



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS**

RAFAELLY TAVARES BARBOSA DE FREITAS

**SER HIPERTENSO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO IDOSO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

RAFAELLY TAVARES BARBOSA DE FREITAS

SER HIPERTENSO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO IDOSO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Célia de Freitas.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Freitas, RafaellyTavares Barbosa de.
Ser hipertenso: representações sociais do idoso na
atenção primária à saúde [recurso eletrônico] /
RafaellyTavares Barbosa de Freitas. - 2016.
1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 102 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde, Abaiara, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Célia de Freitas.

1. Representações Sociais. 2. Idoso. 3.
Hipertensão Arterial. 4. Enfermagem. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS

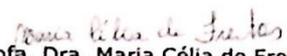


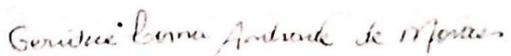
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas**
realizada no dia 30 de março de 2016.

Ao trigésimo dia do mês de março do ano dois mil e dezesseis, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Maria Célia de Freitas, Geridice Lorna Andrade de Moraes e Maria Lúcia Duarte Pereira sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda, **Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "*Ser Hipertenso: representações sociais do idoso na atenção primária à saúde*". A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14h às 17h00, tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda aprovada, por sua Dissertação e defesa pública.

Eu, Maria Célia de Freitas que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.


Profª. Dra. Maria Célia de Freitas - UECE
(Orientadora e Presidente)


Profª. Dra. Geridice Lorna Andrade de Moraes - SMF
(1º membro)


Profª. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira - UECE
(2º membro)

Aos meus pais, Joelcio e Lúcia, pelo apoio, exemplo, dedicação e ensinamentos partilhados em todos os momentos, incondicionalmente.

Aos meus irmãos, Felipe e Raquel, pela companhia irrestrita e por compartilhar anseios e desejos, permitindo o meu crescimento.

As minhas avós que também contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Aos idosos hipertensos e aos profissionais que deles cuidam e incentivaram e inspiraram essa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que guia meus passos desde sempre e conduz a minha vida em todos os momentos, sem o qual, certamente, eu não chegaria até aqui.

À minha família, por ser meu porto seguro, por incentivar minha formação acadêmica e por acreditar no meu potencial.

À Célia Freitas, professora, orientadora e amiga, faltam-me palavras para agradecer tamanha confiança que vem depositando em mim durante toda essa trajetória acadêmica. Gratidão por cada ensinamento, profissional e pessoal.

Às professoras Dafne Paiva Rodrigues, Maria Lúcia Duarte Pereira e Geridice Lorna Andrade de Moraes pela contribuição. Obrigada pelo carinho e pela torcida.

Aos professores do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, pelo desempenho em sala de aula e por acreditarem na nossa competência, confiando tantos temas difíceis e inquietantes.

Aos meus colegas de pós-graduação, não teria sido tão prazeroso esses dois anos de mestrado se não tivesse a certeza da sempre torcida de vocês. Obrigada pela parceria nos seminários e nas discussões grupais, auxiliando no meu crescimento científico. Com vocês tenho a certeza que tudo dará certo.

Aos membros da linha de pesquisa: Cuidados Clínicos de Enfermagem ao Idoso e Práticas Educativas, meus grandes amigos, pelo crescimento coletivo que alcançamos durante esse período.

À minha amiga Adna Cynthia e Karla Cavalcante pela cumplicidade, disposição e partilha no desenvolver deste e de outros estudos voltados à população idosa.

Aos idosos hipertensos da Unidade Básica de Saúde Maria J. Turbay Barreira que acreditaram no meu estudo e participaram para, assim, alcançar os objetivos propostos.

“A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original..”

(Albert Einstein)

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública que acomete, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% da população brasileira adulta e mais da metade dos idosos no mundo. Objetivou-se conhecer as representações sociais dos idosos sobre a hipertensão e o ser hipertenso. Trata-se de uma pesquisa descritiva, fundamentado na Teoria das Representações sociais, realizada em um Centro de Saúde da Família da Regional IV, situada na cidade de Fortaleza – CE, no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. Participaram da pesquisa 100 idosos hipertensos. Como estratégia de coleta de dados, foi aplicado primeiramente um questionário para identificação sociodemográfica, e em seguida um questionário para a técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados sociodemográficos foram tabulados para a caracterização da amostra e analisados de forma descritiva. A análise da TALP envolveu a análise lexicográfica, com a formação do Quadro de quatro casas. A pesquisa foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e aprovada sob parecer nº 1.235.358. A amostra do estudo foi composta por 72% sujeitos do sexo feminino e 28% do sexo masculino, sendo 80% da raça parda. A média de idade foi de 68 anos. No que diz respeito ao IMC, 53% apresentou sobrepeso. A viuvez prevaleceu entre os idosos, contabilizando 37% desses. Quanto a escolaridade, 37% sabia somente ler e escrever. Os que apresentam religião católica totalizaram 77%. Dos idosos que apresentaram renda de aproximadamente um a três salários mínimo, contabilizou-se 56%. Quanto à ocupação, 57% dos idosos são aposentados. 82% não consomem bebida alcoólica; 73% da amostra são ex-fumantes, 18% não fumantes e apenas 9% são fumantes. Em relação a prática de atividade física, 93% dos idosos relataram que não praticam nenhuma atividade física. 94% têm antecedentes de HAS na família, sendo a maior parte parentesco de 1º grau; e 96% fazem tratamento com antihipertensivos. Os resultados indicam que os elementos estruturantes na representação da pressão arterial pelos idosos foram marcados pelos aspectos metabólicos, ressaltando remédio como a palavra de maior significância com as demais. Na dimensão biológica, o AVC foi a palavra mais relatada pelos idosos, e quanto aos aspectos psicossociais, o medo e a preocupação foram destacados como efeitos negativos em relação as complicações que a pressão alta pode provocar à sua saúde. Quanto ao ser hipertenso, a representação foi marcada não

mais pelo aspecto metabólico remédio, e sim, pelo sal. Já na dimensão biológica o destaque foi para a palavra doença grave, e no que diz respeito aos aspectos psicológicos, a preocupação foi a palavra de maior significância entre as demais, sendo a preocupação social, econômica e familiar fatores que elevam as cifras tensionais. Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais contribui para o entendimento psicossocial da doença, no âmbito da adoção de medidas preventivas pelos idosos. Cabe aos profissionais de saúde valorizar, durante as consultas, a adoção de medidas não-medicamentosas, pois um estilo de vida saudável traz benefícios aos idosos, prolongando a vida com autonomia e independência.

Palavras-chave: Representações Sociais. Idoso. Hipertensão Arterial. Enfermagem.

ABSTRACT

Hypertension is a public health problem that affects approximately 22.3 to 43.9% of the adult Brazilian population and more than half of the elderly in the world. This study aimed to understand the social representations of the elderly on hypertension and being hypertensive. This is a descriptive study based on the theory of social representations held in a Health Center Family Regional IV in the city of Fortaleza - CE, from November 2015 to February 2016. Research participants were 100 elderly hypertensive patients. Data collection strategy was first applied a questionnaire to identify sociodemographic, and then a questionnaire for the free association of words technique. Demographic data were tabulated for the characterization of the sample and analyzed descriptively. The analysis of TALP involved lexicographical analysis, with the formation of four houses frame. The research was submitted to the Ethics Committee of the State University of Ceará and approved under opinion No. 1,235,358. The study sample consisted of 72% of the subjects were female and 28% male, 80% of mulattos. The average age was 68 years. With respect to BMI, 53% were overweight. Widowhood prevailed among the elderly, accounting for 37% of these. As for education, 37% could only read and write. Those with Catholic religion totaled 77%. The elderly with income of about one to three minimum wages, if recorded, 56%. Regarding occupation, 57% of seniors are retired. 82% do not consume alcohol; 73% of the sample are former smokers, 18% smoke free and only 9% are smokers. Regarding physical activity, 93% of seniors reported that they do not practice any physical activity. 94% have hypertension family history of, and most of kinship 1st grade; and 96% are treated with antihypertensives. The results indicate that the structural elements in the representation of blood pressure for the elderly were marked by metabolic aspects, highlighting remedy as the word of greater significance with the other. In biological dimension, stroke was the word most reported by the elderly, and the psychosocial aspects, fear and concern were highlighted as negative effects on the complications that high blood pressure can cause to their health. As for being hypertensive, the representation was marked not by the metabolic aspect of medicine, but on the salt. In the biological dimension the highlight was the word serious illness, and with regard to psychological aspects, the concern was the word of greater significance among the others, and the social, economic and family concerns factors that increase the blood pressure levels. In this

sense, the theory of social representations contributes to psychosocial understanding of the disease, in the context of adopting preventive measures for the elderly. It is for health professionals to value during the consultations, the adoption of non-drug measures, because a healthy lifestyle is beneficial to the elderly, prolonging life with autonomy and independence.

Keywords: Social Representations. Elderly. Arterial hypertension. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil em 2007.....	16
Figura 2 - Mapa da Regional IV de Fortaleza. Fortaleza- Ceará, 2015.....	42
Figura 3 – Conjunto de Programas para a Análise de Evocações.....	45
Figura 4 – Quadro de quatro casas gerado a partir do termo indutor <i>pressão alta</i>	56
Figura 5 – Quadro de quatro casas gerado a partir do termo indutor <i>ser hipertenso</i>	68
Quadro 1 – Distribuição das palavras evocadas conforme o termo indutor <i>pressão alta</i>	56
Quadro 2 - Principais determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	65
Quadro 3 - Principais sugestões para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	67
Quadro 4 – Distribuição das palavras evocadas conforme o termo indutor <i>ser hipertenso</i>	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
DCV	Doença Cardiovascular
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évoctions
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
IECA	Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
OME	Ordem Média de Evocação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações sociais
UBASF	Unidades Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	23
3 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS.....	24
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	24
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	30
4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O ADOECIMENTO CRÔNICO NO IDOSO.....	30
4.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	34
4.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO À PESSOA IDOSA HIPERTENSA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	37
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	41
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	41
5.2 LOCAL E PERÍODO.....	41
5.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	42
5.4 TÉCNICAS/INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	42
5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	44
5.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	46
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	48
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	48
6.2 ANÁLISE LEXICAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	55
6.2.1 Análise estrutural das representações sociais sobre a hipertensão.....	55
6.2.2 O significado da hipertensão para idosos hipertensos.....	58
6.2.3 Análise estrutural das representações sociais sobre o ser hipertenso.....	67
6.2.4 O significado do ser hipertenso para idosos hipertensos.....	70
7 CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES.....	94
ANEXO	99

1 INTRODUÇÃO

O Brasil e o mundo vivenciam uma época de transição demográfica, com o aumento progressivo da população de idosos, uma vez que a diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da expectativa de vida têm levado ao envelhecimento populacional (AGUIAR et al., 2011). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, o Brasil passará da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos e mais.

Essas transformações do perfil demográfico da população brasileira têm ocasionado a potencialização de doenças crônico-degenerativas, que eventualmente podem comprometer a autonomia do idoso, exigindo cuidados permanentes por parte dos profissionais que atendem o idoso (NASCIMENTO et al., 2008).

Paralelo ao processo de transição demográfica, o Brasil passa também pelo processo de transição epidemiológica, porém, de uma forma diferente da observada nos países desenvolvidos, com superposição entre as etapas, recrudescência de doenças e polarização epidemiológica. Esse processo caracteriza-se pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis, aumento da mortalidade por doenças não-transmissíveis e por causas externas, com deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra, em que a morbidade é dominante. Nos anos noventa, cerca de 40% das mortes no país ocorreram após os 64 anos de idade (COSTA et al., 2001).

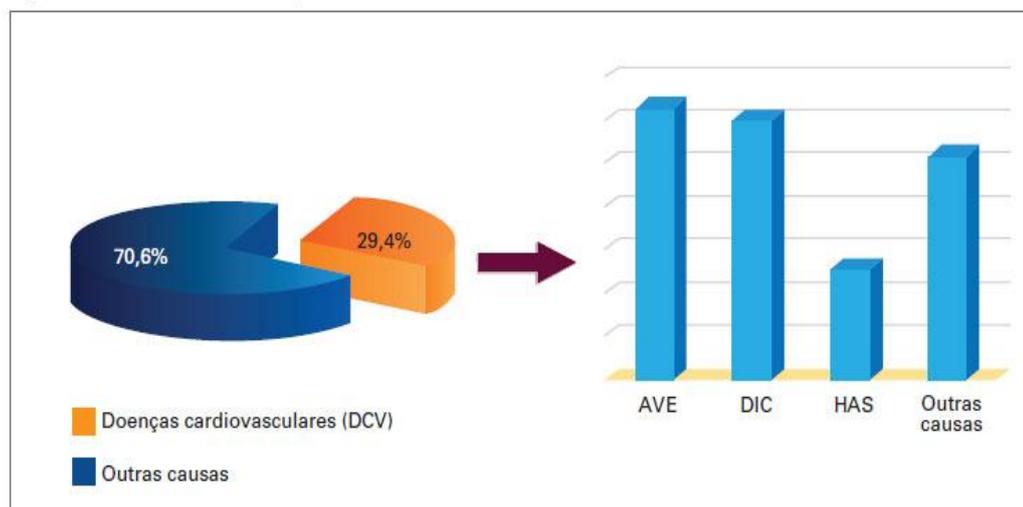
O processo de transição epidemiológica no Brasil descreve a gradual mudança de situações caracterizadas por alta-mortalidade/alta-fecundidade para a de baixa-mortalidade/baixa-fecundidade e, conseqüentemente, de uma baixa para uma alta proporção de idosos na população (KALACHE, 1987).

Os processos de transição demográfica e epidemiológica determinam importantes desafios para o Brasil, principalmente para seus frágeis sistemas de saúde e previdenciário, entre eles: população que envelhece rapidamente com aumento desproporcional das faixas etárias mais elevadas, predominância de mulheres (viúvas), diminuição do tamanho das famílias (número de filhos igual ao número de avós), de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos, aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos, seguridade social inadequada (diminui

número de pagantes e aumenta o de beneficiários), aumento da prevalência das doenças crônicas, aumento do número de indivíduos de alta dependência e maiores gastos com saúde (BRASIL, 2003).

Dentre as doenças crônico-degenerativas está a hipertensão arterial. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SBC, 2010).

Figura 1. Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil em 2007.



AVE: Acidente Vascular Encefálico; DIC: Doença Isquêmica do Coração; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

Nos países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares são responsáveis pela metade das mortes. Além disso, são as principais causadoras de óbito na população brasileira há mais de 30 anos. Dentre essas doenças, a hipertensão arterial é a mais comum em todo o mundo, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade, sobretudo entre os idosos. No Brasil, a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres). Os

altos índices de mortalidade da HAS, diretos ou indiretos, e os baixos indicadores de controle da pressão arterial demonstram a necessidade de se avaliar os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento.

