde da Família

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo mundo. Anualmente a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e outras cardiopatias são responsáveis por 15,9 milhões de óbitos (OPAS, 2003).

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, observou-se, nas últimas décadas, uma importante mudança no perfil da mortalidade da população, caracterizado pelo aumento dos óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre as DCNT, destacam-se as DCV e a hipertensão arterial (HAS) com uma prevalência estimada de 35% na população acima de 40 anos. A instalação da HAS ocorre cada vez mais precocemente, e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Isso representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença no país (Brasil, 2006a).

No Brasil, nos últimos anos, as DCNT, vêm representando 69% dos gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo as DCV responsáveis por alta frequência de internações. No ano de 2007 ocorreram 1.155.489 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.466.421.385,12 e um total de 91.182 óbitos (Brasil, 2009).

As mudanças nos padrões de morbimortalidade na população impõe de forma constante novos desafios, tanto para os gestores do setor da Saúde, quanto para outros setores governamentais, cujas ações tenham repercussão na ocorrência dessas doenças (Malta, Cezario, Moura, 2006).

No ano de 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus* (PRAHADM) no Brasil, foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) juntamente com outras organizações de saúde, com objetivo de estabelecer diretrizes e metas para a reorganização no SUS para atenção dos portadores dessas enfermidades, a partir da atualização dos profissionais da rede básica, diagnóstico precoce do diabetes *mellitus* (DM) e da HA e a vinculação dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento. Uma das ações desse plano é a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado - HIPERDIA - que permite o cadastramento e acompanhamento dos portadores de HA e DM, enquanto, a médio prazo, permite o desenho do perfil epidemiológico desta população (MS, OPAS, 2004).

O PRAHADM e a implantação do HIPERDIA são importantes iniciativas para o conhecimento da magnitude dessas doenças, planejamento da aquisição de medicamentos e capacitação profissional na rede de saúde brasileira. No entanto, “*não suprem as demandas iminentes, por serem fragmentadas e centradas na assistência médica*” (OPAS, 2004, p.119).

Nas DCNT existe a associação de fatores complexos e multivariáveis. Por se tratarem de doenças presentes no cotidiano dos indivíduos, provocam alterações objetivas e subjetivas em seu dia-a-dia e são, conseqüentemente, responsáveis por mudanças de comportamento (OPAS, 2004; McQueen, 2007).

Os principais fatores ambientais modificáveis das DCV são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle estresse psicoemocional (Brasil, 2006b; V DBHA, 2007).

Dentro da prevenção, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCV, especialmente os de natureza comportamental, permite, por meio das evidências observadas, a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade (Malta, Cezario, Moura, 2006).

No entanto, o padrão comportamental e os hábitos de vida estão estreitamente relacionados com condições objetivas de oferta, demanda, consumo, modismo e ainda as representações sociais, da cultura e das relações sociais estabelecidas na sociedade (Buss, 2002).

Nesse contexto é que, além da prevenção primária, a promoção da saúde tem se configurado como alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que configuram o quadro epidemiológico atual das DCV. Os fatores de risco comportamentais ou condutas de risco constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à saúde (OMS, 1988).

A Carta de Ottawa, fruto da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, define promoção da saúde como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (OMS, 1986, p.1).

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à

informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde estão entre os principais campos da promoção da saúde (OMS, 1986).

Dentro desse contexto, programas de intervenção de base comunitária têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 70. O principal objetivo desses programas é diminuir a morbidade e mortalidade por DCV por meio da redução dos fatores de risco cardiovascular nas comunidades, a partir da educação em saúde e através de estruturas existentes na comunidade.

Diante disso, o objetivo desse trabalho foi descrever experiências internacionais no combate às DCV através de ações de promoção da saúde e prevenção integrada dos principais fatores de risco. Além disso, identificar as ações de vigilância sobre os fatores de risco para DCNT no Brasil e fazer uma breve reflexão sobre os desafios do Programa de Saúde da Família (PSF) para o enfrentamento das DCV, uma vez que o objetivo dessa estratégia é a mudança do eixo da atenção para a promoção e vigilância à saúde voltadas às comunidades.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo-discursivo. Os dados foram obtidos através de busca nas principais bases de dados em saúde: Biblioteca Virtual e Editora do MS; nas fontes de informação Ciências da Saúde em Geral - LILACS, MEDLINE, SciELO, SCIENCE DIRECT. Foram consultados ainda sites de órgãos oficiais internacionais: Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para a revisão, utilizaram-se os seguintes descritores: heart health, risk factors, community-based intervention, cardiovascular disease, hypertension, primary care, health promotion e seus correspondentes em português; de forma que a análise concentrou-se essencialmente em artigos de periódicos científicos da área de saúde, principalmente nas subáreas de medicina preventiva, saúde pública e epidemiologia.

A pesquisa ocorreu nos meses de junho a dezembro de 2008 e foram incluídos trabalhos publicados desde a década de 70 - quando foram divulgadas as primeiras experiências de intervenção comunitária contra as DCV - que inspiraram a formulação, pela OMS, de programas internacionais de combate às DCV baseados na ação comunitária.

Na busca bibliográfica foram obtidos 52 resultados. Após leitura dos artigos, selecionou-se para leitura mais detalhada e utilizou-se para a redação desta revisão bibliográfica 16 artigos científicos originais e 3 revisões narrativas, devido à sua maior

relevância com o tema abordado. Os estudos foram selecionados de forma a construir uma perspectiva histórica dessas intervenções, destacando-se as experiências mais importantes relatadas na literatura. Os artigos foram incluídos após análise e classificação de acordo com categorias principais que enfocavam:

1. Divulgação de métodos e formulação de programas de intervenção que envolviam a mobilização de instituições comunitárias para a promoção de estilos de vida saudáveis em nível regional e nacional na prevenção das DCV;

2. Avaliação de resultados dos programas de intervenção comunitária para prevenção e tratamento das DCV à médio e longo prazo;

3. Aspectos teóricos e metodológicos dos programas de intervenção comunitária para prevenção de DCV.

De forma complementar, utilizou-se ainda, artigos, documentos oficiais e teses relacionadas a temas atuais de políticas públicas relativas aos sistemas de vigilância dos fatores de risco para DCNT, assim como projetos demonstrativos de intervenção comunitária implantados no Brasil, de forma a construir um panorama geral das ações realizadas no sentido da prevenção primária dos fatores de risco para DCV no país nas últimas décadas. Considerando que no Brasil as políticas de saúde voltadas para a comunidade atualmente tem como eixo norteador o PSF, optou-se por selecionar também, trabalhos originais sobre a ação do PSF sobre as DCV e os desafios dessa estratégia no país.

As intervenções comunitárias sobre as doenças cardiovasculares: uma perspectiva histórica

As estratégias comunitárias partem da premissa que ações de saúde pública têm um impacto potencial maior do que propostas em nível individual. As estratégias visam à mudança de comportamentos de risco e sua sustentabilidade é dada por meio do envolvimento de organizações comunitárias. São baseadas na prevenção primária dos fatores de risco e promoção da saúde através da mobilização comunitária, estratégias de comunicação de massa e atividades interativas, screenings populacionais e intervenções que visam mudanças ambientais (Parker, Assaf, 2005).

A primeira experiência comunitária descrita na literatura foi o programa Community Syndrome of Hypertension, Atherosclerosis and Diabetes (CHAD) desenvolvido como um projeto demonstrativo de cuidado primário em saúde orientado para a comunidade em Israel, iniciado em 1971. Tinha como principais objetivos: modificar as prevalências de HAS, de

hipercolesterolemia e de sobrepeso na comunidade; identificar e tratar os indivíduos portadores de HAS, DM, hipercolesterolemia e obesidade; e modificar comportamentos comunitários relacionados à dieta, exercício físico e uso de tabaco. Os programas de educação em saúde foram baseados principalmente em aconselhamento direto com os profissionais. O CHAD produziu reduções significativas na prevalência de hipertensão (20%), taxas de tabagismo (11% nos homens), e sobrepeso (13%). No entanto não foram encontradas diferenças nas taxas de mortalidade nessa população (Abramson et al., 1994).

O projeto Karélia do Norte (PKN) foi iniciado na província finlandesa da Karélia do Norte em 1972, em parceria com a OMS. Desde a década de 60, a província tinha as maiores taxas de mortalidade por doenças isquêmicas do coração no mundo e uma população predominantemente rural e de baixo status socioeconômico. O objetivo principal do projeto foi testar a viabilidade e os efeitos de um programa comunitário para a prevenção de DCV por meio de mudanças no estilo de vida e nos fatores de risco, além reduzir a alta mortalidade por DCV na área. O projeto incluiu programas de comunicação de massa, com ênfase nos fatores de risco e promoção da integração das intervenções com a atenção primária à saúde (APS). Depois do êxito inicial e de importantes reduções, tanto dos fatores de risco como da mortalidade por DCV, iniciou-se um amplo e intenso trabalho nacional que incluiu em suas metas a diminuição da mortalidade causada pelas principais DCNT. Após os primeiros 25 anos da implantação do projeto, a mortalidade por DCV na Karélia do Norte decresceu significativamente: 68% por DCV em geral e 73% por cardiopatia coronariana. As mudanças ocorridas em toda a Finlândia foram igualmente importantes, havendo uma redução na mortalidade por DCV de 65%. Análises têm demonstrado que boa parte da diminuição da mortalidade por DCV foi atribuída às mudanças da população quanto aos principais fatores de risco, tendo evidências que as modificações dietéticas foram o fator mais importante (Puska et al., 1983; Puska, 2002).

O projeto Stanford Three Community também iniciado em 1972 nos Estados Unidos teve como objetivo a redução dos níveis de colesterol sérico, PA e tabagismo por meio de diferentes atividades de comunicação social (programas de televisão, rádio, jornais, cartas, panfletos) concentradas em ambientes como o lar, o trabalho e a comunidade; além de atividades educativas individuais e de grupo para indivíduos de alto risco. Os resultados foram favoráveis para tabagismo e colesterol sérico, sendo que o risco cardiovascular diminuiu em 17% nas comunidades de intervenção (Farquhar, 1978).

O programa Franklin Cardiovascular Health iniciado em 1974 em Franklin, Maine – EUA; teve a participação de 23 comunidades. O objetivo do programa foi reduzir o risco

cardiovascular por meio da manutenção de valores adequados de PA, colesterol e diminuição do tabagismo. O programa integrou a saúde pública e os serviços de saúde, sendo que as estratégias incluíram screenings populacionais, aconselhamento e participação comunitária. Pesquisas afirmam que a taxa de mortalidade em Franklin foi significativamente menor que no restante de Maine - 10% para mortalidade total e 17% para mortalidade por DCV (Record, Harris, Record, 2000).

Em 1978, no norte da Califórnia, o projeto Stanford Five City testou um abrangente programa de organização comunitária e educação em saúde em mudanças favoráveis do risco cardiovascular - tabagismo, dieta, hipertensão arterial, sedentarismo e obesidade. O programa usou múltiplos métodos de educação para mudança dos fatores de risco comportamentais: mídia de massa (TV e rádio), mídia impressa através de correspondência, nos locais de trabalho e por meio dos serviços de saúde. Os resultados foram mudanças favoráveis no colesterol sérico (2%), PA (4%) e tabagismo (13%) (Farquhar, Fortmann, Flora, 1990).

O programa Minnesota Heart Health iniciado em 1981 também focou os fatores de risco para DCV como tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e ingestão de álcool. As ações incluíram campanhas de comunicação de massa, educação e screenings sistemáticos dos fatores de risco, mudanças ambientais e educação dirigida aos jovens, adultos e profissionais de saúde. Não foram encontradas evidências de efeito significativo das intervenções sobre as DCV (Luepker et al., 1994).

O programa Pawtucket Heart Health também iniciado em 1981 teve como foco as ações em organizações e campanhas comunitárias. O programa foi desenhado para, além de diminuir os fatores de risco comportamentais através da educação em saúde e do desenvolvimento de redes de apoio social; criar mecanismos de suporte para manutenção de hábitos saudáveis, por meio do fortalecimento das organizações comunitárias e ações intersetoriais. As ações incluíram informações sobre alimentos pobres em gordura em mercados e restaurantes e programas nutricionais junto a livrarias públicas. Não houve diferença significativa para PA, colesterol sérico e prevalência de tabagismo após a intervenção, apesar do risco de DCV ter diminuído cerca de 8% durante o programa de educação (Carleton et al., 1995).

Na Europa, o German Cardiovascular Prevention Study foi um programa multicêntrico conduzido entre 1984 e 1991 em seis regiões da Alemanha Ocidental. O objetivo do programa era a redução, através da prevenção primária, de quatro principais fatores de risco cardiovascular – HAS, hipercolesterolemia, tabagismo e obesidade. Foi implementado um programa de prevenção multifacetado baseado em alimentação saudável, aumento da

atividade física e realização de screenings para detecção e tratamento de indivíduos com HAS e hipercolesterolemia. Contava com a parceria de instituições públicas e privadas, e da comunidade médica; e as estratégias incluíram campanhas para promoção da alimentação saudável junto a festivais comunitários, eventos públicos, em escolas, mercados, e restaurantes. Foram oferecidos cursos e seminários para redução de peso, e eventos esportivos recreativos para estimular a atividade física. Além disso, também foram implementados programas para a cessação do fumo. Foram encontrados resultados na redução da pressão arterial (21%), colesterol sérico (11%) e taxas de tabagismo em homens (9,7%) (Hoffmeister et al., 1996).

No norte da Suécia foi conduzido na região de Norsjö, caracterizada pela maior incidência e mortalidade por DCV do país, um programa de prevenção através da mudança de fatores de risco (lipídeos plasmáticos, pressão arterial, e tabagismo) iniciado em 1985. Foram conduzidos inquéritos anuais sobre os fatores de risco para DCV durante dez anos. Os indivíduos receberam aconselhamento sobre mudanças de estilo de vida e aqueles com alto risco recebiam tratamento médico. Houve diferenças significativas na PA sistólica e colesterol total. Além disso, a mortalidade foi reduzida em 36% na região de intervenção (Weinehall et al., 2001).

No Canadá, a partir de 1986, foi lançado a Canadian Heart Health Initiative (CHHI) uma iniciativa federal com o objetivo de implementar programas de prevenção de DCV com foco na comunidade (CHHI, 2008). O programa Coeur en Santé Saint Henri, desenvolvido pelo departamento de saúde pública de Montreal entre 1992 e 1995, envolveu uma comunidade de baixa renda, em Saint Henri, caracterizada por altas prevalências de tabagismo, sobrepeso e inatividade física. O principal objetivo do programa foi promover comportamentos saudáveis (controle da PA e colesterol total, aumento da atividade física, consumo de dietas com baixo teor de gordura e cessação do tabagismo) em indivíduos de 18 a 65 anos. As estratégias concentraram em ações de educação nutricional e combate ao tabagismo. No entanto, não foram encontrados resultados expressivos (O'Loughlin et al., 1999)

O Quebec Heart Health Demonstrative Project foi um programa de prevenção de DCV baseada em ações comunitárias conduzido entre os anos de 1992 e 1997 em diferentes províncias de Quebec, Canadá. O departamento de Saúde Pública de cada região foi responsável por definir os objetivos, a população alvo, as estratégias de intervenção e os métodos de avaliação. Os programas locais aderiam aos princípios básicos que dizem respeito à prevenção dos fatores de risco (tabagismo, dieta e sedentarismo), através de programas

multifatoriais na comunidade e envolvendo diferentes segmentos da população e organizações locais. O projeto não alcançou resultados significativos nas mudanças dos fatores de risco comportamentais (Huot, Paradis, Ledoux, 2004).

Na Holanda, foi iniciado em 1998, o projeto Hartsлаг Limburg na região de Maastricht, que teve como objetivo reduzir a prevalência de DCV, encorajando os habitantes a aumentarem a atividade física, reduzirem a ingestão de gordura, e a cessarem o tabagismo. O projeto integrou duas estratégias: uma direcionada à população em geral e aos grupos de baixo *status* socioeconômico; e outra focada nos indivíduos diagnosticados com DCV ou múltiplos fatores de risco para DCV. Foi realizado um trabalho intersetorial entre conselhos da cidade de Maastricht e de quatro municípios adjacentes, o Instituto Regional de Saúde Pública de Maastricht, duas organizações de trabalho social da comunidade e da organização de cuidado à saúde local. De 1999 a 2003 foram implantadas 590 intervenções principais, sendo que 50% delas eram direcionadas a áreas de baixa renda. São exemplos de intervenções: educação nutricional através de meios digitais, além de em espaços como em supermercados; parcerias público-privadas com programas de televisão; rotulagem de alimentos; áreas livres de tabaco; criação de campanhas e grupos de caminhada e ciclismo; campanhas antitabaco, em adição a campanhas na rede de rádio e televisão local; artigos em jornais e distribuição de panfletos. Após cinco anos de intervenção, foram encontradas diferenças significativas nos valores de circunferência de cintura, índice de massa corporal (IMC) e PA na região de intervenção em comparação a regiões de referência (Schuit et al., 2006).

Os resultados dos programas de intervenção comunitária tiveram resultados bastante distintos nos países desenvolvidos. Muitos deles produziram resultados modestos nas mudanças de comportamentos de risco, em nível populacional. Algumas razões têm sido propostas para explicar o pequeno impacto de muitos programas de intervenções comunitárias nas DCV. Elas incluem: o alcance limitado de sessões de aconselhamento individual e de grupos pequenos, uma baixa penetração desses programas de educação em muitos segmentos da população, fortes tendências seculares de aumento dos fatores de risco e as condições estatísticas de análise dos resultados (Parker, Assaf, 2005).

Dos programas de intervenção comunitária em DCV encontrados, o PKN foi aquele que obteve maior sucesso na diminuição da mortalidade por DCV, produzindo mudanças substanciais nos fatores de risco dessas doenças. Um ponto forte desse projeto foi a participação ativa de vários setores da comunidade, incluindo diversas organizações não

governamentais, serviços de saúde e escolas, além da cooperação internacional da OMS (Puska, 2002).

Vários estudos de intervenção comunitária também têm sido desenvolvidos em países em desenvolvimento, incluindo Mauritius e China.

Mauritius, uma ilha multiétnica no Oceano Índico, teve um rápido e intenso processo de industrialização nas últimas décadas e enfrentava altas e crescentes taxas de mortalidade por DCV. Em 1987, o governo da ilha lançou um programa de intervenção sobre DCNT para prevenir e controlar essas doenças através de mudanças de estilos de vida. O objetivo do programa foi modificar os níveis de fatores de risco relacionados ao estilo de vida incluindo intolerância à glicose, HA, hiperlipidemia, obesidade, tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo. Os componentes de prevenção primária incluíram o extensivo uso de mídia de massa, políticas fiscais e legislativas e atividades de educação sanitária na comunidade em geral, nas escolas e locais de trabalho. Resultados mostraram tendências favoráveis na prevalência dos fatores de risco, com diferenças significativas na redução do tabagismo (11%), aumento da prática de atividade física moderada (5,2%), redução do consumo de álcool (23,8%), e redução do colesterol sérico (18,9%) e HAS (2,9%) (Dowse et al., 1995).

Em Tianjin na China, onde a HA configura-se como maior problema de saúde pública e onde há um alto consumo de sal, foi lançado em 1989 um programa de intervenção comunitária focado em ações que visavam a redução do consumo de sal e o controle do peso corporal nos indivíduos da comunidade, além da terapia adequada com anti-hipertensivos em pacientes portadores de HA. Inquéritos periódicos sobre a prevalência de fatores de risco para DCV têm sido realizados desde a implantação das intervenções. Após 7 anos de intervenção, foram observadas mudanças favoráveis nos valores de PA e IMC, sobretudo nos indivíduos entre 45 e 64 anos. No entanto, as mudanças na PA, IMC e consumo de sal foram pequenas na comunidade em geral (Yu et al., 1999).

Revisão realizada por Gazeano et al. (2007) sobre o custo-efetividade dos programas de intervenção comunitária sobre DCNT concluiu que, apesar das pequenas reduções nos fatores de risco tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, elas são significativas na diminuição do risco cardiovascular e poderiam ser custo-efetivas em países de baixa e média renda.

Baseados em experiências comunitárias bem sucedidas, recomendações tem sido propostas para o desenvolvimento de futuros programas, destacando-se a participação ativa da comunidade, a compreensão de suas necessidades e prioridades, a colaboração dos indivíduos, principalmente dos líderes e organizações comunitárias; a importância do envolvimento dos

serviços de saúde locais; e a implementação de políticas nacionais que auxiliem escolhas saudáveis (Pearson, Walls, Lewis, 2001; Schooler, Farquhar, Fortmann, 1997).

As ações comunitárias da Organização Mundial de Saúde

Seguindo o exemplo do PKN e outros programas de promoção da saúde e prevenção de enfermidades na América do Norte e Europa, a OMS iniciou o Programa Nacional Integrado de Intervenção contra Enfermidades Não Transmissíveis (CINDI) – em inglês, segundo suas siglas: Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme – que começou com programas nacionais de demonstração de 1985 a 1992 na América do Norte e Europa. Até o ano de 2002 a iniciativa possuía 105 áreas de demonstração em 29 países (Leparski, Nussel, 1987).

O projeto CARMEN (Conjunto de Ações Integradas para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis) é uma iniciativa da OPAS correspondente ao CINDI para a América Latina e Caribe. O controle dos principais fatores de risco de risco é proposto através da ação simultânea sobre pelo menos três elos (tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo) em três níveis de ação: político, comunitário e de serviços de saúde; e a incorporação das políticas públicas sistematicamente como nível de intervenção (Brasil, 2000).

Alguns pontos são considerados fundamentais para a concretização dos objetivos da iniciativa CARMEN, como a realização de inquéritos populacionais para identificação dos principais fatores de risco cardiovascular, a abordagem dos fatores de risco de forma integrada e intersetorial e a reorganização dos serviços locais de APS (Brasil, 2000).

A vigilância dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e os projetos demonstrativos no Brasil

Desde 2002, a OMS está envolvida no esforço mundial de priorizar a vigilância das DCNT, com foco nos principais fatores de risco tais como o tabagismo, a HA a alimentação inadequada, a obesidade, o sedentarismo, entre outros, diante das experiências exitosas em vários países na redução da morbimortalidade por DCV por meio da vigilância e das ações integradas sobre os fatores de risco (OMS, 2008).

O Brasil, por meio de diferentes inquéritos de saúde, vem construindo bases de dados para o monitoramento contínuo dos fatores de risco e de proteção das DCNT (Malta, Cezario, Moura, 2006).

Realizadas em 2001/2 as campanhas de detecção de suspeitos de HA e DM no Brasil, parte do PRAHADM/MS configuraram a primeira iniciativa mundial de realização de uma campanha populacional massiva para o rastreamento de DCNT (Toscano, 2004).

Em 2002-2003, o MS realizou nas capitais de 16 unidades da federação, o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Esse inquérito coletou, entre outros dados, informações sobre hábito de fumar, peso e estatura referidos, consumo alimentar, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e diagnóstico médico de HAS e DM (INCA, 2004). Outro passo importante foi a decisão de incluir questões sobre hábito de fumar e atividade física na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, realizada em 2008.

O MS, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e contando com o suporte técnico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – NUPENS/USP, ainda implantou, em 2006, o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Esse sistema permite o monitoramento contínuo e rápido dos fatores de risco para DCNT em todas as capitais brasileiras (Brasil, 2007).

Projetos demonstrativos de vigilância e condução de DCNT têm sido conduzidos no Brasil, integrados ao PSF. A iniciativa CARMEN é conduzida em municípios brasileiros desde 1998, com destaque para Goiânia – GO e Marília-SP (Malta, Cezario, Moura, 2006).

A implantação dessa iniciativa em Goiás fez surgir o Comitê Diretivo do CARMEN, com representantes de instituições parceiras como universidades, secretarias de saúde, educação e esporte e outras organizações de saúde. O comitê definiu dois critérios para adesão dos municípios: a decisão política do gestor local em adotar essa nova metodologia e a existência de equipes de Saúde da Família, como forma de garantir a sustentabilidade da nova estratégia (OPAS, 2004). Partindo dessa escolha, em 1999 foi realizado o diagnóstico sobre a prevalência de fatores de risco para DCV, utilizando instrumentos recomendados em nível internacional pela Rede CARMEN das Américas. Os resultados evidenciaram alta prevalência de excesso de peso (44,2%), HAS (32,9%) e tabagismo (22,9%) A avaliação bioquímica evidenciou 8,1% de descontrole glicêmico, 45,5% de hipercolesterolemia e 17,7% de hipertrigliceridemia (Carnellosso, 2007).

Com base nesses dados, o Comitê CARMEN propôs para o Distrito Sanitário Leste as ações de intervenção, com a participação da comunidade. Integram essas ações a capacitação dos profissionais de saúde para diagnóstico precoce de fatores de risco para as

DCNT, a abertura de espaços de lazer para o estímulo de exercícios físicos regulares, a proposição de uma investigação, junto a crianças e adolescentes da rede de ensino, buscando a detecção e a intervenção precoce sobre os fatores de risco presentes, e ainda a interiorização da proposta com a implantação, em Firminópolis e no município de Quirinópolis, da iniciativa CARMENT (Malta, Cezario, Moura, 2006).

A experiência acumulada e a interiorização da iniciativa para outros municípios permitiu com que o Estado fosse contemplado, em 2002, pelo Ministério da Saúde em conjunto com a OPAS/OMS, com o projeto de vigilância epidemiológica “Mega country”, que tem como base metodológica a implantação de um sistema de vigilância e monitoramento de fatores de risco para DCNT - “STEPwise approach”, da OMS, destinado a países com mais de 100 milhões de habitantes (Malta, Cezario, Moura, 2006; Carnellosso, 2007).

A experiência da implantação da Iniciativa CARMENT em Goiás resultou em iniciativas intersetoriais em parceria com a Universidade Federal de Goiás para realização do primeiro diagnóstico sobre fatores de risco, em escolares de 7 a 14 anos, por meio do Projeto CARMINHO (Monego, 2005).

Através de inquérito realizado em 2004, para a avaliação dos resultados da estratégia em Goiânia sobre os fatores de risco cardiovascular, foram encontradas diminuições relativas significantes em ambos os sexos, nas prevalências de tabagismo (4,8%), hiperglicemia (3,7%) e trigliceridemia (4,4%). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de PA e sobrepeso/obesidade e houve uma tendência de aumento do sedentarismo (Carnellosso, 2008).

O Programa de Saúde da Família: uma breve reflexão sobre os desafios no enfrentamento das DCV

Analisando tanto as experiências internacionais quanto as políticas de promoção da saúde e prevenção de DCNT no Brasil, observa-se uma grande ênfase na intervenção de base comunitária e o papel protagonista dos serviços de APS nesse processo.

Isso provavelmente se deve ao fato de que a APS *“caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde; é desenvolvida por meio do exercício de práticas dirigidas a populações de territórios bem delimitados”* (Brasil, 2006c, p.1). O território compreende o espaço onde vivem os grupos e que abriga suas relações e condições relacionadas à subsistência: trabalho,

renda, habitação e acesso à educação. Além disso, nesse espaço consideram-se o saber preexistente e a cultura dos indivíduos, suas concepções sobre saúde e doença, família e sociedade; sendo local privilegiado para a ação em saúde porque nele consegue-se definir um conjunto de problemas e prioridades, e os recursos disponíveis para atender às necessidades de saúde de cada comunidade (Campos, 2003).

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo MS para organizar a APS e reestruturar o SUS mostra-se como o modelo mais provável para alterar a realidade das DCV. Isso porque permite a aproximação dos indivíduos seu coletivo e suas interações sociais, colaborando para a mudança de seus comportamentos e hábitos de vida (OPAS, 2004).

No Brasil, a iniciativa CARMEN - GO, implantada nas regiões onde há equipes de Saúde da Família, indica que o novo modelo facilita a atenção, o controle dos fatores de risco e as ações de promoção da saúde (OPAS, 2004).

No entanto, estudos que avaliaram as ações do PSF sobre a HAS encontraram que apesar da estratégia ter aumentado o acesso dos portadores aos serviços de saúde, há uma baixa adesão ao tratamento e a permanência de uma alta prevalência de fatores de risco na comunidade. Esses resultados foram atribuídos principalmente a uma educação em saúde secundária e superficial, sem apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado; a falta de alimentação do banco de dados – HIPERDIA; a ausência de uma coordenação geral do programa nos municípios e a insipiência de ações baseadas na análise da situação de saúde dos portadores de HAS (Paiva, Berbusa, Escuder, 2006; Alves, Nunes, 2006; Araújo, Guimarães, 2007; Toledo, Rodrigues, Chiesa, 2007; Costa, 2007).

As ações de base comunitária têm como elemento importante assegurar-se de que as organizações e profissionais envolvidos sejam capacitados e recebam assistência técnica, para a avaliação das necessidades das comunidades, e para a implementação de estratégias integrais para intervenção sobre os fatores de risco comunitários, considerando as condições sociais e econômicas, tais como: pobreza, emprego, composição familiar, ambiente físico; as práticas, normas e valores; a urbanização e o acesso a bens e serviços (Brasil, 2000).

No entanto, o que se constata atualmente é que os profissionais de saúde que atuam na APS têm uma formação e um perfil inadequados para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e da implementação de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção e atenção precoce (Gil, 2005). Trabalhos que avaliaram o perfil e o conhecimento dos profissionais da APS e PSF e de diferentes atores envolvidos na construção da política de saúde local mostraram uma inadequação do conhecimento sobre os princípios e objetivos do SUS e do PSF (Cotta, Mendes, Muniz, 1998; Cotta et al., 2006)

A integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, têm sido um dos maiores desafios da saúde no Brasil, e a opção de ações baseadas em especialidades, é responsável pela fragmentação dos trabalhos desenvolvidos na APS. Além disso, constituem-se com entraves às práticas integrais de saúde, o distanciamento entre profissional e usuário e práticas de saúde orientadas por tecnologias não flexíveis e desvinculadas da realidade dos indivíduos (Campos, 2003; Cotta et al., 2007).