Em 2003, no Nordeste, a taxa de mortalidade pelo acidente vascular encefálico foi de 54,6/100 mil habitantes (CURIONI, et al, 2009). No Ceará, em 2004, essa taxa foi de 44,8/100 mil habitantes. No município de Fortaleza, nesse mesmo ano, as doenças do aparelho circulatório corresponderam a 25,4% do total de internações, realizadas no Sistema Único de Saúde, em indivíduos acima de 65 anos (BRASIL, 2004).

Estudo sobre a epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil mostra existir disparidades inter e intrarregionais. As disparidades inter-regionais provavelmente refletem diferença na quantidade de fatores de risco, os quais incluem estilos de vida (nível de atividade física, tabagismo e etilismo), além de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos (CURIONI, et al, 2009). Outra pesquisa revela que a mortalidade por acidente vascular encefálico é maior nas regiões mais pobres do Brasil, como o Nordeste, e, em grande parte, essa elevada morbimortalidade é atribuída aos fatores sociais desfavoráveis (Lotufo, 2005).

As doenças cardiovasculares representam a primeira causa de óbitos em Fortaleza, com coeficiente de mortalidade de 129/100.000 habitantes, em 2011. As taxas de mortalidade indicam risco mais elevado para pessoas com 60 ou mais anos de idade do que para aquelas de meia idade (40-59 anos) (SMSF, 2015).

Uma projeção da Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, se não forem adotadas medidas urgentes de prevenção às doenças cardiovasculares, a mortalidade em decorrência de patologias desse tipo deverá apresentar um aumento de 250% entre 2030 e 2040 em todo o planeta, principalmente no Brasil, na China e na Índia. A gravidade da situação também é apontada pela pesquisa Corações do Brasil, realizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), cujos dados mostram que a saúde da população brasileira não está bem. Basta dizer que as mortes por doenças cardiovasculares no Brasil alcançam hoje a marca de 300 mil por ano.

O aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, entre elas a hipertensão arterial, tem contribuído para o elevado consumo de medicamentos entre os idosos. Hipertensão é um fator de risco para as doenças cardiovasculares,

que configuram importante causa de óbito entre a população idosa e, portanto, devem ser tratadas adequadamente.

Infelizmente, o número de hipertensos tratados ainda é pequeno diante da dimensão da doença. Apenas 50% dos hipertensos sabem de sua condição. Destes, metade não se trata e os outros 50% não têm a pressão sob controle (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em países desenvolvidos, a não adesão em pacientes com doenças crônicas oscila em torno de 50%, sendo provavelmente maior nos países em desenvolvimento (WHO, 2003).

No mundo, existem cerca de 600 milhões de hipertensos (WHO, 2002). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos cresce a cada dia. Calcula-se que 5% da população com até 18 anos apresente hipertensão (ROSARIO, et al, 2009).

Dados da pesquisa realizada em 2013, pelo Ministério da Saúde, no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, revelaram que a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial alcançou 24,1%, sendo maior em mulheres (26,3%) do que em homens (21,5%). Em Fortaleza, a frequência aparece próxima a média das 27 cidades, alcançando 21,3% de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, sendo 23,7% entre as mulheres e 18,5% entre os homens. A frequência do diagnóstico de HAS se tornou mais comum com a idade, para ambos os sexos, mais marcadamente para mulheres, alcançando 3,4%, entre 18 e 24 anos de idade, e mais de 50%, na faixa etária de 55 anos ou mais (BRASIL, 2014).

Em Fortaleza, entre 2008 e 2012, as internações hospitalares por HAS ocorreram com maior frequência na população a partir de 35 anos de idade, sendo mais prevalente na população de 60 e mais anos, semelhante ao padrão nacional (SMSF, 2015).

Entre as concentrações dos fatores de risco por região do país, verifica-se que o Nordeste tem o maior percentual de indivíduos com hipertensão arterial - 31,8% das pessoas com pressão arterial média acima de 140 x 90 mmHg. A maioria

das capitais do Norte e do Nordeste apresenta percentual da população com hipertensão inferior à média nacional, segundo pesquisa do Ministério da Saúde.

A pesquisa constatou que subiu de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010, o número de brasileiros hipertensos. Em 12 capitais do Norte e Nordeste, o percentual é menor em comparação à proporção nacional. No Norte, todas as capitais estão com percentual abaixo da média nacional, como, por exemplo, Belém, que registrou 17,5% de hipertensos.

A baixa prevalência nessas regiões está relacionada ao fato que a população é mais jovem em relação à população de outras regiões. A incidência da hipertensão é maior entre os mais velhos. Mais da metade da população acima de 55 anos de idade é hipertensa, enquanto 8,2% dos que estão na faixa etária de 18 a 24 anos foram diagnosticados com a doença. Palmas é a capital com o menor percentual de brasileiros adultos com hipertensão arterial, 13,8%. Já o Rio de Janeiro é a que tem o maior percentual, 29,2%, por concentrar grande parte da população idosa brasileira (BRASIL, 2010).

Estudos mostraram que a idade se constitui como um dos fatores de risco para hipertensão, pois ocorrem alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos sanguíneos devido ao envelhecimento (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Em estudos observacionais, a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem sido considerada como barreira ao controle pressórico. Apesar da grande variedade de agentes anti-hipertensivos disponíveis e do bom conhecimento acerca dos fatores de risco da HAS, menos de 1/3 dos hipertensos tem sua pressão arterial adequadamente controlada (SILVA et al, 2013). Constata-se, assim, que a percepção da HAS como uma doença sintomática melhora os índices de adesão ao tratamento. Em contrapartida, uma vez que essa doença é assintomática, muitos pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso.

Diante dessa realidade, os papéis dos profissionais de saúde, em destaque os enfermeiros, ganham mais relevância científica e social, por estarem mais próximos dos idosos e serem profissionais capacitados e competentes, principalmente em uma faixa etária em que há a maior probabilidade de ocorrência de doenças crônico-degenerativas, perdas afetivas e funcionais. Nesse sentido, é preciso discutir a complexidade da atuação profissional isolada, bem como refletir

sobre os aspectos intersubjetivos do trabalho em equipe, no que concerne aos cuidados com a saúde do idoso e ao uso dos medicamentos.

Neste contexto, a atenção à saúde do idoso hipertenso deve constar como prioridade dos serviços de atenção à saúde, especialmente na atenção básica, visando um controle adequado. Enfatiza-se que o cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações e proporções relevantes que os idosos apresentam.

No entanto, para embasar o estudo é importante a utilização de um referencial teórico que possibilite aprimorar habilidades teórico-práticas, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares e estabelecer relações de trabalho mais bem definidas e concretas. Neste sentido, a Teoria das Representações Sociais vem abordar da melhor maneira o conhecimento adquirido pelo senso comum, isto é, o conhecimento espontâneo, ingênuo, entendido como um conhecimento empírico (natural) oposto ao conhecimento científico. Esse conhecimento empírico se constitui a partir das experiências e das informações, conhecimentos e modelos de pensamentos que recebemos e transmitimos através da educação e da comunicação social (JODELET, 1984).

Representação social é um conjunto de ideias, ou concepções, que os sujeitos podem ter acerca de determinada realidade, ou seja, o que as pessoas pensam sobre certa realidade. Jodelet (2002) define as representações sociais como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

As representações sociais são conjuntos dinâmicos. É uma produção de comportamentos e relações com o meio, é uma ação que modifica uns e outros, e não uma reprodução. São sistemas que têm uma lógica própria e uma linguagem particular, uma estrutura de implicações que se referem tanto a valores como a conceitos. Não as consideramos como opiniões sobre nem imagens de, mas como “teorias” destinadas à interpretação e à construção da realidade (MOSCOVICI; NEMETH, 1974).

As representações sociais se constroem dentro dos indivíduos a partir de dois processos, a objetivação e a ancoragem (MOSCOVICI, 1978). Esta significa o desenvolvimento de nossas ações e de nossas atitudes na sociedade. Aquela, dar consistência às ideias e coerência entre as ações e as palavras.

São as representações sociais que combinam nossa capacidade de perceber, inferir, compreender, que vêm à nossa mente para dar um sentido às coisas. É uma interação mútua entre conhecimento e crenças significativas (MOSCOVICI, 2003).

A partir de um levantamento feito na literatura científica, foram encontrados 1.173 artigos relacionados a HAS e idoso, porém apenas 23 artigos relacionando HAS e idoso com a Teoria das Representações Sociais. Por isso, verificou-se a necessidade de entender as Representações Sociais dos idosos sobre o ser hipertenso, já que é uma temática que precisa ser mais discutida devido à importância da teoria.

O interesse pela temática surgiu ao longo do curso de graduação em enfermagem, ainda no início da trajetória acadêmica na Universidade Estadual do Ceará (UECE), quando houve a necessidade de engajamento nas diversas atividades relacionadas ao referido tema. A participação em atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas no âmbito da Linha de Pesquisa Cuidado Clínico ao Idoso, Processo de Enfermagem e Prática Educativa, do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEES), possibilitou a ampliação dos conhecimentos na área, além de incentivar o desenvolvimento de pesquisas relativas à temática. Em relação à curiosidade em trabalhar com o ser hipertenso, a mesma surgiu a partir do estágio do Internato II em uma Unidade Básica de Saúde. Quanto ao interesse em trabalhar com a Teoria das Representações Sociais (TRS), o mesmo surgiu a partir de uma participação como co-participante na coleta de dados de uma pesquisa com esse mesmo referencial teórico, o que despertou o interesse sobre o modelo teórico. Percebe-se o estudo como relevante, à medida que seus resultados venham a servir de apoio para a adoção de novas estratégias e tecnologias de educação em saúde por parte dos enfermeiros e demais profissionais para o acompanhamento de idosos hipertensos, possibilitando a sensibilização para mudança e inovação de atitudes.

Pretende-se que o conhecimento gerado no estudo possa servir como dispositivo importante a ser utilizado pelos serviços que prestam assistência ao idoso na atenção básica de saúde no Estado do Ceará, implicando em uma melhor qualidade do acompanhamento ao idoso hipertenso.

Além disso, o estudo apresenta nossas possibilidades para o ensino de enfermagem, tendo em vista que a realidade prática tem grande influência de como se dá a formação do profissional. A pesquisa, também permitirá inovação pelo uso de novos métodos articulados, divulgando o conhecimento produzido e colaborando no desenvolvimento de outros estudos dentro do Grupo de Pesquisa e entre os demais pesquisadores que trabalhem com a temática.

O modo como os idosos hipertensos assimilam os conteúdos das prescrições e orientações dos profissionais de saúde (ideias e opiniões em relação à doença e ao tratamento) e, ainda; o modo como externalizam tal compreensão tomando-se como base suas ações diante de fatos específicos (uso de medicamentos, alimentação ou realização de exercícios), ajudam a entender como ocorre o processo captura da terapêutica. É neste contexto que está a relevância da adoção da Teoria das Representações Sociais (TRS) no estudo da HAS e da necessária adesão ao tratamento por seus portadores. Tal teoria fornece instrumentos de identificação de conceitos, possibilitando trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade, sem distanciar o sujeito social do seu saber concreto, ou seja, sem induzir as respostas do mesmo.

Frente a essa contextualização, surgiram como prerrogativas as seguintes questões: Que elementos/conteúdos integram as representações sociais dos idosos na Atenção Primária à Saúde sobre ser hipertenso? Que características moldam o ser hipertenso para os idosos na Atenção Primária à Saúde?

2 OBJETIVOS

- Conhecer as representações sociais dos idosos sobre a hipertensão e o ser hipertenso;
- Identificar os conteúdos que integram as representações sociais sobre a hipertensão e o ser hipertenso para os idosos na Atenção Primária à Saúde;
- Descrever quais características moldam a hipertensão e o ser hipertenso para os idosos.

3 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste estudo optou-se como referencial teórico pela teoria das representações sociais, por permitir analisar as questões que nos incomodam. O termo representação social engloba os fenômenos presentes no cotidiano dos grupos sociais, tem suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interações contínuas e na objetivação realizada por cada grupo e se concretiza num campo específico de conhecimento, a partir dos pressupostos teóricos de Serge Moscovici (MOSCOVICI, 1978), no contexto da psicologia social.

Assim, os fenômenos de representação social estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais e, portanto, são difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social (SÁ, 1998). As opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos são os materiais fundamentais de estudo das representações sociais, portanto, fazem parte de um olhar consensual sobre a realidade (OLIVEIRA, 1996).

As representações sociais são produzidas pelas interações e comunicações no interior dos grupos sociais, refletindo a situação dos indivíduos no que diz respeito aos assuntos que são objeto do seu cotidiano. A literatura científica denomina essas teorias, criadas pelos grupos, de teorias do senso comum (Moscovici & Hewstone, 1985). A função essencial da representação social, para aqueles que representam, é tornar aquilo que não é familiar em algo familiar, próximo e prático (Moscovici 1981). Essa função relaciona-se com a tentativa de representar uma realidade pouco conhecida a partir do que se sabe dela (VELOZ, SCHULZE, CAMARGO, 1999).

O significado de determinado objeto para um indivíduo ou grupo possui uma estrutura complexa, multifacetada, repleta de sentidos interligados com todo o contexto de vida dos sujeitos em questão. O que identifica uma representação não é apenas o fato de o grupo se posicionar quanto a algum objeto; as representações são construídas a partir das articulações e combinações de diferentes questões, objetos e ideias que são formuladas segundo uma lógica própria, para a qual são

fundamentais informações e julgamentos do grupo, seu modelo de comportamento e as experiências pessoais e grupais.

As Representações Sociais se apresentam como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos ou objetos. O social intervém de várias formas: pelo contexto concreto em que se situam grupos e pessoas, pela comunicação que se estabelece entre eles, pelo quadro de apreensão que fornece sua bagagem cultural, pelos códigos, símbolos, valores e ideologias ligados às posições e vinculações sociais específicas.

Para Denise Jodelet, a representação social tem cinco características fundamentais: 1) é sempre representação de um objeto; 2) tem sempre um caráter imagético e a propriedade de deixar intercambiáveis a sensação e a ideia, a percepção e o conceito; 3) tem um caráter simbólico e significante; 4) tem um caráter construtivo; 5) tem um caráter autônomo e criativo. (JODELET, 1990).

As representações sociais, enquanto sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros e organizam as comunicações e as condutas sociais (JODELET, 1989), não são uma reprodução do real no plano subjetivo, mas sua reorganização significativa, pela qual cada objeto apropriado tem seu espaço. Isto porque a representação social é, por definição, a particularização, num objeto, do processo mais amplo de apreensão e de apropriação do real pelo homem, enquanto sujeito-agente.

De acordo com Moscovici (1978, p. 41), as relações sociais que estabelecemos no cotidiano são fruto de representações que são facilmente apreendidas. Portanto, a Representação Social, para Moscovici, possui uma dupla dimensão, Sujeito e Sociedade, e situa-se no limiar de uma série de conceitos sociológicos e psicológicos.