Nesse contexto, é relevante repensar a formação dos profissionais de saúde, que deve ser concebida de acordo com o SUS, baseada na gestão colegiada, na multiprofissionalidade e na alteridade, e realizada através de uma educação crítico-reflexiva, problematizadora onde o ensino esteja em consonância com o serviço (Cotta et al., 2007; Ceccim, Furerwerker, 2004).

Além da formação dos profissionais de saúde, outros elementos podem ser colocados como fundamentais para o sucesso do PSF como estrutura promotora de saúde. Estudo realizado por Campos (2005), em parceria com MS/OPAS, que analisou várias experiências de promoção da saúde no âmbito da APS mostrou que fatores externos ao PSF apresentaram-se como marcadamente necessários para que as iniciativas de promoção se desenvolvessem. Um ambiente político favorável, o empenho dos gestores locais, a presença de redes sociais atuantes no território e as ações intersetoriais mostraram-se peças-chave nesse processo.

A intersetorialidade é defendida por outros autores como elo fundamental entre a promoção da saúde e o PSF, sendo que o último se constituiria de recurso para os profissionais lidarem com demandas intersetoriais por se configurar o ponto de articulação para o trabalho intersetorial (Cohen et al., 2004).

Talvez o maior desafio do PSF se deva ao seu papel de mudança do modelo de assistência tradicional, médico-medicamentoso e hospitalocêntrico. A *“Saúde da Família é compreendida como estratégia principal para a mudança desse modelo (tradicional), que deverá se integrar a todo contexto de reorganização do sistema de saúde”* (Brasil, 2006c, p.10) sendo o elo integrador e focalizador das políticas públicas nacionais e a comunidade.

Considerações finais

As DCV estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por altos custos diretos e indiretos. A alta prevalência das DCNT, em especial as DCV, tem imposto desafios para o setor saúde e as políticas públicas envolvidas no combate aos seus fatores de risco.

Estratégias de saúde pública, como as intervenções comunitárias têm sido implantadas em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento, como forma de enfrentamento das DCV a partir do enfoque de risco, traduzindo a tentativa de mudança do modelo de assistência prestada à população, fortalecendo os princípios da prevenção e da promoção, através de ações integradas e intersetoriais, com a participação efetiva da comunidade.

No Brasil, a implantação de sistemas de vigilância desses fatores está em consonância com esse novo enfoque. No entanto, muitos desafios permanecem no enfrentamento das DCV, principalmente no que diz respeito à integração das políticas públicas aos serviços de saúde. Nesse sentido, a APS mostra-se como peça fundamental de elo entre políticas de saúde e a comunidade, e o PSF como estrutura potencial na consolidação da promoção da saúde.

Referências Bibliográficas

Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Schein MH, Naveh P. The CHAD program for the control of cardiovascular risk factors in a Jerusalem community: a 24-year retrospect. *Isr J Med Sci* 1994; 30: 108-19.

Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2006; 10(19):131-147.

Araujo JC, Guimarães AC. Controle da Hipertensão Arterial em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3):368-74.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Conjunto de ações para redução multifatorial das enfermidades não transmissíveis – Projeto Carmen Brasil – Protocolo Nacional. Brasília: MS; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: MS; 2006a. (MS. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Brasília: MS; 2006b. (MS. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS; 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS; 2007.

Brasil. Datasus [homepage na internet]. Indicadores e dados básicos – Brasil – 2007 [acesso em 30 Abr 2009]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm#mort>.

Buss PM. Promoção da Saúde da Família. Rev Bras Saúde Família 2002; 2(6):50-63.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8(2):569-584.

Campos FC. Promoção de Saúde na Atenção Básica no Brasil. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Faculdade de Medicina / UFMG, Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – FUNDEP; 2005. Relatório OPAS: BR/CNT/0500054.001.

Canadian Heart Health Initiative [homepage on Internet]. Process Evaluation of the Demonstration Phase - Conference of Principal Investigators of Heart Health 2001 [cited 2008 May 20]. Available from: <http://www.med.ca/chhdbc/>

Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, Feldman HA, Mckinlay S, Pawtucket Heart Health Program Writing Group. The Pawtucket Heart Health Program: Community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. Am J Public Health 1995; 85(6):777-85.

Carnellosso MLC. Iniciativa Carment: resultados e tendências das prevalências dos fatores de risco cardiovasculares [tese]. Goiânia (GO): Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Convênio Centro Oeste / UNB / UFG / UFMS; 2008.

Carnellosso MLC. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares na região leste de Goiânia – Goiás. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet] 2007 [acessado 2008 Jun 20] [cerca de 8 p]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1824

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5):1400-1410.

Cohen SC, Cynamon SE, Kligerman DC, Assumpção RF. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(3):807-813.

Costa JMBS. Avaliação da Implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas Equipes de Saúde da Família no Município de Recife – PE. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet] 2007 [acessado 2008 junho 26] [cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=839

Cotta RMM, Azeredo CM, Schott M, Martins PC, Franceschini SCC, Priori SE. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev Med Minas Gerais* 2006; 16(1):2-8.

Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med* 2007; 31(3):278-286.

Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das Políticas Públicas de Saúde – Do imaginário ao Real*. Viçosa: Editora UFV; 1998.

Dowse GK, Gareeboo H, Alberti KGMM, Zimmet P, Tuomilehto J, Purran A, et al. Changes in population cholesterol and other cardiovascular risk factor levels after five years of the non-communicable disease intervention programme in Mauritius. *British Med J* 1995; 311(11):1255-59.

Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA. Effects of community-wide education on cardiovascular disease risk factors: The Stanford Five-City-Project. *JAMA* 1990; 264:359-65.

Farquhar JW. The community-based model of lifestyle intervention trials. *Am J Epidemiol* 1978; 108:103-111.

Gazeano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007; 370:1939-46.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2):490-8.

Hoffmeister H, Mensik GBM, Stolzenberg H, Hoeltz J, Kreuter H, Laaser U, et al. Reduction of Coronary Heart Disease Risk Factors in the German Cardiovascular Prevention (GCP) study. *Prev Med* 1996; 25:316-23.

Huot I, Paradis G, Ledoux M. Effects of the Quebec Heart Health Demonstration Project on adult dietary behaviours. *Prev Med* 2004; 38:137–148.

Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Vigilância em Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: MS; 2004.

Leparski E, Nüssel E, editors. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases (CINDI) Intervention Programme - Protocol and guidelines for monitoring and evaluation procedures. Berlin: Springer-Verlag; 1987.

Luepker RV, Murray DM, Jacobs DR, Mittelmark MB, Bracht N, Carlaw R, et.al. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health* 1994; 84(9): 1383-93.

Malta DC, Cezario AC, Moura L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(3):47-65.

Malta DC. Agenda de prioridades de vigilância e prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis e Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis. In: *Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não-Transmissíveis e Promoção da Saúde*; 2005 Set 20-22; Brasília, Brasil. Brasília: MS; 2006.

McQueen DV. Continuing Efforts in Global Chronic Disease Prevention. *Prev Chronic Dis* [serial on the Internet] 2007 April [cited 2008 Mar 03]; 4(2): [about 21 p.]. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1893120>.

Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: MS; 2004.

Monego EM. Determinantes de Risco para doenças cardiovasculares em Escolares do município de Goiânia [tese]. Goiânia (GO): Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Convênio Centro Oeste / UNB / UFG / UFMS; 2005.

O'Loughlin JL, Paradis G, Gray-Donald K, Renaud L. The impact of a community-based heart disease prevention program in low-income, inner-city neighborhood. *Am J Public Health* 1999; 89:1819-26.

Organização Mundial da Saúde [homepage na Internet]. Conjunto de Acciones para Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles (CARMEN) [acessado em 2008

Jul 1]. Disponível em:
<http://www.who.int/hpr/globalforum/regional.networks.shtml#CARMEN>.

Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In Ministério da Saúde/ FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: MS/IEC; 1986.

Organização Mundial da Saúde. Glossário de Promoção da Saúde. Geneva: OMS; 1988.

Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003.

Organização Pan-Americana de Saúde. Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004. (OPAS. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

Paiva DCP, Berbusa APS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família no Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(2):377-385.

Parker DR, Assaf AR. Community Interventions for Cardiovascular Disease. *Prim Care Clin Office Pract* 2005; 32: 865-881.

Pearson TA, Walls S, Lewis C. Dissecting the “black box” of community intervention: lessons from community-wide cardiovascular disease prevention programs in the US and Sweden. *Scand J Public Health* 2001; 29(Suppl 56):69-78.

Puska P, Salonen JT, Nissinen A, Tuomilehto J, Vartiainen E, Korhonen H, et al. Change in risk factors for coronary disease during 10 years of a community intervention programme (North Karelia project). *Br Med J* 1983; 287(17):1840-4.

Puska P. Successful prevention on non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Med* 2002; 4(1):5-7.

Record NB, Harris DE, Record SS. Mortality impact of an integrated community cardiovascular health program. *Am J Prev Med* 2000; 19:30-8.

Schooler C, Farquhar JW, Fortmann SP. Synthesis of findings and issues from community prevention trials. *Ann Epidemiol* 1997; S7: S54–68.

Schuit AJ, Wendel Vos GCW, Verschuren WMM, Ronckers ET, Van Ree J, Ruland EC. Effect of 5-Year Community Intervention Hartsлаг Limburg on Cardiovascular Risk Factors. *Am J Prev Med* 2006; 30(3):237-42.

Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto - Enferm* 2007;16(2):233-8.

Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis e hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2004; 9(4):885-895.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007 Set; 89(3):24-79.

Weinehall L, Hellsten G, Boman K. Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Norsjo community intervention programmed motives, methods and intervention components. *Scand J Public Health* 2001; 56(Suppl):13–20.

Yu Z, Song G, Guo Z, Zheng G, Tian H, Vartiainen H, et al.. Changes in blood pressure, body mass index, and salt consumption in a Chinese population. *Prev Med* 1999; 29:165–72.

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

ARTIGO ORIGINAL – ARTIGO 2

Perfil clínico-epidemiológico de portadores de hipertensão arterial sistêmica participantes de atividades de educação em saúde e nutrição: a atenção primária à saúde em pauta

Resumo

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública e seu controle constitui um desafio aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo escassas as informações sobre o perfil dos portadores de HA atendidos pela APS. O objetivo do presente estudo foi descrever e analisar o perfil clínico-epidemiológico de participantes de atividades de educação em saúde e nutrição em nível da APS. Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, conduzido entre os meses de abril e dezembro de 2009. A coleta de informações foi realizada em oficinas de educação em saúde e nutrição e por meio da análise dos dados registrados nos prontuários de portadores de HAS cadastrados na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) urbana de Porto Firme, MG. Foram avaliados 238 portadores de HA que participaram das atividades educativas. Houve predominância do sexo feminino (66,8%) e idosos (66,4%). A média de IMC (índice de massa corporal) do grupo foi de 27,4 kg/m², sendo a prevalência de sobrepeso estatisticamente maior entre os indivíduos de meia-idade (45-60 anos) ($p < 0,001$) e mulheres ($p = 0,004$). O controle da PA foi observado em 55,5% da amostra, não havendo diferença entre sexo e faixa etária. A média de uso de terapia anti-hipertensiva foi de 2,3 tipos de medicamentos/pessoa, predominado a associação entre hidroclorotiazida e captopril. A prevalência de diabetes *mellitus* (DM) no grupo foi de 21%. O delineamento do perfil clínico-epidemiológico da população portadora de HAA permitiu uma melhor compreensão da dinâmica e peculiaridades desse grupo podendo contribuir para a avaliação e o planejamento de ações em saúde mais efetivas.

Palavras-chave: Hipertensão, Saúde da Família, Epidemiologia, Atenção Primária à Saúde

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma síndrome clínica multifatorial caracterizada pelo aumento dos níveis de pressão arterial associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos como a hipertrofia vascular e cardíaca (JNC 7, 2003).

No Brasil, inquéritos de base populacional em diferentes cidades mostram prevalências de HAS variando entre 22,3% e 43,9% (V DBHA, 2007). Segundo o Ministério da Saúde (MS), a prevalência estimada de HA no país é de 35% na população acima de 40, sendo um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular e de doença renal, representando um grave problema de saúde pública no país e no mundo (Jardim et al., 2007)

Dentre os fatores associados a HAS, os mais investigados são o índice de massa corporal (IMC), o diabetes *mellitus* (DM), as dislipidemias, o consumo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo (Jardim et al., 2007; Passos, Assis, Barreto, 2006; Gus et al., 2004). A alta prevalência e a co-ocorrência dos fatores de risco é um fator preocupante, por aumentar substancialmente o grau de risco cardiovascular (V DBHA, 2007).

Nesse contexto, as mudanças de estilo de vida exercem um papel essencial no tratamento, pois além de diminuir o risco cardiovascular, melhoram a eficácia dos fármacos anti-hipertensivos e em alguns casos podem ter efeitos similares à terapia medicamentosa, sendo que a combinação de duas ou mais mudanças alcançam melhores resultados (JNC 7, 2003; Cotta et al., 2008; Cotta et al., 2009).

Desde a década de 70, diferentes países têm introduzido estratégias que visam à mudança de comportamentos de risco e prevêm sua sustentabilidade por meio do envolvimento de organizações comunitárias. Essas experiências têm sido baseadas na prevenção primária dos fatores de risco e promoção da saúde através da mobilização comunitária, estratégias de comunicação de massa e atividades interativas, diagnósticos populacionais, intervenções que visavam mudanças ambientais e aconselhamento direto com os profissionais de saúde, com ênfase na atenção primária à saúde (APS) (Ribeiro, Cotta, Ribeiro, 2009).

No Brasil, a Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a APS e reestruturar o Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se mostrado como um modelo adequado para alterar a realidade da HAS, a partir dos indivíduos e da mudança de seus comportamentos e hábitos de vida, permitindo a aproximação dos indivíduos, do coletivo, suas interações e a comunidade (OPAS, 2004; Costa et al., 2009; Gomes et al., 2009).

No entanto, estudos que investigaram a efetividade das ações da Saúde da Família sobre a HAS mostraram que apesar da estratégia ter aumentado o acesso dos portadores de HAS aos serviços de saúde, há uma baixa adesão ao tratamento, persistindo uma alta prevalência de fatores de risco na comunidade (Cotta et al., 2009; Ribeiro, Cotta, Ribeiro, 2009).

Isto pode estar relacionado, em parte, à existência de poucos estudos epidemiológicos disponíveis na literatura, sobre o perfil dos pacientes portadores de HAS, suas características sociais, demográficas e clínicas e sobre o histórico de doença e atendimento nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), informações úteis para programação de ações mais efetivas para o controle dessa morbidade. A insipiência de ações baseadas na análise da situação de saúde dos portadores de HAS tem sido apontada como uma das causas da baixa adesão desse grupo ao tratamento (Paiva, Berbusa, Escuder, 2006; Costa, 2007).

Assim, diante da carência de estudos que informem sobre o perfil do público portador de HA usuário dos Programas de Saúde da Família (PSF), o presente estudo teve como objetivo descrever e analisar o perfil clínico-epidemiológico de participantes de atividades de educação em saúde e nutrição em nível da APS, no município de Porto Firme, MG.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, conduzido na UAPS urbana do município de Porto Firme - MG, no período de abril a dezembro de 2009.

Caracterização da UAPS

A UAPS abriga duas equipes de Saúde da Família com um total de 1361 famílias e 626 portadores de HAS cadastrados. Nessa unidade desenvolvem-se atividades em grupo com os portadores de HAS e DM cadastrados há quatro anos, aproximadamente. As atividades são mensais e os participantes são divididos em grupos de acordo com as áreas geográficas onde atuam os agentes comunitários de saúde (ACS). Atualmente são oito grupos que se reúnem mensalmente para abordagem de temas referentes à saúde pelos diferentes profissionais atuantes na UAPS: médico, enfermeiro, dentista e ACS. Como o município não tem o profissional nutricionista trabalhando nas equipes de saúde da família, as atividades de orientação nutricional não haviam sido disponibilizadas para a comunidade, até o início desta pesquisa.

Foram realizadas cinco oficinas de educação em saúde e nutrição durante os meses de abril a agosto de 2009, com os indivíduos portadores de HAS cadastrados na UAPS da zona urbana do município.

Casuística

Para o presente estudo, a amostra foi constituída por todos os indivíduos portadores de HAS que compareceram a pelo menos uma das cinco oficinas de educação em saúde realizadas e que tinham dados completos disponíveis no prontuário.

Parâmetros avaliados

Foram analisadas informações clínicas: pressão arterial (PA), peso, altura e IMC; e dados dos prontuários dos indivíduos como: tempo de cadastramento no PSF, tempo de diagnóstico da HAS, intercorrências relacionadas à doença e a terapia anti-hipertensiva utilizada no período do estudo. As informações relativas a PA, peso, altura e IMC foram coletadas na 1ª oficina da qual o indivíduo participou. Foi avaliada, ainda, a frequência de participação dos portadores de HAS nas atividades educativas.

O peso foi obtido por meio de balança eletrônica, com capacidade de 180 kg e divisão de 100 gramas; e estatura foi aferida utilizando-se antropômetro portátil, constituído por plataforma metálica para posicionamento dos indivíduos e coluna de madeira desmontável contendo fita milimetrada e cursor para leitura; de acordo com as técnicas propostas por Jellife (1968). O IMC foi calculado por meio da relação entre o peso e a estatura ao quadrado (P/E^2) e classificado de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (1995).

A PA foi aferida e classificada de acordo com os procedimentos e parâmetros recomendados pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007). Os dados dos prontuários foram coletados na UAPS com auxílio das ACS.

Análise estatística

Para a análise dos dados utilizaram-se os *softwares* Excel for Windows 2007 e SPSS for Windows (Version 18.0; SPSS Inc, Chicago, III). As análises foram realizadas por meio de estatística descritiva e para comparação dos grupos de acordo com faixa etária e gênero foram utilizados os testes não paramétricos de Mann Whitney e o qui-quadrado de Pearson, para variáveis contínuas e categorias, respectivamente. Para todos os testes, o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV), protocolo 030/2009 em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

No período de abril a agosto de 2009, 398 indivíduos compareceram a pelo menos uma das oficinas, dos quais foi possível analisar 276 prontuários (122 prontuários não foram encontrados ou estavam incompletos). Do total de 276 indivíduos, 238 compuseram a amostra final, visto que os demais (38) não tinham diagnóstico de HAS registrado em prontuário.

Dos participantes avaliados a maioria era do sexo feminino (66,8%), sendo a média de idade do grupo de $66,2 \pm 11,4$ anos ($68,9 \pm 10,1$ e $64,8 \pm 11,8$ para homens e mulheres, respectivamente). Quanto à faixa etária apenas 3,4% eram adultos jovens (18-45 anos), 30,3% eram adultos de meia-idade (46 a 59 anos) e a maioria – 66,4% - era idosa (≥ 60 anos).

Em relação à avaliação antropométrica, a média de IMC do grupo foi de $27,9 \pm 5,4$ kg/m² ($26,2 \pm 3,6$ e $28,7 \pm 6$ para homens e mulheres, respectivamente), sendo que 12,2% possuíam baixo peso, 32,4% eram eutróficos e 55,5% apresentavam quadro de sobrepeso/obesidade. A prevalência de sobrepeso/obesidade foi estatisticamente superior na faixa de meia-idade (78%) ($p < 0,001$), em comparação aos adultos jovens (62%) e aos idosos (45%) (Figura 1). O sobrepeso/obesidade também foi superior entre as mulheres (62,3%) em comparação aos homens (37,7%), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,004$).

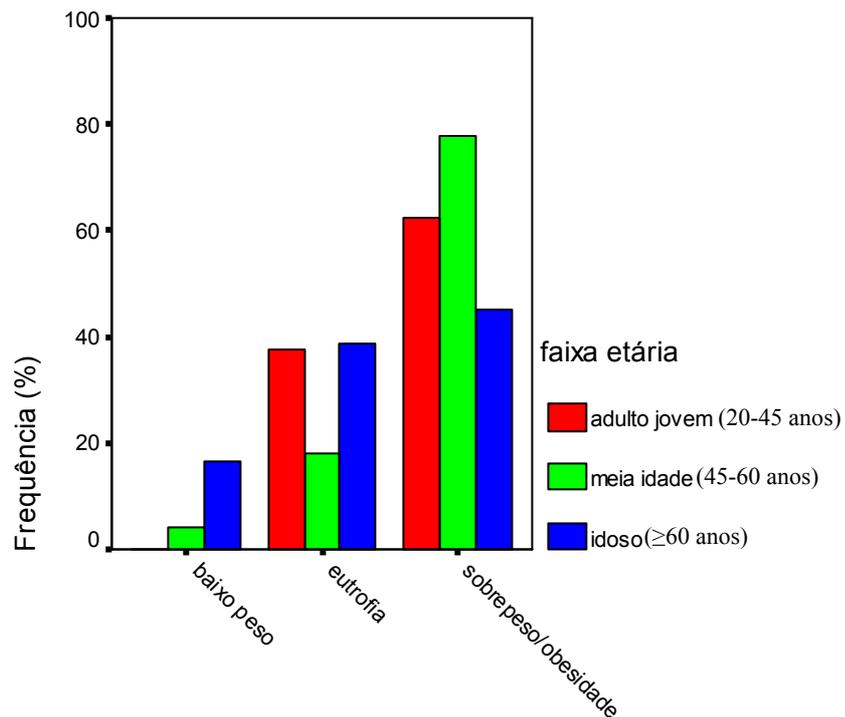


Figura 1. Classificação do IMC nas diferentes faixas etárias de portadores de HAS da UAPS urbana de Porto Firme, MG (2009).

Quanto aos níveis pressóricos, a média do valor de pressão arterial sistólica (PAS) foi de $125,9 \pm 18,9$ mmHg ($130,3 \pm 20,2$ e $123,7 \pm 17,9$ para homens e mulheres, respectivamente), e a de pressão arterial diastólica (PAD) foi de $76 \pm 11,8$ mmHg ($77,2 \pm 12,9$ e $75,5 \pm 11,2$ para homens e mulheres, respectivamente). Apenas 55,5% dos indivíduos tiveram a PA classificada como ideal/normal, enquanto 12,6% foram classificados como normal-alta, 17,6% como alta e 14,3% foram classificados com hipertensão arterial isolada (HSI). Não houve diferença significativa para classificação da PA entre sexo e faixa etária.

Tabela 1. Distribuição de características clínico-epidemiológicas segundo sexo, de portadores de HAS tratados na UAPS urbana de Porto Firme, MG (2009). (N=238)

Variável	Total Média \pm DP	Sexo		Valor p*
		Masculino n=79 Média \pm DP	Feminino n=159 Média \pm DP	
Idade (anos)	66,2 \pm 11,4	68,9 \pm 10,1	64,8 \pm 11,8	0,014**
IMC (kg/m²)	27,9 \pm 5,4	26,2 \pm 3,6	28,7 \pm 6	0,002**
Pressão arterial				
PAS (mmHg)	125,9 \pm 18,9	130,3 \pm 20,2	123,7 \pm 17,9	0,013**
PAD (mmHg)	76 \pm 11,8	77,2 \pm 12,9	75,5 \pm 11,2	0,494

O tempo médio de cadastro dos 238 portadores de HAS no PSF foi de 118 ± 80 meses (cerca de 10 anos). Já a média do tempo de duração da HAS foi de 82 ± 44 meses (aproximadamente 7 anos), sendo que a média de idade do grupo à época do diagnóstico foi de 59 anos. O número médio de consultas foi de 21 durante todo o tempo de cadastro, sendo a média de consultas/ano igual a 2,3 (2,7 consultas/ano para mulheres e 1,7 consultas/ano para homens).

Na amostra estudada, em 9,6% dos prontuários havia registro de intercorrências relacionadas à HA, sendo a mais prevalente a crise hipertensiva (5,9%), seguida pelo acidente vascular encefálico (AVE) (2,5%).

A prevalência de DM foi de 21% na amostra estudada. O tempo médio de duração da DM foi de 65 meses (cerca de 5 anos), sendo que nesses indivíduos o diagnóstico da HAS ocorreu em média 28 meses (entre 2 e 3 anos) antes do diagnóstico de DM.

Quanto ao uso de terapia anti-hipertensiva, o grupo utilizava em média 2,3 tipos de anti-hipertensivos/dia, sendo que somente 16% das prescrições eram constituídas de monoterapia e 40,7% utilizavam três ou mais medicamentos para controle da PA. Os fármacos mais utilizados foram os agentes de ação no músculo cardíaco (56%) e inibidores da enzima conversora de angiotensina (53%); seguidos pelos bloqueadores do canal de cálcio (26%) e betabloqueadores (25%); antagonistas do receptor de angiotensina (15%) e diuréticos (15%); e por último os antiadrenérgicos (8%) e antiarrítmicos (4%) (Figura 2). A prescrição de ácido acetilsalicílico foi observada em 21% dessa amostra.

A variedade e combinações de medicamentos anti-hipertensivos entre os portadores de HAS em politerapia foi elevada, predominando a associação de agentes de ação no músculo cardíaco (com predomínio da hidroclorotiazida) e inibidores da ECA (principalmente captopril) (30%), seguido pelas associações entre agentes de ação no músculo cardíaco e inibidores do canal de cálcio (nifedipina e alondipino) (14%); e inibidores da ECA e inibidores do canal de cálcio (14%).

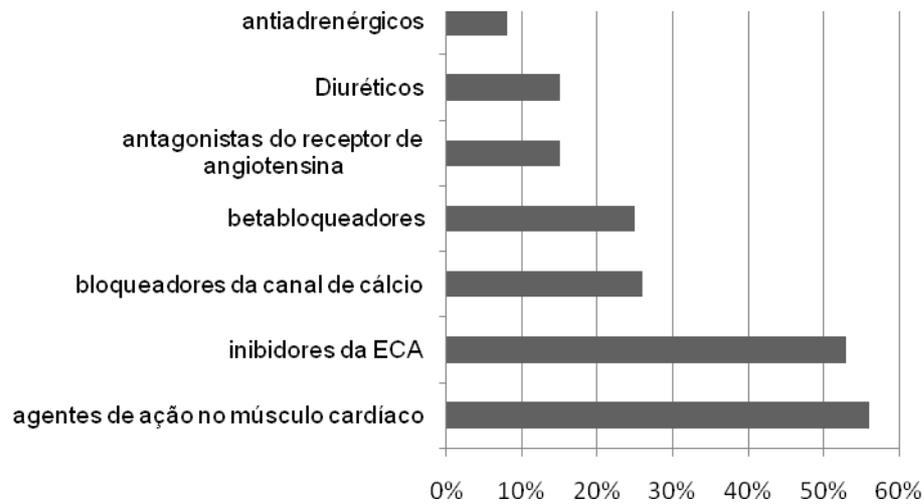


Figura 2. Frequência de uso de medicação anti-hipertensiva nos portadores de HAS da UAPS urbana de Porto Firme, MG (2009).

Cerca de 70% da amostra estudada participou de três ou mais das cinco oficinas de educação em saúde realizadas.

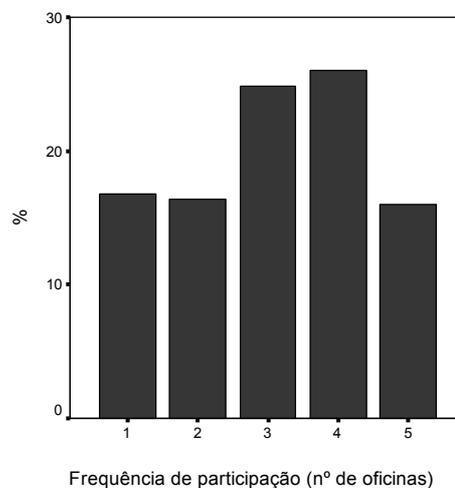


Figura 3. Frequência de participação nas oficinas educativas de portadores de HAS da UAPS urbana de Porto Firme, MG (2009).

Discussão

A legislação sanitária brasileira ressalta a obrigatoriedade de elaboração de planos municipais de assistência à saúde, o que favorece processos de inovação e criação de formas diferenciadas de intervenção no nível local. Para tanto, as secretarias municipais de saúde necessitam planejar as ações sanitárias com base na avaliação do que é realizado, por meio da análise crítica dos serviços oferecidos (Costa et al., 2008). No entanto, para que essa avaliação

seja possível, a qualidade do registro das informações referentes aos serviços de saúde é fundamental, destacando-se o papel primordial dos profissionais e serviços de saúde no registro dos dados de saúde dos usuários nos prontuários (Scochi, 1994).

Apesar da importância dos prontuários no registro das informações de saúde, a literatura aponta para a baixa qualidade do registro, elevada frequência de diagnósticos ilegíveis, incoerências de registros, ausência de diagnóstico, elevada proporção de prontuários que não possuíam itens considerados básicos, além de registro inadequado de informações dos pacientes nos prontuários (Modesto, Moreira, Almeida-Filho, 1992; Scochi, 1994; Costa et al., 2008).

No presente estudo a baixa qualidade no registro ou até mesmo a inexistência dos prontuários de alguns portadores de HAS na UAPS, aponta para um funcionamento precário dessa fonte de informação, dificultando o acompanhamento dos usuários do serviço, assim como a avaliação da atenção prestada e o planejamento das ações e atividades.

Quanto ao perfil demográfico dos portadores de HAS participantes das atividades educativas pode-se observar uma maior prevalência de indivíduos idosos e do sexo feminino. A idade é um fator de risco conhecido para HAS, ao passo que a prevalência global de HAS não indica o gênero como fator de risco para a doença (VDBHA, 2007). A maior presença de mulheres idosas nas atividades educativas provavelmente pode ser atribuída à maior longevidade das mulheres e ainda à sua maior procura pelos serviços da APS (Cotta et al., 2009; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007). Além disso, estudos sobre a adesão de indivíduos portadores de HAS às ações de saúde, mostram as mulheres e os indivíduos de idade mais avançada como mais aderentes à terapia (Araújo, Garcia, 2006).