É importante ressaltar, conforme Alves-Mazzotti (2000, p. 59), que Moscovici parte da premissa de que:

[...] não existe separação entre o universo externo e o universo interno do sujeito: em sua atividade representativa, ele não reproduz passivamente um objeto dado, mas, de certa forma, o reconstrói e, ao fazê-lo, se constitui como sujeito, na medida em que, ao apreendê-lo de uma dada maneira, ele próprio se situa no universo social e material (ALVES-MAZZOTTI, 2000, P. 59).

Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais elaborada por Moscovici é uma teoria que pode ser abordada em termos de produto e em termos de processo, pois a representação é, ao mesmo tempo, o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real, confrontando e atribuindo uma significação específica (ABRIC, 1994, p. 188).

Tal teoria, abordada em termos de produto, volta-se para o conteúdo das representações, para o conhecimento de senso comum, que permite aos sujeitos interpretarem o mundo e orientarem a comunicação entre eles, na medida em que, ao entrarem em contato com um determinado objeto, o representam e, em certo sentido, criam uma teoria que vai orientar suas ações e comportamentos.

A Teoria das Representações Sociais, abordada em termos de processo, consiste em saber como se constroem as representações, como se dá a incorporação do novo, do não familiar, aos universos consensuais. Nesse sentido, para Moscovici, a construção das representações envolve dois processos formadores: a ancoragem e a objetivação. Assim, conforme Sá, “o processo é responsável pelo enraizamento social da representação e de seu objeto” (SÁ, 1995, p. 38).

De acordo com Moscovici, o processo de objetivação “faz com que se torne real um esquema conceptual, com que se dê a uma imagem uma contrapartida material” (MOSCOVICI, 1978, p. 110). Nesse caso, então, a objetivação consiste em dar concretude a um determinado conceito. No caso do estudo de Moscovici, o conceito utilizado foi o de psicanálise, através do qual ele buscava conhecer como um determinado grupo a representava.

Segundo Alves-Mazzotti (2000, p. 60), para Jodelet, a objetivação de um determinado conceito ou objeto, por parte dos sujeitos, depende basicamente dos condicionantes culturais – acesso diferenciado às informações em função da inserção social dos sujeitos – e dos aspectos valorativos do grupo – sistema de valores do grupo. Dessa forma, as informações recebidas a respeito de um conceito ou objeto passam por uma organização, para que estes possam adquirir uma imagem coerente, ou seja, a construção formal de um conhecimento em termos de senso comum.

O processo de ancoragem envolve, para Moscovici, “a integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento preexistente”, ou seja, “sua inserção orgânica em um repertório de crenças já constituído” (ALVES-

MAZZOTI, 2000, p. 60). Nesse sentido, através da ancoragem tornamos familiar o conceito ou objeto representado.

Nessa linha argumentativa, reflete Moscovici (1978, p. 46): “Como se sabe, a opinião é, por um lado, uma fórmula socialmente valorizada a que um indivíduo adere; e, por outro lado, uma tomada de posição sobre um problema controvertido da sociedade”. Entretanto, de acordo com Alves-Mazzotti (2000, p. 59), o que Moscovici procura enfatizar:

[...] é que as representações sociais não são apenas “opiniões sobre” ou “imagens de”, mas teorias coletivas sobre o real, sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particular, uma estrutura de implicações baseada em valores e conceitos que ‘determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores e das idéias compartilhadas pelos grupos e regem, subseqüentemente, as condutas desejáveis ou admitidas (ALVES-MAZZOTI, 2000, p. 59).

Logo, para Moscovici (2003) a Representação Social é uma construção que o sujeito faz para entender o mundo e para se comunicar, é uma Teoria.

Moscovici, ao tratar da representação social, parte de duas premissas: primeiro, considera que não existe um corte entre o universo exterior e o do indivíduo, que o sujeito e o objeto não são absolutamente heterogêneos e que o objeto está inscrito num contexto dinâmico; segundo, vê a representação social como uma “preparação para a ação” (MOSCOVICI, 1978, p. 49). Tais representações partem da observação da realidade feita pelo indivíduo e posteriormente relatada. A observação não pode, entretanto, acontecer de maneira assistemática, precisa de controle para evitar que o indivíduo “tome seus desejos por realidade” (MOSCOVICI, 1978, p. 52). Os relatos podem ser de diferentes tipos, desde os mais acadêmicos até os informais.

Ao preocupar-se com a dinâmica das interações sociais, a Teoria das Representações Sociais não concebe o sujeito em separado do objeto. Para essa Teoria o objeto se insere num contexto concebido pelo sujeito como prolongamento do seu comportamento (ABRIC, 1994, p. 12).

A representação, então, funciona como sistema sociocognitivo e como sistema contextualizado. Como sistema sociocognitivo, supõe um sujeito ativo que produz representações acerca de um determinado objeto. Tais representações, embora estejam submetidas às regras dos processos cognitivos, são determinadas

inicialmente pelas condições sociais nas quais se elabora e se transmite uma representação (ABRIC, 1994, p. 14).

A representação, como sistema contextualizado, nos remete à questão da significação, um dos elementos fundamentais de uma representação, justamente porque tal elemento é determinado pelo contexto, que pode ser discursivo ou social. De acordo com Abric (1994), a significação de uma representação deve ser observada primeiramente pela natureza das condições do discurso, pelo contexto ideológico e pelo lugar que ocupa o indivíduo ou o grupo no sistema social a partir do qual foi produzida tal representação (ABRIC, 1994, p. 14-15).

Para Abric (1994, p.15-18), é possível sistematizar a finalidade das representações englobando quatro principais funções: 1) **função de saber**: “elas permitem compreender e explicar a realidade” a partir da comunicação social; 2) **função identitária**: “elas definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos”; 3) **função de orientação**: “definição da finalidade da situação”, guiam os comportamentos e práticas; 4) **função justificatória**: “permitem justificar as tomadas de posição e os comportamentos” (SÁ, 1996).

Jean-Claude Abric amplia esses conhecimentos a partir do seu estudo sobre a estrutura das representações sociais em uma teoria complementar à TRS, denominada Teoria do Núcleo Central (TNC). Essa teoria foi proposta em 1976, a partir da sua tese de doutorado *Jeux, conflits et représentations sociales*, sobre a organização interna das representações. Ele pertenceu a um grupo de pesquisadores do Sul da França, mais especificamente de *Aix-en-Provence*, conhecido como *Grupo do Midi* (SÁ, 1996).

A hipótese de Abric (1994) consistia, sucintamente, em dizer que toda representação social era composta internamente pelo núcleo central e pelo núcleo periférico. O núcleo central era constituído de um ou alguns elementos que dariam à representação o seu significado (função geradora) e organização interna (função organizadora). Se algum desses elementos fosse retirado, isso desestruturaria a representação e seu significado ficaria completamente diferente, sendo, portanto, elementos em posições privilegiadas nas representações. O núcleo central está relacionado à memória coletiva dando significação, consistência e permanência à representação sendo, portanto, estável e resistente a mudanças.

Esse núcleo é composto pelos elementos estáveis ou mais permanentes da representação social, sendo estes de natureza normativa e funcional. Os

aspectos funcionais estão ligados à natureza do objeto representado e os normativos dizem respeito aos valores e normas sociais pertencentes ao meio social do grupo. Já o sistema periférico é responsável pela atualização e contextualização da representação (MACHADO; ANICETO, 2010).

Conforme a Teoria do Núcleo Central (ABRIC, 1998), uma representação social constitui-se como um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes, composta de dois subsistemas - o central e o periférico - que funcionam exatamente como uma entidade, onde cada parte tem um papel específico e complementar.

Nesse referencial teórico, a realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não separada do seu contexto social. É a partir da dinâmica estabelecida entre o sujeito e o objeto do conhecimento, que se constroem concepções em torno de certa realidade.

São as representações sociais que combinam nossa capacidade de perceber, inferir, compreender, que vêm à nossa mente para dar um sentido às coisas. É uma interação mútua entre conhecimento e crenças significativas (MOSCOVICI, 2003).

As representações sociais são constituídas por processos sociocognitivos nas interações sociais. Isso significa dizer que elas têm implicações na vida cotidiana e que a comunicação e os comportamentos adotados por um grupo de indivíduos acerca de um objeto, neste estudo, do ser hipertenso, são resultantes do modo como os sujeitos representam esse objeto e do significado que este adquire em suas vidas.

Nesta pesquisa, utilizou-se a abordagem estrutural das representações juntamente com a abordagem processual, no intuito de apreender o sentido das representações sobre a hipertensão e o ser hipertenso, identificar estrutura da representação com seus sistemas central e periférico, e descrever as características que moldam o pensamento do senso comum do grupo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão será explorado o necessário acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica, dentre os seus fatores de risco e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Depois será abordado o envelhecimento populacional, a transição demográfica e a mudança no perfil demográfico; em seguida, as condições crônicas que acometem os idosos e, para finalizar, aprofundarei um pouco sobre o Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

4.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O ADOECIMENTO CRÔNICO NO IDOSO

Envelhecer é um processo natural que ocorre pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais. Com o avançar da idade, alterações estruturais e funcionais aparecem, marcando a velhice das pessoas. No entanto, essas alterações variam de um indivíduo para outro.

Tais mudanças levam as pessoas, em muitos casos, a necessitar de alguém para auxiliá-los em atividades que antes pareciam de simples execução. Essa ajuda se dá ora por um familiar ou não-familiar quando no domicílio ora por um cuidador quando em Instituição de Longa Permanência para Idosos.

A preocupação com a velhice em nossos dias focaliza esse estágio da vida, isolando-o do curso da vida como um todo. Sem negar os problemas que singularizam esse período, é importante interpretá-lo no curso da vida e no contexto histórico (HAREVEN,1976).

Em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que o de qualquer outra faixa etária (WHO, 2005). O acentuado crescimento da parcela idosa da população é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida, resultado da modernização das tecnologias médicas, da melhoria da qualidade de vida e da ampliação do acesso da população a programas e serviços de saúde.

Neste contexto, o Brasil, assim como outros países, vive um processo de transição demográfica marcado pelo rápido crescimento da população idosa, traduzido por um acréscimo anual de 650 mil novos idosos à população brasileira

(VERAS, 2009). Hoje, aproximadamente 10% da população do país é constituída por idosos, contabilizando cerca de 18 milhões (VERAS, 2007), dos quais 12,8% possuem mais de 80 anos de idade, correspondendo a 1,1% da população brasileira (BRASIL, 2006a).

Em menos de 50 anos houve um aumento de aproximadamente 700% no número de idosos no Brasil: passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008; e em 2025 haverá mais de 35 milhões de idosos no país. Em termos absolutos seremos, em 2025, a sexta população em número de idosos do mundo (PAVARINI *et al.*, 2005; IBGE, 2008). Outras estimativas apontam que em 2050 existirão mais idosos no mundo do que crianças menores de 15 anos (BRASIL, 2006a; IBGE, 2008). Como resultado a pirâmide populacional triangular, típica de países jovens, será substituída gradativamente por uma estrutura mais cilíndrica, característica de países longevos (WHO, 2005).

É importante salientar, no entanto, que apesar de o envelhecimento populacional ser um dos maiores triunfos da humanidade, é também um dos grandes desafios a serem enfrentados por todos os elementos da sociedade, uma vez que acarreta importantes problemas estruturais, provocando o aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo (WHO, 2005).

A melhoria das condições sanitárias e das tecnologias no campo da saúde resultou na mudança do perfil epidemiológico da população, cujas doenças infectocontagiosas, comuns entre os jovens, estão cedendo espaço às doenças crônicas e múltiplas, não-transmissíveis, que surgem com o avanço dos anos e podem comprometer a funcionalidade, e, por conseguinte, a qualidade de vida na velhice.

Considerando que o cenário nacional aponta para uma população cada vez mais velha, que esses idosos podem apresentar múltiplas doenças crônicas e que estas doenças podem causar dependência, este século será marcado por novas necessidades de cuidado, devendo este ser focado, fundamentalmente, na prevenção de incapacidades e na atenção integral à saúde do idoso.

Contudo, apesar dos diversos avanços em termos de melhoria da qualidade de vida e do acesso à saúde pela população longeva, ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Segundo Moreira *et al.* (2005), as transformações que vem modificando o nosso

perfil demográfico nem sempre vêm acompanhadas de mudanças no atendimento às necessidades de saúde da parcela populacional de idosos.

Conforme afirmam Siqueira *et al.* (2008), existe a necessidade da preparação e adequação dos serviços básicos de saúde, que visa à melhor estruturação, formação e qualificação profissional para o atendimento dessa nova demanda.

Nesse aspecto corroboramos que “é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível” (BRASIL, 2006a, p.7). Isto se torna factível na medida em que o processo de envelhecimento é compreendido como uma oportunidade para o idoso redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível, deixando de lado a concepção estigmatizada do envelhecimento como declínio das capacidades, doença, dependência e perda de autonomia.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, e sim reflexos do acesso aos serviços preventivos, que orientam para a redução de fatores de risco e levam à adoção de hábitos de vida saudáveis (MEIRELES *et al.*, 2007). No entanto, não se pode negar que as pessoas idosas têm maior vulnerabilidade às doenças e apresentam maior debilidade física e funcional do que as mais jovens (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008, p.304), necessitando de políticas e programas de saúde específicos.

O envelhecimento da população é fenômeno crescente no mundo. No Brasil, representou 7,4% da população em 2010. 48,9% dos idosos apresentavam mais de um agravo crônico (BRASIL, 2010).

O limite de idade para caracterizar uma população como idosa varia de sociedade para sociedade e depende não exclusivamente de fatores biológicos, mas também de fatores econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO & GARCIA, 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso para a realidade brasileira o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (DUARTE, *et al.*, 2005).

Com o envelhecimento da população, houve também um aumento da prevalência das chamadas doenças crônico-degenerativas, que exigem cuidados e tratamento contínuo (Veras, 2009). Esse tipo de acometimento exerce uma forte influência na capacidade funcional do idoso, podendo acarretar a incapacidade

parcial ou total do indivíduo, gerando importantes consequências para a família, a comunidade e o sistema de saúde. Essa situação causa maior vulnerabilidade e dependência, colaborando para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida.

Essa situação é capaz de abalar a dinâmica familiar, modificando drasticamente a rotina do lar, aumentando os gastos com medicamentos, alimentação e outras necessidades de um paciente crônico (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

O processo de adoecer na velhice faz com que muitos idosos experimentem algum tipo de fragilidade, acentuando os sentimentos de dependência. Isso muitas vezes pode fazer com que o indivíduo se sinta indefeso, frustrado, impotente para tomar suas próprias decisões e para enfrentar seus problemas do cotidiano.

Com o envelhecimento, observa-se uma inversão de papéis e uma reestruturação no ambiente familiar. Antes, o idoso era o prestador de cuidados; agora ele é a pessoa que necessita do auxílio.

O cuidado à pessoa portadora da hipertensão e a realização do autocuidado dependerá, entre outros fatores, da percepção que ele tem da doença e do significado que a experiência tem para eles.

As condições crônicas engloba uma categoria vasta de agravos, são problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período prolongado e que necessitam de certo nível de cuidados permanentes. Estas condições têm ainda como denominador comum, o fato de provocar permanente alteração no cotidiano das pessoas diretamente afetadas e daquelas ao seu redor.

A Hipertensão arterial é uma doença de grande prevalência nesse grupo etário. No entanto, o foco para o idoso não deve ser centrado única e exclusivamente na doença. O idoso não possui apenas uma patologia. Além da multiplicidade de patologias, é preciso considerar a forte influência dos determinantes sociais nas enfermidades que afetam esse grupo.

Com o rápido e intenso envelhecimento da população brasileira, delineia-se um novo paradigma na saúde: numa população envelhecida, o indicador de saúde estratégico não é a presença ou ausência de doença, mas o grau de capacidade funcional dos indivíduos e a habilidade de conduzir a própria vida de maneira independente e autônoma.

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. O foco de qualquer política de saúde contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção ou melhoria progressiva da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem (e/ou a estabilização das doenças) e reabilitação daqueles com restrição da capacidade funcional (VERAS; CALDAS, 2008).

Portanto, compreender a vivência do idoso com adoecimento crônico é importante, pois permite aos profissionais da saúde que prestam atendimento a essa população refletir sobre uma forma de atuação mais humanizada, em que se valorizem não apenas os aspectos biológicos, mas também todas as questões psicossociais que estão atreladas ao processo de adoecer durante a velhice.

4.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública que acomete, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% da população brasileira urbana adulta e mais da metade dos idosos no mundo (DÓRIA; LOTUFO, 2004). No Brasil, aproximadamente 65% dos idosos são portadores de HAS, sendo que, entre as mulheres com mais de 65 anos, a prevalência pode chegar a 80% (SBH, 2002). É considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, justificando 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das mortes por doença arterial coronariana (JAMA, 2003). Cerca de 40 a 83% da população hipertensa desconhece o seu diagnóstico, sendo que de 75 a 92% daqueles que estão em tratamento não controlam a pressão arterial (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004).

O risco de morte por doenças cardiovasculares está positivamente relacionado à pressão arterial tanto sistólica quanto diastólica (OPPARIL, 2001). O principal objetivo do tratamento da hipertensão é reduzir este risco (CHOBANIAN et al., 2003).

O desenvolvimento da hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravamento. Estes fatores são conhecidos como fatores de risco e, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de

Hipertensão Arterial, são: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo. Além desses, ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento são relevantes. As modificações no estilo de vida são consideradas fundamentais na prevenção e controle da HA.

Nos Estados Unidos, os pesquisadores do Estudo NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) compararam três fases de investigação – 1988-1991, 1991-1994 e 1999-2000, em relação à prevalência de hipertensão arterial, ao conhecimento sobre a doença, seu tratamento e controle. Concluíram que, do período inicial (1988-1991) ao final (1999-2000), houve aumento de 3,7% na prevalência de hipertensão, diminuição do conhecimento sobre a doença ao longo dos períodos, aumento da proporção de pessoas tratadas e da proporção de pessoas com a doença sob controle (HAJJAR & KOTCHEN, 2003).

Em geral, as mulheres têm mais conhecimento sobre a doença, se tratam mais frequentemente e obtêm maior controle sobre a doença do que os homens.

De fato, a hipertensão arterial pode ser uma condição de extrema gravidade, em função dos danos que costuma acarretar em órgãos vitais como cérebro, rins e coração (CHALMERS, 1999; OPPARIL, 2001; CHOBANIAN et al., 2003).

Mais de 95% dos casos de hipertensão não possuem uma causa definida ou uma localização orgânica, sendo chamados de hipertensão essencial, primária ou idiopática (CHALMERS, 1999; CHOBANIAN et al., 2003).

Existem algumas teorias que procuram explicar a causa da hipertensão arterial primária. Uma dessas teorias, a neurogênica, defende que o desenvolvimento da hipertensão é o resultado da atividade do sistema nervoso simpático, a partir de uma reação ao estresse. Quando esse estímulo torna-se frequente, desenvolve-se uma hipertrofia vascular e maior sensibilidade à descarga simpática mesmo na ausência do estressor, em função da resistência vascular aumentada (FRASIER, 2000).

Na grande maioria dos casos, porém, a hipertensão resulta de uma interação complexa de fatores: fatores genéticos, idade, gênero, raça, fatores sócio-econômicos, fatores relacionados aos hábitos de vida, fatores psicossociais.

O risco genético deve ser considerado a partir da história familiar, da raça e do gênero sendo que sua expressão estaria relacionada com a interação do indivíduo com seu ambiente.

A prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade, estimando-se que seja em torno de 3% entre 18 e 24 anos, de 13% entre 35 e 44 anos, e em torno de 70% acima dos 75 anos. Observa-se aumento tanto na pressão arterial sistólica quanto diastólica com a idade, porém a pressão diastólica alcança um platô ou mesmo decresce nas faixas etárias mais avançadas (YAN et al. 2003). A idade relaciona-se fortemente com outros fatores, tais como o gênero e características sócio-econômicas.

Os principais fatores relacionados aos hábitos de vida são o peso corporal, o consumo de álcool e a dieta rica em cloreto de sódio, além da prática insuficiente de exercícios físicos. Considera-se que esses fatores são os mais passíveis de serem modificados pelo indivíduo. O sedentarismo predispõe ao desenvolvimento da obesidade e aumento da pressão arterial.

Já existem evidências consistentes sobre a influência de fatores psicossociais na distribuição de hipertensão arterial na população. Esses fatores estariam relacionados com características sócioeconômicas e ao estresse crônico a que estão submetidas pessoas com menor status social. Dentre esses fatores psicossociais pode-se destacar os conflitos sociais em função da posição na hierarquia social e o desgaste no trabalho (PERRY et al., 1994; PICKERING, 1997).

Além disso, a forma de enfrentamento do estresse, em qualquer âmbito do cotidiano, parece influenciar os hábitos de vida, como a dieta, atividade física, tabagismo e consumo de álcool, já conhecidos por terem impacto direto sobre os mecanismos de regulação da pressão arterial.

Portanto, o desafio do enfermeiro, em especial, como profissional que mantém interação no cuidado a essa clientela, é buscar envolvê-la no processo terapêutico, ajudando-a na compreensão da necessidade de assumir modificações no seu estilo de vida, contribuindo para sua adesão ao controle da PA. Pela valorização das relações humanas, os enfermeiros firmam-se acerca da sua profissão, mediante criação de uma base de conhecimentos próprios, a partir do desenvolvimento das teorias de enfermagem, voltadas à sua prática, a fim de melhorar a qualidade do cuidado às pessoas.

4.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO À PESSOA IDOSA HIPERTENSA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia criada pelo governo em 1994 com o objetivo de reorganizar o 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 seja o modelo mais adequado para alterar o quadro das doenças cardiovasculares (COTTA et al., 2008; COTTA et al., 2009). Não obstante, ainda que o PSF tenha aumentado o acesso dos portadores de HA 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).

A atenção à saúde do idoso deve firmar-se na atenção primária, por meio das unidades básicas de saúde (UBS) e unidades básicas de saúde da família (UBASF), promovendo ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, assegurando todos os direitos de cidadania, defesa de sua dignidade, bem-estar e direito à vida (BRASIL, 2006a, 2006b).

A não-adesão ao tratamento tem como consequências complicações médicas e psicossociais, redução da qualidade de vida e desperdício dos recursos assistenciais em saúde (WHO; ISH, 2003). Além de estar associada a variáveis como renda, escolaridade, sexo e idade, a adesão relaciona-se com as crenças e a percepção sobre a doença. Ressalta-se que o enfrentamento da HA envolve a compreensão de seu significado pelo hipertenso, de acordo com suas concepções sobre o processo saúde-doença-adoecimento (ARAUJO; GARCIA, 2006). Contudo, buscar compreender a relação dos portadores de HA 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.

O controle da HA constitui uma das áreas estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, as experiências educativas voltadas aos portadores de HA 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

Neste aspecto, faz-se necessária uma ação conjunta entre a equipe de saúde, os familiares e os hipertensos na rede básica de saúde com destaque para a atuação do Enfermeiro na realização de atividades de educação em saúde para hipertensos em salas de espera, organização de caminhadas e cafés da manhã que visem, além de promover uma maior participação e inclusão social, fornecer informações precisas sobre os fatores de risco e efetivo controle da hipertensão.

Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulando sequelas das doenças crônico-degenerativas, desenvolvendo incapacidades e perdendo autonomia, bem como qualidade de vida. Por esse motivo, é necessário delinear políticas específicas, sendo relevante o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário.

Compreendendo tal necessidade, o Governo Federal Brasileiro criou o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) e, posteriormente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI – Portaria 2.528/06) com o objetivo de garantir atenção integral à saúde dos idosos. O Estatuto do Idoso reforça as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso e consolida os direitos já assegurados na Constituição Federal. Além disso, traz a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Estado de assegurar aos idosos, proteção à vida, saúde, educação, cidadania, liberdade, respeito e dignidade, por meio da efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável (BRASIL, 2003).

A PNSPI enfatiza a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência física e mental da pessoa idosa. Ainda define diretrizes para direcionar as ações no que se refere à saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b).

Apesar de ambas as propostas assegurar direitos fundamentais ao idoso, apenas em 2006, por meio do Pacto pela Saúde, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade, responsabilizando-se pela garantia do direito ao acesso e a prestação de uma assistência de qualidade, salientando, ainda,

a importância da atenção primária como porta de entrada dos usuários aos sistemas de saúde (BRASIL, 2006c).

Assim, por meio do desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado, os serviços de atenção primária à saúde, no que concerne à saúde da pessoa idosa, devem conceber a independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, como metas a serem alcançadas. Para tanto, os profissionais de saúde dessa área devem ter a promoção, prevenção e reabilitação da saúde do idoso como eixos norteadores do cuidado clínico em saúde, proporcionando uma atenção integral diferenciada e humanizada ao ser em processo de envelhecimento.

O enfermeiro, como membro da equipe de Saúde da Família, deve conhecer a realidade das mesmas, tanto nos aspectos físicos, mentais, sociais e demográficos, devendo prestar assistência integral e contínua a todos os membros, incluindo o domicílio como local de atenção. O enfermeiro deve participar ativamente do cuidado clínico oferecido ao idoso, abordando mudanças físicas consideradas normais e identificando precocemente as alterações patológicas (PAPALÉO NETTO, 2002).

São atribuições do enfermeiro no cuidado clínico em saúde à pessoa idosa acompanhada no âmbito da atenção primária: a) realizar atenção integral aos idosos; b) realizar assistência domiciliária, quando necessário; c) realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; d) supervisionar e coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem; e) realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; f) orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos (BRASIL, 2006a).

É importante salientar que, no acompanhamento ao idoso em condições crônicas de saúde o tratamento clínico é adequado e necessário, porém não é suficiente (DUARTE; LEBRÃO, 2008). Neste sentido, o enfermeiro precisa prover meios para mudanças no estilo de vida, adaptação às situações apresentadas, desenvolvimento de habilidades novas e interação com os diferentes componentes do sistema de saúde e recursos da comunidade. Assim, compete ainda ao cuidado

clínico de enfermagem na atenção primária desenvolver e realizar atividades de educação em saúde à pessoa idosa, família e comunidade.

O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo dos programas e políticas de saúde voltadas à população idosa. Diante disto, o profissional de enfermagem precisa entender que o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem consequências importantes para diversos núcleos sociais: família, comunidade, sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade acarreta maior vulnerabilidade e dependência na velhice, colaborando para a redução do bem-estar e da qualidade de vida dos mesmos (ALVES *et al.*, 2007). Portanto, o cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família.

Na atualidade, o cuidado de enfermagem ao idoso no âmbito da ESF direciona-se à recuperação e ao bem-estar do indivíduo, devendo se fundamentar em conhecimentos científicos e na autonomia profissional.

Assim, para que a assistência de enfermagem seja eficiente e efetiva deve ser sistematizada por meio do processo de enfermagem. Este processo representa o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional dos enfermeiros. Sua utilização proporciona a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica de enfermagem.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

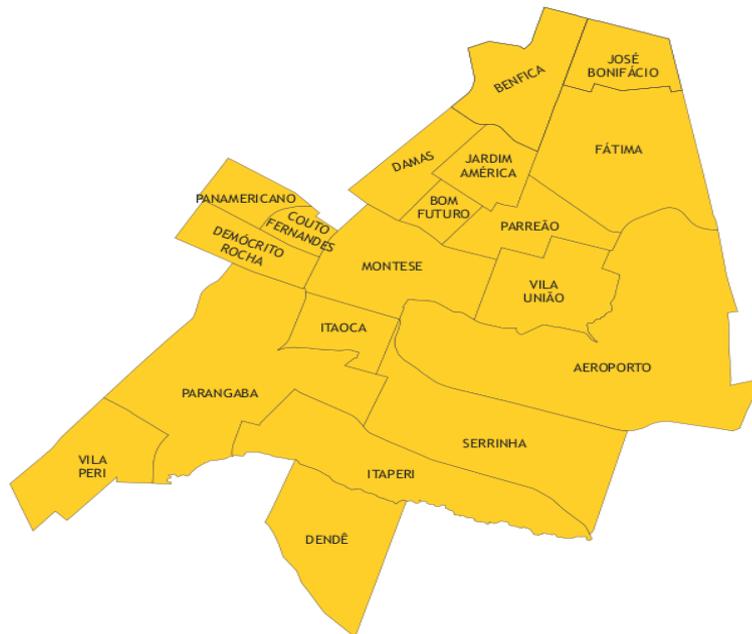
Trata-se de uma pesquisa descritiva, fundamentado na Teoria das Representações sociais. A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos, sem manipulá-los. Tem por objetivo obter informações do que existe a fim de poder descrever e interpretar a realidade (SILVA, 2000; TURATO, 2005). A pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, e o pesquisador não interfere neles. Assim, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador (ANDRADE, 2002). A grande contribuição da pesquisa descritiva é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida (GIL, 2008).

A escolha da TRS proporcionou a descrição e compreensão de processos estruturais e sociopsicológicos-chave em ambientes sociais (POLIT; BECK, 2011), permitindo uma melhor adequação aos objetivos propostos no estudo.

5.2 LOCAL E PERÍODO

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Saúde da Família, situada na cidade de Fortaleza – CE, no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. O Centro de Saúde da Família estava localizado na Regional IV, conforme ilustrado na Figura 2. Durante o estágio supervisionado, a pesquisadora observou o número elevado de idosos com diagnóstico de HAS, assistidos na Unidade referida.

Figura 2 - Mapa da Regional IV de Fortaleza. Fortaleza- Ceará, 2015



FONTE: Prefeitura de Fortaleza.