O conhecimento do perfil sociodemográfico dos participantes de atividades de educação em saúde é importante para o planejamento dessas atividades (Cotta et al, 2009). A predominância de idosos nas oficinas de educação em saúde aponta para a necessidade de estratégias especiais para esse grupo, com medidas promocionais e de proteção específicas, com atenção especial nas ações que favoreçam sua rotina funcional, inserção familiar e social (Silvestre, Costa-Neto, 2003). Ainda, a maior prevalência de mulheres nas atividades educativas deve ser considerada como estratégica, uma vez que as mulheres têm reconhecido seu papel na melhoria geral da saúde e nutrição das famílias e das populações (Unesco, 1998).

Quanto ao perfil nutricional do grupo estudado, a grande prevalência de sobrepeso/obesidade encontrada corrobora com os dados da literatura que associam o excesso de peso a ocorrência de HAS. Esse achado indica a necessidade urgente de medidas capazes de atuar sobre esse importante fator de risco cardiovascular, responsável por cerca de 70%

dos casos de HAS (V DBHA, 2007), principalmente considerando a alta prevalência de excesso de peso entre a meia-idade no presente estudo, faixa etária na qual surge a maioria das doenças crônicas não transmissíveis, configurando um momento decisivo para retardar e/ou evitar complicações resultantes dessas doenças, aumentando as possibilidades de um envelhecimento saudável e ativo (OMS, 2005).

O controle da PA foi observado na maioria (55%) da amostra estudada, resultado semelhante ao encontrado por Araújo e Guimarães (2007) (57%) em uma UAPS de Salvador, BA. Embora os resultados ainda não representem o ideal, demonstram que a estratégia de Saúde da Família tem efeitos positivos sobre a HAS, uma vez que a literatura aponta menor percentual de controle da PA em portadores de HAS em tratamento no Brasil (Gus et al., 2004; Coelho et al., 2005). Estudo com pacientes assíduos de uma clínica de hipertensão em Ribeirão Preto-SP encontrou 30% de pacientes com controle da PA (Coelho et al., 2005), enquanto ensaio no Rio Grande do Sul aponta controle da PA em apenas 10,4% dos pacientes em tratamento anti-hipertensivo (Gus et al., 2004). Não obstante, esse cenário de descontrole da PA é preocupante e requer o planejamento de ações e intervenções mais efetivas que favoreçam o adequado controle e a melhoria da qualidade de vida de portadores de HAS.

O tempo médio de cadastro do grupo estudado nesta pesquisa foi de 118 meses, ou aproximadamente 10 anos, o que demonstra que a população frequentadora das atividades educativas é composta por usuários efetivos do PSF e reforça o princípio da longitudinalidade da estratégia de Saúde da Família. A longitudinalidade destaca-se entre os princípios do PSF por compreender o vínculo do usuário com a UAPS e/ou com o profissional, o que faz com que a população reconheça a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, favorecendo a continuidade e efetividade do tratamento e contribuindo para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência como a HAS (Starfield, 2002).

A média de consultas/ano encontrada no presente estudo foi de 2,3, número menor que a proposta de agendamento trimestral para acompanhamento da HAS (Gonçalves, 1992). Não há um consenso ou uma abordagem clara quanto ao número adequado de consultas/ano, no entanto, a correlação positiva entre número de retornos/ano e o controle da PA tem sido reportada na literatura (Araújo, Garcia, 2006; Coelho et al., 2005). Diante desses resultados, pode-se pensar no estabelecimento de um maior do número médio de consultas por ano como forma de melhorar o controle da HAS nessa população.

A prevalência de crise hipertensiva encontrada nessa população (5,9%) foi considerada importante, por se tratar de um grupo em tratamento anti-hipertensivo, podendo

esse percentual indicar não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos orais ou ainda ser reflexo do baixo número de consultas/ano. Também, a crise hipertensiva está relacionada a lesões em órgãos-alvo, como o AVE (Franco, 2002), registradas em 2,5% do grupo.

Em relação à presença de comorbidades, a prevalência de DM no grupo em estudo (21%) constitui uma situação que exige atenção e cuidados especiais no que diz respeito ao tratamento farmacológico e não farmacológico. É freqüente a associação entre HAS e DM, o que tem como consequência grande aumento no risco cardiovascular (V DBHA, 2007).

O número de anti-hipertensivos utilizados (em média 2,3/pessoa) coincide com os dados da OMS, que revelam que menos da metade dos pacientes portadores de HAS conseguem atingir a meta de PA com monoterapia. A maioria necessita da combinação de pelo menos dois fármacos e cerca de 30% necessitam de três ou mais fármacos em combinação para atingir as metas de PA (OMS, 2003). Quanto à associação de diferentes tipos de anti-hipertensivos o presente estudo encontrou percentual pouco maior de prescrição de três fármacos ou mais (40,7%) que o encontrado por Veronez & Simões (2008) (34%) em uma população de portadores de HAS de Rincão-SP e igual para o tipo de associação, predominando a associação de hidroclorotiazida e captopril em 30% das prescrições. Esses fármacos fazem parte do elenco de fármacos do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e tem sua aquisição gratuita garantida pelo SUS, fator que favorece a adesão ao tratamento.

Cabe ressaltar que apesar da tendência atual para a introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos como primeira medida medicamentosa, ela deve seguir uma prescrição racional, sendo observadas as possíveis interações medicamentosas, principalmente pensando na adesão do indivíduo à terapia e na presença de outras comorbidades, como a DM. A prescrição de ácido acetilsalicílico, observada em 21% dos pacientes vai ao encontro das evidências que esse fármaco em baixas doses diminui o risco de complicações cardiovasculares, quando não há contra indicação do uso (V DBHA, 2007).

Devido à alta adesão do grupo às atividades educativas - cerca de 70% dos usuários participaram de três oficinas ou mais; acredita-se que as oficinas dialógicas e interativas realizadas na UAPS constituem um campo fértil para estratégias de educação em saúde com este grupo populacional, o que é demonstrado pelo interesse do grupo nas atividades desenvolvidas e alta participação. O trabalho em grupo e a realização de atividades educativas com uma equipe multiprofissional são fatores preditores da adesão ao tratamento, além de importantes instrumentos de socialização. Os grupos proporcionam espaço para os portadores de HAS verbalizarem sintomas, ansiedades, frustrações e dificuldades, além de estimular a

reflexão e ampliar o nível de informação pela troca de experiências (Cotta et al., 2009; Araújo, Garcia, 2006). Por fim, no presente estudo, o nível de participação dos portadores de HAS permite inferir sobre o interesse dos usuários em adquirir conhecimentos e informações sobre nutrição e saúde, destacando-se a importância de se implementar estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos e enfermidades.

Conclusões

O presente estudo, realizado em um cenário de APS, permitiu conhecer o perfil de um grupo de usuários portadores de HAS acompanhados por equipes de Saúde da Família e constatar que apesar dos esforços investidos na APS, a qualidade das informações em saúde ainda constitui um desafio à avaliação e gestão do setor.

Os resultados demonstraram a predominância de portadores de HAS do sexo feminino e idosos nas atividades educativas na UAPS de Porto Firme, MG. Além do perfil sociodemográfico, fundamental para o planejamento dessas atividades, o estudo mostrou a grande prevalência de sobrepeso/obesidade na faixa etária de meia-idade e entre as mulheres, o que demonstra a necessidade de ações em saúde direcionadas a esse grupo.

Os achados mostraram uma frequência de controle da HAS - cerca de metade da amostra - ainda preocupante, considerando que se avaliaram portadores de HAS em tratamento. Abordagens múltiplas e estratégias voltadas às características específicas desse grupo são importantes para viabilizar a integração dos indivíduos portadores de HAS, ao tratamento e à equipe de saúde.

Referências Bibliográficas

Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm* 2006; 8(2): 259-272.

Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3): 368-74.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003; 289:2560-72.

Coelho EB, Moysés Neto M, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilete TJM, Nobre FN. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 85(3):157–61.

Costa GD, Cotta RMM, Fereira, MLM, Reis, JR, Franceschini, SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):113-118.

Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Martins PC, et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis* 2008; 18(4): 705-726.

Costa JMBS. Avaliação da Implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas Equipes de Saúde da Família no Município de Recife – PE. *Ciênc Saúde Coletiva* [online] 2007 [Acesso 2008 Ago 30] [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=83>

Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al . Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(4): 1251-60.

Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis* 2008; 18(4): 745-766.

Delors J, Al-Multi I, Amagi I; Carneiro R, Chung F; Geremek BG; Gorham W, et al. Educação um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília: UNESCO, MEC; 1998.

Franco RJS. Crise hipertensiva: definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica. *Rev Bras Hipertens* 2002; 9: 340-345.

Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia M, Martins TCP, Araújo RMA. Atenção Primária à Saúde – a ‘menina dos olhos’ do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2009 [acesso 2009 nov 20] [cerca de 16 p.]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4353&var=](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4353&var=1)

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3): 565-574.

Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. (CEFOR - Série textos, 1).

Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004; 83(5): 424-8.

Jardim PCB, Veiga GMRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(4): 452-457.

Jelliffe DBI. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad. Ginebra: OMS; 1968.

Modesto MG, Moreira EC, Almeida-Filho N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. *Cad Saúde Pública* 1992; 8: 62-68.

Organização Mundial da Saúde. Adherence to long term to long therapies: evidence for action. Geneva: OMS; 2003.

Organização Mundial da Saúde. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry - Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: OMS; 1995.

Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OMS; 2005.

Organização Pan-Americana de Saúde. Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004. (OPAS. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

Paiva DCP, Berbusa APS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família no Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(2): 377-385.

Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(1): 35-45.

Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priori SE, et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2009. [acesso 2010 jan 10] [cerca de 15 p].

Disponível em:
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3374

Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2009 [acesso 2009 nov 20] [cerca de 15 p]. Disponível em:
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4478

Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10(3): 356-367.

Silvestre JA, Costa- Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 839-847.

Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO, MS; 2002.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(3):24-79.

Veronez LL, Simões MJS. Análise da prescrição de medicamentos de pacientes hipertensos atendidos pelo SUS da rede municipal de saúde de Rincão – SP. *Rev. Ciênc Farm Básica Apl* 2008; 29(1): 45-51.

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

ARTIGO ORIGINAL – ARTIGO 3

Tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde: estudo comparativo de duas estratégias de educação em saúde e nutrição

Resumo

O objetivo desse estudo foi comparar duas modalidades de intervenção nutricional – oficinas de educação em saúde e nutrição, e orientações domiciliares - sobre a adesão de portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) às orientações dietéticas indicadas no tratamento da HAS, em uma comunidade adstrita pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal de intervenção, comparativo, aleatorizado e não cego; realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da área urbana do município de Porto Firme, Minas Gerais, Brasil. Foram selecionadas 28 mulheres portadoras de HAS cadastradas na UAPS de Porto Firme, com idade entre 45 e 60 anos; níveis pressóricos \geq 140/90 mm Hg e/ou sob uso de terapia anti-hipertensiva; sem acompanhamento nutricional. A intervenção constitui-se de oficinas de educação em saúde mensais e orientações individualizadas e familiares por meio de visitas domiciliares, no período de abril a agosto de 2009. Foram avaliados os parâmetros de pressão arterial (PA), índice de massa corpórea (IMC), glicose e lipídeos séricos, circunferência de cintura (CC), consumo alimentar habitual, e conhecimento e apreensão sobre HAS. O grupo que recebeu orientações domiciliares teve melhor desempenho na avaliação dietética, com redução do consumo do grupo de alimentos de risco ($p=0,01$), óleo ($p=0,002$) e açúcar ($p=0,02$); e também na avaliação clínica, com redução dos parâmetros de IMC ($-0,7$ kg/m²; $p=0,01$); CC ($-4,2$ cm; $p=0,001$), PA sistólica (-13 mmHG; $p=0,004$) e glicemia ($-18,9$ mg/dl; $p=0,01$), enquanto o grupo que não recebeu orientações domiciliares teve redução apenas da CC (-2 cm; $p=0,01$). Os resultados mostram que as orientações domiciliares foram mais eficazes na adesão dos portadores de HAS às orientações dietéticas.

Palavras-chave: Hipertensão, Educação em Saúde, Saúde da Família, Avaliação Nutricional

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por um terço da mortalidade em todo mundo. No Brasil, dados do Ministério da Saúde (MS) mostram que, em 2009, houve mais de 1.130.000 internações por doenças cardiovasculares, das quais a hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui o principal fator de risco, representando um custo superior a 1 bilhão de reais nesse ano (Brasil, 2009).

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular e de doença renal, representando um grave problema de saúde pública. A prevalência estimada no país é de 35% na população acima de 40 anos sendo crescente na população mais jovem, representando cerca de 17 milhões de portadores (Brasil, 2006a).

As modificações no estilo de vida são consideradas fundamentais na prevenção e controle da HAS. Dentre essas mudanças, a dieta ocupa um lugar de destaque. Diferentes países têm introduzido, desde a década de 70, programas de promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco cardiovascular, relacionados principalmente à alimentação, atividade física e ao tabagismo - com ênfase nas comunidades (Ribeiro, Cotta, Ribeiro, 2009).

No Brasil, têm se enfatizado nas últimas décadas a importância das políticas públicas sobre alimentação na prevenção das DCV. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil, 2005) e a adoção da Estratégia Mundial de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2003) são exemplos de políticas públicas que contemplam recomendações de uma alimentação saudável como forma de controle e prevenção das DCV na atenção primária à saúde (APS).

No caso específico da HAS, seu controle constitui uma das áreas estratégicas de atuação da APS, em todo o território nacional. Dentre as características de atuação das equipes situa-se o trabalho de educação em saúde visando o controle social sobre a qualidade de vida e a ação focalizada sobre grupos de risco e fatores de risco comportamentais, incluindo o fator alimentar (Brasil, 2006b).

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo MS para organizar a APS, tem-se mostrado como um modelo adequado para alterar a realidade das DCV por meio da prevenção e da promoção da saúde, a partir dos indivíduos e a mudança de seus comportamentos e hábitos de vida, por permitir a aproximação dos indivíduos sem perder de vista o coletivo e as interações sociais (OPAS, 2004; Cotta et al., 2008).

Destarte, tradicionalmente no Brasil as práticas de educação em saúde na APS têm sido orientadas pelo discurso biologicista e higienista, focalizado na doença e nas informações prescritivas e verticalizadas (Cotta et al., 2008; Alves, Nunes, 2006). Esse modelo educacional tradicional apresenta limitações, uma vez que somente o acesso à informação não determina maior comprometimento dos indivíduos portadores de HAS com seu tratamento (Jardim, Jardim, 2006; Cotta et al., 2006). A adesão dos indivíduos portadores de HAS ao tratamento é um processo complexo e multidimensional influenciado por múltiplos fatores; relacionados ao indivíduo, às condições de saúde, à terapia, fatores econômicos e sociais, ao sistema de saúde e a fatores relacionados ao relacionamento com os profissionais de saúde (OMS, 2003; Pierin, Gusmão, Carvalho, 2004; Brasil, 1997).

O Programa de Saúde da Família (PSF), ao estabelecer como objetivos a humanização das práticas de saúde pela formação de vínculos entre profissionais e usuários, a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença-adoecimento, o desenvolvimento da cidadania e a estimulação da organização da comunidade (Alves, Nunes, 2006; Araújo, Garcia, 2006), remete a um modelo de educação em saúde mais coerentes com o princípio da integralidade, respeito e autonomia dos sujeitos.

Nesse contexto, a visita domiciliar, parte da rotina do PSF, é um método privilegiado para a educação nutricional, uma vez que contribui para a mudança de padrões de comportamento, e conseqüentemente para o aumento da qualidade de vida através da promoção da saúde. Como atendimento potencialmente holístico, permite a compreensão dos aspectos psico-afetivos-sociais e biológicos dos usuários (Azeredo et al., 2007).

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi comparar duas modalidades de intervenção nutricional referentes à adesão dos indivíduos às orientações dietéticas indicadas no tratamento da HAS e ao seu conhecimento sobre a doença; em uma comunidade adstrita pelo PSF. A primeira, baseada em atividades educativas em grupo realizadas na própria Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS); e a segunda modalidade que combinou as atividades educativas em grupo com orientações domiciliares que seguiram um programa de educação nutricional sistemático, além de acompanhamento familiar.

Método

Área de Estudo

O estudo foi realizado em Porto Firme, município de pequeno porte da Zona da Mata mineira, microrregião de Viçosa; com uma população de 10.404 habitantes, área territorial de 285 km² e uma economia predominantemente agrícola (IBGE, 2009).

Realizou-se a pesquisa na UAPS da área urbana de Porto Firme, que abriga duas equipes de Saúde da Família com um total de 1361 famílias e 626 portadores de HAS cadastrados.

A escolha do município se justificou pela existência de alta cobertura do PSF, superior a 90%; pelo interesse da equipe e dos gestores locais, em estabelecer parcerias com o Departamento de Nutrição e Saúde (DNS) da Universidade Federal de Viçosa (UFV), bem como pela realização, por parte das equipes de saúde do PSF, de atividades em grupo mensais com os portadores de HAS.

Sujeitos

Foram selecionadas para o estudo mulheres portadoras de HAS cadastradas na UAPS na área urbana de Porto Firme. Os critérios de inclusão foram: idade entre 45 e 60 anos; níveis pressóricos $\geq 140/90$ mm Hg e/ou sob uso de terapia anti-hipertensiva; sem acompanhamento nutricional e com disponibilidade de participar das atividades em grupo. Foram adotados como critérios de exclusão: mulheres com condições clínicas graves, com necessidade de atendimento especializado, doença renal crônica, bem como hipertensas grávidas, com história de alcoolismo ou uso abusivo de drogas.

Para a verificação dos critérios de seleção utilizaram-se os dados clínicos dos prontuários individuais das usuárias da UAPS com auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde.

A escolha da faixa etária se justifica pelo conhecimento acumulado e consistente acerca da maior prevalência da HAS e suas complicações em indivíduos de meia idade e idosos (V DBHA, 2007). Assim, optou-se neste estudo por trabalhar com indivíduos de meia idade, pois é nessa faixa etária que surge a maioria das doenças crônicas não transmissíveis, configurando um momento decisivo para retardar e/ou evitar complicações resultantes dessas doenças, ampliando as possibilidades de um envelhecimento saudável e ativo (OMS, 2005). A opção pelo gênero feminino decorre do papel central que a mulher exerce no domicílio no cuidado dos familiares em relação à higiene, alimentação, tratamento de enfermos e

autocuidado. Dessa forma, é protagonista na manutenção e transformação dos hábitos alimentares das famílias (Dias et al., 2007).

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal de intervenção, comparativo, aleatorizado por sorteio e não cego. A amostra foi subdividida em dois grupos, de forma a comparar duas diferentes modalidades de intervenção nutricional. O grupo 1 foi constituído pelas mulheres que foram orientadas quanto ao tratamento dietético da HAS por meio de oficinas educativas dialógicas, mensais na UAPS. O grupo 2 incluiu as mulheres que, além de participarem das oficinas educativas, receberam orientações personalizadas por meio de visitas domiciliares periódicas.

Casuística

A amostra final foi composta por 28 mulheres, 14 em cada grupo; de diferentes áreas geográficas abrangidas pela UAPS da zona urbana de Porto Firme; que atenderam aos critérios de inclusão, aceitaram participar do estudo e compareceram a, no mínimo, duas das cinco oficinas de educação nutricional realizadas (Figura 1).

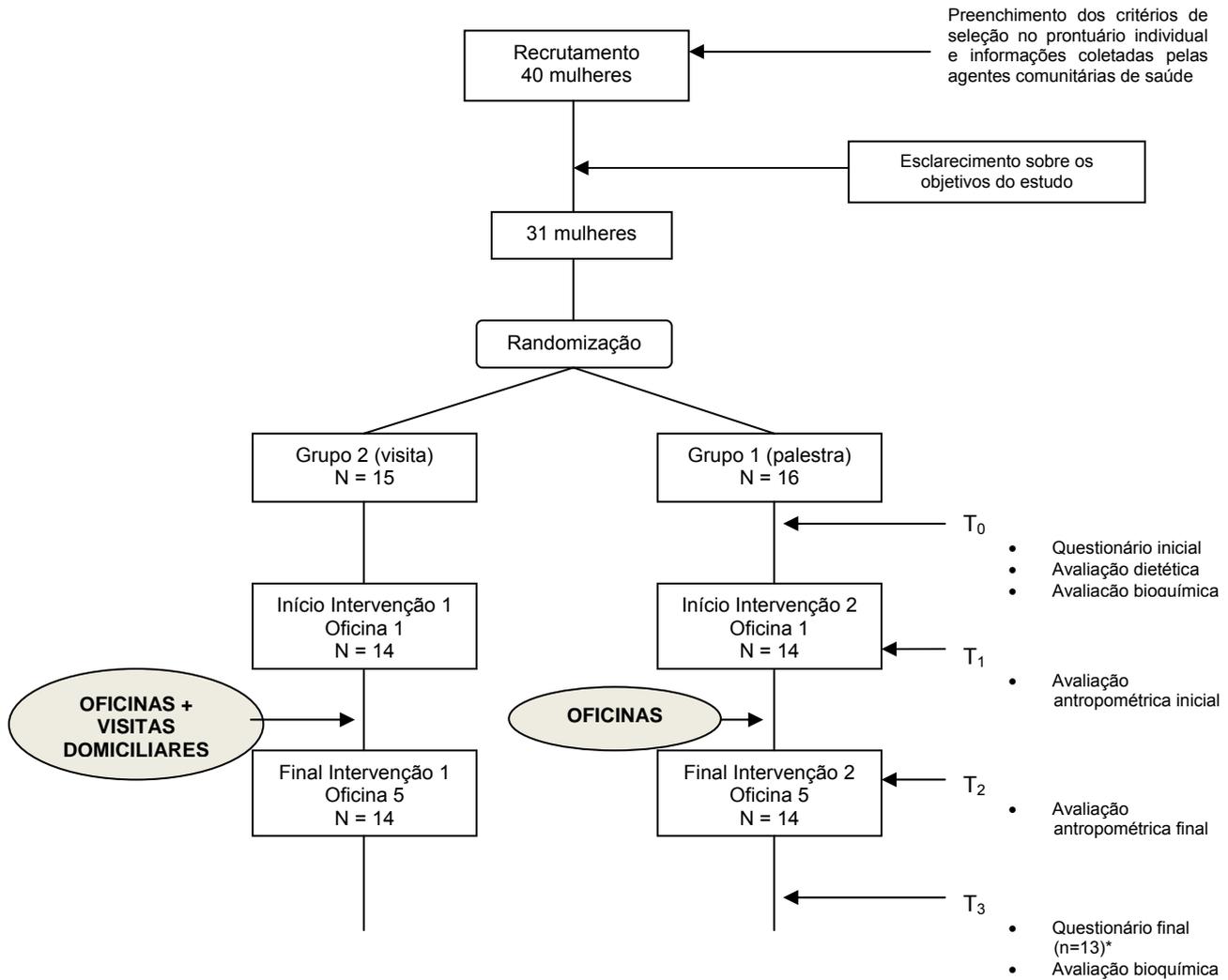


Figura 1. Fluxograma do estudo de adesão de mulheres portadoras de HAS. Porto Firme, MG (2009).

Legenda: T₀ – coleta inicial de dados; T₁ – início da intervenção; T₂ – final da intervenção; T₃ – coleta final dos dados.

Descrição da intervenção

A intervenção teve duração de cinco meses, de abril a agosto de 2009, sendo constituída das seguintes estratégias (Figura 2):

- Oficinas mensais, visando à educação e prevenção de agravos, com ênfase na terapêutica dietética da HAS e;
- Orientações individualizadas e familiares por meio de visitas domiciliares.

	Grupo 1 (Palestra)	Grupo 2 (Visita)
Recrutamento dos possíveis participantes (Março)	A	
Coleta inicial dos dados (T ₀) (Março/Abril)	B	
Início da Intervenção		
Mês 1 (Abril) (T ₁)	C	
Mês 2 (Maio)	D	
Mês 3 (Junho)	F	F (F) (G)
Mês 4 (Julho)	H	H (I) (J)
Mês 5 (Agosto) (T ₂)	L	L (M)
Coleta final dos dados (T ₃) (Setembro/Outubro)	N	
A	Seleção das possíveis participantes. Reunião com os agentes comunitários de saúde e seleção final das usuárias que preenchem os critérios.	
B	Contato inicial com as participantes para esclarecimento dos objetivos do estudo. Coleta inicial dos dados sociodemográficos, hábitos de vida, consumo habitual de alimentos e variáveis bioquímicas.	
C	Oficina de educação nutricional 1. Coleta dos dados iniciais das variáveis antropométricas e PA.	
D	Oficina de educação nutricional 2. Medida das variáveis peso e PA.	
E	Oficina de educação nutricional 3. Medida das variáveis peso e PA.	
F	Visita domiciliar 1.	
G	Visita domiciliar 2	
H	Oficina de educação nutricional 4. Medida das variáveis peso e PA.	
I	Visita domiciliar 3.	
J	Visita domiciliar 4.	
L	Oficina de educação nutricional 5. Medida final das variáveis de peso e PA.	
M	Visita domiciliar 5.	
N	Coleta final dos dados sobre consumo habitual de alimentos e variáveis bioquímicas	

Figura 2. Representação gráfica da intervenção realizada com um grupo de portadoras de HA em Porto Firme, MG (2009). Os quadrados representam os elementos fixos, medidas e cálculos. Círculos representam atividades que foram flexíveis. Esse método gráfico foi proposto por Perera et. al. (2007).

(1) Oficinas

Foram realizadas cinco oficinas de educação em saúde e nutrição, em locais distintos para cada uma das oito áreas geográficas; como igrejas, salões e residências de participantes; de acordo com a dinâmica de trabalho já estabelecida na UAPS, de forma a facilitar o acesso da população, o mais próximo possível de seus locais de residência. As oficinas abordaram temas referentes a HAS e as medidas dietéticas de tratamento por meio de palestras dialogadas e dinâmicas interativas utilizando cartazes, figuras, vídeos e demonstrações práticas (quadro 1).

(2) Visitas Domiciliares

Foram realizadas cinco visitas domiciliares a cada participante, de forma a estabelecer uma orientação sistemática, porém flexível de acordo com as necessidades e condições de cada família. As visitas foram realizadas em horários previamente marcados, de acordo com a disponibilidade das participantes, e tinham duração que variavam entre 30' e 1h (quadro 1).

Quadro 1. Conteúdo temático das oficinas de educação em saúde e objetivos das visitas domiciliares realizadas com mulheres portadoras de HA do município de Porto Firme – MG (2009).

Oficina 1 - Hipertensão Arterial: conceito, fatores de risco e medidas dietéticas do tratamento.	Vídeo Ministério da Saúde: 15'. Palestra: 30'.	Visita 1 - identificar e auxiliar na mudança de possíveis exageros no uso de óleo, sal e açúcar.
Oficina 2 – Consumo de gordura/óleo, açúcar e sal de adição: recomendação e perigos do consumo excessivo.	Palestra: 30'. Dinâmica: 30'	Visita 2 - identificar os principais gêneros alimentícios adquiridos no domicílio e realizar as orientações necessárias de acordo com a dieta habitual da família.
Oficina 3 – Consumo de frutas, verduras e legumes: importância e recomendações.	Palestra: 30'. Dinâmica: 15'	Visitas 3 e 4 - reforçar as orientações, esclarecer as dúvidas e realizar os ajustes necessários de acordo com as necessidades específicas de cada família
Oficina 4 – Pirâmide Alimentar Brasileira - conceitos fundamentais: proporcionalidade, moderação e variedade	Palestra: 30'. Dinâmica: 15'	
Oficina 5 – Atividade física: benefícios e importância para redução/manutenção do peso.	Palestra: 40'	Visita 5 – identificar as principais mudanças ocorridas na alimentação da participante e também na da família; reforçando as conquistas alcançadas e estabelecendo as metas a serem superadas.

Adesão às orientações nutricionais

A adesão a tratamentos crônicos, tal como definida pela OMS, refere-se ao grau em que o comportamento de uma pessoa quanto à ingestão de medicamentos, ou ainda, ao

seguimento da dieta ou de mudanças de estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações do profissional de saúde (OMS, 2003).

Na atualidade, para avaliação da adesão comportamental, recomendam-se métodos múltiplos que combinem relato pessoal prático e medidas objetivas razoáveis (OMS, 2003).

Destarte, neste estudo, para análise da adesão foram avaliados o conhecimento e apreensão das participantes em relação a HAS; a evolução de parâmetros antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e circunferência de cintura (CC)), de parâmetros bioquímicos séricos (glicemia de jejum, triglicerídeos, colesterol total e frações) e informações sobre o consumo alimentar habitual em ambos os grupos.

Os dados sobre o conhecimento e apreensão acerca da HAS foram coletados antes (T_0) e após a intervenção (T_3), através de questionário semiestruturado elaborado a partir de estudos presentes na literatura, sendo submetido anteriormente a pré-teste.

As variáveis antropométricas foram medidas nas oficinas de educação em saúde e nutrição (T_1/T_2). O peso foi obtido por meio de balança eletrônica, com capacidade de 180 kg e divisão de 100 gramas; a estatura foi aferida utilizando-se antropômetro portátil, constituído por plataforma metálica para posicionamento dos indivíduos e coluna de madeira desmontável contendo fita milimetrada e cursor para leitura; de acordo com as técnicas propostas por Jellife (1968). O IMC (índice de massa corporal) foi calculado por meio da relação entre o peso e a estatura ao quadrado (P/E^2). A circunferência de cintura foi aferida utilizando-se uma fita inextensível e medida em centímetros, na menor circunferência observada.