5.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população foi constituída por aproximadamente 660 hipertensos, desses 200 eram idosos, segundo dados estatísticos da Unidade. Por idosos, entendem-se aqueles com idade a partir de 60 anos em países subdesenvolvidos e 65 anos em países desenvolvidos, segundo o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005). A amostra foi constituída por 100 idosos que atenderam aos critérios: 1) ser idoso hipertenso; 2) conhecimento da hipertensão por no mínimo 6 meses; 3) ser cadastrado na Unidade. Critérios de exclusão: 1) ser idoso hipertenso cadastrado, porém que não frequentou a UBS no período da coleta de dados.

5.4 TÉCNICAS/INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como estratégia de coleta de dados, foi aplicado primeiramente um questionário para identificação sociodemográfica (Apêndice A), e em seguida um questionário para a técnica de Associação Livre de Palavras (Apêndice B).

O questionário permitiu a coleta de dados sociais, demográficos, culturais, econômicos e, ainda, questões relacionadas ao consumo de álcool, tabagismo, antecedentes de hipertensão na família, tratamento com medicamentos anti-

hipertensivos, prática de exercícios físicos e o Índice de Massa Corpórea (IMC). O IMC foi calculado de acordo com as medidas antropométricas realizadas antes do idoso ir para a consulta médica.

Optou-se pela técnica de associação livre de palavras, pois ela possibilita identificar a estrutura interna das representações a partir da Teoria do Núcleo Central. Esta teoria se importa, mais especificamente, com o conteúdo cognitivo das representações, idealizando-o como um algo estruturado e organizado e não apenas uma coleção de ideias e valores (SÁ, 1998).

Através da técnica de associação livre de palavras (TALP), foi possível identificar estes elementos, solicitando aos idosos que dissessem, espontaneamente e em ordem de prioridade, as quatro primeiras palavras que vinham à sua mente quando ouviam os termos indutores: “pressão alta” e “ser hipertenso”.

O Teste de Associação Livre de Palavra (TALP) é um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de respostas dadas a partir de um estímulo indutor, o qual permite colocar em evidência os universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações, sendo uma estrutura submetida à influência do meio cultural e da experiência pessoal (COUTINHO, 2005).

Segundo Sá (1998), os termos que aparecem com maior frequência e que assumem os primeiros lugares ao serem ordenados, supostamente, teriam uma maior importância no esquema de cognição do sujeito.

O teste de associação livre de palavras trata-se de uma técnica projetiva orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica do sujeito torna-se palpável através das manifestações de condutas de reações, evocações, escolhas e criação, constituindo-se em índices reveladores do conjunto da personalidade. Enquanto técnica projetiva, deveria atuar sobre a estrutura psicológica do sujeito, tornando-a evidenciada a partir das quatro principais condições de um teste projetivo: estimular, tornar observável, registrar e obter a comunicação verbal (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

Abric (1994, p.66) refere que “a associação livre permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas”. Dessa forma, o caráter espontâneo e menos controlado dessa técnica favorece conhecer não apenas os conteúdos da representação, mas também sua estrutura e organização interna (SÁ, 1998).

Os idosos foram abordadas antes ou após a consulta médica, com vistas a não interferir na dinâmica do atendimento e respeitando o horário de suas consultas. Primeiramente, o idoso era pesado, e em seguida aferida a sua pressão arterial; quando a consulta médica demorasse, o idoso ia para uma sala e a pesquisadora realizava a coleta de dados, caso contrário, a coleta era feita após a consulta. Esta era feita individualmente e cada sujeito da pesquisa teve 1 minuto e 30 segundos para responder cada palavra indutora. O instrumento foi desenvolvido com base na Teoria das Representações Sociais.

5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

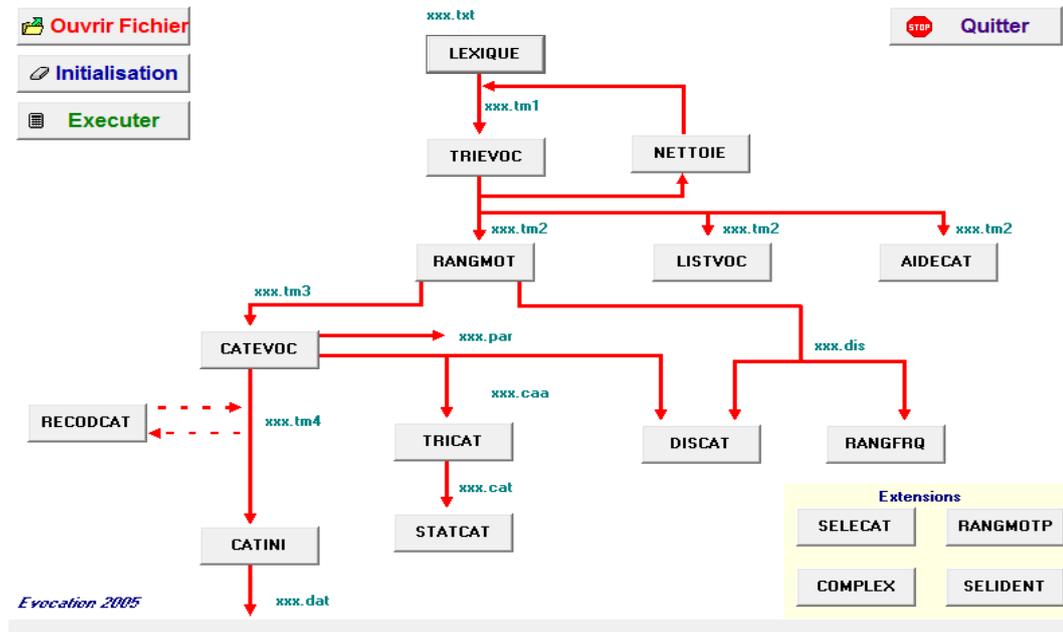
A análise dos dados provenientes do questionário sociodemográfico foi feita a partir da tabulação destes no programa *Microsoft Office Excel* (2007), calculando-se as frequências absoluta e relativa, e organizando os resultados em uma tabela para caracterização da amostra.

Para a estruturação e análise dos dados resultantes da aplicação do TALP, foi utilizado o *software* EVOC® - *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évoctions* (Conjunto de programas para a análise de evocações), versão 2005, desenvolvido inicialmente por Pierre Vergès (2002) e disponível na língua francesa. Justifica-se o uso desta técnica por ela gerar, a partir da análise lexical, o quadro de quatro casas, possibilitando a análise estrutural das representações sociais com seus possíveis elementos centrais e periféricos (REIS; SARUBBI JUNIOR; BERTOLINO NETO; ROLIM NETO, 2013).

A técnica de evocação consiste em apresentar uma palavra indutora aos indivíduos e solicitar que produzam todas as palavras, expressões ou adjetivos que lhe venham à cabeça a partir dela. Abric (1994) considera que o caráter espontâneo dessa técnica permite ao pesquisador colher os elementos constitutivos do conteúdo da representação. A evocação pode constituir uma boa ferramenta de identificação do conteúdo e do significado de uma representação, tanto mais que pode ser produzida individualmente ou em grupo.

Além disso, os estudos de representações sociais são particularmente bem situados para utilizar esta técnica e instrumentos de nível metodológico. O conjunto de programas foi ilustrado na [Figura 3](#).

Figura 3 – Conjunto de Programas para a Análise de Evocações



FONTE: EVOC (2005)

Para o alcance dos resultados encontrados, utilizaram-se sete programas disponibilizados pelo *software* EVOC, com as distintas funções, segundo Reis, Sarubbi Junior, Bertolino Neto e Rolim Neto (2013):

- a) *Lexique* (isolamento das unidades lexicais);
- b) *Trievoc* (triagem das evocações);
- c) *Nettoie* (limpeza de erros ortográficos, onde o pesquisador pode sumarizar palavras de mesmo sentido);
- d) *Rangmot* (que fornece o cálculo do total de vezes que uma palavra foi evocada - frequência simples - e o *rang* - média ponderada do número de vezes que cada evocação aparece em uma determinada posição);
- e) *Listevoc* (listagem de cada evocação que permite ver a associação das evocações);
- f) *Aidecat* (análise das palavras mais frequentes);
- g) *Rangfrq* (que gera o Quadro de quatro casas).

No cálculo do *Rang*, foi utilizada uma frequência de 11 para os dois termos indutores. A partir do *Rangfrq*, obtêm-se o quadro de quatro casas, que possibilita identificar o núcleo central e a periferia das representações sociais. A sua interpretação ocorre da seguinte forma: o quadrante superior esquerdo corresponde

ao núcleo central e os elementos citados com maior frequência pelos sujeitos nas primeiras posições. Os outros três quadrantes representam o núcleo periférico.

No quadrante inferior esquerdo, abaixo do núcleo central, fica a zona de contraste, que apresenta palavras pouco evocadas, porém, nas primeiras posições (REIS; SARUBBI JUNIOR; BERTOLINO NETO; ROLIM NETO, 2013). O quadrante superior direito contém os elementos evocados com maior frequência e em últimas posições, ou seja, menor importância para os sujeitos, e corresponde à primeira periferia, com função de proteção do núcleo central. O último quadrante, inferior direito, possui os elementos da segunda periferia, ou seja, aqueles com menor frequência de evocações e nas últimas posições (BEZERRA; PEREIRA; CHAVES; MONTEIRO, 2015).

Após análise, os dados e a figura resultante das evocações foram discutidos à luz da literatura atualizada e pertinente sobre o assunto, baseado na TRS, e apresentados através de tabelas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Foram considerados, durante todo o desenvolvimento da investigação, os preceitos ético-legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tratam dos encaminhamentos quando as pesquisas envolvem seres humanos. A pesquisa foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e aprovada sob parecer nº 1.235.358, CAAE: 48666315.7.0000.5534 do dia 18/09/2015 (ANEXO 1). Também foi solicitado autorização da respectiva UBS através da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES).

Aos participantes idosos foram esclarecidos os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa no momento da coleta de dados, e, assim, solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), concordando em participar voluntariamente do estudo. Foi garantido sigilo e anonimato dos participantes, bem como a privacidade dos dados coletados e o direito de retirar seu consentimento durante a pesquisa. Os participantes também foram informados que os dados e as informações coletadas foram utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e

apresentadas em eventos científicos. No desenvolvimento do estudo, não se constatou qualquer risco ou constrangimento aos idosos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS HIPERTENSOS

Dos 100 participantes da pesquisa, a amostra foi composta por 72% idosos do sexo feminino e 28% do sexo masculino, sendo 80% da raça parda. A média de idade foi de 68 anos. No que diz respeito ao IMC, 53% apresentaram sobrepeso. Destes, 28% com 1º grau de obesidade. A viuvez prevaleceu entre os idosos, contabilizando 37% desses. Quanto a escolaridade, 37% sabia apenas ler e escrever. Os que referiram religião católica totalizaram 77%. Dos idosos que apresentaram renda de aproximadamente um a três salários mínimo, contabilizou-se 56%. Quanto à ocupação, 57% dos idosos são aposentados. 82% não consomem bebida alcoólica; 73% da amostra são ex-fumantes, 18% não fumantes e apenas 9% são fumantes. Em relação a prática de atividade física, 93% dos idosos relataram que não praticam nenhuma atividade física. 94% têm antecedentes de HAS na família, sendo a maior parte parentesco de 1º grau; e 96% fazem tratamento com antihipertensivos. A PA média da amostra foi de 150 mmHg x 90 mmHg.

Os dados provenientes da captação do perfil sociodemográfico dos 100 idosos que realizaram o TALP foram submetidos a tratamento estatístico por frequência absoluta e relativa, e organizados em uma tabela capaz de propiciar sua visualização e entendimento.

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas dos idosos cadastrados no hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde. Fortaleza, Ceará, 2015

Variável	n
Sexo	
Feminino	72
Masculino	28
Idade	
60-69	64
70-79	32
≥80	04

Raça	
Parda	80
Branca	12
Negra	06
Amarela	01
Indígena	01
Estado Civil	
Solteiro	17
Casado	33
Divorciado	13
Viúvo	37
Escolaridade	
Analfabeto	30
Sabe ler/escrever	37
1º Grau Incompleto	26
1º Grau Completo	04
2º Grau Incompleto	01
2º Grau Completo	01
Ensino Superior	01
Renda Individual (Salários mínimos)*	
<1 SM	44
1 – 3 SM	56
Índice de Massa Corpórea (IMC)**	
<22 kg/m ² (Baixo peso)	19
>22 e <27 kg/m ² (Eutrófico)	28
> 27 kg/m ² (Sobrepeso)	53
Religião	
Católica	77
Protestante	19
Espírita	03
Ateu	01
Ocupação	
Aposentado	57
Doméstica	32

Pintor	02
Copeiro	01
Vidraceiro	01
Agricultor	03
Pedreiro	02
Desempregado	01
Massoterapeuta	01

Fonte: Próprio autor.

* Salário mínimo baseado no valor vigente do período: R\$ 788,00 reais.

** Índice de Massa Corpórea segundo a classificação de Sivan, 2004, p.24

Percebe-se que há predominância do sexo feminino (72%) da amostra, esses dados sugerem que as mulheres geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a hipertensão arterial diagnosticada.

Existe relação direta e linear da PA com a idade (SBC, 2006), sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (CESARINO, 2008).

Idosos de cor não-branca apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial, em concordância com o que tem sido observado em outras pesquisas (BASSETT, 2002; MATTHEWS, 2002). De acordo com o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), vários fatores contribuiriam para acarretar as disparidades de saúde entre brancos e não-brancos, como: fatores sócio-econômicos, estilo de vida, o ambiente social (incluindo as oportunidades educacionais e econômicas, a discriminação racial e as condições de trabalho) e o acesso a serviços de saúde (CDC, 2005).

Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (Lessa, 2001).

Encontrou-se que a prevalência de hipertensão arterial foi maior em idosos com sobrepeso ou obesos. A relação entre obesidade e hipertensão arterial tem sido relatada em diversos estudos (SUNDQUIST, 2001). Petrella afirma que cada quilo perdido corresponderia à diminuição de um milímetro de mercúrio da

pressão arterial. Levine et al., revendo a literatura, verificaram que o excesso de peso resultaria no aumento do risco de desenvolver hipertensão arterial em 2 a 6 vezes. Os fatores que contribuem para que os obesos apresentem alteração na função renal, predispondo ao aumento da pressão por retenção de líquido, são: a resistência à insulina, alterações nas estruturas renais, alterações na estrutura e função vascular, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, ativação do sistema nervoso simpático e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (IRIGOYEN, 2003).

Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos é viúvo (37%), 33% são casados, 17% são solteiros, 13% divorciados. O estado civil tem sido apontado como preditor da adesão ao tratamento, ou seja, o fato de indivíduos possuírem companheiro pode ser agente facilitador no processo de tratamento dos hipertensos; como a maioria são viúvos alguns dependem de outro familiar, e quando não tem, muitas vezes não aderem ao tratamento.

Observou-se que os idosos hipertensos apresentavam baixa escolaridade, pois a maior parte deles sabia somente ler e escrever e uma parcela significativa era analfabeto. A baixa escolaridade entre hipertensos tem sido identificada em vários estudos, inclusive constituindo um fator que dificulta um controle eficaz da pressão arterial, principalmente no que diz respeito à medicação, porque a maioria dos idosos não sabem qual medicação irá tomar, em que horário, a dosagem, necessitando assim, de um auxílio.

Sobre a maioria dos idosos aderirem à religião católica 77%, o que se sabe é que o Brasil tem uma raiz colonizadora religiosa que marcou profundamente a organização do Estado e, em particular, a organização da assistência à saúde, seja controlando o ensino, seja exercendo uma função caritativa, mantendo sob a sua responsabilidade administrativa a maioria dos hospitais, principalmente, os destinados a indigentes. Essa herança, advinda da disseminação do pensamento cristão, transformou o cuidado aos doentes, dantes realizado por mulheres, como peculiar a uma condição feminina, a uma das formas de caridade adotadas pela igreja (GUZZ; DYTZ, 2008).

A maioria dos idosos era aposentados, porém uma parcela deles (dez) continua exercendo alguma atividade laboral para ajudar na complementação da renda familiar, sendo essas, pintor (2), copeiro (1), vidraceiro (1), agricultor (3),

pedreiro (2), massoterapeuta (1). Acredita-se que este fato pode de algum modo dificultar a procura da Unidade Básica de Saúde.

Nota-se que para a maioria dos idosos a renda era proveniente exclusivamente da aposentadoria, sendo que mais da metade deles (56%) tem uma renda de um a três salários mínimos (SM), e 44% recebem menos de um salário mínimo. O baixo nível socioeconômico também é identificado como um fator que dificulta o controle efetivo da pressão arterial, pois a terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo, o que dificulta a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o controle da PA.

As pesquisas apontam que os indivíduos com inserção sócio-econômica desfavorável estariam mais propensos à depressão e ao estresse crônico causados pelas dificuldades cotidianas, aumentando os níveis de catecolaminas e, conseqüentemente, a freqüência cardíaca e a pressão arterial (VARGAS, 2000).

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa das variáveis clínicas dos idosos cadastrados no hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde. Fortaleza, Ceará, 2015

Variável	n
Consumo de álcool	
Sim	18
Não	82
Tabagismo	
Fumantes	09
Não fumantes	18
Ex-fumantes	73
Prática de atividade física	
Sim	07
Não	93
Antecedentes de hipertensão na família	
Sim	94
Não	06

Faz tratamento com anti-hipertensivo	
Sim	96
Não	04

Ao investigarmos alguns hábitos de vida, identificamos que 93% dos idosos não praticam nenhuma atividade física. Dos que realizam, a atividade mais freqüente é a caminhada. Estudos mostram que atividades físicas supervisionadas podem ser úteis na implementação do tratamento não-farmacológico da hipertensão, e que a associação de exercícios aeróbicos com os resistidos e de flexibilidade também se mostrou segura, apontando assim para mais uma opção na prescrição do exercício ao idoso (BARROSO *et al.*, 2008). O fator idade deve ser considerado, haja vista que nos idosos as deteriorações fisiológica e estruturais são marcantes em todos os sistemas do corpo; nesta faixa etária são freqüentes doenças associadas os traumas debilitantes.

Os idosos também mencionaram a presença de alguns hábitos prejudiciais à saúde, que podem influenciar no controle da hipertensão arterial e por isto mesmo são contrários às orientações oferecidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Notou-se, por exemplo, que 9% dos idosos afirmaram fumar e 73% são ex-fumantes e 18% deles consomem bebidas alcoólicas.

O álcool é identificado como um fator de risco que contribui para o agravamento da hipertensão arterial, visto que o aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente. Portanto, a redução do seu consumo é uma das principais medidas orientadas no tratamento não-medicamentoso da hipertensão (BRANDÃO, 2006).

Quanto à utilização do tabaco, estudos indicam que o hábito de tabagismo atual ou anterior aumenta em 36% a chance de hipertensão arterial referida em idosos (OLIVEIRA, 2008). É de fundamental importância o envolvimento dos profissionais de saúde para que aconteçam mudanças no estilo de vida dos hipertensos, através de ações de promoção e prevenção à saúde.

A presença de antecedentes familiares para hipertensão arterial foi citada por 94% dos idosos. Dentre estes, a maioria (66%) apontou a mãe como o familiar com história de hipertensão na família, seguido pelo pai (20%) e irmãos (14%).

A prevalência do uso de anti-hipertensivo foi de 96%. Entre os hipertensos em uso de anti-hipertensivos, a classe de fármacos mais frequentemente empregada para controle da doença era a de diuréticos (68%), especialmente a hidroclorotiazida. A segunda classe mais utilizada foi a de IECA (Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina) (22%), sobressaindo-se o enalapril e captopril, em seguida a losartana, da classe dos antagonistas dos receptores da angiotensina, com 10%. Dos idosos que utilizam a terapia farmacológica, 52% não usam o medicamento da forma correta e/ou acabam esquecendo de tomar a medicação.

É importante destacar que 4% dos idosos hipertensos não relataram uso de fármacos para o seu tratamento. Possíveis explicações para esse fato incluem a opção pelo tratamento não farmacológico, o que é compatível com as recomendações e diretrizes para tratamento da hipertensão, que sugere mudanças de hábitos e estilo de vida como forma de controle da doença. Para determinados pacientes, o tratamento não farmacológico pode ser suficiente para obter esse controle. Outro aspecto que pode ter contribuído para a não utilização dos medicamentos refere-se às barreiras existentes ao seu acesso, ainda que o SUS garanta a oferta contínua de medicamentos anti-hipertensivos na rede básica de saúde. Entre os principais motivos apresentados, encontram-se a falta do produto na farmácia do SUS e dificuldades financeiras para sua aquisição.

Analisando-se os níveis pressóricos dos 100 idosos em estudo, a média da pressão sistólica foi de 150 mmHg e para a diastólica 90 mm Hg. Sabe-se que a hipertensão sistólica isolada é mais comum com o envelhecimento, em consequência das mudanças estruturais das artérias, normalmente as de grosso calibre (FRANCISCHETTI, 2005). O aumento da pressão arterial e da prevalência da hipertensão sistólica isolada no idoso é considerado como um processo anormal do envelhecimento. O estudo de Framingham (FRANKLIN, 1999) demonstra que a pressão sistólica aumenta continuamente com a idade em todos os grupos, ao passo que a pressão diastólica aumenta até os 60 anos, diminuindo a seguir. Dados de 30 anos de seguimento do estudo de Framingham mostraram claramente o

aumento de risco de eventos cardiovasculares com a elevação da pressão sistólica particularmente no idoso.

6.2 ANÁLISE LEXICAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este tópico aborda os resultados obtidos no processamento do *corpus* pelo *software* EVOC a partir da técnica de associação livre e sua análise. Com base no cruzamento da frequência com a ordem média de evocação das palavras foi construído o Quadro de quatro casas para os termos indutores pressão alta e ser hipertenso, que foram discutidos baseados em estudos da temática.

6.2.1 Análise estrutural das representações sociais sobre a pressão alta

Em relação ao termo indutor “pressão alta”, surgiram 400 palavras, sendo 63 diferentes e 337 repetidas. No *RANGMOT*, a frequência foi ajustada para 10 no cálculo da Ordem Média de Evocação (OME) ou *Rang*, que representa o número de vezes que uma palavra aparece em determinada posição. O *Rang* calculado pelo programa foi igual a 2,48 e arredondado para 2,5. A partir do programa AIDECAT, foi possível observar a frequência mínima e calcular a frequência intermediária. Os valores utilizados para gerar o Quadro de quatro casas foram: $Rang = 2,5$; frequência mínima = 3; e frequência intermediária = 11,1, sendo arredondada para 11.

Primeiramente, foram encontrados 37 termos no Quadro de quatro casos e após a triagem, com base nas frequências do AIDECAT, obteve-se um quantitativo de 31 termos evocados pelos 100 sujeitos, ilustrados na Figura 4.

Figura 4 – Quadro de quatro casas gerado a partir do termo indutor *pressão alta*

Options pour le programme TABRGFR

Fréquence Minimale: 3
 Fréquence Intermediaire: 11
 Rang moyen: 2.5

Rang < 2,5

Fréquence >= 11

avc	15	2,000
gordura	14	2,357
infarto	11	1,636
ma-alimentacao	11	2,182
medo	13	1,846
preocupacao	12	2,417
remedio	31	2,226
sal	28	2,107
tontura	12	2,417

Rang >= 2,5

doenca	25	2,800
dor	12	2,667
mal-estar	13	3,154
medico	18	2,889
morte	13	3,154
posto	12	3,667
sedentarismo	13	2,846

Fréquence <= 3

Fréquence < 10

apavorada	3	1,333
bebida-alcoolica	8	2,375
cigarro	8	2,125
coracao	4	1,250
descontrole-da-pressao	3	2,000
dor-de-cabeca	8	2,000
falta-de-exercicio	4	2,000
falta-de-fogo	3	2,000
nervosismo	3	2,000

abalo	4	2,750
alimentacao	3	2,667
cansaco	5	2,800
dor-no-peito	10	2,900
enfemeiro	7	3,143
esquecimento	6	3,000
estresse	3	3,333
excesso-de-peso	8	3,375
grave	3	3,000
maus-habitos	4	2,750
obesidade	9	2,667

Fonte: Evoc, 2005.

As informações do Quadro de quatro casas considerou as palavras evocadas, a frequência simples de cada evocação, a frequência intermediária e a OME, ancorados à Teoria do Núcleo Central.

Quadro 1 – Distribuição das palavras evocadas conforme o termo indutor *pressão alta*

Núcleo Central	F>=11	Rang <2,5	1ª Periferia	F>=11	Rang >= 2,5
	f	OME		f	OME
Avc	15	2,000	Doença	25	2,800
gordura	14	2,357	dor	12	2,667
infarto	11	1,636	mal-estar	13	3,154
ma-alimentação	11	2,182	médico	18	2,889
medo	13	1,846	morte	13	3,154

preocupação	12	2,417	posto	12	3,667
remédio	31	2,226	sedentarismo	13	2,846
sal	28	2,107			
tontura	12	2,417			
Zona de Contraste	F<10	Rang<2,5	2ª Periferia	F<10	Rang>=2,5
	f	OME		f	OME
bebida alcoólica	8	2,375	Abalo	4	2,750
cigarro	8	2,125	cansaço	5	2,800
coração	4	1,250	dor no peito	10	2,900
dor de cabeça	8	2,000	enfermeiro	7	3,143
falta de exercício	4	2,000	esquecimento	6	3,000
nervosismo	3	2,000	excesso de peso	8	3,375
			maus hábitos	4	2,750
			obesidade	9	2,667
			grave	3	3,000

FONTE: Elaborado pelo autor com base nos valores do Quadro de quatro casas

De acordo com o Quadro 1, no quadrante superior esquerdo surgiram nove termos indicando o núcleo central das representações sociais. O valor da frequência intermediária para esse quadrante foi maior/igual a 11 e o *Rang* menor do que 2,5. Neste quadrante, as palavras apresentaram uma maior frequência e baixa OME, ou seja, foram mais evocadas e ficaram nas primeiras posições, sendo estas: *AVC, gordura, infarto, má-alimentação, medo, preocupação, remédio, sal e tontura*. Vale salientar que remédio foi o termo mais evocado, citado 31 vezes, sal foi o segundo termo mais citado, com 28 evocações, seguido de *avc* (15 evocações) e *gordura* com 14, e o termo *infarto* obteve a menor OME (1,636), o que indica sua citação mais prontamente nas primeiras posições.

No quadrante inferior esquerdo, seis termos constituíram a zona de contraste, apresentado baixa frequência de evocação e baixa OME: *bebida alcoólica, cigarro, coração, dor de cabeça, falta de exercício, e nervosismo*. O valor da frequência intermediária foi menor do que 10 e o *Rang* menor do que 2,5.

O quadrante superior direito, que correspondia à primeira periferia, foi composto por sete termos: *doença, dor, mal-estar, médico, morte, posto e sedentarismo*. Este quadrante situava os elementos com alta frequência de evocação, mas que só apareciam nas últimas posições (alta OME). O valor da frequência intermediária utilizada foi maior/igual a 11 e o *Rang* maior/igual a 2,5.

O último quadrante, inferior direito, representava a segunda periferia, que continha as palavras menos evocadas (frequência baixa) e nas últimas colocações (alta OME): *abalo, cansaço, dor no peito, enfermeiro, esquecimento, excesso de peso, maus hábitos, obesidade e grave*. O valor da frequência intermediária foi menor do que 10 e o *Rang* maior/igual a 2,5.

6.2.2 O significado da pressão alta para idosos hipertensos

Os elementos centrais expostos no Quadro 1 retrataram o significado da pressão alta marcado pelos aspectos metabólicos, como remédio (31), sal (28), gordura (14) e má-alimentação (11); pelos aspectos biológicos, como AVC (15), tontura (12) e infarto (11); e pelos aspectos psicológicos, como medo (13) e preocupação (12).

Esses elementos enquadram o núcleo central na dimensão normativa. A Teoria do Núcleo Central (TNC) foi proposta por Jean Claude Abric (1998) no ano de 1976. O autor sustenta a hipótese de que toda representação social está organizada em torno de um núcleo central e um sistema periférico. O núcleo central está relacionado à memória coletiva dando significação, consistência e permanência à representação sendo, portanto, estável e resistente a mudanças.

Esse núcleo é composto pelos elementos estáveis ou mais permanentes da representação social, sendo estes de natureza normativa e funcional. Os aspectos funcionais estão ligados à natureza do objeto representado e os normativos dizem respeito aos valores e normas sociais pertencentes ao meio social do grupo. Surge, então, uma tríade representativa da pressão alta em que os termos *remédio, sal e AVC* estão conectados no pensamento social com maior ênfase, mas todos os elementos evocados se relacionam entre si.

No que diz respeito ao termo *remédio*, infere-se que este se ancora na hipertensão arterial, pois o tratamento medicamentoso deve permitir não somente a redução dos níveis tensionais, mas também a redução da taxa de eventos mórbidos

cardiovasculares. Grande parte dos idosos relataram tratamento medicamentoso combinado. As associações de anti-hipertensivos devem seguir a lógica de não combinar medicamentos com mecanismos de ação similares, com exceção da combinação de diuréticos tiazídicos e de alça com poupadores de potássio.

Idosos aderentes ao tratamento e não responsivos à terapia medicamentosa associada que inclua um diurético caracterizam a situação clínica de hipertensão resistente. Nessa situação clínica, deverá ser avaliada a presença de fatores que dificultam o controle da PA, tais como ingestão excessiva de sal, álcool, obesidade, uso de fármacos com potencial de elevar a PA, síndrome de apneia obstrutiva do sono e de formas secundárias de hipertensão arterial, procedendo a correção desses fatores.