A PA foi aferida de acordo com os procedimentos recomendados pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (VDBHA, 2007), pelas técnicas de enfermagem da UAPS. As variáveis bioquímicas foram analisadas por meio de técnicas de rotina clínica, sendo as participantes orientadas previamente sobre a necessidade de jejum de 12 horas, previamente à realização dos exames.

O consumo habitual de alimentos foi avaliado por meio de um questionário de frequência de consumo alimentar (QFCA) adaptado do estudo de Ribeiro et. al. (2006). Os valores per capita/dia de óleo, sal e açúcar foram obtidos pela estimativa do consumo mensal desses alimentos dividido pelo número de dias do mês e pelo número de moradores do domicílio.

Análise dos dados

Para a análise dos dados foram utilizados os *softwares* Excel for Windows 2007 e SPSS for Windows (Version 18.0; SPSS Inc, Chicago, III). As variáveis antropométricas, clínicas, bioquímicas e de consumo alimentar antes e depois da intervenção foram analisadas pelo teste não-paramétrico de Wilcoxon, considerando nível de significância estatística de $p < 0,05$. Os dados de conhecimento e apreensão sobre HAS e consumo per capita/dia foram analisados por distribuição de frequências.

Para que os dados de consumo alimentar obtidos pelo QFCA pudessem ser analisados quantitativamente, foram calculados escores de consumo individual, de acordo com o método proposto por Fornés *et al.*(2002). Os escores foram obtidos para seis diferentes frequências de consumo alimentar para cada alimento: f_1 - alimentos não consumidos; f_2 - alimentos consumidos uma a três vezes por mês; f_3 - alimentos consumidos uma vez por semana; f_4 - alimentos consumidos duas a quatro vezes por semana; f_5 - alimentos consumidos cinco a seis vezes por semana; f_6 - alimentos consumidos diariamente. Para os alimentos consumidos diariamente foi atribuído maior peso $S_6 = 1$. Os demais valores de frequência de consumo foram obtidos com referência ao consumo mensal, pela seguinte fórmula: $S_n: (1/30) [(a+b)/2]$ sendo que a e b são o número de dias da frequência de consumo mensais. Por exemplo, alimentos consumidos duas a quatro vezes por semana, seriam 8 a 12 vezes por mês: $S_4: (1/30) [(8+12)/2]$.

Para cada indivíduo foram calculados escores de consumo para dois grupos: o grupo I, com alimentos considerados de risco (leite e derivados integrais, frituras, alimentos ricos em gordura animal, açúcar e sódio); e grupo II, com alimentos protetores ou “neutros” (arroz, feijão, cereais integrais, peixe fresco, azeite, leite e derivados com baixo teor de gordura, frutas, verduras e legumes).

Resultados

Caracterização da amostra

Na tabela 1 estão apresentadas as principais características da amostra estudada, de acordo com os grupos de intervenção. De um modo geral, não se observaram diferenças estatisticamente significantes entre eles, à exceção do uso de medicamentos, que foi superior entre as mulheres do grupo 2.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde das mulheres portadoras de HAS participantes dos dois tipos de intervenção (grupos 1 e 2). Porto Firme, MG (2009).

	Grupo 1 (Palestra) N=14	Grupo 2 (Palestra + Visita) N=14	z	p^a
Idade anos (±d.p)	55,6 ± 2,8	50,7 ± 6,5	2,009	0,04*
Escolaridade, anos de estudo (±d.p)	3,9 ± 3,3	4,4 ± 3,2	0,658	0,510
Uso regular de medicação para HA, %	100	100	-	-
nº medicamentos/dia (±d.p)	1,9 ± 0,6	2,8 ± 1,1	2,201	0,02*
nº de comprimidos/dia (±d.p)	2,8 ± 1,5	4,5 ± 2,4	1,471	0,08
Peso, kg (±d.p)	75,3 ± 17,4	77,7 ± 14,3	0,597	0,550
IMC, kg/m² (±d.p)	31,3 ± 6,9	33,4 ± 5,6	1,424	0,154
Consumo excessivo de álcool, % (n)	0	0	-	-
Hábito de fumar, % (n)	7,1 (1)	0	-	-
Atividade física, % (n)			-	-
Ativo	57,1 (8)	57,1 (8)		

^a P valor para diferença entre os grupos 1 (palestra) e 2 (visita) pelo teste de Mann Whitney

*p<0,05

A média de idade para o grupo 1 foi de 55,6 (±2,8) e 50,7 (±6,5) para o grupo 2. A escolaridade teve média de 4 anos de estudo, sendo 3,9 (±3,3) para o 1 e 4,4 (±3,2) para o grupo 2.

Todas as participantes do estudo estavam em uso de terapia anti-hipertensiva, sendo que cerca de 80% afirmavam utilizar os medicamentos conforme orientação médica. As participantes utilizavam em média 2,3 (1,9 ± 0,6 e 2,8 ± 1,1 para os grupos 1 e 2, respectivamente) tipos de fármacos anti-hipertensivos diferentes, com consumo de 2,8 ± 1,5 e 4,5 ± 2,4 comprimidos/dia, nos grupos 1 e 2, respectivamente.

Em ambos os grupos a média de IMC caracterizava obesidade, sendo que o valor médio de IMC foi de 31,3 ± 6,9 no grupo 1 e 33,4 ± 5,6 no grupo 2. O consumo de álcool e tabaco não era comum, apenas uma mulher do grupo 1 era tabagista.

Quanto à atividade física, grande parte das participantes foi classificada como ativa (57,1% para ambos os grupos).

Efeito das intervenções sobre a apreensão e o conhecimento acerca da hipertensão arterial

Definição, prevenção e fatores de risco associados à hipertensão arterial

Quanto a definição da HAS ou “pressão alta” pelas participantes, em T₀, metade do grupo 1 e 57,1% do grupo 2 não souberam definir o conceito de HAS. Em T₃, no entanto, esse percentual diminuiu, sendo que as respostas mais frequentes foram relacionadas a alterações

do sistema cardiovascular, de forma mais superficial ou de forma específica, totalizando 53,8% no grupo 1 e 42,8% no grupo 2.

Quanto aos fatores de risco, os citados por mais de 50% das participantes em T₀ foram: o consumo de sal (57,1% e 64,3%, para os grupos 1 e 2, respectivamente) e o “nervosismo” (50% no grupo 1). Em T₃ houve um aumento considerável na frequência de resposta para a maioria dos fatores de risco avaliados pelo questionário (hereditariedade, idade, presença de co-morbidades, uso de álcool e tabaco, sedentarismo, estresse psicossocial, consumo de sal), sendo que os citados por mais de 50% das participantes foram: hereditariedade - 53,8 e 85,7%; hábito de fumar - 69,2 e 64,3 %; consumo de bebida alcoólica - 61,5 e 85,7%; consumo de sal - 76,9 e 92,9%; “nervosismo” - 69,2 e 78,6% e sedentarismo - 84,6 e 100%, nos grupos 1 e 2, respectivamente.

Antes da intervenção educativa (T₀), apenas 14,3% no grupo 1 e 28,6% no grupo 2, apontavam a alimentação saudável como forma de prevenção da HAS, enquanto após a intervenção (T₃), esse percentual aumentou para 76,9% e 92,9% nos grupos 1 e 2, respectivamente. A prática de atividade física foi o segundo fator mais apontado como parte da prevenção da HAS, sendo citado por 7,1 e 14,3% das participantes em T₀; e 46,2 e 71,4% em T₃; nos grupos 1 e 2, respectivamente.

Controle, cuidados e consequências relacionadas à hipertensão arterial

Quando questionadas sobre os cuidados necessários para o controle da HAS, 100% das participantes citaram o uso da terapia anti-hipertensiva em T₀ e T₃. A alimentação saudável foi o segundo item mais citado, 85,7 e 64,3% em T₀ nos grupos 1 e 2, respectivamente; e 85,7% em ambos os grupos em T₃. A realização de atividade física foi citada por 50% das participantes de ambos os grupos em T₀; sendo que esse percentual aumentou em T₃ para 84,6 e 92,9 nos grupos 1 e 2, respectivamente.

A moderação do consumo de álcool e a cessação do tabagismo, fatores pouco citados em T₀ (apenas 7,1% das participantes) foram salientados por 69,2% do grupo 1 e 85,7% do grupo 2 em T₃. O controle do “nervosismo” - levar uma vida mais tranquila - citado por 32,1% das participantes em T₀; foi apontado como auxiliar no controle da PA em T₃ por 69,2 e 85,7% das participantes dos grupos 1 e 2, respectivamente.

Quanto aos cuidados especificamente relacionados à alimentação, em T₀ 92,8% das participantes de ambos os grupos apontaram a redução do consumo de sal de cozinha como forma de controle da pressão, sendo que em T₃ esse percentual foi de 100%.

A diminuição do consumo de óleos e gorduras, citado por cerca de 70% das participantes em T₀; passou para 92,3 e 100% em T₃; nos grupos 1 e 2, respectivamente. Já a frequência de respostas relacionadas ao consumo de frutas, verduras e legumes aumentou cerca de 40% em ambos os grupos em T₃, em comparação a T₀.

Quanto às complicações de saúde relacionadas a HAS, infarto e derrame foram citados por 82% das participantes em T₀ e cerca de 90% em T₃. Doença renal foi a terceira complicação mais citada, 14,3% em T₀ e cerca de 30% das participantes em T₃.

Efeito da intervenção sobre as variáveis dietéticas

Após o cálculo dos escores de consumo individual a partir dos dados do QFCA para os alimentos do grupo I (alimentos de risco) e do grupo II (alimentos protetores ou “neutros”) foi feita a comparação nos grupos 1 (oficina) e 2 (oficina + visitas domiciliares) antes (T₀) e após (T₃) a intervenção educativa. O mesmo foi feito para os valores per capita/dia de consumo de óleo, açúcar e sal.

Tabela 2. Escores de consumo dos grupos de alimentos de risco e protetores; e consumo per capita/dia de óleo, açúcar e sal nos grupos 1 e 2, antes e após a intervenção.

	Grupo 1 (oficina)				Grupo 2 (oficina + orientação domiciliar)			
	Inicial (I)	Final (F)	Z	P ^a	Inicial (I)	Final (F)	Z	P ^a
Escore Grupo alimentos I (alimentos de risco)	2,7 ± 1,5	2 ± 1,4	-1,5	0,13	4 ± 1,7	3,1 ± 1	-1,4	0,14
Escore Grupo alimentos II (alimentos protetores)	6,1 ± 2,4	6,7 ± 2	-1,3	0,16	5,5 ± 1,4	6,6 ± 1,5	2,5	0,01*
Per capita/dia óleo	41,8 ± 17,8	21,9 ± 13,7	-2,5	0,01*	35,9 ± 16	21,4 ± 10,9	-3,0	0,002*
Per capita/dia açúcar	106,9 ± 67,5	85,8 ± 70,1	-1,3	0,17	100 ± 47,9	75,4 ± 45	-2,2	0,02*
Per capita/dia sal	11 ± 8,4	8,6 ± 5,6	-1,6	0,10	10,6 ± 6,4	8,1 ± 2,6	-1,1	0,27

Os valores nas células se referem ao valor da média ± desvio padrão

^a P valor para diferença entre valores antes e após intervenção para os grupos 1 (palestra) e 2 (visita) pelo teste de Wilcoxon

*p<0,05

De acordo com a tabela 2, observa-se que no grupo 1 (n=13), não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de consumo antes e após a intervenção em ambos os grupos de alimentos analisados. Já no grupo 2 (n=14) houve um aumento significativo de consumo do grupo I (alimentos protetores ou “neutros”) (Z=2,5; P=0,01).

Analisando os alimentos separadamente, no grupo 1, houve aumento significativo no consumo de leite desnatado e semidesnatado (Z=2,1; P=0,03) e pão integral (Z=2,2; P=0,02); e diminuição do consumo de pele de porco/torresmo (Z=2,2; P=0,02) e suco artificial adoçado (Z=2,1; P=0,03). Já no grupo 2, houve aumento significativo do consumo de frango (Z=2,7; P=0,006) e cereais integrais (Z=3; P=0,002).

Quanto ao consumo de óleo, açúcar e sal: no grupo 1 houve diferença estatisticamente significativa entre T₀ e T₃ apenas para o valor de consumo per capita/dia de óleo (Z=2,5; P=0,01). Em T₀, 100% do grupo 1 consumiam acima da recomendação da pirâmide alimentar brasileira (2 colheres ou 16 ml/dia), enquanto em T₃, 36% apresentavam consumiam abaixo da recomendação (Philippi et al., 1999).

No grupo 2, houve diferença para os valores de consumo per capita/dia de óleo (n=12; Z=3; P=0,002) e açúcar (n=11; Z=2,1; P=0,02). Houve uma redução média de 14 mL no consumo per capita/dia; sendo que em T₀ 25% e em T₃ 50% consumiam abaixo da recomendação da pirâmide. A mediana de redução no consumo per capita/dia de açúcar foi de 27g, sendo o consumo médio em T₃ de 75g, acima do recomendado que é de 56g/dia (Philippi, 1999).

Não foi observada diferença significativa no consumo de sal pelo teste de Wilcoxon, em ambos os grupos de intervenção. No entanto, no grupo 2, houve uma redução significativa no consumo per capita/dia dos indivíduos que consumiam acima de 15g de sal/dia (n=4) (Z=1,81; P=0,03), que obtiveram uma redução média de 9 ± 1,3g no consumo diário desse condimento.

Efeito da intervenção sobre as variáveis clínicas, bioquímicas e antropométricas

Na tabela 3 estão apresentados os principais resultados da intervenção sobre as variáveis clínicas, bioquímicas e antropométricas nos diferentes grupos de intervenção.

Tabela 3. Variáveis antropométricas, clínicas e bioquímicas dos nos grupos 1 e 2, antes e após intervenção.

	Grupo 1 (oficina)				Grupo 2 (oficina + orientação domiciliar)			
	Inicial (I)	Final (F)	Z	P ^a	Inicial (I)	Final (F)	Z	P ^a
Peso, kg	75,3 ± 17,4	75,4 ± 16,3	-0,126	0,452	77,7 ± 14,2	76 ± 13,1	-2,098	0,018*
IMC, kg/m²	31,3 ± 7	31,3 ± 6,3	-0,157	0,440	33,4 ± 5,7	32,7 ± 5,3	-2,062	0,019*
CC, cm	100,3 ± 14,9	98,5 ± 14,5	-2,100	0,017*	104 ± 12,2	99,7 ± 11,5	-2,986	0,001*
PAS, mmHg	119,3 ± 14,9	117,4 ± 15,9	-0,637	0,261	129,3 ± 17	116,1 ± 9,6	-2,631	0,004*
PAD, mmHg	80,7 ± 10,7	77,1 ± 14,9	-0,962	0,168	78,4 ± 10,7	76,9 ± 7,5	-0,486	0,344
Glicose, mg/dL	110,9± 67,3	85,8± 14,6	-1,083	0,279	116,8 ± 35	97,8 ± 27,8	-2,552	0,011*
Triglicerídeos, mg/dL	172,1± 84,3	146,7± 71	-0,464	0,650	147,3 ± 72,8	131,3± 51,5	-0,804	0,421
Colesterol total, mg/dL	220,8± 54,1	212,3± 52,8	-0,035	0,972	203,5 ± 56,2	193,3 ± 30,1	-0,393	0,695
LDL-colesterol, mg/dL	136 ± 30,6	136,3 ± 42,9	-0,175	0,861	123,5 ± 48,6	117,4 ± 24,8	-0,175	0,861
HDL-colesterol, mg/dL	42,2 ± 6,2	46,5±13	0,877	0,381	50,9 ± 8,8	49,5±9,3	-0,350	0,727

Os valores nas células se referem ao valor da média ± desvio padrão

^a P valor para diferença entre valores antes e após intervenção para os grupos 1 (palestra) e 2 (visita) pelo teste de Wilcoxon. *p<0,05

No grupo 1, de todos os parâmetros analisados, foi observada diferença estatisticamente significativa entre os tempos inicial e final apenas para CC ($Z=2,1$; $P=0,017$), com diminuição média de 2 cm.

Já no grupo 2, houve diferença estatística para os parâmetros de peso, IMC, CC, PAS e glicose. Quanto aos parâmetros antropométricos, o peso teve uma redução média de 1,7 kg (mín.=0; máx.=8 kg) ($Z=2,09$; $P=0,018$); o IMC teve redução média de 0,7 kg/m² ($Z=2,06$; $P=0,019$); e a CC teve redução média de 4,2 cm (mín.=0; máx.=11 cm) ($Z=2,9$; $P=0,001$). Os parâmetros PAS e glicemia de jejum tiveram diminuição média de 13mmHg ($Z=2,6$; $P=0,004$) e 18,9 mg/dl ($Z=2,5$; $P=0,01$), respectivamente.

Em relação à glicemia de jejum, no grupo 2, em 46% das mulheres com valores de glicemia aumentados (>99mg/dl) no tempo inicial, houve redução para valores dentro do desejável (ADA, 2005).

Discussão

As intervenções educativas – oficinas de educação em saúde e orientações domiciliares – obtiveram resultados positivos sobre o conhecimento e apreensão das portadoras de HAS sobre a doença e seus fatores de riscos. Em ambos os grupos de intervenção houve aumento do conhecimento sobre a doença, seus fatores de risco e de controle, com destaque ao grupo que recebeu as visitas domiciliares, o que demonstra a maior efetividade da orientação domiciliar. Esses resultados apontam para a importância do acompanhamento e educação sanitária dialógica e participativa, considerando-se a baixa escolaridade da amostra estudada e o conhecimento insatisfatório dessa população sobre sua própria condição de saúde.

Estudos presentes na literatura, que investigaram os conhecimentos, atitudes e práticas de indivíduos portadores de HAS encontraram que nem sempre o conhecimento sobre a HAS implica necessariamente em mudanças comportamentais (Cotta et al., 2006; 2007; 2009; Aubert et al., 1998). No entanto, o aumento do conhecimento sobre a doença e sua forma de controle está estreitamente ligado à criação de ambientes favoráveis à saúde em nível familiar e comunitário, requisito fundamental para a promoção da saúde. A consciência sanitária é antecedida pelo acesso pleno à informação e educação como forma de capacitar os indivíduos e comunidades para maior controle sobre sua própria saúde, constituindo meta primordial de

ação em saúde pública, principalmente em nível de APS (Cotta et al., 2006; 2008; Brasil, 2002).

No grupo 2, a estratégia de orientação domiciliar – lócus privilegiado de intervenção - induziu mudanças benéficas na dieta, aumentando o consumo do grupo de alimentos considerados protetores ou sem riscos à saúde, especialmente o consumo de cereais integrais. No grupo 1, que participou somente das oficinas de educação em saúde, também houve tendência de melhora do perfil alimentar, uma vez que houve redução no consumo de alimentos de risco e aumento do consumo de alimentos protetores, ainda que não tenha sido observada diferença estatisticamente significativa entre o consumo nos diferentes grupos alimentares avaliados, antes e após a intervenção.

Um ponto de debilidade desse estudo refere-se à limitação do uso do QFCA na coleta dos dados de consumo alimentar, que permitiu a análise do consumo apenas de forma qualitativa, não sendo possível o cômputo dos macronutrientes, respectivo consumo calórico e consumo dos micronutrientes mais freqüentemente associados à HAS. Além disso, os intervalos considerados para o registro da freqüência de consumo do QFCA utilizado podem não ter tido sensibilidade para detectar alterações mais discretas na freqüência de consumo de certos gêneros, que seriam importantes na análise alimentar (Willett, 1998). Não obstante, a utilização do QFCA permitiu a avaliação dietética de forma global, estabelecendo padrões alimentares de risco, o que vai ao encontro de recomendações recentes da OMS diante da evidência científica dos efeitos de certos padrões alimentares sobre a saúde, para os quais, no entanto, não se têm elucidado o efeito específico de nutrientes e/ou outros componentes não nutricionais e sua combinação na dieta (OMS, 1998).

Quanto ao óleo e açúcar, a estratégia de orientação domiciliar teve efeito mais significativo na redução do consumo desses gêneros alimentícios, o que indica melhor adesão desse grupo à intervenção dietética. Como a estimativa de consumo desses gêneros foi calculada a partir da disponibilidade mensal no domicílio, pode-se supor que a orientação domiciliar alterou de forma importante o consumo não apenas das mulheres estudadas, mas também dos familiares, o que evidencia a importância da visita domiciliar no contexto do PSF.

Apesar da redução do consumo de sal ser uma das metas principais da orientação dietética e constituir recomendação das VDBHA, ela não foi estatisticamente significativa em nenhum dos grupos de intervenção. Estudos presentes na literatura indicam que apesar do entendimento pelos indivíduos da relação entre o consumo de sal e o aumento da pressão, a modificação dietética dificilmente é alcançada (Cotta et al., 2008; Alli et al., 1992; Mant,

1997; Korhonen et al., 1999). Apesar disso, nos indivíduos com consumo de sal superior a 15g/dia, verificou-se uma redução significativa no grupo que recebeu as orientações domiciliares, demonstrando um impacto positivo da intervenção neste grupo.

Em relação às variáveis clínicas, antropométricas e bioquímicas; a orientação domiciliar como estratégia de intervenção nutricional teve efeitos notadamente mais significativos. O grupo 2 teve redução significativa nos parâmetros de peso, IMC, CC, PAS e glicose, quando comparado ao grupo 1, que obteve redução significativa apenas para CC. Apesar da melhor evolução dos parâmetros avaliados à intervenção dietética no grupo 2, acredita-se que a diminuição significativa da CC no grupo 1 indica modificações dietéticas importantes também nesse grupo, uma vez que mais recentemente a medida isolada da CC tem mostrado ser suficiente para estabelecer risco coronariano e a obesidade abdominal tem sido relacionada com o aumento do risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte prematura (Larsson et al., 1984). Vale ressaltar que, as oficinas educativas realizadas no grupo 1, ocorreram sempre envolvendo as usuárias de forma ativa, participativa e dialógica, levando a uma interação e envolvimento direto dos participantes.

No presente estudo, não foi possível estabelecer estatisticamente a relação entre as mudanças dietéticas e as alterações nos parâmetros clínicos e bioquímicos avaliados nos distintos grupos de intervenção. O aumento do consumo de alimentos considerados protetores - ricos em fibras, vitaminas e minerais, e pobres em gordura e sódio - poderia explicar, pelo menos em parte, o resultado positivo sobre as variáveis clínicas, antropométricas e bioquímicas da intervenção no grupo que recebeu orientação domiciliar, conforme mostrado em estudos que relacionam padrões alimentares a fatores de risco para DCV (Champagne, 2006; Vollmer et al., 2001).

Os resultados do presente estudo indicam maior adesão do grupo que recebeu a orientação domiciliar em relação ao grupo que participou somente das oficinas de educação em saúde, corroborando com os resultados de estudo prospectivo realizado na Finlândia que analisou o efeito das intervenções dietéticas realizadas durante 2 anos sobre fatores de risco cardiovascular na APS. Pode-se inferir, portanto, que as estratégias de acompanhamento e aconselhamento intensivo, tais como a orientação prática de preparo e consumo de alimentos, têm efeitos mais significativos sobre variáveis clínicas e antropométricas (Korhonen et al., 2002).

Acredita-se que a maior adesão do grupo que recebeu as orientações domiciliares reforça o importante papel do PSF, ao trabalhar com população adscrita, em um território vivo, cujas terapêuticas são planejadas segundo as necessidades dos indivíduos, famílias e

comunidades, tendo como ponto forte as visitas domiciliares (Azeredo et al., 2007; Gomes et al., 2009).

De fato, as orientações domiciliares na área de nutrição mostraram ser um campo fértil para as ações de saúde, uma vez que o comportamento alimentar é complexo, e as orientações dietéticas incluem modificações de elementos presentes na rotina e várias combinações envolvendo: inclusão, exclusão, diminuição, aumento de alimentos ou ingredientes alimentares. Assim, nem sempre é possível contemplar a complexidade dessas informações em consultas ou palestras tradicionais, sendo a orientação nutricional em nível domiciliar uma ferramenta importante para adequação das orientações à realidade de cada família e para o conhecimento aprofundado dos determinantes culturais dos hábitos alimentares da comunidade.

Os achados deste estudo destacam a importância de estratégias de educação em saúde participativas e de acordo com a realidade da população atendida como forma de superar a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, sobretudo em um contexto de pobreza e desigualdades sociais; sendo que as orientações domiciliares demonstraram não somente aumentar o conhecimento e apreensão sobre a HAS, mas contribuíram também para instrumentalizar a aplicação desses conhecimentos na prática cotidiana dos portadores de HAS e suas famílias. Diante da potencialidade das orientações domiciliares no enfrentamento da problemática da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, ressalta-se a importância de novos estudos explorando as vantagens e limitações dessa estratégia no contexto da APS.

Referências bibliográficas

Alli C, Avanzini F, Bettelli G, et al . Feasibility of a long-term low sodium diet in mild hypertension. *J. Hum. Hypertens* 1992; 6: 281-6.

Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2006; 10(19): 131-47.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29(supl): 4-42.

Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm* 2006; 8(2): 259-72.

Aubert L, Bovet P, Gervasovi JP, Rwebogora A, Waeber B, Paccaud F. Knowledge, Attitudes, and Practices on Hypertension in a Country in Epidemiological Transition. *Hypertension* 1998, 31: 1136-45.

Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques PC. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(3): 743-753.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde.* – Brasília: MS; 2002. (MS. Textos Básicos em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar da População Brasileira: Promovendo a alimentação saudável. Brasília: MS; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: MS; 2006a. (MS. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS; 2006b.

Brasil. Datasus [homepage na internet]. Sistema de Informações Hospitalares. Dados de morbimortalidade de doenças cardiovasculares e hipertensão arterial. 2009. [acessado em 30 jan 2010]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov>>.

Champagne CM. Dietary interventions on blood pressure: the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trials. *Nutr Rev* 2006; 64(suppl): 53–56.

Cotta RMM, Azeredo CM, Schot M, Cardoso PM, Franceschini SCC, Piori SE. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev Médic Minas Gerais* 2006; 16(16): 1-8.

Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro F, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(4): 1251-60.

Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis* 2008; 18(4): 745-66.

Dias G, Franceschini SCC, Reis JR, Reis RS, Batista RS, Cotta RMM. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. *Hist Cienc Saude-Manguinhos* 2007; 14(3): 779-800.

Fornés NS, Martins IS, Velásquez-Meléndez G, Latorre MRDO. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(1): 12-18.

Gomes KO, Cotta RMM, Raquel RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a ‘menina dos olhos’ do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [online] 2009. [acesso em 30 dez 2009] [cerca de 15 p]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4353.

Instituto Brasileiro de Geografia [homepage na internet]. Cidades. Minas Gerais. Porto Firme. [acessado em 2009 ago 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Jardim PCBV, Jardim TSV. Modelos de estudo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1): 26-29.

Jelliffe DBI. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad. Ginebra: OMS; 1968.

Korhonen M, Kastarinen M, Uusitupa M, Puska P, Nissinen A. The effect of intensified counseling on the diet of hypertensive subjects in primary care: a 2-year open randomized controlled Trial of lifestyle intervention against hypertension in Eastern Finland. *Prev Medicine* 2002; 36: 8-16.

Korhonen MH, Litmanen H, Rauramaa R, Vaisanen SB, Niskanen L, Uusitupa M. Adherence to the salt restriction diet among people with mildly elevated blood pressure. *Eur J Clin Nutr* 1999; 53:880-5.

Larsson B, Svardsudd K, Welin L, Wilhelmsen L, Bjorntorp P, Tibblin G. Abdominal adipose tissue distribution, obesity, and risk of cardiovascular disease and death: 13 year follow up of participants in the study of men born in 1913. *Br Med J* 1984; 288: 1401-4.

Mant D. Effectiveness of dietary intervention in general practice. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1997; 65(suppl 6): 1933-38.

Organização Mundial da Saúde. Adherence to long term to long therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

Organização Mundial da Saúde. Report of a Joint FAO/WHO Consultation. Preparation and use of food-based dietary guidelines. Geneva: OMS; 1998.

Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: WHO/OPAS; 2005.

Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003.

Organização Pan-Americana de Saúde. Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004. (OPAS. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev Nutr* 1999; 12(1): 65-80.

Pierin AMG, Gusmão JL, Carvalho LVB. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* 2004; 7(3): 100-3.

Ribeiro AC, Sávio KEO, Rodrigues MLCF, Costa THM, Schmitz BAS. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. *Rev Nutr* 2006; 19(5): 553-562.

Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2009 [acesso 2009 nov 20] [cerca de 15 p]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4478

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(3): 24-79.

Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, Appel LJ, Bray GA, Simons-Morton DG, Conlin PR, Svetkey LP, Erlinger TP, Moore TJ, Karanja N. Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Ann Intern Med* 2001; 135:1019-28.

Willett WC. *Nutritional Epidemiology*. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 1998.

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

ARTIGO ORIGINAL – ARTIGO 4

Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sistêmica sobre a enfermidade: desatando os nós da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família

Resumo

A falta de adesão ao tratamento e consequente falta de controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grande desafio à Atenção Primária no Brasil. Compreender a relação subjetiva dos portadores de HAS com a enfermidade pode ampliar as possibilidades de medidas de controle da HAS mais efetivas. O objetivo desse trabalho foi conhecer e analisar as representações sociais de mulheres portadoras de HAS sobre a doença e sua relação com a adesão ao tratamento. Fizeram parte do estudo, 26 mulheres diagnosticadas com HAS e cadastradas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Porto Firme, MG. O estudo fundamentou-se na pesquisa qualitativa e elegeu as representações sociais como princípio teórico-metodológico. Os dados foram obtidos por meio de grupos focais, entrevistas individuais e anotações em diário de campo; e examinados pela análise de conteúdo. Através das análises emergiram os atrativos semânticos que retratavam as representações das mulheres sobre HAS: *Efeitos psicológicos/sentimentos ligados ao diagnóstico da HAS; O cotidiano do portador de HAS e as mudanças em seu dia-a-dia; e O convívio familiar com HAS*; por meio das quais foram identificadas diferentes dimensões e espaços ligados a adesão, no âmbito individual e coletivo, destacando-se o acesso à informação associado ao suporte social como fator favorável à adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa, Educação em Saúde, Hipertensão, Atenção Primária à Saúde

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular e de doença renal, representando um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (Kearney, 2005).