Com relação ao tratamento anti-hipertensivo, deve-se também considerar:

a) O esquema anti-hipertensivo deve manter a qualidade de vida do idoso, de modo a estimular a adesão às recomendações prescritas. b) Existem evidências de que, para hipertensos com a PA controlada, a prescrição de ácido acetilsalicílico em baixas doses (75 mg) diminui a ocorrência de complicações cardiovasculares, desde que não haja contraindicação para o seu uso e que os benefícios superem os eventuais riscos da sua administração (HANSSON, 1998). c) Em decorrência da necessidade de tratamento crônico da hipertensão arterial, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir o fornecimento contínuo de, pelo menos, um representante de cada uma das cinco principais classes de anti-hipertensivos comumente usados.

Além do *remédio*, destaca-se os elementos “sal”, “má-alimentação” e “gordura”, pertencentes ao núcleo central, que se concretizam sob a forma de cuidados domésticos como a compra e preparo de alimentos recomendados para o idoso hipertenso. A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com a elevação da PA (SBC, 2006). O baixo consumo de alimentos ricos em fibras e o elevado consumo de sal, açúcares e gorduras saturadas, compõem um dos principais fatores de risco para obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e outras doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DCNT) (SARTORELLI, 2006).

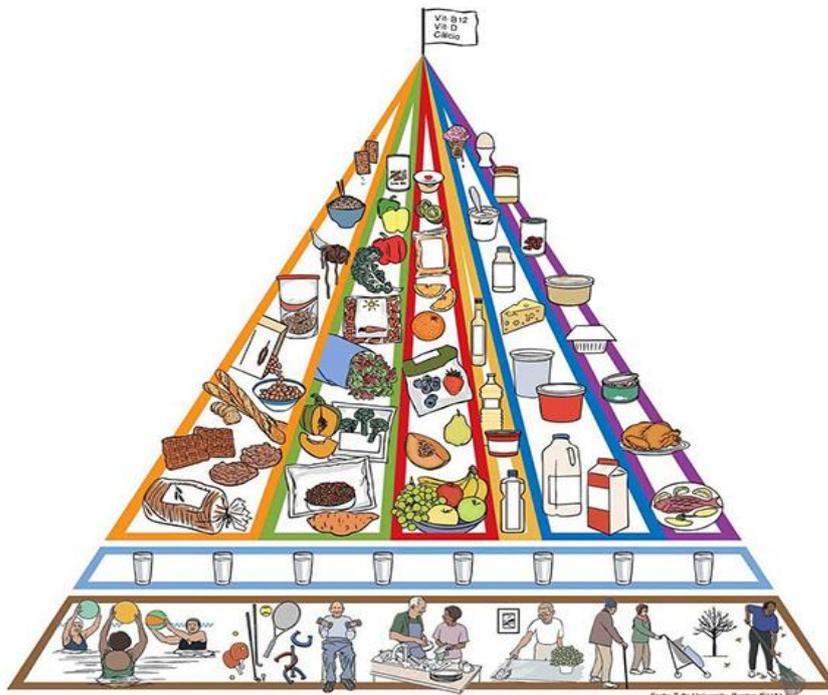
A população idosa é um dos grupos etários de maior risco à desnutrição e às deficiências nutricionais devido ao declínio das funções cognitivas e fisiológicas que prejudicam o consumo e o metabolismo dos nutrientes (BROWNIE, 2006;

GARIBALLA, 2004). Dessa forma, as ações de vigilância alimentar e nutricional têm sido cruciais para o monitoramento e a caracterização das práticas alimentares e de seus determinantes nessa população, com vistas à prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças a eles relacionadas.

A pirâmide alimentar, ferramenta de educação nutricional, recomenda que a dieta contenha um número de porções adequadas dos cinco grupos de alimentos (cereais, vegetais, frutas, carnes e leite). Quanto aos idosos, é recomendado uso de uma pirâmide alimentar proposta por uma equipe de cientistas da Universidade Tufts, de Boston (EUA), e recomendada pelo Departamento de Agricultura do país. Nela, a base da pirâmide tradicional (composta por carboidratos) é substituída por atividades da vida diária, como caminhar, cozinhar e exercícios físicos. Essa pirâmide contempla não somente os alimentos, mas a base do envelhecimento saudável, a independência. Nesta pirâmide, a hidratação também aparece na base, em um tópico próprio. A recomendação é de, pelo menos, 30 ml para cada Kg de peso. Exemplificando, um idoso de 60 Kg deve ingerir, no mínimo, 1800 ml de líquidos, entre alimentos e bebidas”, recomenda.

Já os alimentos, foram divididos verticalmente, mais ou menos na mesma quantidade – carboidratos, verduras e legumes, frutas, laticínios e proteínas, exceto o grupo das gorduras, que está representado em menor espessura. Por sua vez, a bandeirinha no topo da pirâmide lembra a importância da vitamina B12, do cálcio e da vitamina D. Estes nutrientes podem estar deficientes na alimentação do idoso, pois encontram-se na carne vermelha – muitas vezes pouco ingerida pela dificuldades de mastigação e deglutição – nos laticínios – também pouco ingerido pois muitos têm intolerância à lactose – e nas gorduras boas, como as frutas oleaginosas, de difícil mastigação para idosos.

NOVO GUIA DA PIRÂMIDE ALIMENTAR PARA IDOSOS
RECOMENDADO PELO DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA
DOS ESTADOS UNIDOS



O consumo insuficiente de micronutrientes pode ser decorrente da pouca variedade de alimentos que compõem a dieta habitual dos idosos brasileiros.

As palavras *AVC* e *infarto* a que os idosos se referem estão diretamente relacionadas à HAS, pois os idosos constituem importante grupo de risco para complicações vasculares relacionadas a HAS, e 85% dos AVCs ocorrem nesta população. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ainda é uma das principais causas de dependência funcional neste grupo, além de levar a complicações relevantes, como incontinência urinária, disfagia, depressão e dor crônica. A hipertensão arterial é o principal fator de risco modificável para doença vascular encefálica e seu tratamento reduz marcadamente a incidência de eventos cerebrais (FORETTE, 1998).

A hipertensão oferece alto risco para o desenvolvimento de obstruções nas coronárias (aterosclerose) que podem levar ao infarto do miocárdio. Além disso, a elevação da pressão arterial aumenta o trabalho do coração, o que pode agravar um quadro de angina ou infarto.

A *tontura* relatada pelos idosos representa um dos sintomas mais comuns entre a população idosa, sendo que sua prevalência entre os idosos situa-se entre 4 e 30%. Estima-se que a probabilidade de desenvolver uma queixa de tontura

augmente em 10% a cada cinco anos de vida após os 65 anos. O equilíbrio corporal e a estabilidade de movimentos decorrem da articulação de diversos sistemas orgânicos: córtex cerebral, cerebelo, tronco encefálico, sistema visual, sistema vestibular, vias proprioceptivas e sistema musculoesquelético. Alterações de quaisquer destes componentes podem levar a sintomas de tontura. Além disso, as tonturas entre os idosos podem representar a manifestação primária tanto de condições benignas (ex: algumas formas de vertigem e hipotensão ortostática isolada), como de doenças ameaçadoras da vida, tais como acidentes vasculares de cerebelo ou tronco encefálico, hemorragia digestiva, infarto do miocárdio e arritmias malignas (NANDA, 2009).

As palavras *medo* e *preocupação* relatadas pelos idosos dizem respeito aos seus sentimentos que denotam os efeitos psicológicos negativos em relação às complicações que a pressão alta pode provocar à sua saúde.

Já o sistema periférico é complemento indispensável do central, uma vez que protege esse núcleo, atualiza e contextualiza constantemente suas determinações normativas, permitindo uma diferenciação em função das experiências cotidianas nas quais os indivíduos estão imersos. Em poucas palavras, os elementos do sistema periférico fazem a interface entre a realidade concreta e o sistema central. Com essa consideração queremos enfatizar seu valor na configuração das representações sociais. Para Flament (2001) a periferia de uma representação social é considerada um “para-choque” entre a realidade e um núcleo central que não muda facilmente.

A **primeira periferia** foi formada pelos termos: *doença, dor, mal-estar, médico, posto e sedentarismo*, com uma estreita ligação entre estes.

A palavra *doença* relatada pelos idosos diz respeito aos sinais e sintomas que caracterizam o processo de adoecimento.

A *dor* também é uma representação da pressão alta. Com o surgimento das doenças crônicas e degenerativas, como por exemplo a HAS, muitas vezes, esses quadros são acompanhados de dores, principalmente crônicas, que podem interferir de modo significativo na vida do idoso (DELLAROZA, PIMENTA, MATSUO, 2007). Acredita-se que a qualidade de vida nos últimos anos depende, em grande parte, da capacidade de continuar fazendo o que se quer, sem dor, pelo maior tempo possível (JONES; RIKLI, 2002). Outro contexto que a dor pode aparecer é na

sua relação com a finitude, mais comum na velhice, pois no imaginário social esta aparece ao lado da *morte* e do sofrimento.

A hipertensão, geralmente, não apresenta sintomas característicos, por isso, em muitos casos, o diagnóstico é tardio. No entanto, algumas pessoas apresentam *dores* de cabeça ou *dor* no peito, tonturas e *mal-estar*.

Palavras pertencentes aos quadrantes superior direito e inferior esquerdo estão incluídas entre os elementos do sistema periférico e elementos de contraste. Percebemos que no quadrante superior direito, o elemento *médico* associa-se ao termo remédio, uma vez que a este profissional é atribuída a competência legal para prescrever medicamentos e, na maioria das vezes, os idosos comparecem ao *posto* de saúde apenas para renovar a prescrição médica e pegar o medicamento.

O *sedentarismo* pode aumentar o risco de hipertensão arterial. Há relação inversa entre quantidade total de atividade física (qualquer movimento humano) e incidência de hipertensão arterial. A prática regular de exercícios físicos reduz a pressão arterial, além de auxiliar também no controle de outros fatores de risco, como o peso corporal, a resistência à insulina e a dislipidemia, reduzindo o risco cardiovascular geral (PESCATELLO, et al, 2004).

No que concerne à **zona de contraste**, as palavras *bebida alcoólica* e *cigarro* estão associadas à hipertensão e suas características definidoras. Para os idosos, esses dois fatores podem influenciar na pressão.

Substâncias como a nicotina e o monóxido de carbono do cigarro danificam o sistema cardiovascular. Fumar um cigarro produz o aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca que persiste cerca de 15 minutos. A exposição ao fumo de tabaco é fator de risco cardiovascular bem demonstrado, e deixar de fumar é, provavelmente, a medida de estilo de vida singular mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares, por exemplo, o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio. O tabaco interage sinergicamente com outros fatores de risco, como a idade, o gênero, a hipertensão e o diabetes (MANCIA, 2007).

O consumo regular de bebidas alcoólicas eleva a pressão arterial à taxa de 1 mmHg por cada 10 g de etanol, aproximadamente, e o risco de hipertensão atribuível ao álcool é cerca de 16%. O efeito do álcool na pressão arterial é largamente reversível após 2 ou 3 semanas de abstinência, mas a redução substancial da quantidade habitualmente consumida também é eficaz. À luz dos

conhecimentos atuais, as recomendações europeias propõem que o consumo diário de etanol pelos hipertensos não exceda os 20 a 30 g nos homens e os 10 a 20 g nas mulheres (PUDDEY, 2006).

Na palavra *coração*, subentende-se que os idosos relacionaram à hipertensão, devido ser um órgão que é afetado indiretamente pelas consequências da pressão alta.

Um dos sintomas citados pelos idosos foi a *dor de cabeça*. Dados semelhantes foram encontrados por Bauer & Stewart, citados por Rocha (1994), em que 71% dos pacientes que sabiam ser hipertensos queixavam-se de dor de cabeça e apenas 17% dos que tinham a doença, mas não sabiam, apresentavam esta queixa. A associação de sintomas à hipertensão é um dado relevante, já que pacientes portadores de doenças assintomáticas aderem menos ao tratamento.

A palavra *falta de exercício* que é retratada pelos idosos, confirma o resultado de que a maioria dos idosos (93%) não realiza nenhum exercício físico. Diversos estudos afirmam que há uma relação inversa entre atividade física e aumento da P.A. (SBH, 2004). Segundo Negrão e Rondon (2001), o exercício físico regular com treinamento de baixa intensidade provoca redução do tônus simpático do coração e, assim, bradicardia de repouso, levando à diminuição do débito cardíaco e da P.A. Portanto, a atividade física tem efeito benéfico sobre a P.A., constando de um importante elemento não medicamentoso para o seu controle.

Foi apontada pelos idosos a relação entre as emoções e a HA. Relacionaram *nervosismo* a hipertensão e a hipertensão ao nervosismo, ou seja, na visão do senso comum, o nervoso (agitação, ansiedade) é ao mesmo tempo causa e efeito da hipertensão.

Embora não haja comprovações de que as alterações emocionais tenham participação direta nos fatores considerados psicossociais na produção do adoecer, esses indicam a possibilidade da existência de fatores estressores isolados para algumas doenças. Nesse sentido, pode-se inferir que o “nervosismo”, as “emoções”, a “pressão alta” objetivam as representações sociais da HA.

Na **segunda periferia**, encontram-se os seguintes termos: *abalo, cansaço, dor no peito, enfermeiro, esquecimento, excesso de peso, maus hábitos, obesidade, grave*.

A HA, embora não comprometa os portadores em relação às atividades diárias, produz limitações na vida social, considerando que os idosos se sentem

diferentes dos demais e vivem sob constantes ameaças dos agravos, que podem comprometê-los, destacando os fatores emocionais que podem agravar a doença. Com isso os idosos sentem-se *abalados*. A idéia de que corpo e mente estão intrinsecamente relacionados podendo o estado mental/ emocional provocar alterações manifestas no corpo, no caso, elevar a pressão arterial.

A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças, tais como cefaléia, tonturas, *cansaço*, enjôos, falta de ar, *dores no peito*, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramentos nasais. Esta falta de sintomas pode fazer com que o paciente esqueça de tomar o seu medicamento ou até mesmo questione a sua necessidade, o que leva a grande número de complicações (BVS, 2010).

Segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) serem de um atendimento ao idoso hipertenso, preferencialmente multidisciplinar, o suporte buscado, segundo as palavras evocadas pelo grupo, concentra-se na unidade de saúde, na pessoa do médico e do *enfermeiro*. Dentre outros fatores, a ocorrência de tal situação se dá pela competência legal do médico em prescrever o medicamento, elemento mais rígido da representação, e do *enfermeiro* em promover o cuidado desses idosos hipertensos, no que diz respeito às orientações sobre a HAS.