No Brasil, a prevalência estimada de HAS é de 35% na população acima de 40 anos, sendo crescente na população mais jovem, representando cerca de 17 milhões de portadores (Brasil, 2006).

As modificações no estilo de vida são consideradas fundamentais na prevenção e controle da HAS. Alimentação adequada, redução e controle do peso corporal, prática de atividade física e o combate ao tabagismo e ao consumo excessivo de álcool representam os principais fatores ambientais modificáveis para redução do risco e incidência de doenças cardiovasculares (DCV) e HA (V DBHA, 2007).

Destarte, há que se destacar que as modificações de hábitos de vida envolvem mudanças do padrão comportamental dos indivíduos e por isso não podem ser consideradas como escolhas individuais livres e descontextualizadas (Cotta et al., 2009).

A falta de adesão ao tratamento, inclusive às medidas não farmacológicas, é provavelmente a causa da alta prevalência encontrada de portadores de HAS sem o controle da pressão arterial (PA), mesmo naqueles indivíduos em que a doença é conhecida (Fuchs, Castro, Fuchs, 2004). Somente 50% dos indivíduos com doenças crônicas, como a HAS, aderem às recomendações do tratamento, sendo que essa proporção tende a ser menor nos países em desenvolvimento. A não adesão ao tratamento tem como conseqüências complicações médicas e psicossociais, redução da qualidade de vida e desperdício dos recursos assistenciais em saúde (WHO, ISH, 2003).

Além de estar associada às variáveis como renda, escolaridade, sexo e idade; a adesão relaciona-se com as crenças e a percepção dos indivíduos sobre a doença; ressaltando-se que o enfrentamento da HAS envolve a compreensão de seu significado pelo portador da doença, de acordo com as suas concepções sobre o processo saúde-doença-adoecimento (Araújo, Garcia, 2006).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia criada pelo governo em 1994 com o objetivo de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), visa à mudança de um modelo individualista e hospitalocêntrico, para um modelo com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) e no trabalho em equipe multi e interprofissional. Os princípios da

integralidade, longitudinalidade, territorialidade e focalização na família – inscritos no PSF - fazem com que esta estratégia mostre-se como o modelo mais adequado para alterar o quadro das DCV (Cotta et al, 2008; Cotta et al, 2009)

Não obstante, ainda que o PSF tenha aumentado o acesso dos portadores de HAS aos serviços de saúde, observa-se uma baixa adesão ao tratamento, persistindo uma alta prevalência de fatores de risco na comunidade (Ribeiro, Cotta, Ribeiro, 2009).

O controle da HAS constitui-se em uma das áreas estratégicas da APS. Entretanto as experiências educativas voltadas aos portadores de HAS no país ainda são, em grande parte, restritas a prescrições normativas, sendo escassas as abordagens de educação em saúde sob a ótica da promoção da saúde, com uma perspectiva emancipatória dos sujeitos (Toledo, Rodrigues, Chiesa, 2007).

O tratamento e controle da HAS representam, nessa ótica, um desafio aos serviços e profissionais de saúde; que devem superar o distanciamento entre profissional e usuário e as práticas de saúde orientadas por tecnologias não flexíveis e desvinculadas da realidade dos indivíduos (Costa et al., 2009).

Buscar compreender a relação dos portadores de HAS com a enfermidade, com base em uma concepção subjetiva, que inclua seus sentimentos e percepções, amplia as possibilidades de medidas de prevenção e controle mais efetivas da doença (Barbosa, 2000).

Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi conhecer e analisar as representações sociais, das mulheres portadoras de HAS, cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde (UAPS) e participantes de duas diferentes modalidades de educação em saúde, sobre a doença e seu convívio familiar. Explorou-se os aspectos psicossociais relacionados aos sentimentos e comportamentos, capazes de influenciar o tratamento, a adesão e o controle da doença nos diferentes grupos, identificando os distintos significados que envolvem o convívio com essa enfermidade.

Método

Descrição espaço-temporal e sujeitos estudados

O estudo foi realizado em Porto Firme, município da Zona da Mata mineira, microrregião de Viçosa. O município possui uma população de 10.404 habitantes, área territorial de 285 km² e uma economia baseada principalmente na agricultura (IBGE, 2009). A pesquisa foi realizada na UAPS da área urbana de Porto Firme, que abriga duas equipes de

Saúde da Família. Atualmente existem 1361 famílias e um total de 626 portadores de HAS cadastrados nesta UAPS.

Fizeram parte do estudo, 26 mulheres, com idade entre 45 a 60 anos, diagnosticadas com HAS, com ou sem diagnóstico de diabetes mellitus, cadastradas na UAPS urbana de Porto Firme. As participantes fizeram parte de um estudo de intervenção nutricional voltado às portadoras de HAS. Neste estudo, a amostra foi subdividida em dois grupos que diferiam quanto à abordagem/metodologia em educação em saúde utilizada. No primeiro grupo a metodologia utilizada foi a orientação ao tratamento dietético da HAS por meio de oficinas educativas mensais. No segundo grupo, os indivíduos além de participarem das oficinas educativas, receberam orientação individualizada e familiar por meio de visitas domiciliares periódicas.

A intervenção teve duração de cinco meses, de abril a agosto de 2009, e constituiu-se de cinco oficinas educativas e cinco visitas domiciliares, realizadas mensalmente.

Adaptando-se às dinâmicas de atendimentos dos profissionais das equipes de Saúde da Família, as oficinas educativas foram realizadas simultaneamente às reuniões mensais que já ocorriam na UAPS para o grupo de portadores de HAS e diabetes mellitus (DM).

As oficinas de educação em saúde tinham duração média de 1h e constavam de palestras dialogadas e dinâmicas interativas com a utilização de recursos diversos como cartazes, vídeos e demonstrações práticas.

Nas visitas domiciliares, que tinham duração média de 45', eram realizadas orientações práticas de acordo com a realidade de cada família, por meio da observação sistemática da compra de gêneros alimentícios, preparo e consumo de alimentos.

Coleta e análise dos dados

O presente estudo fundamentou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, por estar relacionado à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e vivências e como elas compreendem o mundo em que vivem (Pope, Mays, 2005).

Para tanto, elegeu-se as representações sociais como princípio teórico-metodológico. Segundo Moscovici (2003), as *“representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças, estão relacionados com uma maneira específica de compreender e comunicar – um modo que cria a realidade e o senso comum”*. Sendo assim, a representação social é uma forma dos indivíduos interpretarem

sua realidade e a realidade social – é o pensamento do cotidiano, o que nos permite analisar esta realidade sob o olhar daquele que a vivencia (Marques, Cotta, Araújo, 2009).

O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi examinado por meio da análise de conteúdo que compreendeu as seguintes etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2004).

As informações foram obtidas através da realização de dois grupos focais – o primeiro constituído pelas usuárias que participaram das oficinas educativas, e o segundo por aquelas que, além da participação nas oficinas, receberam orientação no domicílio. Os grupos foram realizados em outubro de 2009, após as orientações nutricionais feitas nas oficinas e visitas domiciliares.

Para registro das informações, os relatos foram gravados em áudio e vídeo, após consentimento das entrevistadas, além de terem sido feitas anotações pertinentes para a compreensão da dinâmica do grupo, permitindo assim que as informações fossem transcritas de forma fidedigna, além de facilitar as pesquisadoras retornar a fonte registrada, checar informações e obter novas conclusões.

Como forma de complementar e enriquecer o estudo utilizou-se também informações sobre conhecimentos, percepções e práticas das participantes em relação à HAS, obtidas por meio de entrevistas individuais, realizadas com o auxílio de questionário semiestruturado, aplicado às participantes do estudo anteriormente à realização dos grupos focais. O questionário foi elaborado pela equipe responsável pelo trabalho de acordo com os objetivos da pesquisa e submetido a pré-teste.

Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV), protocolo 030/2009 em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

As mulheres participantes da pesquisa encontravam-se na faixa etária entre 45 e 60 anos, sendo a média de idade do grupo de 53 anos. A maioria (85%) possuía o ensino fundamental incompleto. Quanto ao estado civil, 96% eram casadas ou possuíam relacionamento estável e 4% era divorciada. Apenas 11% possuíam trabalho formal com

vínculo, enquanto 43% eram “do lar”, 21% aposentadas ou pensionistas e 35% tinham trabalho informal. A renda familiar de cerca de 80% das mulheres se concentrava entre 1 e 3 salários mínimos, sendo que 53% delas contribuía com a renda familiar.

A média de idade das mulheres na ocasião do diagnóstico da HAS foi de 42 anos; sendo que no momento da pesquisa a mediana de tempo de diagnóstico era de 10 anos, sendo o mínimo de 1 e máximo de 35 anos. O diagnóstico se deu em 40% dos casos devido à ocorrência de uma crise hipertensiva; 21% em consulta médica devido aos sintomas da doença; 21% durante a gravidez; e 18% em consultas médicas por outros motivos.

Atrativos semânticos e indicadores da saúde

O conjunto de representações sociais tende a condensar-se, em alguns casos, em uma série de termos, de expressões, de imagens que exercem uma função de ‘atrativos semânticos’, de modo que em torno de cada termo se situa um conjunto de expressões-chave, de palavras significativas das situações e concepções próprias de cada grupo, como é o caso mulheres portadoras de HAS de Porto Firme (Dias et al., 2007). Esses atrativos semânticos retirados das falas dessas mulheres levam-nos a articular esse conjunto como um sistema de indicadores das citadas noções e representações sociais sobre HAS, descritas no Quadro 1.

Após análise e esquematização, é possível investigar as significações que são mais evidentes e representativas para esse grupo.

Quadro 1. Atrativos Semânticos e representações sociais extraídos dos relatos de mulheres portadoras de HAS, município de Porto Firme, MG (2009).

Hipertensão Arterial Sistêmica representada como:		
Efeitos psicológicos/ sentimentos ligados ao diagnóstico de HAS	O cotidiano do portador de HAS e as mudanças em seu dia-a-dia	O convívio familiar com a HAS
<ul style="list-style-type: none"> • Negativos preocupação medo falta de conhecimento tristeza revolta 	<ul style="list-style-type: none"> • Positivos aceitação superação enfermidade que tem controle não afeta as atividades cotidianas 	<ul style="list-style-type: none"> • Importância do conhecimento sobre a doença • Mudanças de hábitos: <ul style="list-style-type: none"> - aspectos positivos: melhora da qualidade de vida - aspectos negativos: restrições
		<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades em relação ao controle da pressão • Colaboração dos familiares • Preocupação com a saúde dos familiares

1. Efeitos psicológicos/sentimentos ligados ao diagnóstico da hipertensão arterial

1.1. Aspectos negativos

Nessa categoria destacam-se os sentimentos que denotam os efeitos psicológicos negativos do diagnóstico da HAS, explicitados principalmente pelas sensações de medo e preocupação, pelas possíveis conseqüências da doença e pela falta de conhecimento; e ainda pela tristeza e revolta, relacionadas à cronicidade da HAS, condição que exige a adoção de novos hábitos, como por exemplo, o uso regular da medicação.

“(...) Uma preocupação muito grande, visto que a hipertensão não tem cura (...). Eu pra mim, eu senti muito preocupada. Preocupada porque a gente sabe que é uma coisa que a gente vai cuidar pro resto da vida e que é uma doença de alto risco se não houver cuidado.” (1)

“(...) Tristeza também porque sabe que tem que tomar o remédio pro resto da vida, além de correr muito risco de vida.” (2)

A análise das falas evidencia o incômodo das mulheres com o diagnóstico da HAS, pois impõe mudanças de hábitos e perda da qualidade de vida caso não seja controlada.

No grupo estudado cerca de 70% das mulheres possuíam outras doenças associadas a HAS, dentre elas: diabetes (25%), dislipidemias (21%), problemas relacionados a esôfago e estômago e problemas osteoarticulares (18%). Aproximadamente 30% das mulheres deste estudo eram portadoras de duas ou mais enfermidades concomitantemente à HAS.

“Eu falo com minhas amigas assim, aproveita mesmo até os cinqüenta, passou dos cinqüenta sobe a diabetes, a pressão alta, o colesterol (...)” (5)

“Ah, eu pra falar bem verdade, eu num aceito de jeito nenhum (...) Que é pressão alta, é colesterol alto, diabetes (...) que eu fui criada aqui num tinha nada disso não, num tinha pressão, nem coração, tinha nada disso” (4)

Os sentimentos aqui relatados pelas entrevistadas estão intimamente associados ao envelhecimento e ao delicado período que a mulher da meia-idade vivencia, com mudanças em seu corpo e ciclo vital que são encaradas muitas vezes como “limitantes” a uma vida ativa e saudável (Mori, Coelho, 2003).

Os desafios biopsicossociais vivenciados pelas mulheres de meia-idade se devem ao fato que a maior expectativa de vida das mulheres nem sempre vem acompanhada de boas condições biopsicossociais. Fatores biológicos, estilo de vida, histórico de doenças, pobreza, baixa escolaridade e isolamento social afetam significativamente a saúde física e mental da população feminina (Mori, Coelho, 2003).

Destarte, um ponto importante a ser ressaltado refere-se à medicalização à que nossa sociedade está habituada, bem como, à formação dos profissionais de saúde baseada no modelo biomédico e medicamentoso, onde se pensa poder resolver todos os problemas por meio de medicamentos (Cotta et al., 2009; Camargo Junior, 2007). Hoje, verifica-se um consumo abusivo de medicamentos psicotrópicos, constatando-se além do grave problema da automedicação, a prescrição médica excessiva de antidepressivos e ansiolíticos; sendo as mulheres de meia-idade as mais medicalizadas com psicotrópicos (Rodrigues, 2003).

No presente estudo, cerca de 30% das mulheres usavam ansiolíticos e antidepressivos regularmente, sendo que em todos os casos o medicamento foi prescrito pelo médico. Carvalho et al. (1998), salienta que o fato de os tratamentos muitas vezes serem centrados no uso de medicamentos pode ser decorrente das próprias orientações recebidas dos profissionais de saúde. O que pode ser demonstrado, em nosso estudo, pelas falas das mulheres entrevistadas.

“É remédio controlado, é negócio de depressão, é (...) outros remédios, rivotril, negócio de calmante, aí é diariamente assim desse jeito (...) eu perguntei o médico se podia diminuir o remédio, mas ele falou assim que tem gente que toma até cinco dele; eu tomo três (...) mais o rivotril pra dormir, se eu não tomar eu não consigo dormir”
(6)

“ô, mas você toma um tranqüilizante, um antidepressivo (...)” (7)

Dentro dos aspectos psicológicos negativos relativos ao diagnóstico da HAS destaca-se o uso regular da medicação anti-hipertensiva. As portadoras de HAS demonstraram tristeza em relação ao uso de múltiplos medicamentos e descontentamento com a dificuldade do controle da PA, mesmo com uso da medicação.

“(...) [a HAS] ela ficou descontrolada, aí foi só trocando os remédios” (17)

“Tem hora que eu ponho os remédio assim na mão e penso não vou tomar, mas tem que tomar né, fazer o que?” (18)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), menos da metade dos pacientes portadores de HA conseguem atingir a meta de PA com monoterapia. A maioria necessita da combinação de pelo menos dois fármacos e cerca de 30% necessitam de três ou mais fármacos em combinação para atingir as metas de PA (OMS, 2003).

No grupo estudado 82% das mulheres utilizavam dois ou mais medicamentos para o controle da PA. Cerca de 30% utilizavam no mínimo 5 comprimidos de anti-hipertensivos diariamente. Esse achado vai ao encontro do estudo desenvolvido por Cotta et al (2009), sobre o perfil socio-sanitário e estilo de vida de portadores de HAS, onde se destaca a priorização do tratamento medicamentoso, em detrimento da adoção de estilos de vida saudáveis relacionados à dieta, prática de atividades físicas e redução do álcool, sal e fumo.

Muitas vezes, o uso prolongado do remédio remete os indivíduos à sua condição de “doentes”, fazendo lembrar sua situação crônica de saúde, podendo gerar sentimentos de ansiedade, medo e tristeza (Peres, Magna, Viana, 2003); sentimentos estes vivenciados pelos usuários do presente estudo.

1.2. Aspectos positivos

Por outro lado, as mulheres também expressaram aspectos psicológicos positivos em relação a HAS, demonstrados pela aceitação, pela manutenção da rotina normal de atividades diárias e pela possibilidade de controle da doença.

“Graças a Deus, até que eu controlo bem. (...) to com a vida normal, quase normal. E, tomando os remédios direitinho né, tá tudo bem, graças a Deus.” (7)

“Eu recebi a notícia com uma certa naturalidade, porque eu convivi a vida inteira com o meu pai que tinha pressão alta (...) Quando eu fiquei sabendo que tava com a pressão alta eu já sabia como controlar (...) Então, eu tomo os cuidados direitinho e vou vivendo a vida com tranquilidade.” (10)

Os depoimentos demonstram posicionamentos distintos das mulheres em relação ao diagnóstico da HAS. A convivência próxima com pessoas que possuíam a doença pareceu ser um dos fatores decisivos nessa diferença. As mulheres que possuíam familiares com essa

condição demonstraram uma postura de maior aceitação ao diagnóstico. Esse fato pode estar relacionado ao diferente significado construído à HAS por essas mulheres, ao maior acesso as informações de como controlar a doença, ou até mesmo ao fato de se conviver com outras pessoas portadoras de HAS, o que parece apontar para uma postura mais favorável em relação à doença.

“Na minha família (...) quem me conhece sabe que minha família é grande demais, só uma tia tem, porque justo eu puxar isso? Fiquei aborrecida com isso.” (5)

“A gente não quer que as pessoas sente isso, mas vai aumentando a turma, a gente vai falando assim, ai meu Deus, num é só eu, isso num tá só pra mim. São várias as minha colegas que tá. Num é que a gente quer que elas tem, mas com isso consola né.” (8)

A presença e convívio com parentes portadores de HAS pareceram diminuir o estresse do diagnóstico nas participantes deste estudo. No entanto, deve-se atentar para o fato que a supervalorização dos fatores de risco não controláveis para HAS, como a hereditariedade, pode afetar a percepção de autoeficácia do indivíduo no controle da doença (Sousa, 2003).

Llor et al (1995) apud Sousa (2003), discutem que as crenças etiológicas dos indivíduos podem explicar certas dificuldades no processo adaptativo à doença. Se os indivíduos atribuem as causas aos seus próprios comportamentos inadequados, o sentimento de culpa pode interferir no processo adaptativo à doença; no entanto, se as causas forem atribuídas a fatores sobre os quais o indivíduo não pode atuar, como é o caso da hereditariedade, a aceitação ao diagnóstico será mais resignada, porém com prejuízos ao controle da doença.

Destarte, destaca-se a importância do suporte social para o indivíduo diagnosticado com a HAS, de forma a desmistificar a doença e oferecer condições para o seguimento adequado do tratamento após o diagnóstico.

No que se refere ao serviço de saúde, o trabalho em grupos com a equipe multiprofissional e a realização de atividades educativas são fatores preditores da adesão ao tratamento e importantes instrumentos de socialização; uma vez que nas atividades realizadas em grupos, os portadores de HAS encontram espaço para verbalizar sintomas, ansiedades, frustrações e dificuldades junto a uma equipe que os apóia. Além disso, o grupo estimula a reflexão e amplia o nível de informação, pela troca de experiências (Araújo, Garcia, 2006); o que é explicitado pela fala de uma das participantes:

“Como a gente trabalha em grupo assim (...) a gente sabe que mais alguém tem pressão alta, então, a gente vendo o grupo, uma vai ajudando a outra a superar as dificuldades, isso é importante.” (10)

2. O cotidiano do portador de hipertensão arterial e as mudanças impostas ao seu dia-a-dia

A análise das falas das participantes das atividades em grupo indica que mais importante que o diagnóstico, o acesso ao apoio e à informação pela equipe de saúde é um fator propulsor na realização das mudanças de estilo de vida necessárias ao controle da doença.

“(...) a partir do momento que você vai conhecendo, vai vendo a gravidade da doença, é que a gente vai tendo que mudar os hábitos sim.” (1)

“a partir do momento que você vai tendo conhecimento muda bastante os hábitos de vida da gente sim. A gente convive e vai aprendendo também o que pode, o que que não pode” (2)

Estudos presentes na literatura, que investigaram os conhecimentos, atitudes e práticas de portadores de HAS encontraram que nem sempre o conhecimento sobre os fatores de risco para DCV implica em mudanças comportamentais (Cotta et al, 2009; Aubert et al, 1998). Entretanto, a evidência científica aponta para uma maior adesão as medidas terapêuticas nos indivíduos de maior escolaridade. Além da associação à renda, também a escolaridade pode relacionar-se à adesão, já que o conhecimento sobre a doença e seu o tratamento está diretamente relacionado à independência e à cooperação do indivíduo ao tratamento, sendo a adesão maior nos indivíduos com maior conhecimento sobre a doença (Araújo, Garcia, 2006; Cotta et al, 2008)

A importância do conhecimento sobre a doença fica clara ao se observar que o início do tratamento da HAS nem sempre coincide com o momento do diagnóstico. Uma das participantes revelou que só iniciou o tratamento medicamentoso após agravamento da sintomatologia e perda da qualidade de vida, mostrando que a falta de conhecimento e

percepção reais sobre as conseqüências da doença são fatores que podem prejudicar a adesão ao tratamento, mesmo após o diagnóstico.

“na hora quando eu soube, foi numa situação de perda de familiar (...) fiquei dias no hospital internada, depois fui orientada pelo cardiologista que eu tinha que tomar medicação, mas relaxadamente eu não tomei. Passei um ano, dois anos, me queixando de dor de cabeça (...) até o ponto que eu cheguei aqui e o médico disse: você tem que tomar o remédio porque se você não tomar qualquer hora vai dar mais forte e vai ter um infarto” (11)

Considerando a baixa escolaridade do grupo estudado, em média 4 anos de estudo, enfatiza-se a importância do processo de educação em saúde para esclarecer e orientar as mulheres sobre os cuidados necessários para o controle da HAS e melhora da qualidade de vida.

No entanto, diante do discurso das mulheres, ressalta-se a necessidade de o processo de educação em saúde transpor medidas meramente prescritivas e normativas, restritas ao consultório médico, e/ou UAPS.

“(...) você chega no consultório o médico fala só assim: você tem pressão alta, mas num dá um esclarecimento pra gente o que é a pressão alta, os riscos que a gente tem e nem o que a gente precisa fazer naquele momento.” (1)

Estudo sobre o processo de educação em saúde para os portadores de HAS, realizado em PSFs de três cidades baianas, revelou que nas consultas médicas a tendência dominante era de medicalização, sendo a ação educativa secundária e superficial, sem apreensão de dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença. A falta de adesão de alguns pacientes estudados foi discutida pelos autores como forma de resistência ou de exercício da autonomia frente à hegemonia médica (Alves, Nunes, 2006).

Nesse sentido, em nosso estudo, as experiências das oficinas de educação nutricional e das orientações domiciliares como formas mais dinâmicas e interativas de educação, foram muito positivas na adoção das mudanças alimentares recomendadas no tratamento da HAS e no aumento do conhecimento sobre a doença.

“antes da nutricionista, às vezes eu ia no mercado comprar as coisas, num tava preocupando de olhar direitinho aquela tabela lá de alimentos (...) a partir do

momento que ela apareceu aqui fazendo essas reuniões, aqui que nós passamos a ter essa preocupação, até na hora de comprar o alimento, na hora de preparar, você vai preparar mais saudável” (10)

Estudo realizado com portadores de HAS participantes de um grupo coordenado pela equipe de Saúde da Família de um município de pequeno porte no Rio Grande do Sul apontou a percepção positiva dos indivíduos em relação às atividades educativas em grupo e discutiu a efetividade desse tipo de atividade relacionada ao aumento da autoestima, autopercepção e autocuidado dos indivíduos (Souza, Pomatti, 2003); o que também foi observado pelas participantes das atividades de educação nutricional em Porto Firme:

“Tem que ter consciência que a dieta é pra mim, o remédio é pra mim, num é para o médico, num é para a nutricionista. A nutricionista é ótima? É! (...) mas ela passou o conhecimento pra gente, cabe a nós agora o que? Assimilar o que ela passou e agir. (...) o que ela passou é lindo, maravilhoso, é ótimo. Agora, nós temos que ter consciência que nós vamos fazer igual ela ensinou, porque se não, não adianta.” (1)

“É a gente que tem que gostar da gente. Tem que ter consciência do que tem, do problema, gostar da gente, querer viver bem e ter uma vida saudável, com qualidade de vida também, que viver doente não é bom.” (13)

Sobre as mudanças no cotidiano das portadoras de HAS, as participantes mostraram sentimentos contraditórios. Por um lado, apontaram os aspectos positivos das mudanças no estilo de vida, referentes à melhora dos sintomas e da qualidade de vida; além de demonstrarem conseguir levar uma vida “normal” devido ao bom controle da doença.

“Antes eu vivia aqui no posto, sempre aqui no posto, com dor de cabeça, com tontura, mas depois que eu controlei, aí acabou. Hoje eu me sinto bem, tomando os remédios e fazendo a alimentação adequada.” (14)

“É vida normal. (...) Ah, eu graças a Deus, num tenho problema nenhum. Levo minha vida normal.” (12)

Por outro lado, ficou também explícita a visão das mudanças no cotidiano como restrições à vida “normal”, alterando as atividades diárias e o convívio social.

“Aí que vai mudar a alimentação, a questão de tá presa ao medicamento, você não pode esquecer do horário (...) você num é uma pessoa que pode fazer exercício físico exagerado, você num vai fazer uma lavação na sua casa tudo de uma vez num dia, porque você num vai dar conta.” (1)

“Ah, aí muda muita coisa né gente, já tem que controlar a alimentação, não pode ficar sem remédio de jeito nenhum, é o serviço (...) igual a gente que ta lá no sítio com um soleiro, a gente não pode ficar, logo a pressão vai e sobe, então você maneira um pouco. A alimentação muda demais.” (12)

Estudo com portadores de HAS hospitalizados na cidade de São Paulo-SP encontrou resultado semelhante. Os indivíduos consideravam as mudanças na vida após início do tratamento da HAS como problemáticas, o que provocava sentimentos negativos relacionados à perda da capacidade física e as restrições, principalmente na alimentação (Castro, Car, 2000).

São vários os motivos apontados como causa para a resistência à adoção de hábitos de vida saudáveis, dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais conseqüências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo (Cotta et al, 2008; Aubert et al; 1998).

Nesse sentido, o trabalho de educação em saúde por uma equipe multiprofissional - que favoreça e facilite as mudanças necessárias e reforcem a importância do tratamento farmacológico e não farmacológico - mostra-se fundamental no controle adequado e melhora da qualidade de vida das portadoras de HAS, como demonstrado pelas participantes do trabalho de educação nutricional realizado com o grupo estudado:

“antes eu num entendia, então era a falta de conhecimento do valor dos alimentos. A partir do momento que você entende, tudo fica mais fácil. Hoje eu já num consigo mais comer o que eu comia antes” (1)

“igual ela explicou (...) tudo vale na explicação que a gente recebe do outro né, então do jeito que ela fala pra mim eu sigo direitinho a risca né” (16)

3. O convívio familiar com a hipertensão arterial

A convivência das portadoras de HAS no núcleo familiar revela diferentes faces do papel da família no enfrentamento da doença. As falas informam sobre a dificuldade em alcançar o controle da PA devido à ansiedade, preocupações e problemas relacionados à família.

“É, problema de família também, faz a pressão subir. Problema, todo mundo tem né, todo mundo tem problemas em casa (...) aí faz a pressão subir porque a gente fica nervosa, a gente fica preocupada.” (3)

Estudo semelhante realizado com mulheres cadastradas em um programa de controle da HAS em Teresina-PI revela o conflito das portadoras de HAS na convivência com filhos e netos, no cuidado das pessoas da família e na sobrecarga de tarefas domésticas, que acarretam estresse psicoemocional e dificultam o controle da doença (Costa e Silva et al, 2008).

Em trabalho realizado por Peres et al (2003), que investigou as crenças e percepções de portadores de HAS sobre a doença encontrou-se que grande parte dos indivíduos pesquisados referiu os aspectos emocionais, principalmente relacionados a problemas em casa, como fatores que dificultavam o controle da PA.

Minayo (1988), em seu estudo sobre a concepção popular da etiologia das doenças, encontrou entre as causas referidas para as doenças na população estudada, o domínio psicosocial; relativo aos sentimentos e emoções prejudiciais à saúde, principalmente relacionados às inter-relações familiares, da vizinhança e do ambiente de trabalho.

De fato, cerca de 70% das mulheres do presente estudo relacionou o “nervosismo”, traduzido por sentimentos como ansiedade, raiva e tristeza; aos fatores de risco e de controle da HAS.

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial fazem referência ao estresse psicoemocional e seu efeito na reatividade vascular e elevação transitória da PA. A abordagem dos aspectos psicoemocionais é sugerida como medida adicional ao tratamento não medicamentoso, sendo útil na melhora da qualidade de vida, nível de estresse e na adesão ao tratamento, tanto pelo portador de HAS quanto pelos familiares (V DBHA, 2007).

Quanto ao apoio e colaboração dos familiares ao tratamento da HAA, foram revelados aspectos positivos e negativos em relação ao convívio familiar, principalmente em relação à alimentação.

Os aspetos negativos se relacionavam a não aceitação da família às mudanças alimentares, parte das medidas de controle da HAS, como a redução do consumo de sal e gordura. Os familiares reclamavam da comida ou até mesmo preparavam as refeições separadamente. Esse comportamento ficou mais evidente no grupo que participou apenas das oficinas de educação em saúde nas UAPS, quando comparado ao grupo que recebeu as orientações domiciliares.

Acredita-se que essa diferença tenha ocorrido porque no grupo das mulheres que receberam as orientações por meio de visitas domiciliares, ao contrário daquelas que só participaram das oficinas, o atendimento individualizado possibilitou a adequação das orientações às dificuldades de cada família, o que auxiliou na minimização dos conflitos gerados pelas mudanças dietéticas. Além disso, no grupo que recebeu as orientações por meio das visitas domiciliares, houve maior contato entre o profissional e os familiares da portadora de HAS, podendo estes esclarecer dúvidas e acompanharem o trabalho, o que pode ter aumentado seu comprometimento com as mudanças dietéticas e auxílio no tratamento da familiar acometida pela HAS.

“A minha filha fala que a minha comida é muito ruim, que a minha comida é muito sem gosto, que todo dia é a mesma coisa, que todo dia que ela chega é salada de repolho, salada de tomate, e que ela gosta mais de ir na casa dos outros.” (3)

“meus filhos (...) eles já faz assim, a comida da senhora é essa; nós vão fazer pra nós, e faz pra eles. Eles faz separado, eles vai comer o deles gostoso e aí eu sei que eu num posso (...)” (5)

Estudo realizado com 400 familiares de portadores de HAS inscritos em uma Liga de Hipertensão Arterial em Fortaleza – CE mostrou que o saber dos familiares, apesar de elementar, era fundamental para viabilizar o tratamento, ressaltando a importância de capacitar a família para investir na adesão do portador de HAS à terapêutica (Saraiva et al., 2007).

Os aspectos positivos da convivência familiar se relacionaram a aceitação da família às mudanças alimentares, e ainda ao apoio e ajuda dos familiares no tratamento.

“(...) lá em casa num tem esse negócio não, tudo que eu faço meu marido come, num reclama nem nada, ele gosta também” (9)

“Eu num faço separado não, e ele (marido) aceita do jeito que eu faço. E quando elas (filhas) pegam pra fazer também, elas fazem do mesmo jeito que eu faço.” (17)

No grupo que recebeu as orientações domiciliares, além da aceitação, foi demonstrada também a adesão voluntária as medidas dietéticas e a preocupação com a própria saúde, principalmente por parte dos filhos.

“eu tenho uma menininha, minha menina fica me controlando, fica olhando eu colocar minha comida no prato pra ver se eu coloquei certo (...) ela ta com 8 anos e ela fala: ‘num quero ser gorda não’” (11)

“inclusive até meu filho também, ele tem 16 anos, ele ta um pouco gordo, aí ele falou ‘ô mãe, eu vou acompanhar a senhora no regime’” (16)

O suporte familiar é especialmente importante na adesão do portador de HAS ao tratamento, uma vez que a HAS exige mudanças de estilo de vida que afetam também os outros elementos do núcleo familiar, sendo a participação da família altamente relevante na aquisição e manutenção de hábitos saudáveis (Araújo, Garcia, 2006); o que é evidenciado pela fala de uma das participantes:

“é uma das mudanças mais difíceis porque a alimentação acaba sendo uma coisa que envolve outras pessoas também da família, acho que por isso também.” (10)

Em relação ao convívio familiar, também se evidenciou a preocupação das mulheres com a saúde e a adoção de hábitos saudáveis pela família.

“se nós temos essa consciência, a gente como mãe, nós vamos ter que começar, mostrar pro filho da gente olha (...) a alimentação tem que ser assim, e educar mesmo, ser rígido, não adianta só falar.” (1)

“a gente tem que pensar muito, pensar muito na nossa família, e quando a gente vai fazer uma dieta tem que ter consciência também que a dieta não é só para mim, é algo para todos da nossa família.” (2)

No domicílio, a mulher exerce papel central no cuidado dos familiares em relação à higiene, alimentação, tratamento de enfermos e autocuidado (Dias et al., 2007); são por isso, protagonistas na manutenção e transformação dos hábitos alimentares das famílias.

Na temática das políticas públicas saudáveis, a mulher destaca-se como principal agente promotor da saúde em todo o mundo, ressaltando-se a conseqüente necessidade desse grupo em ter acesso à informação e redes de apoio (Brasil, 2002).

Assim, a proposta de trabalhar com mulheres portadoras de HAS em seu domicílio, apresentou-se como estratégica, uma vez que as mulheres exercem um papel central na alimentação da família ao mesmo tempo que são influenciadas diretamente pela relação que estabelecem com os outros integrantes do núcleo familiar no convívio com a doença, o que afeta suas atitudes frente ao tratamento, incluindo a alimentação.

Nesse contexto, a família é compreendida como importante rede de apoio que pode tanto facilitar quanto dificultar o seguimento do tratamento da HAS, sendo por isso alvo essencial das ações de educação em saúde, que não devem ser restritas apenas ao portador de HAS. Como foi o caso das orientações domiciliares, que demonstraram facilitar as mudanças no núcleo familiar, diminuir conflitos em relação à alimentação e contribuir para a adesão.

As representações sociais e as dimensões da adesão ao tratamento anti-hipertensivo

A adesão trata-se de um processo comportamental complexo, que ao contrário da opinião comum, de que os pacientes são os únicos responsáveis pelo seguimento do tratamento, é influenciado por diversas variáveis tais como o meio ambiente, os profissionais e os serviços de saúde (Gusmão, Mion, 2006). A OMS caracteriza a adesão como um processo multidimensional influenciado por cinco dimensões principais: fatores relacionados ao indivíduo (1), fatores relacionados às características da doença (2), fatores relacionados à terapia (3), fatores econômicos e sociais (4), sistemas de saúde e fatores relacionados ao relacionamento com os profissionais de saúde (5) (WHO, ISH, 2003).

Buscou-se, através das representações das mulheres deste estudo sobre a HAS, identificar fatores relacionados às diferentes dimensões da adesão, de forma a contribuir para compreensão das possíveis variáveis envolvidas no processo de tratamento da doença nesse grupo (Figura 1).

Quanto aos fatores relacionados ao indivíduo, as diferentes percepções das mulheres em relação à doença e o conhecimento sobre a HAS foram encontrados como possíveis

fatores interferentes na adesão. Destaca-se que um maior conhecimento sobre essa condição mostrou-se como fator preditor da adesão nesse grupo.

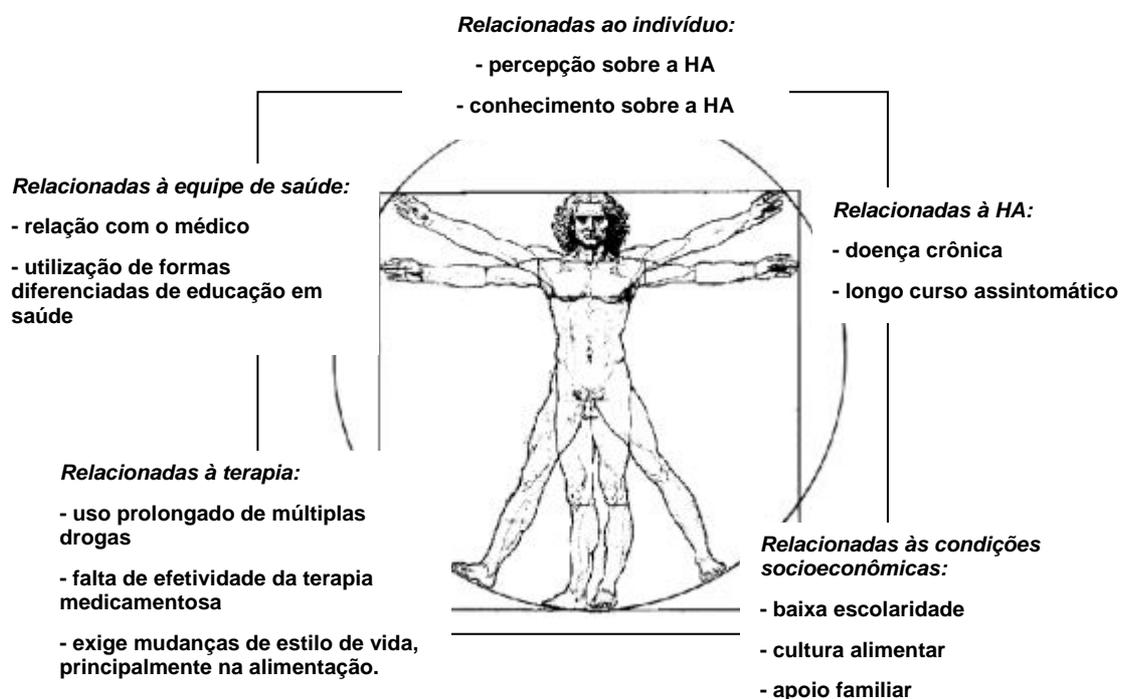


Figura 1. Dimensões da adesão de mulheres portadoras de hipertensão arterial sistêmica do município de Porto Firme, MG (2009).

Os fatores relacionados à terapia são fundamentais na compreensão do processo de adesão no caso da HAS. Quanto ao tratamento farmacológico, o grupo estudado apresentou dificuldades em relação ao uso prolongado de múltiplas drogas e a baixa efetividade do tratamento medicamentoso em alguns casos, acarretando trocas contínuas de medicamento. Da mesma forma, o tratamento não-farmacológico também se mostrou como um desafio, porque envolve mudanças de estilo de vida, relacionadas principalmente à alimentação, retratadas pelas participantes como a principal dificuldade encontrada no tratamento da HAS.

Em relação às características da doença, por se tratar de uma enfermidade crônica, com evolução clínica lenta, porém permanente e progressiva, a HAS gerou sentimentos de medo e preocupação que, no entanto, nem sempre se traduziram de forma imediata nas mudanças de estilo de vida, provavelmente devido ao longo curso assintomático da doença e à supervalorização da terapia medicamentosa como forma de tratamento.

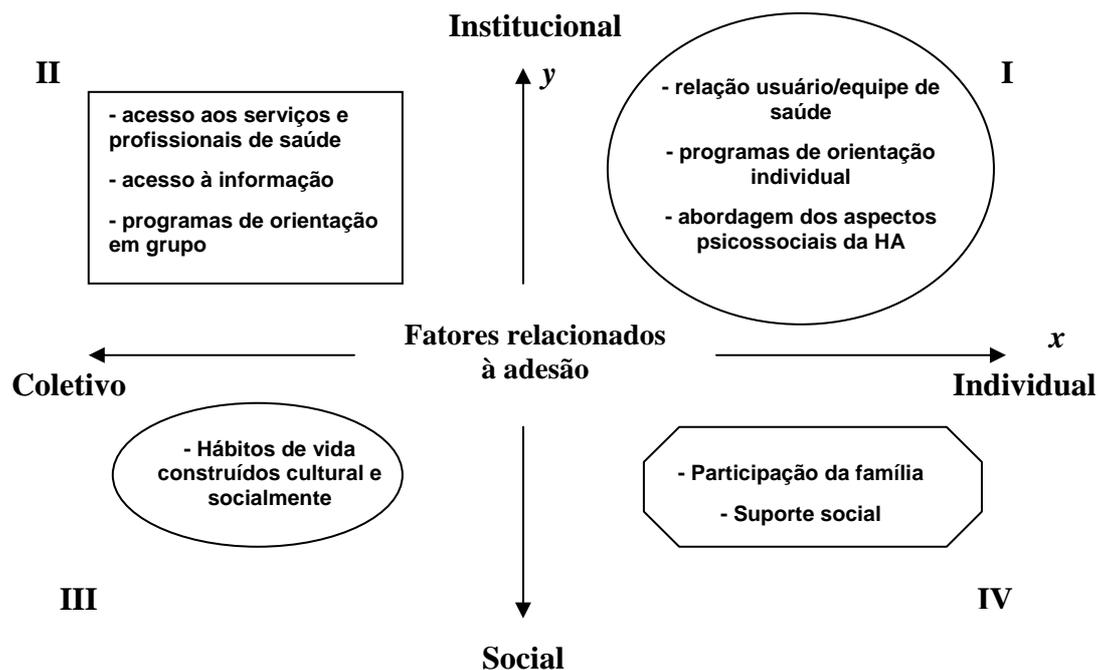
Os fatores econômicos não foram explorados de forma direta nessa investigação. No entanto, acredita-se que a baixa renda observada no grupo relacione-se também a baixa escolaridade que, associada ao baixo nível de conhecimento sobre a doença, pode constituir um fator limitante a adesão.

Quanto aos fatores sociais, a cultura alimentar da região pode afetar a adesão as mudanças dietéticas, pela associação da dieta a restrições da vida social, como a participação em festas e confraternizações que ofereçam alimentos não recomendados para os portadores de HAS. Além disso, o suporte social, representado principalmente pela família, mostrou-se como fator essencial na adesão das mulheres, sobretudo às mudanças dietéticas.

Por último, os fatores relacionados às equipes/sistemas de saúde foram evidenciados nas falas das participantes principalmente sobre a relação com o médico e em relação ao processo de educação em saúde. Sobre a relação médico/usuário, a hegemonia médica e o caráter normativo das consultas emergiram como fatores limitantes a adesão, sobretudo às medidas não farmacológicas. Por outro lado, a utilização de estratégias diferenciadas por uma equipe multidisciplinar, como as oficinas de educação em saúde e as orientações domiciliares, foi apontada como favorável à adesão.

Espaços de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Dimensionar os fatores identificados referentes à adesão, desde o âmbito coletivo ao individual, relacionando esses aspectos aos espaços institucional e social, conforme as representações e atitudes das mulheres frente à doença; e as observações *in loco* dos pesquisadores, também foi objeto deste estudo (Figura 2).



Adaptado e modificado de Dias et al. 2007

Figura 2. Subespaços construídos a partir das representações sociais de portadoras de HAS sobre a doença e fatores relacionados à adesão ao tratamento, município de Porto Firme, MG (2009).

No eixo y , a parte superior demonstra o espaço institucional, representado principalmente pelos serviços de saúde. A parte inferior representa o espaço social. No eixo x , apresenta-se a percepção das mulheres sobre os fatores relacionados à adesão ao tratamento no âmbito coletivo e individual dimensionados nos quadrantes da figura, dentro dos espaços institucional e social.

No quadrante I, encontram-se as representações que relacionam a adesão à relação direta das mulheres com o serviço/equipe de saúde. A relação entre usuário e equipe de saúde é sabidamente um fator determinante na adesão do indivíduo portador de HAS ao tratamento (Araújo, Garcia, 2006). Nesse sentido, considerando a importância demonstrada pelas mulheres deste estudo aos aspectos psicossociais no controle da doença, pode-se inferir que a construção de parcerias entre profissional e paciente e o fornecimento de suporte emocional propicia melhores resultados quando comparado a condutas simplesmente normativas (WHO, ISH, 2003). Também, as dificuldades relacionadas à terapia medicamentosa e não medicamentosa, parecem ser mais bem superadas considerando as dificuldades e preferências

individuais e familiares, sendo que programas de orientação individual e familiar, como as orientações domiciliares realizadas com as mulheres deste estudo, apontaram para melhor adesão ao tratamento.

No quadrante II, é apresentada a relação entre a instituição e o coletivo como fatores interferentes na adesão. O acesso aos serviços e profissionais de saúde apresenta extrema importância, uma vez que todas as mulheres estudadas eram cadastradas ao serviço e por isso tinham acesso a consultas médicas, de enfermagem e a medicamentos gratuitamente; sendo que 82% das mulheres afirmaram freqüentar os médicos da UAPS. No entanto, constatou-se por meio do relato das mulheres a dificuldade na marcação de consultas, uma vez que as consultas eram pré-agendadas por meio da distribuição de senhas, o que gerava filas e desestimulava consultas mais freqüentes. Esse fato pode explicar parcialmente a alta freqüência (cerca de 60%) de mulheres que se consultavam esporadicamente, somente quando se sentiam mal.

O acesso à informação foi revelado pelas participantes do estudo como importante fator preditor de adesão, sendo os programas de orientação em grupo uma estratégia efetiva para aumentar o conhecimento das portadoras de HAS sobre a doença e o tratamento. As reuniões mensais que ocorriam na UAPS para os portadores de HAS foram apontadas como forma importante de conscientização, sobretudo em relação ao uso da medicação anti-hipertensiva. No entanto, estratégias mais específicas, com conteúdos definidos e metodologias diversificadas (construções coletivas vivenciadas pelo usuário, cartazes, vídeos, demonstrações práticas), como as oficinas de educação em saúde, pareceram mais efetivas na consolidação do conhecimento pelas mulheres do estudo.

No quadrante III encontram-se as representações das mulheres sobre os fatores intervenientes na adesão no espaço social, pensando nas relações com a coletividade. Foi possível observar e mensurar durante o estudo de intervenção nutricional em Porto Firme o alto consumo de sal, açúcar e gordura, fato observado também em outros municípios da região (Batista et al, 2006; Cotta et al, 2009). Esse hábito construído social e culturalmente, interfere na adesão tanto em relação à dificuldade em mudar hábitos construídos ao longo da vida, quanto em relação às restrições à vida social.

Ainda no espaço social, no quadrante IV tem-se a representação das mulheres sobre os fatores sociais ligados à adesão em um contexto mais específico, representado pela família, amigos e colegas. O suporte familiar aparece como importante fator interveniente na adesão das participantes do estudo. Além disso, pôde-se observar durante o estudo a interação entre as participantes, que se ajudavam, trocavam experiências e discutiam sobre sua adaptação as

mudanças dietéticas. O suporte social construído pelas relações próximas às mulheres pareceu favorecer além da adoção das mudanças, sua manutenção em longo prazo.

Considerações Finais

As representações sociais das mulheres portadoras de HAS, neste estudo, evidenciaram sentimentos e posicionamentos distintos em relação à doença, sua convivência e as relações estabelecidas entre a doença e seu meio social; fatores que afetam a adesão ao tratamento.

Os sentimentos de ansiedade, medo e revolta relacionados ao diagnóstico e as dificuldades referentes ao tratamento relacionaram-se a diferentes dimensões e espaços da vida dessas mulheres; sendo que um adequado acesso à informação associado ao suporte social pareceu ser um fator favorável à adesão ao tratamento.

Evidencia-se que as práticas educativas além de fornecerem informações necessárias à terapia anti-hipertensiva, devem estimular a autopercepção da doença e corresponsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, estimulando assim a autonomia. Nesse sentido, pode-se inferir que as oficinas educativas em grupo e as orientações domiciliares mostraram-se importantes estratégias de educação em saúde, efetivas para aumentar adesão às orientações dietéticas voltadas às portadoras de HA.

Agregar os familiares as atividades de educação em saúde também se mostrou importante para facilitar as mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e aumentar a adesão do portador de HA ao tratamento.

O conhecimento das representações sociais do portador de HA permitiu considerar suas próprias necessidades em relação ao tratamento e não apenas as indicações dos profissionais.

Destarte, destaca-se a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com essa complexa demanda que envolve o portador de HA e seu tratamento, espaço este que deve ser melhor explorado no âmbito da APS.

Referências Bibliográficas

Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2006; 10(19):131-47.

Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm* 2006; 8(2): 259-72.

Aubert L, Bovet P, Gervasovi JP, Rwebogora A, Waeber B, Paccaud F. Knowledge, Attitudes, and Practices on Hypertension in a Country in Epidemiological Transition. *Hypertension* 1998, 31:1136-45.

Barbosa MRJ. Vivenciando a hipertensão arterial: construção de significados e suas implicações para a vida cotidiana. *Rev Bras Enferm* 2000; S3(4):574-83.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.

Batista MCR, Priore SE, Rosado LEFPL, Tinôco ALA, Franceschini SCC. Avaliação dietética dos pacientes detectados com hiperglicemia na "Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes" no município de Viçosa, MG. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2006; 50(6):1041-49.

Brasil. Ministério da Saúde. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: MS; 2006. (MS. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. (MS. Textos Básicos em Saúde).

Camargo Junior KR. As Armadilhas da Concepção Positiva de Saúde. *Physis* 2007; 17(1):63-76.

Carvalho F, Telarolli Junior R, Machado JCS. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública* 1998, 14(3): 617-21.

Castro VD, Car MR. O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev Esc Enf USP* 2000; 34(2):145-53.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União; 1996. p. 21082-5.

Costa e Silva MEDC, Barbosa LDCS, Oliveira ADS, Gouveia MTO, Nunes BMVT, Alves ELM. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial. Rev Bras Enferm 2008; 61(4): 500-7.

Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MSLM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm 2009; 62(1):113-18.

Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro F, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. Ciênc Saúde Coletiva 2009, 14(4):1251-60.

Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. Physis 2008; 18(4):745-66.

Dias G, Franceschini SCC, Reis JR, Reis RS, Batista RS, Cotta RMM. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. Hist Cienc Saude-Manguinhos 2007; 14(3):.779-800.

Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Análise das evidências. Rev Bras Hipertens. 2004; 7(3):90-93.

Gusmão JL, Mion JR. Adesão ao tratamento: conceitos. Rev Bras Hipertens 2006; 13(1):23-5.

Instituto Brasileiro de Geografia [homepage na internet]. Cidades. Minas Gerais. Porto Firme. [acessado em 2009 ago 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Kearney PM. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365:217-23.

Marques ES, Cotta RMM, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. Rev Bras Enferm 2009; 62(4):562-69.

Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cad Saúde Publica 1988, 4:363-81.

Mori ME, Coelho VLD. A vida ouvida: a escuta psicológica e a saúde da mulher de meia idade. *Est Pesq Psic* 2003; 3(2): 1-12.

Moscovici S. representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.

Organização Mundial da Saúde. Adherence to long term to long therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003.

Peres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):635-42.

Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2009 [acesso 2009 nov 20] [cerca de 15 p]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4478

Rodrigues JT. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicol Estud* 2003; 8(1):13-22.

Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landin FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(2):263-70.

Sousa MRMGC. Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. Braga; 2003. Mestrado [Dissertação em Educação para a Saúde]. Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Souza RC, Pomatti DM. Repercussão das atividades educativas no dia-a-dia dos hipertensos participantes de um grupo. *Boletim da Saúde Porto Alegre* 2003; 17(2):147-58.

Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(2):233-238.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(3):24-79.

World Health Organization; International Society of Hypertension Writing Group. 2003
World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement
on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21:1983-92.

ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

ARTIGO ORIGINAL – ARTIGO 5

Estratégias de educação em nutrição e saúde: resignificando a problemática da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica

Resumo

No Brasil, historicamente, observa-se a distância entre o discurso médico tradicional e as práticas de saúde populares. Este estudo, de abordagem quanti-qualitativa, objetivou analisar a importância, efetividade e limitações de estratégias de educação em saúde participativas sobre a adesão ao tratamento da hipertensão arterial (HA). Fizeram parte do estudo, 27 mulheres com HA, com idade entre 45 a 60 anos e cadastradas no Programa de Saúde da Família (PSF) de Porto Firme - MG. Os dados foram obtidos por grupos focais e entrevistas individuais; e examinados por análise de conteúdo e estatística descritiva. Por meio das análises emergiram os atrativos semânticos que retratavam a repercussão das atividades educativas no cotidiano das mulheres com HA e contribuíram para reflexões na construção de um modelo de adesão para esse grupo.

Palavras-chave: Hipertensão, Educação em Saúde, Saúde da Família

Introdução

No Brasil, desde o período imperial, havia uma distância entre o discurso médico tradicional e as práticas de saúde populares. No decorrer da história, desde a época do sanitarismo campanhista, a educação de saúde configurou-se como instrumento normatizador e dirigido aos interesses de classes dominantes. A ideologia das escolas médicas que surgiram entre os anos 60 e 80 firmaram o modelo médico-hospitalocêntrico de saúde (Mano, 2004) que ainda nos dias atuais norteia os conceitos e práticas de saúde dos profissionais da área (Cotta et al., 2007).

Assim, na década de 90, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), coloca-se em pauta a necessidade de novas reflexões sobre as ações em saúde, destacando-se a troca de saberes e a escuta ativa como parte das novas estratégias de compreensão e tratamento de indivíduos e famílias (Mano, 2004). Desde esta perspectiva, discutir a problemática da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) surge como um grande desafio ao rompimento da prática sanitária hegemônica.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela constitui um fator de risco independente para doenças cardiovasculares (DCV) e renais, sendo que os níveis aumentados de pressão arterial (PA) representam maior risco de doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica (Brasil, 2006).

Apesar do risco que a HAS representa, a adesão a terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e uma baixa proporção de portadores de HAS tem a sua pressão arterial controlada de forma efetiva. Estima-se que entre os pacientes que estão em tratamento, de 75% a 92% não conseguem manter seus níveis pressóricos controlados (Fuchs, Castro, Fuchs, 2004).

A adesão às terapêuticas tem sido discutida como um processo multifatorial, que envolve fatores terapêuticos e educacionais. Sob o ponto de vista do indivíduo, a adesão relaciona-se ao reconhecimento e aceitação de sua condição de saúde, a uma adaptação ativa a essa condição, a identificação de fatores de risco, e na seleção do estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do auto-cuidado e de hábitos e atitudes saudáveis (Silveira, Ribeiro, 2004; Reneirs et al., 2008).

Por outro lado, sob o enfoque da coresponsabilidade dos profissionais e serviços de saúde, o abandono do projeto terapêutico tem sido relacionada à modalidade de tratamento empregado e ao modo como a equipe se organiza para desenvolver o trabalho no cotidiano do serviço. A falta de informação associada à ausência da participação do indivíduo e de sua rede na seleção terapêutica e as representações negativas relacionadas à doença e a terapêutica são fatores que dificultam a adesão (Silveira, Ribeiro, 2004; Sá et al., 2007; Reneirs et al., 2008).

Destarte, para o indivíduo com HAS a adesão ao tratamento se apresenta como um importante problema de saúde pública, que deve fazer parte tanto da agenda dos formuladores de políticas públicas de saúde nos três níveis de governo, como também da rotina dos profissionais das Unidades de Atenção Primárias de Saúde (UAPS) (Brasil, 2002). Para tal, torna-se imprescindível a implementação de estratégias e atividades que incorporem aspectos terapêuticos e educacionais, e que incluam transformações no estilo de vida, com a utilização de recursos tecnológicos e humanos inovadores.

Nesta perspectiva, as equipes de saúde das UAPS precisam buscar em parceria com a população, ações que visem romper com o modelo de atenção e educação hegemônico investindo em um modelo ‘dialógico’, capaz de reconhecer o usuário como sujeito crítico e apto a promover ações eficazes no enfrentamento de seus problemas de saúde (Alves, 2005; Cotta et al., 2006; Cotta, et al., 2008; Costa et al., 2009).

A Declaração de Santa Fé de Bogotá (apud Brasil, 2002, p.45) ressalta que a promoção da saúde deve incorporar a “*participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde*”.

Promover a saúde, portanto implica em assegurar a igualdade de oportunidades e propiciar os meios para que indivíduos e comunidades possam conhecer e controlar os fatores de risco à saúde e seus determinantes. Entre as principais ações para promoção da saúde destacam-se os ambientes favoráveis às escolhas mais saudáveis, o desenvolvimento de habilidades para atitudes e hábitos saudáveis, e o acesso à informação e a educação em saúde (Ribeiro, Cotta, Ribeiro, 2009).

Além disto, a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), ao incorporar a Política Nacional de Humanização (PNH) em suas práticas, quer seja pela construção do vínculo entre profissionais e usuários, pela democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença-adoecimento, ou pelo desenvolvimento da cidadania e estímulo à organização comunitária (Brasil, 1997; Costa et al., 2009); remete ao

modelo de educação em saúde, como mais coerente aos seus pressupostos, baseados no respeito e na autonomia dos sujeitos e capaz de superar as práticas hegemônicas tradicionais (Cotta et al., 2007; Costa et al., 2009; Cotta, et al., 2009).

Neste contexto, as metas da educação em saúde ao indivíduo portador de HAS incluem a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu auto-cuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adocimento, a facilitação do desenvolvimento e adoção de estratégias para seu empoderamento e libertação (Vasconcelos, 2004; Cotta et al., 2008; Cotta et al., 2009; Costa et al., 2009).

Assim, a alimentação e nutrição ocupam lugar de destaque na mudança de estilo e hábitos de vida dos indivíduos com HAS, rumo às estratégias mais saudáveis de viver, cuidar e ser. As atividades e ações em educação nutricional devem auxiliar esses indivíduos em direção a superação de mitos, crenças, e no desenvolvimento de valores, percepções e atitudes ativas à saúde, como por exemplo, no preparo da dieta e na forma de conviver com a rotina de alimentação. A participação da família nas necessárias mudanças da rotina diária do núcleo familiar tem papel de fundamental importância (Araújo, Garcia, 2006; Cotta et al., 2006; Cotta et al., 2008).

Com base no exposto, o objetivo desse estudo foi analisar a importância, efetividade e limitações de estratégias de educação em saúde, relacionadas a orientações dietéticas, no enfrentamento da problemática da adesão ao tratamento da HAS, no contexto do PSF.

Método

Descrição espaço-temporal e sujeitos estudados

O estudo foi realizado na UAPS da área urbana de Porto Firme, município da Zona da Mata mineira, período de abril a agosto de 2009.

Fizeram parte do estudo, 27 mulheres, com idade entre 45 a 60 anos, diagnosticadas com HAS e cadastradas na UAPS urbana de Porto Firme.

A escolha de se trabalhar com as mulheres se deveu ao fato de serem estas, na maioria das vezes, as responsáveis pelo preparo dos alimentos de toda a família, o que vai ao encontro das recomendações da Declaração de Adelaide apud Brasil (2002, p.37): “*todas as mulheres (...) têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural*”.

Destaca-se também o relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (1998), ao afirmar e reconhecer o papel estratégico das mulheres na melhoria geral da saúde e nutrição das populações.

Atividades Educativas em Saúde e Nutrição

Foram realizadas cinco oficinas de educação em saúde simultaneamente às reuniões mensais que já ocorriam na UAPS para o grupo de portadores de HAS e diabetes *mellitus* (DM) conforme o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e a Diabetes *mellitus* (PRAHADM), com o propósito de vincular as pessoas com esses agravos às unidades de saúde, na atenção primária à saúde (Brasil, 2001).

Dentre os participantes desses grupos educativos, selecionou-se a amostra do estudo, composta por mulheres portadoras de HAS. Os critérios de inclusão foram: mulheres de idade entre 45 e 60 anos que tiverem níveis tensionais $\geq 140/90$ mm Hg e/ou estavam em uso de medicação anti-hipertensiva; sem acompanhamento nutricional e que tivessem disponibilidade de participar das atividades em grupo.

Foram adotados como critérios de exclusão: mulheres com condições clínicas graves, com necessidade de atendimento especializado, doença renal crônica, hipertensas grávidas, e ainda mulheres com história de alcoolismo ou uso abusivo de drogas.

As mulheres selecionadas foram subdivididas por sorteio em dois grupos que participaram de diferentes estratégias de educação em saúde e nutrição, realizadas no período do estudo. No primeiro grupo realizou-se mensalmente oficinas de educação em saúde com o objetivo de discutir e orientar sobre o tratamento dietético da HAS. O segundo grupo, foi constituído pelas mulheres que, além da participação nessas oficinas educativas, receberam orientação individualizada e familiar, por meio de visitas domiciliares periódicas. As visitas domiciliares foram realizadas em dias previamente agendados, de acordo com a disponibilidade das participantes, com intervalos de 15 a 30 dias, perfazendo o total de cinco visitas, concomitantemente às oficinas de educação em saúde.

O conteúdo das oficinas e orientações domiciliares estão descritos no quadro 1.

Quadro 1. Conteúdo das oficinas de educação em saúde e visitas domiciliares realizadas com mulheres portadoras de HAS do município de Porto Firme – MG (2009).

<p>Oficina 1 - Hipertensão Arterial: Vídeo Ministério da Saúde: Hipertensão Arterial. 15'. Palestra: 30'. conceito, fatores de risco e medidas dietéticas do tratamento.</p>	<p>Visita 1 - identificar possíveis exageros no uso de óleo, sal e açúcar e auxiliar na mudança de hábitos relacionados ao uso destes gêneros</p>
<p>Oficina 2 – Consumo de gordura/óleo, açúcar e sal de adição: recomendação e perigos do consumo excessivo. Palestra: 30'. Dinâmica: demonstração prática de uso correto de óleo, açúcar e sal.</p>	<p>Visita 2 - identificar os principais gêneros alimentícios adquiridos no domicílio e realizar as orientações necessárias para melhora dos hábitos alimentares, de acordo com a dieta habitual da família.</p>
<p>Oficina 3 – Consumo de frutas, verduras e legumes (FV&L): importância e recomendações. Palestra: 30'. Dinâmica: demonstração prática – porção diária recomendada de FV&L. 15'.</p>	<p>Visitas 3 e 4 - reforçar as orientações dadas nas visitas anteriores, esclarecer as dúvidas e realizar os ajustes necessários de acordo com as necessidades específicas de cada família.</p>
<p>Oficina 4 – Pirâmide Alimentar Brasileira - conceitos fundamentais: proporcionalidade, moderação e variedade Palestra: 30'. Dinâmica: reconhecendo os grupos alimentares. 15'.</p>	
<p>Oficina 5 – Atividade física: benefícios e importância para redução/manutenção do peso. Palestra: 40'</p>	<p>Visita 5 – discussão e reflexão sobre as principais mudanças ocorridas na alimentação da participante e também na da família; reforçando as conquistas alcançadas e estabelecendo as metas a serem superadas.</p>

As oficinas foram realizadas através de palestras dialogadas e dinâmicas envolvendo demonstrações práticas sobre o preparo e valor nutricional de alimentos e utilizando material didático como cartazes, vídeos, álbuns seriados e figuras. Buscava-se prioritariamente estabelecer uma comunicação interativa e dialógica com e entre os participantes, sempre estimulando a participação ativa das usuárias do PSF.

As visitas domiciliares seguiam um programa sistemático de orientação nutricional, flexível às necessidades de cada família, e buscavam agregar os membros do núcleo familiar. Também contavam com uso de material didático de apoio como listas de alimentos, cartazes, álbuns seriados e folhetos explicativos.

Ainda, como estratégia auxiliar na redução do consumo de sal de cozinha foram distribuído temperos compostos por ervas e condimentos naturais desenvolvidos em parceria

com o laboratório de dietética do Departamento de Nutrição e Saúde (DNS) da Universidade Federal de Viçosa (UFV), para este fim específico. As participantes foram orientadas, por meio de demonstrações práticas, quanto à forma adequada do uso dos temperos em diferentes preparações; e posteriormente a pesquisadora ensinou como preparar este condimento em seus próprios domicílios.

Coleta e análise dos dados

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem quali-quantitativa, conhecida como Triangulação de Métodos, dinâmica de investigação que integra a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vistas, assim como o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados (Minayo, 2005), permitindo uma abordagem complementar e dialética através do diálogo entre questões objetivas e subjetivas (Minayo, 2007; Souza et al., 2005).

Dados sobre perfil sociodemográfico e sobre modificação nos hábitos alimentares foram coletados por meio de entrevistas individuais e analisados através de estatística descritiva.

Os dados qualitativos foram obtidos através de entrevistas individuais e de dois grupos focais, realizados nos meses de setembro e outubro de 2009, após as orientações nutricionais realizadas nas oficinas e visitas domiciliares.

Para registro fidedigno das informações das entrevistas e dos grupos focais, após livre consentimento dos participantes, os relatos foram gravados em áudio e transcritos, além de terem sido feitas anotações pertinentes em diário de campo para melhor compreensão da dinâmica do grupo. Com o intuito de preservar a identidade os entrevistados receberam um número e suas falas foram caracterizadas pelo respectivo número ao final do depoimento.

O *corpus* de análise dos dados qualitativos foi examinado por meio da análise de conteúdo que compreendeu as seguintes etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Minayo, 2007; Bardin, 2004).

As entrevistas individuais foram realizadas no domicílio das participantes e os grupos focais na UAPS. Foram realizados dois grupos focais, um para cada grupo de intervenção.

Aspectos éticos

Os sujeitos participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo e, concordando em participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos que nortearam esta pesquisa estão contemplados a Resolução 196/96 que regulamenta sobre pesquisas envolvendo seres humanos. O trabalho foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV), protocolo nº 030/2009, em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Perfil socioeconômico das usuárias

As participantes da pesquisa encontravam-se na faixa etária entre 45 e 60 anos, sendo a média de idade do grupo de 53 anos. A maioria (85%) possuía o ensino fundamental incompleto. Quanto ao estado civil, 96% eram casadas ou possuíam relacionamento estável e 4% eram divorciadas. Apenas 11% possuíam trabalho formal com vínculo empregatício, enquanto 43% eram “do lar”, 21% aposentadas ou pensionistas e 35% tinham trabalho informal ou eram trabalhadoras rurais sem vínculo empregatício. A renda familiar de cerca de 80% das mulheres se concentrava entre 1 e 3 salários mínimos, sendo que 53% delas contribuía com a renda.

Repercussão das atividades educativas no cotidiano das mulheres com hipertensão arterial

A análise do material obtido a partir das entrevistas e dos grupos focais resultou em um grande volume de informações que após sucessivas leituras e categorizações, foram organizadas em torno de três grandes temas, a partir dos quais procurou-se apreender o objeto de trabalho:

1. ‘A percepção das usuárias sobre as atividades educativas: do individual ao coletivo – a formação do vínculo’.

Nessa categoria tratou-se da percepção das participantes sobre as atividades no âmbito pessoal e comunitário.

2. ‘O trabalho interdisciplinar no PSF e o papel do nutricionista na formulação de políticas de alimentação e nutrição’.

Aqui foi analisada a percepção das mulheres sobre a ação do nutricionista nas atividades de educação em saúde.

3. ‘As mudanças nos hábitos alimentares: da (des)informação à conscientização – abrindo as portas à adesão’.

Aqui foram analisados os aspectos que envolviam desde a efetividade das orientações até as dificuldades encontradas na realização das mudanças.

1. A percepção das usuárias sobre as atividades educativas: do individual ao coletivo – a formação do vínculo

O processo ensino-aprendizagem, como ação que gera “empoderamento” é um aspecto marcante na fala das participantes. As mulheres salientaram a importância das estratégias de educação em saúde no aumento da percepção de si mesmas, na conscientização e controle do próprio corpo e na apreensão das questões relativas ao cuidado dietético na HAS (Cotta et al., 2008).

“Eu não tinha muita consciência né, do efeito dos alimentos no organismo. A partir do momento que você (a pesquisadora) fez as palestras e as visitas, eu aprendi muito” (1)

“Aí eu tive conhecimento, aprendi (...) ensinou nós a dominar o nosso estomago né, que antes era exagerado, comia e queria comer mais. Aí nela ensinar (a pesquisadora) a gente, ela nos ensinou a dominar” (3)

Nas atividades educativas realizadas ficou evidenciado que as mulheres foram transformando-se em reais sujeitos da construção e reconstrução do “saber”, apreendido em sua “razão de ser” e como um processo libertador. O acesso as informações pôde emancipá-las de uma postura passiva e de dependência, favorecendo a autonomia e capacitando-as a vislumbrar novas atitudes, facilitadoras de mudanças nos hábitos alimentares. Capacitar a comunidade e indivíduos a adquirir maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação em saúde, possibilitado pelo acesso à informação, gera uma maior participação nos procedimentos de tomada de decisão relacionados ao processo saúde-doença-adoecimento (Alves, 2005; Cotta et al., 2006; Cotta et al., 2008; Costa et al., 2009).

“Antes a gente num mudava porque num tinha ninguém pra conversar com a gente, falar pra gente o que era bom (...) então a gente não sabia de nada, é a mesma coisa que você ser um ignorante, ser cego, andar cego no escuro. E no explicar a gente passa a saber de tudo.” (4)

“Porque antes eu num tinha conhecimento do que podia me fazer mal né, portanto eu sou uma pessoa que toda vida (...) eu quis perder peso, só que não conseguia” (2)

Nesse sentido, a noção de prevenção relatada pelas mulheres participantes das intervenções educativas, foi associada não apenas aos fatores de risco, mas principalmente a melhores condições de vida e saúde. As falas apontam também para uma percepção positiva do processo de aprendizado participativo das mulheres, destacando-se a importância do conhecimento e da capacidade de manutenção da própria saúde e do cuidado com a saúde dos familiares (Unesco, 1998).

“A palestra, ajudou a gente ensinando sobre os alimentos que são prejudiciais pra saúde, então se eu quero ter uma saúde, se eu quero perder peso, se eu quero controlar a pressão, então de qualquer maneira eu tenho que contribuir né” (7)

“eu me senti muito bem; gosto de fazer entendeu? Tirou muitas dúvidas minhas, que às vezes até pra minha família, o pessoal pergunta pra mim a forma como tem que comer” (8)

“a palestra facilitou muito, deu muita força. Ah, porque você mostrava os cartaz tudo com as coisa, e um dia nós fizemos até comida lá, e até mediu as coisa lembra?” (10)

É esta a proposta de promoção da saúde da OMS (1986), definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, de forma a criar condições de desenvolvimento gradativo das possibilidades de controle, pelos sujeitos, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência – empoderando e libertando pessoas e populações (Sen, 2001; Cotta et al., 2006; Cotta et al., 2008).

É sob a diretriz da promoção da saúde que a reorganização da atenção sanitária, idealizada pelo PSF, reconhece a necessidade de reorientação das práticas de saúde (Toledo, Rodrigues, Chiesa, 2007). Segundo Alves (2005), nessa nova perspectiva do modelo de atenção à saúde, emerge a necessidade das práticas educativas possuírem caráter dialógico e emancipatório, visando o desenvolvimento da autonomia e responsabilização dos sujeitos com sua própria saúde.

Nesse contexto, a utilização de técnicas de trabalho em grupo e a realização de oficinas interativas, mostraram-se fundamentais para a compreensão das participantes desse estudo, sobre os temas abordados, salientando-se a importância de se levar em conta nas dinâmicas a linguagem utilizada, a dimensão social – maneiras pela quais normas, costumes e

processos sociais que afetam a saúde são entendidos pelas pessoas – reconstruindo as atividades realizadas ao contexto social e cultural das mulheres participantes do estudo.

Os depoimentos das mulheres, aqui retratados, refletem o importante papel da educação em saúde, não somente na mudança de comportamentos individuais, mas também na formação da consciência sanitária (Cotta et al., 2006). Belinguer (1978) salienta o papel imprescindível das estratégias de educação sanitárias desenvolvidas pelas equipes de saúde na tomada de consciência de que, a saúde é além de um direito da pessoa, um interesse da comunidade.

Em relação às mulheres que participaram das atividades coletivas, e também receberam as visitas domiciliares, essas relataram que:

“Em casa é melhor explicado ainda. Em grupo (...) mostra lá pra gente slide, cartaz ou oral (...) a pessoa num guarda tudo aquilo ali (...) a prática junto com a gente, individual ali em casa, é muito melhor” (1)

“quando vão a nossa casa a gente fica contente, e também a gente conversa. Quando a gente conversa, aprende melhor as coisas né.” (3)

De fato, as mulheres que receberam a visita domiciliar atribuíram maior importância à atenção individualizada no domicílio. Apesar de reconhecerem o valor das atividades em grupo, as participantes destacaram as vantagens das visitas e orientações no próprio lar, em detrimento das limitações inerentes às atividades em grupos maiores.

Acredita-se que isso tenha ocorrido, porque no grupo que, recebeu as visitas domiciliares a orientação individualizada no *locus* onde as pessoas vivem e preparam suas refeições – o lar - permitiu direcionar o processo de ensino-aprendizagem de acordo com as dificuldades específicas de cada participante e grupo familiar. Entrar no lar destas mulheres propiciou o estreitamento do laço e o fortalecimento do vínculo na relação entre o pesquisador e os sujeitos participantes deste estudo e sua rede social. Na problemática da adesão as terapêuticas o vínculo constitui um princípio importante no cuidado, pois estabelece uma relação de confiança, diálogo e respeito, facilitando a co-responsabilização e satisfação do sujeito assistido e de sua rede social (Silveira, Ribeiro, 2004; Sá et al., 2007; Teixeira, 2007).

As orientações feitas no domicílio, também permitiram o envolvimento dos familiares e a observação da rotina de preparo dos alimentos e compra de gêneros alimentícios,

garantindo um atendimento mais holístico, considerando peculiaridades da realidade individual e familiar das participantes.

“Em casa é melhor porque a gente podia mostrar né, algum alimento que a gente tinha, qual era melhor, qual num era, qual que deveria usar” (12)

“As vezes que ele [marido] ficou né, pra ele foi até bom porque ele tirou algumas dúvidas, perguntou algumas coisas, contou pra você algumas coisas que eu fazia” (8)

A visita domiciliar, portanto, além de instrumentalizar o profissional na inserção e conhecimento da realidade das mulheres e familiares, possibilitou um estreitamento das relações de interação, como o vínculo e o acolhimento, em consonância com a PNH. Neste sentido, Teixeira (2005, p.105) ressalta que a disposição para o acolhimento dialogado propicia:

O reconhecimento do outro como legítimo outro; o reconhecimento de cada um como insuficiente; o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Resumindo, todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a parte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as emergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades.

Assim, tem-se que, a maneira dialógica como a informação é apresentada na educação em saúde é fundamental para intensificar a participação dos cidadãos na definição de prioridades na comunidade, além de estimular a reflexão coletiva sobre as condições de vida e saúde e sobre como os determinantes sociais da saúde (DSS) afetam a qualidade de vida (Campos, 2003; Cotta et al., 2008, Gomes et al., 2009).

No presente estudo, a alimentação e nutrição, importantes DSS, abordados nas oficinas de educação em saúde e nas visitas domiciliares, podem ser identificados nos relatos das participantes enquanto capacidades e conhecimentos adquiridos, levando ao empoderamento manifestado na disposição de manutenção da própria saúde e do cuidado com a saúde dos familiares (Brasil, 2002; Gomes et al., 2009).

Diante da realidade encontrada no universo do estudo, tem-se que as diferentes percepções das mulheres sobre as atividades educativas compõem um espaço que relaciona a educação em saúde à promoção da saúde, que vai desde a perspectiva individual à coletiva passando pelo vínculo profissional/usuário (figura 1).

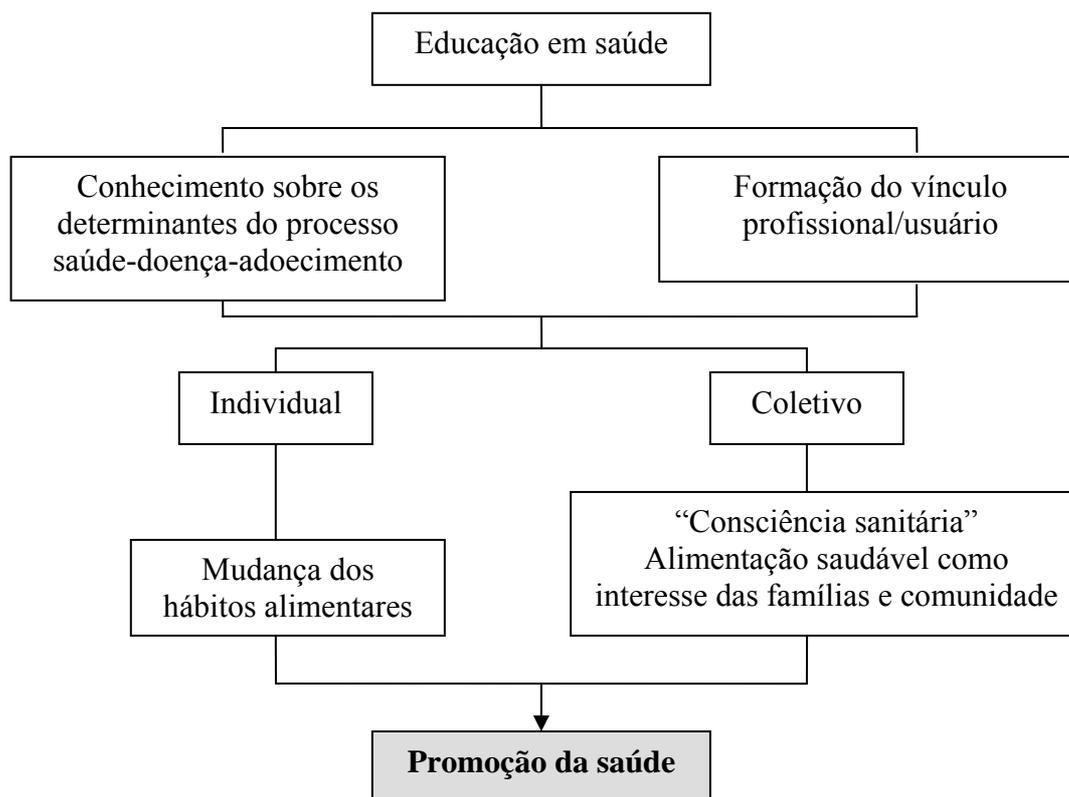


Figura 1. Relações construídas entre educação em saúde e promoção da saúde a partir da percepção de mulheres portadoras de HAS sobre as atividades educativas. Porto Firme, MG (2009).

De fato, a educação em saúde configura umas das estratégias prioritárias da promoção da saúde definidas na Carta de Ottawa, principal marco de referência da promoção à saúde em todo o mundo. A disseminação da informação e a educação em saúde são fundamentais para a tomada de decisão e por isso, componentes importantes da promoção da saúde, por estarem ligadas ao princípio de empoderamento e libertação de pessoas, famílias e coletividades (OMS, 1986; Brasil, 2002; Cotta et al., 2008).

2. O trabalho interdisciplinar no PSF e o papel do nutricionista na implementação de políticas de alimentação e nutrição

A percepção positiva das participantes sobre as visitas e orientações realizadas no *locus* domiciliar reforça a importância da atuação em caráter interdisciplinar no PSF, na atenção orientada para o território-processo, local onde as pessoas vivem e realmente as coisas acontecem (Gomes et al., 2009; Azeredo et al., 2007). Na problemática de adesão, destacam-se como elementos dificultadores, a falta de comunicação entre profissionais de

saúde, a inabilidade destes em modificar esquemas de tratamento em conjunto com demais profissionais e a avaliação insuficiente do profissional da situação de saúde dos usuários do serviço (Reneirs et al., 2008).

Nesta perspectiva, entendem-se o caráter interdisciplinar como ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas de profissionais de diferentes formações, visando buscar novas formas de enfrentar os problemas de saúde de comunidades. A interdisciplinaridade implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo profissional em direção ao coletivo, sem negar a importância das diferentes especialidades, mas superando sua fragmentação, por meio do diálogo com demais áreas do conhecimento para a apreensão da realidade de saúde contextualizada por seus diversos determinantes (Gomes, Deslandes, 1994; Loch-Neckel et al., 2009).

Neste estudo, além da importância atribuída às atividades educativas pelas participantes, percebe-se também o valor conferido a presença de outros profissionais atuando no PSF, além daqueles da equipe mínima (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde); destacando-se o papel do nutricionista e as ações de educação nutricional.

“a gente conseguiu entender você melhor né, a sua explicação, você com aquele papel, aquele computador aquele dia, com tudo, tanta coisa mostrando. Você vê que com o médico num é né, eles falam só ali.” (9)

“Porque nós tinha que ter uma nutricionista (...). Tem, mas é particular, particular num é pra nós, que num pode fazer um acompanhamento igual precisa né” (13)

Estudos apontam para a dificuldade de outros profissionais da saúde de realizar atividades de educação e orientação nutricional, uma vez que não possuem formação adequada para essa função. Além da falta de embasamento teórico para identificar e lidar com os problemas nutricionais evidencia-se a dificuldade desses profissionais em analisar os hábitos alimentares considerando seus aspectos subjetivos, tratando da questão alimentar de forma mecânica (Boog, 1999; Santos, 2005).

“O médico (...) fala da dieta, vai tirar o sal e a gordura, mas num te orienta, você tem que comer isso e isso, isso é a parte da nutrição, é aí que a gente vê a importância do nutricionista” (1)

Ao salientarem a importância das atividades educativas e do nutricionista na prática dos serviços de saúde da família, as mulheres demonstraram a preocupação com o coletivo, destacando-se a importância de que as atividades educativas fossem expandidas para o restante da população de Porto Firme, e para outros municípios. Esse fato ficou mais evidente no grupo que recebeu as visitas domiciliares.

“Nós estamos querendo nutricionista pra Porto Firme? Queremos! Eu quero, não mais só pra mim, porque o que ela passou pra mim ficou guardado e eu vou seguir. Eu quero pra outros que não tiveram oportunidade de ter o que nós tivemos.” (1)

“esse trabalho aqui vai servir de exemplo pra outras cidades né, que não tem essa oportunidade (...) que esse trabalho num pare aqui, pelo contrário, que ele continue crescendo, porque a quantidade de pessoas que é hipertensa aqui em Porto Firme é muito grande” (8)

3. As mudanças nos hábitos alimentares: da (des)informação à conscientização - abrindo as portas à adesão.

A grande maioria (96%) das mulheres entrevistadas afirmou ter realizado alguma modificação no hábito alimentar após o processo de capacitação nas duas modalidades de atividades educativas. As principais modificações referidas em ambos os grupos encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1. Modificações relatadas dos hábitos alimentares de portadoras de HAS participantes de atividades educativas; Porto Firme, MG (2009).

Modificações nos hábitos alimentares	Grupo 1 (oficina)		Grupo 2 (oficina/visita domiciliar)	
	n	%	N	%
Restrição à quantidade de alimento	2	15	8	57
Diminuição do consumo de “massas”	0	0	5	36
Diminuição no consumo de sal	10	77	13	93
Diminuição no consumo de gordura/óleo	11	84	12	86
Aumento no consumo de verduras, frutas e hortaliças	9	70	10	71

Em relação à qualidade da dieta, no que se refere à percepção sobre as mudanças nos hábitos alimentares, os grupos tiveram comportamentos semelhantes; destacando-se a diminuição no consumo de sal e gordura/óleo e o aumento do consumo de verduras, frutas e legumes, como as principais mudanças.

“(...) diminuiu assim bastante a quantidade de óleo que eu usava (...) eu comprava nove litros de óleo, num dava pra quinze dias (...) hoje não, o óleo dá pra mais de mês” (2)

“Antes eu gastava seis latas de óleo, agora só duas, compro duas e ainda sobra” (10)

As demonstrações de preparo e porcionamento dos alimentos como técnicas que visavam ajudar as usuárias a superar as dificuldades no preparo dos alimentos foram apontadas pelas mulheres dos dois grupos, como importante fator para a compreensão e consequente adesão às orientações sobre o uso de óleo/gordura; açúcar e sal, sejam nas atividades em grupo ou no domicílio.

[na oficina] *“Teve um dia que ela fez até uma demonstração lá com sal, o arroz e o óleo. Foi bom, a gente conscientizou né” (10)*

[no domicílio] *“mostrou a medida que nós usávamos e a medida certa que deve se usar, a quantidade no caso pra cada tipo de alimento que você ia usar (...) a gente vai fazer um café, hoje eu sei a quantidade de açúcar” (8)*

Em relação à quantidade da dieta, apenas as mulheres que foram orientadas por visitas domiciliares afirmaram ter alterado a quantidade de alimento consumido. O acompanhamento domiciliar permitiu trabalhar de forma mais detalhada questões como o fracionamento das refeições e as recomendações de cada grupo de alimentos.

“Num é que eu comia muito (...) mas que num tinha controle das horas, de três em três horas, a quantidade, o que é importante comer” (1)

“Eu não balanceava antes (...) hoje não, hoje eu faço um controle no meu prato, o que a mais, o que a menos de comida (...) controlar o tipo de alimento certo, se você come uma certa quantidade de arroz você num pode colocar o angu” (8)

Há que se ressaltar, todavia, que as mudanças referidas pelas mulheres foram associadas a melhoras em sua saúde. As principais melhoras relatadas foram em relação ao sono, digestão e funcionamento intestinal; aumento da disposição e controle da PA.

“Depois da alimentação, depois que mudei tudo (...) eu passei a dormir. Eu não dormia direito, acho que eu num tava alimentando do jeito que era pra alimentar” (14)

“(...) minha saúde melhorou muito. Minha pressão ta controlada, colesterol, a diabetes ta controlada” (15)

No grupo que recebeu as orientações por meio de visitas domiciliares destaca-se a perda de peso, referida por 57% das mulheres como uma importante conquista para a saúde, já que o excesso de peso oferece riscos à saúde.

“A gente tem que procurar saber qual é o limite de peso que a gente deveria estar (...) mesmo que a gente num fique muito dentro da tabela, mas pelo menos próximo né. Eu to tentando!” (1)

Quanto aos obstáculos relacionados às mudanças nos hábitos alimentares, as mulheres revelaram dificuldades relativas à própria dieta, à questão financeira, à falta de disponibilidade de certos gêneros para a compra e ainda à aceitação da família.

Em relação à dieta, as dificuldades se referiam tanto à qualidade quanto à quantidade, destacando-se a questão da quantidade no grupo das visitas domiciliares. Quanto à qualidade da dieta, a mudança das escolhas alimentares com a redução do consumo de alimentos ricos em açúcar, gordura/óleo e sal foi percebida de formas distintas. Enquanto algumas participantes atribuíam às mudanças a melhora no sabor dos alimentos outras relatavam dificuldades relacionadas a quantidade de açúcar, por exemplo, e afirmavam seguir as recomendações por que sabiam que fazia bem para a saúde.

“a partir do momento que a gente aprende a gente vai percebendo que o alimento fica mais gostoso” (1)

“(...) igual eu gostava muito de um café bem docinho, aí foi difícil (...) leite também, esse leite desnatado não é gostoso né, aí foi difícil também” (5)

Um aspecto importante a ser ressaltado, refere-se à percepção positiva sobre o uso do tempero preparado pela equipe de pesquisadores e distribuído, na melhora do sabor dos alimentos. A maioria (74%) afirmou não ter costume de usar esses tipos de temperos antes, sendo que todas as participantes afirmaram ter gostado do sabor e 50% afirmaram que os familiares elogiaram o tempero. A satisfação com o tempero foi tão expressiva, que ao final da intervenção as usuárias foram capacitadas para a produção do tempero em casa; sendo que essa estratégia se mostrou bem aceita e sustentável.

“deu muita orientação pra evitar o sal e usar os temperos pra melhorar o sabor. (...) melhora o sabor da comida, e o pessoal passa a num reclamar (...) achei que me ajudou muito.” (11)

Estudo que avaliou a influência dos familiares de portadores de HAS na adesão à restrição de sódio na dieta encontrou que a introdução de condimentos no preparo das refeições teve efeito positivo sobre a participação dos familiares e consequente adesão dos portadores de HAS ao consumo adequado de sal (Dallepiane, Bós, 2008); o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo.

Outro fator limitante do seguimento das orientações pelas mulheres, refere-se à questão financeira, sobretudo em relação à compra de determinados gêneros alimentícios, como as frutas.

“Mais dificuldade é quando a gente não tem o dinheiro pra comprar, porque nem todas frutas a gente pode comprar né, todas as frutas é boa, mas é caro” (13)

“Eu falo que num faço a dieta por causa da fruta, que a fruta eu como mais pouco, é o que tem mais dificuldade, é mais caro” (6)

Dados da literatura mostram a influência de variáveis demográficas e socioeconômicas na determinação do consumo de frutas, verduras e legumes (FL&V) na população adulta no Brasil, sendo menor o consumo desses gêneros nas áreas rurais e nos estratos populacionais de menor escolaridade e renda (Claro et al., 2007; Jaime, Monteiro, 2003); como é o caso das mulheres deste estudo.

Ressalta-se que apesar do grupo pesquisado residir em um município de economia predominantemente agrícola, supostamente potencial produtor de alimentos, houve relatos de dificuldades de acesso a FV&L. Ainda que cerca de 80% das famílias deste estudo produziam algum tipo de hortaliça ou fruta no domicílio, a produção não era suficiente para garantir variedade e quantidade suficientes para consumo da família, sendo que além da questão financeira a disponibilidade de compra desses gêneros também foi referida como insatisfatória:

“Porque no mercado é assim, você vai no mercado hoje, chega lá você acha uma fruta fresquinha, quando é amanhã você acha um negócio ruim lá.” (6)

Não obstante, as dificuldades relacionadas à família se referem ao fato de as mudanças na alimentação afetarem os outros membros do núcleo familiar, que nem sempre compreendem, aceitam ou aderem a essas mudanças.

“O marido acaba sendo uma dificuldade porque (...) ele fala assim: o arroz podia ter um pouquinho mais de sal (...) homem é mais difícil” (11)

Pelos depoimentos das mulheres que receberam orientações no domicílio as quais foi possível envolver os familiares no processo de aprendizagem, observa-se um comportamento mais positivo quanto às mudanças.

“A orientação foi pra família, e o marido ta entrando também (...) agora a família toda pegou o ritmo meu lá. Graças a Deus!” (2)

Esse fato é especialmente importante se considerarmos que a motivação pessoal dos indivíduos em seguir as recomendações dietéticas pode ser prejudicada por falta de suporte da família ou amigos (Horn et al., 1997); sendo o conhecimento dos familiares sobre a doença e

suas medidas de controle importante para o aumento da adesão ao tratamento em portadores de HAS (Saraiva et al., 2006).

As atividades educativas na visão das usuárias: reflexões para a construção de um modelo de adesão para indivíduos com hipertensão arterial

Neste estudo, a problemática da adesão dos sujeitos participantes com HAS envolveu a discussão de dois pólos principais: ‘as percepções sobre as atividades educativas’, que correspondem aos processos de mudança no nível cognitivo, representados pelo aumento da consciência sobre o processo saúde-doença-adoecimento e a importância da alimentação na manutenção da saúde; e ‘as percepções sobre as mudanças alimentares’, que correspondem ao processo de mudança comportamental e os fatores que a influenciam.

Buscou-se dimensionar essas percepções nos diferentes subespaços que aproximam ou diferenciam as diferentes estratégias de educação em saúde propostas: as oficinas de educação em saúde e as visitas domiciliares; de forma a analisar as peculiaridades dessas estratégias. As representações gráficas desses subespaços onde se condensaram as percepções das portadoras de HAS estão demonstradas na figura 2.



Figura 2. Subespaços construídos a partir da percepção das usuárias sobre as atividades educativas e as mudanças no comportamento alimentar. Porto Firme, MG (2009).

Adaptado e modificado de Poulain e Proença, 2003

Na parte superior da figura 2, que representa as percepções sobre as atividades educativas, verificam-se percepções comuns às oficinas e visitas, no sentido que ambas pareceram apontar para o incremento da consciência das mulheres em como atuar em prol da própria saúde por meio da alimentação, contribuindo para o empoderamento desse grupo.

Também, a importância do nutricionista como ator fundamental nesse processo foi apontado pelas participantes das duas estratégias. Embora a promoção da alimentação saudável transcenda a atuação do profissional nutricionista, tendo um caráter muito mais amplo, interdisciplinar e intersetorial, a assistência e a educação nutricional, práticas exclusivas do nutricionista, fazem com que esse profissional desempenhe um papel de destaque nesse processo, sendo referência para outros profissionais (Boog, 2008).

A consciência sanitária, referindo-se à consciência das usuárias sobre a importância da alimentação na saúde da família e comunidade e como prioridade das atividades de educação

em saúde, ficou mais evidente no grupo que recebeu as visitas domiciliares, apesar de ter sido observada também, ainda que de forma mais frágil, no grupo que participou apenas das oficinas.

Mesmo considerando que ambas as estratégias de educação em saúde buscaram romper com um modelo hegemônico de educação, acredita-se que as visitas domiciliares permitiram superar de forma mais concreta a fragmentação existente entre profissional de saúde e usuário, fortalecendo o vínculo, em consonância com a PNH. Esta questão foi muito bem abordada por Bosi (1994, p.447) ao enfatizar que “*a construção gradual de uma consciência sanitária alimenta-se de experiências vivenciadas na realidade cotidiana*”, salientando a importância da subjetividade que se associa à prática dos profissionais do setor nesse processo. É na realidade cotidiana e subjetiva da relação entre profissional e usuário que se inscreve sua prática pluridimensional, destacando-se a dimensão política, aí reside a força da proposta territorial, familiar e domiciliar do PSF.

Desde essa perspectiva, observa-se que no grupo que recebeu as orientações por meio de visitas domiciliares houve uma maior valorização por parte das mulheres da relação dialógica entre o pesquisador/profissional de saúde e o usuário no processo de ensino-aprendizagem. Por outro lado, no grupo que participou apenas das oficinas educativas nas UAPS, valorizou-se de forma mais evidente os recursos áudio visuais. Para o primeiro grupo (visitas domiciliares), o processo terapêutico teve como eixo central a relação entre sujeitos (usuário-centrado), já para o segundo grupo (oficinas nas UAPS), a ênfase foi dada aos procedimentos utilizados (procedimento-centrado) (Franco, Merhy, 2009)

Na parte inferior da Figura 2, onde estão representadas as percepções das usuárias sobre as mudanças alimentares, percebe-se que tanto as usuárias participantes das oficinas quanto aquelas que receberam as visitas, perceberam positivamente as mudanças na qualidade da dieta, associando essas mudanças à melhoria da saúde e qualidade de vida. De toda forma, pode-se observar que as mulheres que receberam as visitas domiciliares, expressaram a percepção de modificação quantitativa da dieta, associada à perda de peso; o que reforça a importância das orientações domiciliares por parte da equipe multiprofissional do PSF (Azeredo et al., 2007).

Como fator limitante para o seguimento das orientações pelas participantes de ambas as estratégias, ressalta-se a questão financeira apontada pelas mulheres. Apesar das mudanças no comportamento alimentar serem complexas, não podendo ser analisadas somente pelo aspecto financeiro, não se pode desconsiderá-lo como fator dificultador da adesão às

recomendações dietéticas, devendo este aspecto ser avaliado pela equipe do PSF na elaboração de estratégias de intervenção e educação em saúde.

A família, como importante suporte social das usuárias, teve um papel ambivalente nas mudanças alimentares segundo a visão das portadoras de HAS. Se por um lado, para algumas mulheres a família foi associada à dificuldade na mudança dos hábitos alimentares, pela resistência às mudanças; por outro, ela também foi vista como parte ativa e integrante dessa mudança, quando aderiam às orientações nutricionais incentivando as portadoras de HAS. Esse paradoxo foi relatado em ambos os grupos, mas no grupo que recebeu as visitas domiciliares, observou-se uma maior participação da família no processo de mudança dos hábitos alimentares.

De fato, a visita domiciliar configura-se em um espaço privilegiado para o contato e desenvolvimento de atividades educativas com a família e outras pessoas significantes, que são o suporte social aos usuários e contribuem para a manutenção de hábitos saudáveis (Araújo, Garcia, 2006; Azeredo et al., 2006).

Por fim, no centro da figura 2, o conhecimento destaca-se como elo entre as atividades educativas e as mudanças de comportamento nas duas estratégias, uma vez que é visto pelas usuárias como elemento potencialmente capacitador de mudanças. Ainda que o conhecimento por si só não signifique a mudança em si, constitui o primeiro degrau do comportamento saudável, sendo instrumento para aqueles que desejam mudar (Assis, Nahas, 1999; Brasil, 2002; Cotta et al., 2006).

Considerações finais

Constatou-se por meio deste estudo que as estratégias educativas constituem um importante instrumento de acesso dos indivíduos e famílias ao conhecimento sobre o processo saúde-doença-adoecimento, aumentando sua capacidade de controle sobre os determinantes desse processo; sendo que a relação estabelecida (vínculo) entre pesquisador/profissional e usuário mostrou-se um elo fundamental na integração entre as políticas públicas de saúde e a comunidade.

Assim, a educação em saúde, a partir de metodologias participativas e dialógicas, capacita as pessoas para o aumento do poder de decisão, sendo fator essencial num processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento. Em particular, a educação e o acesso à informação que habilitem as pessoas a expandirem suas capacidades e desenvolverem a autoconfiança, são elementos-chave para

realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos, e nesse contexto o PSF representa uma importante estratégia.

Desde essa perspectiva, os recursos utilizados, tanto humanos quanto técnicos, foram essenciais para compreensão e adesão das usuárias às recomendações dietéticas, sendo que todas as abordagens empregadas – oficinas, visitas domiciliares e a distribuição de temperos – tiveram efeito positivo sobre a percepção das usuárias sobre as mudanças alimentares. Acredita-se que a multiplicidade de métodos, a multidisciplinaridade e o envolvimento dos familiares foram elementos preditores da adesão à orientação nutricional nesse grupo.

Referências Bibliográficas

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(16): 39-52.

Araújo GB, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm* 2006; 8(2): 259-272.

Assis MA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr* 1999; 12(1): 33-41.

Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(3): 743-753.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.

Berlinguer G. *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec; 1978.

Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Rev. Ciênc Saúde* 2008; 1(1): 33-42.

Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr* 1999; 12(3): 261-72.

Bosi MLM. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(4): 446-456.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Protocolo Caderno de Atenção Básica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília: MS; 2001.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 569-584.

Claro RM, Carmo HCE, Machado FMS, Monteiro CA. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4): 557-564.

Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MSLM, Monteiro CA. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1): 113-118.

Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias GD, Castro FAF et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família – Município de Teixeira - MG. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(4): 1251-1260.

Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(3): 278-286.

Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Siqueira KC, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis* 2008; 18(4): 745-766.

Cotta RMM, Azeredo CM, Schott M, Cardoso PM, Franceschini SCC, Piori SE. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev Médic Minas Gerais* 2006; 16(16): 1-8.

Dallepiane LB, Bós AJG. A participação da família na adesão à restrição de sódio em adultos e idosos hipertensos: estudo de intervenção randomizado. *Rev Bras Ciên Envelh Hum* 2008; 5(1):32-42.

Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em 28 dez 2009.

Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FD. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Análise das evidências. *Rev Hipertens* 2004; 7(3): 90-93.

Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Siqueira-Batista R. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc* 2009; 18(4): 744-755.

Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia M, Martins TCP, Araújo RMA. Atenção Primária à Saúde – a ‘menina dos olhos’ do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2009 [acesso 2009 nov 20] [cerca de 16 p.]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4353&var=1

Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev Latino Am Enferm* 1994; 2(2): 103-114.

Gusmão JL; Mion Jr. D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1): 23-25.

Horn LVV, Dolecek TA, Grandits GA, Skweres L. Adherence to dietary recommendations in the special intervention group in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(suppl.1):.289S-304S.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Minas Gerais. Viçosa. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 30 ago 2008.

Jaime PC, Monteiro CA. Consumo de frutas e hortaliças na população adulta brasileira, 2003. *Cad Saúde Pública* 2009; 21(suppl.1): 19S-24S.

Jardim PCBV, Jardim TSV. Modelos de estudo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1): 26-29.

Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt BH, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(suppl.1): 1463- 1472.

Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc Cuid Saúde* 2008; 7(2): 241-247.

Mano MA. A educação em saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. *Boletim da Saúde* 2004; 18(1): 195-202.

Minayo MCS. Introdução. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.19-52.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Organização Pan-Americana de Saúde. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: OPAS; 2003.

Pfuetzenreiter MR. A ruptura entre o conhecimento popular e o científico em saúde. *Ensaio: pesquisa em educação em ciências* 2001; 3(1): 1-15.

Pope C; Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Poulain JP, Proença RPC. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Rev Nutr* 2003; 16(4): 365-385.

Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALF. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(suppl.2): 2299-2306.

Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2009 [acesso 2009 nov 20] [cerca de 15 p]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4478.

Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidade de saúde da família: história de abandono. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(4): 712- 718.

Santos AC. A inserção do nutricionista na Estratégia da Saúde da Família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam Saúde Desenv*. 2005; 7,(3): 257-65.

Sen A. *Desigualdade Reexaminada*. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record; 2001.

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ* 2005; 9(16): 91-104.

- Souza ER. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG; Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.133-156
- Teixeira RR. O acolhimento no serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p. 89-111.
- Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto - Enferm* 2007; 16(2): 233-238.
- Unesco do Brasil. Educação um tesouro a descobrir: Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco; 1998.
- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(3): e24-e79.
- Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *Physis* 2004; 14(1): 67-83.
- Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2001; 5(1):121-126.
- World Health Organization. Adherence to long term to long therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

CONCLUSÕES

- Este estudo foi fruto de uma parceria entre a DNS/UFV e o serviço de saúde de Porto Firme-MG. A necessidade de ações junto ao grupo de portadores de HAS do município inspirou a busca de alternativas de maior custo-efetividade adaptadas a realidade local, para melhoria da alimentação, saúde e qualidade de vida da população. A partir do estudo bibliográfico de diferentes estratégias comunitárias para prevenção de agravos e promoção da saúde com objetivo de melhora do quadro das DCV em todo mundo, procurou-se desenvolver um modelo de educação em saúde dentro do contexto do PSF, compatível com seus princípios e objetivos.
- Os resultados obtidos neste estudo permitiram a construção de quatro artigos originais, que contemplavam a caracterização do perfil de um grupo de usuários portadores de HAS acompanhados por Equipes de Saúde da Família; dados objetivos obtidos através das estratégias educativas realizadas sobre parâmetros clínicos e nutricionais em um grupo de mulheres portadoras de HAS; suas representações sociais sobre a doença; e a percepção sobre as atividades educativas e as mudanças alimentares ocorridas. Nesse sentido, buscou-se avaliar a adesão às orientações dietéticas por meio de métodos múltiplos, que visavam à identificação de fatores objetivos e subjetivos relacionados à adesão.
- A avaliação do perfil clínico-epidemiológico do grupo de portadores de HAS participante das atividades educativas revelou a predominância de portadores de HAS do sexo feminino e idosos nessas atividades, apontando para uma grande prevalência de sobrepeso/obesidade na faixa etária de meia-idade e entre as mulheres. Assim, ressalta-se que as mulheres de meia idade representam um grupo em risco nutricional, uma vez que a adiposidade diminui a probabilidade de uma sobrevida saudável, sendo essenciais a implementação de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde no âmbito da atenção primária, direcionadas a esse grupo.
- Devido à complexidade do comportamento alimentar, as *orientações domiciliares* obtiveram melhores resultados enquanto estratégia de educação em saúde e nutrição, uma vez que permitiram o conhecimento mais aprofundado, pela pesquisadora, da realidade social e cultural da alimentação e da dinâmica interrelacional das famílias; o que levou a uma orientação mais adequada, *in lócus*, e uma conseqüente apropriação das mulheres e

familiares das orientações que se deram no ambiente concreto – território vivo. A evolução positiva dos parâmetros clínicos e dietéticos, estatisticamente maior no grupo que recebeu as orientações domiciliares, indica melhor adesão às recomendações nutricionais e revela a potencialidade dessa estratégia como importante aliado da adesão ao tratamento para portadores de HAS.

- A análise das representações sociais das mulheres estudadas colocou em evidência a necessidade de utilização de práticas educativas dialógicas e interativas por parte da equipe de saúde dos PSFs, que ultrapassem a mera transmissão de informações sobre as terapias anti-hipertensivas, estimulando a autopercepção da doença e consequente corresponsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado.
- O acesso à informação, associado aos adequados suportes sociais (família, amigos, vizinhos) e dos serviços de saúde, mostraram-se fatores facilitadores da adesão ao tratamento. Nesse contexto, reforça-se a importância das orientações domiciliares por permitirem, além da aproximação do profissional à realidade familiar (ambiente físico, material e afetivo) do portador de HAS, a possibilidade de se vivenciar concretamente a rotina de preparação das refeições – quantidade e qualidade dos alimentos, e relações dessas mulheres e dos familiares com os alimentos. Adentrar na casa das pessoas, observar seus hábitos, suas relações familiares e suas rotinas no dia a dia, mostrou-se uma experiência bastante rica e importante para o planejamento e execução das atividades de orientação e educação em saúde e nutrição.
- Considerando a percepção das mulheres estudadas sobre as atividades educativas realizadas, observa-se que a educação em saúde, a partir de metodologias participativas, dialógicas e interativas, capacita as pessoas para o aumento do poder de decisão – empoderamento, sendo fator essencial num processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento. Os depoimentos das mulheres sobre as orientações domiciliares reforçam a importância da relação/vínculo entre profissional e usuário, uma vez que o envolvimento da família e a consciência sanitária retratados no grupo que recebeu as orientações nos domicílios, foram fatores essenciais na mudança efetiva do comportamento alimentar.
- Constataram-se mudanças qualitativas e quantitativas na dieta, destacando-se o incremento da consciência alimentar, desde a aquisição até o preparo dos gêneros alimentícios. A

multiplicidade de métodos, a atuação do nutricionista e o envolvimento dos familiares foram elementos preditores da adesão à orientação nutricional nesse grupo.

- No contexto da educação em saúde como ferramenta para o estímulo a mudança de estilos de vida e conseqüente melhoria da qualidade de vida da população adstrita no PSF, a prática do nutricionista, mostrou-se importante no auxílio da promoção de uma educação nutricional eficaz, enfatizando-se a mudança nos hábitos alimentares e de vida dos indivíduos portadores de HAS e de suas famílias.
- A despeito de as duas estratégias de educação em saúde – palestras dialógicas e interativas e orientações domiciliares – terem resultado em efeitos positivos sobre as usuárias estudadas, as orientações domiciliares ratificaram-se como estratégia potencialmente mais efetiva no enfrentamento da problemática da adesão do portador de HAS à terapia não-farmacológica, confirmando-se como estratégia mais humanizada e potencialmente indutora de um cuidado singular e personalizado em um espaço próprio e personalizado.

ANEXOS

ANEXO 1**Questionário de Atividade Física**

1a. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por SEMANA () Nenhum

1b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (NÃO INCLUIR CAMINHADA)

dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

_____ horas ____ minutos

Fonte: Questionário Internacional de Atividade Física – versão curta (OMS) traduzido para o português e validada no Brasil (MATSUDO et al., 2001)

ANEXO 2

Questionário de frequência de consumo alimentar

Produtos	Frequência						
	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	5 a 6 vezes por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	1 a 3 vezes por mês	R/N
LEITE E DERIVADOS							
Leite desnatado ou semidesnatado							
Leite integral							
Queijo branco (minas/frescal)							
Queijo amarelo (prato/mussarela)							
Requeijão							
CARNE E OVOS							
Ovo frito							
Ovo cozido							
Carne de boi							
Carne de porco							
Frango							
Peixe fresco							
Peixe enlatado							
Embutidos (salsicha, lingüiça, salame, presunto, mortadela)							
Carne conservada no sal (bacalhau, carne seca/sol, pertences da feijoada)							
Visceras (fígado, rim, coração)							
ÓLEOS E GORDURAS							
Azeite							
Outros óleos vegetais							
-							
-							
Molho para salada							
Bacon e toucinho							
Manteiga							
Margarina							
Maionese							
Banha de porco							
Torresmo / pele de porco							
PETISCOS E ENLATADOS							
Salgadinhos (batata-frita, sanduíches, pizza, esfirra, salgados fritos, chips, amendoim)							
Enlatados (milho, ervilha, palmito, azeitona)							

CEREAIS / LEGUMINOSAS							
Arroz integral							
Arroz polido							
Pão integral							
Pão Frances							
Pão de forma							
Biscoito salgado							
Biscoito doce							
Bolos							
Macarrão							
Feijão							
Cereais integrais							
-							
-							
Angu							
Farinha de milho							
Farinha de mandioca							
HORTALIÇAS E FRUTAS							
Folha crua:							
-							
-							
-							
Folha refogada/cozida:							
-							
-							
-							
-							
Hortaliça crua:							
-							
-							
-							
-							
Hortaliça cozida:							
-							
-							
-							
Tubérculos (cará, mandioca, batata, inhame) Frito:							
-							
-							
Cozido:							
-							
-							
Frutas							
-							
-							
SOBREMESAS E DOCES							
Sorvete							
Tortas							
Geléia							
Doces / balas							
Chocolate / achocolatado/ bombom							
BEBIDAS							
Café com açúcar							
Café sem açúcar							
Suco natural com							

açúcar							
Suco natural sem açúcar							
Suco artificial com açúcar							
Refrigerante normal							
PRODUTOS DIET E LIGHT							
Adoçante							
Margarina							
Requeijão							
Iogurte							
Refrigerante							

Fonte: Adaptado do estudo de RIBEIRO et al. (2006)

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Cálculo para o preparo dos temperos:
120g por mês

120g para 3 meses para 30 domicílios
 $120 \times 3 \times 30 = 10,80 \text{ kg}$

Margem de segurança $\pm 20\%$

TOTAL A SEREM CALCULADOS 12 kg

Peso atribuído a cada tempero e distribuição da quantidade total de cada tempero para os três meses de distribuição.

Peso 4 para Feijão e Carne - 4,80 kg

Peso 2 para Saladas - 2,40 kg

Peso 4 para Massas e Assados - 4,80 kg

CÁLCULOS

MIX 1	Feijão e Carne	
Ingredientes	Quantidade (g)	Quantidade 31 domicílios (g)
Louro em folhas	35,0	1,0
Alho desidratado	385,0	12,4
Cebolinha desidratada	20,0	0,6
TOTAL	440	14

MIX 2	Saladas	
Ingredientes	Quantidade (g)	Quantidade 31 domicílios (g)
Hortelã desidratada	6,2	0,2
Limão liofilizado	412,3	13,3
Cebolinha desidratada	15,5	0,5
Salsinha desidratada	31,0	1,0
TOTAL	465	15

MIX 3	Massas e Assados	
Ingredientes	Quantidade (g)	Quantidade 31 domicílios (g)
Noz moscada	31,0	1,0
Manjeriço desidratado	31,0	1,0
Orégano	65,0	2,0
Tomate liofilizado	462,0	15
Colorau	31,0	1,0
TOTAL	620	20

APÊNDICE 2**Questionário Semiestruturado**

Data: ___/___/___

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Código: _____

1. Características Sociodemográficas

1.1. Idade: _____ anos - data nascimento _____

1.2. Escolaridade:

 analfabeto lê e escreve 1ª a 4ª incompleto 1ª a 4ª completo 5ª à 8ª incompleto 5ª à 8ª completo ensino médio incompleto ensino médio completo ensino superior incompleto ensino superior completo1.3. Estado civil: solteiro(a) casado(a) divorciado(a) separado(a) viúvo(a) outros: _____1.4. Ocupação: trabalho formal com vínculo trabalho informal do lar aposentada/pensionista trabalho rural1.5. Renda familiar mensal: < 1 salário mínimo 1 a 3 salários mínimos 3 a 5 salários mínimos > 5 salários mínimos não sabe informar renda variável: _____1.6. Contribui com a renda? sim. Com quanto? _____ não

1.6. Número de pessoas da família (que moram na casa): _____

1.7. Mora com quem?

Nome	Parentesco / Relação	Sexo	Idade (anos)	Ocupação

1.8. Situação do domicílio: () Próprio () Alugado () Cedido () Outro

1.9. Produz algum tipo de alimento em casa? () Não () Sim. De que tipo?

1.10. Têm animais domésticos que consomem os alimentos da família? () sim () não

1.11. Recebe algum tipo de auxílio material? () não () sim. Qual?

() bolsa família () cesta básica () auxílio doença () vale refeição

() outro: _____

2. Hábitos de vida e cuidados de saúde2.1. Quanto ao uso de tabaco: () fumante. Há quanto tempo? _____ ()
ex-fumante. Há quanto tempo parou? _____ () nunca fumou

2.2. Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não

Se sim:

Há quanto tempo? _____

Qual (is)? _____

Periodicidade? _____

2.3. Possui outras doenças além da pressão alta? () não () sim. Quais? _____

2.4. Medicamentos que usa regularmente:

Medicamento: _____ Dose: _____ Horário: _____

Número de comprimidos/dia: _____

Quais desses medicamentos são fornecidos pelo SUS/PSF?

E aqueles que não são fornecidos pelo SUS, como você adquiriu da última vez?

Como usa a medicação? () sempre () às vezes esquece () só toma quando se sente mal

2.5. Com que frequência mede a pressão arterial? _____

Onde mede a pressão? _____

2.7. Sua pressão está controlada atualmente? () sim () não Último valor: _____

2.8. Tem problemas para dormir? () não () sim

Se sim, o que você acredita que dificulte o sono? _____

Quantas horas dorme por noite? _____

2.9. Com que frequência vai ao médico para acompanhamento da pressão arterial?

2.10. Que médico frequenta? () o do PSF () convênio saúde () particular () pronto atendimento/ hospitais

2.11. Tem confiança em seu médico? () sim () não

2.12. Segue suas orientações? () sim () não. Por quê? _____

APÊNDICE 3

Nível de apreensão e conhecimento sobre a Hipertensão Arterial

3.1. Você sabe o que é a hipertensão arterial (pressão alta)?

3.2. Há quanto tempo descobriu que tem a doença? _____

3.3. Como descobriu? _____

3.4. Em sua opinião o que aumenta o risco de uma pessoa ter pressão alta?

ter alguém na família com hipertensão arterial (genética)

idade

excesso de peso / obesidade

hábito de fumar

consumo de bebida alcoólica

consumo de sal

“nervosismo” (estresse psicoemocional)

falta de atividade física (sedentarismo)

Outros: _____

Não soube opinar

3.5. Você acredita que uma pessoa possa prevenir ou evitar o aparecimento da pressão alta?

sim não não soube opinar

Se sim, como prevenir ou evitar o aparecimento da hipertensão?

3.6. Em sua opinião, o que uma pessoa deve fazer para controlar a pressão arterial?

tomar remédio / medicamento

- ter uma alimentação saudável
- abandonar do fumo
- moderação no consumo de bebida alcoólica
- realizar exercício físico
- reduzir o peso corporal
- controlar do “nervosismo” (estresse psicoemocional)
- outros: _____
- não soube opinar

3.7. Você acredita que a alimentação pode ajudar no controle da pressão arterial?

- sim não

3.8. Se sim, que cuidados na alimentação podem ajudar no controle da pressão arterial?

- a. menor consumo de sal de cozinha
- b. menor consumo de alimentos ricos em sódio (temperos prontos, sopas, embutidos, conservas, enlatados, defumados e snaks)
- c. alimentação rica em frutas, verduras e hortaliças
- d. menor consumo de frituras
- e. evitar o consumo de banha, torresmo, toucinho e carnes gordurosas
- f. menor consumo de biscoitos doces e recheados e sobremesas doces
- g. outros: _____

3.9. Qual (ais) dos cuidados com a alimentação que você citou, você segue atualmente?

- a. b. c. d. e. f. g. h. nenhum

De que forma você segue esses cuidados? sempre às vezes só quando a pressão está alta

3.10. Em sua opinião, que tipo de complicação ou problema de saúde a pessoa que tem hipertensão arterial pode ter se a pressão não for controlada?

() infarto () derrame () doença renal () morte súbita

() Outros: _____ () não soube opinar

3.11. Você acha que a hipertensão arterial tem cura? () sim () não

3.12. Acha que é uma doença pra vida toda? () sim () não

Perguntas a serem feitas somente no final da intervenção:

- Nesses últimos meses mudou alguma coisa em sua alimentação? O que?

- Você percebeu alguma vantagem na sua saúde devido às modificações na sua alimentação?
Quais?

- Quais as dificuldades encontradas para realizar as modificações na alimentação?

- O que você acredita que facilitou a realização das mudanças?

- Houve mudança na uso dos medicamentos nesse período?

Medicamento: _____ Dose: _____ Horário: _____

Medicamento: _____ Dose: _____ Horário: _____

Medicamento: _____ Dose: _____

Horário: _____

Medicamento: _____ Dose: _____ Horário: _____

Medicamento: _____ Dose: _____ Horário: _____

APÊNDICE 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG no. _____, estou sendo convidada a participar de um estudo denominado **A problemática da adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial na atenção primária à saúde: (re) pensando estratégias de educação em saúde e nutrição**. Os objetivos do estudo são: avaliar e comparar dois tipos de intervenção nutricional, quanto à adesão as modificações dietéticas recomendadas no tratamento da hipertensão arterial. A minha participação no referido estudo será no sentido de realizar entrevistas, exames clínicos e bioquímicos, como a medida da pressão arterial, medidas de peso, altura e circunferência da cintura, assim como exames que exigirão a coleta de sangue em veia periférica do braço.

Concordo em participar das oficinas educativas e se for o caso, permitir que sejam realizadas visitas dos pesquisadores em meu domicílio, bem como permitir o registro das informações concedidas nas entrevistas.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como obter informações sobre meu estado nutricional e sobre medidas dietéticas necessárias para o controle de minha pressão arterial. Estou ciente de que a pesquisa não oferece riscos potenciais à minha saúde.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Amanda Gomes Ribeiro e Rosângela Minardi Mitre Cotta e com eles poderei manter contato pelos telefones (31) 8617-0436 e (31) 3899-3732. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, através de seu presidente Gilberto Paixão Rosado, pelo telefone: (31) 3899 – 1269.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Os pesquisadores do estudo me ofertaram uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Amanda Gomes Ribeiro (Pesquisadora, estudante de mestrado, CRN: 07101331/MG)

Rosângela Minardi Mitre Cotta (Pesquisadora, Orientadora)

Voluntário

Data: ____/____/____