Observamos que a palavra *esquecimento* concretiza o elemento do núcleo central, remédio. Pressupomos que os idosos, na maioria das vezes, esquecem de tomar o medicamento na hora certa, ou até mesmo esquecem de tomar a medicação.

A adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do idoso. Vários são os determinantes para não adesão ao tratamento (Quadro 2) (BUSNELLO, 2001).

Quadro 2- Principais determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de conhecimento por parte do idoso sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; 2. Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima; |
|---|

3. Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;
4. Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço;
5. Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis;
6. Interferência na qualidade de vida após início do tratamento.

Os percentuais de controle de PA são muito baixos apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, devido à baixa adesão ao tratamento.

Contudo, a relação médico-enfermeiro-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e conseqüentemente aumentar o controle da hipertensão arterial (Quadro 3) (PIERIN, 2004).

Quadro 3- Principais sugestões para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo

1. Educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características;
2. Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida;
3. Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo;
4. Cuidados e atenções particularizadas de conformidade com as necessidades;
5. Atendimento médico facilitado sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas.

Quando não tratada adequadamente, a hipertensão arterial pode acarretar graves conseqüências a alguns órgãos alvos vitais, e como entidade isolada está entre as mais freqüentes morbidades. Desse modo, a doença hipertensiva tem se constituído num dos mais graves problemas de saúde pública.

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente

atribuível a sobrepeso e *obesidade*. Apesar do *excesso de peso* estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado (NISKANEN, et al, 2004; CARNEIRO, et al, 2003). Estudos sugerem que obesidade central está mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que a adiposidade total. Indivíduos com nível de pressão arterial ótimo, que ao correr do tempo apresentam obesidade central, têm maior incidência de hipertensão (SIMONE, et al, 2006). A perda de peso acarreta redução da pressão arterial.

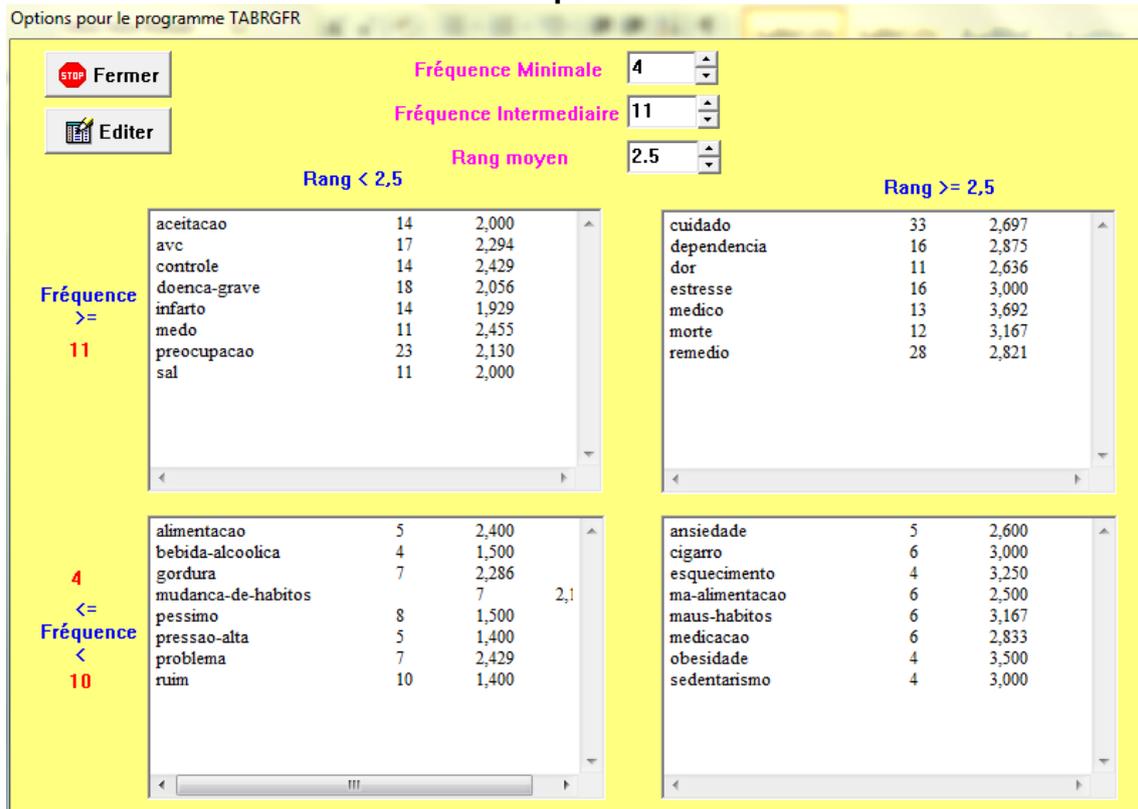
Os *maus hábitos*, como, por exemplo, o sedentarismo, a ingestão de sal e gordura, o consumo de álcool, o tabagismo, dentre outros, são fatores que influenciam de forma negativa na pressão arterial.

As representações sociais da doença remetem às raízes tradicionais da percepção de mundo dos indivíduos, com suas crenças e valores, sendo essas relativas à morte, à vida e às suas experiências vividas.

6.2.3 Análise estrutural das representações sociais sobre o ser hipertenso

Na análise do termo indutor “ser hipertenso” foram evocadas 402 palavras, sendo 67 palavras diferentes e 335 semelhantes. No *RANGMOT*, a frequência foi ajustada para 10 no cálculo da Ordem Média de Evocação (OME) e o valor calculado pelo programa para a OME foi de 2,44, arredondando-se para 2,5. A partir do programa AIDECAT, obteve-se a frequência mínima igual a 4 na lista de palavras e o cálculo da frequência intermediária, que foi igual a 11,1 e arredondado para 11, gerando o Quadro de quatro casas, ilustrado na Figura 5.

Figura 5 – Quadro de quatro casas gerado a partir do termo indutor “ser hipertenso”



Fonte: Evoc, 2005.

Após os ajustes das frequências mínima e intermediária com a OME disponibilizada pelo programa, obteve-se um quantitativo de 31 evocações pelos 100 idosos, agrupadas nos quatro quadrantes do Quadro 4, sendo oito evocações situadas no possível núcleo central, oito na zona de contraste, sete na primeira periferia e oito na segunda periferia de acordo com a Teoria do Núcleo Central.

Quadro 4 – Distribuição das palavras evocadas conforme o termo indutor *ser hipertenso*

Núcleo Central	F>=11	Rang <2,5	1ª Periferia	F>=11	Rang >= 2,5
Aceitação	14	2,000	cuidado	33	2,697
Avc	17	2,294	dependência	16	2,875
			dor	11	2,636

controle	14	2,429	estresse	16	3,000
doença grave	18	2,056	médico	13	3,692
infarto	14	1,929	morte	12	3,167
medo	11	2,455	remédio	28	2,821
preocupação	23	2,130			
sal	11	2,000			
Zona de Contraste	F<10	Rang<2,5	2ª Periferia	F<10	Rang>=2,5
	f	OME		f	OME
alimentação	5	2,400	Ansiedade	5	2,600
bebida alcoólica	4	1,500	Cigarro	6	3,000
gordura	7	2,286	Esquecimento	4	3,250
mudança de hábitos	7	2,130	má alimentação	6	2,500
péssimo	8	1,500	maus hábitos	6	3,167
pressão alta	5	1,400	medicação	6	2,833
problema	7	2,429	obesidade	4	3,500
ruim	10	1,400	sedentarismo	4	3,000

FONTE: Elaborado pelo autor com base nos valores do Quadro de quatro casas

O núcleo central, situado no quadrante superior esquerdo, obteve oito evocações. O valor da frequência intermediária neste quadrante foi maior/igual a 11 e o *Rang* menor do que 2,5. As palavras que apresentaram uma maior frequência e baixa OME foram: aceitação, avc, controle, doença grave, infarto, medo, preocupação e sal.

Destes, o termo preocupação (23) apresentou maior frequência, seguido de doença grave (18) e AVC (17). O menor *Rang* foi encontrado na palavra infarto (1,929).

No quadrante inferior esquerdo, oito termos constituíram a zona de contraste, apresentado baixa frequência de evocação e baixa OME: alimentação, bebida alcoólica, gordura, mudança de hábitos, péssimo, pressão alta, problema e ruim. O valor da frequência intermediária foi menor do que dez e o *Rang* menor do que 2,5.

O quadrante superior direito, que correspondia à primeira periferia, foi composto por sete termos: cuidado, dependência, dor, estresse, médico, morte e remédio. Este quadrante situava os elementos com alta frequência de evocação, mas que só apareciam nas últimas posições (alta OME). O valor da frequência intermediária utilizada foi maior/igual a 11 e o *Rang* maior/igual a 2,5.

O último quadrante, inferior direito, representava a segunda periferia, que continha as palavras menos evocadas (frequência baixa) e nas últimas colocações (alta OME): ansiedade, cigarro, esquecimento, má alimentação, maus hábitos, medicação, obesidade e sedentarismo. O valor da frequência intermediária foi menor do que oito e o *Rang* maior/igual a 2,5.

6.2.4 O significado do ser hipertenso para idosos hipertensos

Os elementos centrais expostos no Quadro 5 retrataram o significado do ser hipertenso para os idosos marcado pelos aspectos metabólicos, como sal (11); pelos aspectos biológicos, como AVC (17), infarto (14), sendo o de menor OME, e doença grave (18); e pelos aspectos psicológicos, como aceitação (14), controle (14), medo (11) e preocupação (23), sendo este o mais evocado, concentrando o núcleo central do estudo também em uma dimensão normativa.

No **núcleo central** referido, observou-se a representação social predominante de aspectos psicológicos, já a representação anteriormente formada predominou os aspectos metabólicos.

A palavra *aceitação* evidencia um aspecto psicológico positivo, e subentende-se que ela foi retratada pelos idosos pelo fato de acreditarem que a HA é uma doença que pode ser controlada e possibilitar uma vida normal desde que os portadores dominem as fortes emoções e sigam as orientações para o tratamento da doença.

Já as palavras *AVC* e *infarto*, que também foram referidas anteriormente, retratam os riscos a que os idosos estão submetidos caso haja um descontrole da pressão arterial. Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular (*AVC*), 60% dos casos de *infarto* agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano (BRASIL, 2001).

O alto consumo de *sal*, atualmente, é utilizado como preditor de doenças cardiovasculares. Em países ocidentais, o consumo de sal é elevado, não só na preparação como na conservação de alimentos, além da grande utilização de outras substâncias, como o glutamato monossódico.

Uma alimentação mais pobre em frutas e hortaliças e baseada em alimentos industrializados, mais rica em gordura e sal, parece ser preditora de agravos à saúde, particularmente associada aos níveis pressóricos. É neste contexto que a relação sódio/ potássio vem sendo utilizada como marcador da qualidade da alimentação, visto que uma dieta mais adequada com relação ao sódio e ao potássio pode estar relacionada ao maior consumo de frutas e hortaliças e menor consumo de alimentos industrializados, como os embutidos e enlatados.

A palavra *doença grave* remete à ideia de que a hipertensão é uma doença crônica e grave, e que se não for controlada há vários riscos para a saúde dos idosos, dentre eles, o aparecimento de doenças cardiovasculares, o que causa *medo* e *preocupação* nos idosos. Tal Representação Social ficou ancorada nos medos presentes: o medo da própria morte, da dependência de cuidados dos outros, do possível problema do coração, da falta de ar que possa ocorrer, além do derrame cerebral e infarto que possam vir a acometê-las.

O medo da invalidez, associado ao medo de morrer é outro aspecto enfocado como consequência da doença envolvendo assim o medo da dependência do outro, diante da possibilidade de ficar parálitica após um acidente vascular cerebral. Sendo as representações elementos de pensamento que podem tornar-se realidade (Vachod; Santos, 1996), o medo da invalidez é grande, pois os idosos estudados vêm no pensar, enquanto hipertensos, a possibilidade de mudanças irreversíveis no corpo advindas do processo de adoecer com hipertensão frente às complicações tão bem vivenciadas.

O medo torna-se recorrente na Representação Social do ser hipertenso e subentende-se que esteja relacionado à preocupação com o futuro, pela separação que poderá causar, principalmente dos filhos, bem como pela possibilidade de morte súbita que a doença possa ocasionar e ainda incertezas quanto aos problemas financeiros que já vivenciados poderão agravar-se com o passar dos tempos.

Para Pierin (1989), a *preocupação* social, econômica e familiar são fatores que elevam as cifras tensionais, merecendo atenção por parte dos

profissionais da saúde no momento de se planejar qualquer atendimento que vá ao encontro das necessidades da população.

A palavra *controle* retrata o controle da PA não somente com o uso do tratamento farmacológico, mas também com o não-farmacológico, destaca-se a associação do conhecimento sobre a doença e tratamento com o controle da pressão arterial. A adesão é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas. O envolvimento com a problemática de saúde, expresso por atitudes e sentimentos positivos, só tende a favorecer a adesão ao tratamento e conseqüente controle da hipertensão, além de interação efetiva com a equipe multidisciplinar em um processo de aceitação e respeito mútuos.

A **primeira periferia** correspondeu aos sete termos: *cuidado, dependência, dor, estresse, médico, morte e remédio*.

O *cuidado* ao longo do tempo, é uma variável associada de maneira significativa com a pressão arterial compensada. A capacitação e sensibilização dos profissionais da atenção primária em saúde, principalmente, *médicos* e enfermeiros, ampliam a adoção de práticas como orientação sobre fatores de risco e avaliação de órgãos-alvo da HAS, variáveis consideradas como qualificadoras do cuidado (ASNANI, 2005).

O objetivo do cuidado da pessoa com hipertensão arterial é evitar a morte e as complicações, por meio do controle da pressão arterial, permitindo a melhoria da qualidade de vida. Portanto, é imprescindível que o sujeito compreenda o processo da doença e participe da mudança do estilo de vida por meio das atividades de educação em saúde.

A atitude terapêutica do cuidado procura encorajar o idoso a rever seu estilo de vida, sua percepção e maneiras de se relacionar em seu contexto social, de modo a encontrar recursos e novas maneiras de viver com satisfação. No entanto, é necessário entender que não se trata de um processo fácil e linear, pois requer desejo e motivação para mudança.

Esse processo, para Potter (2004), envolve um movimento que se efetua através de cinco estágios: a pré-contemplação, entendida como a ausência da intenção de mudar; a contemplação, quando se considera o ato de mudar iminente; a preparação, na qual se realizam pequenos esforços para se modificar; a ação, na qual o sujeito está ativamente engajado nas estratégias para a mudança de comportamento; e, finalmente, a manutenção de um comportamento modificado.

A palavra *dependência* que foi retratada pelos idosos, diz respeito a dificuldade que alguns deles tem de realizar suas atividades dependendo de alguém para realizá-las, como por exemplo, tomar o *remédio* certo e no horário correto.

O processo de envelhecimento não está, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades; no entanto, as doenças crônico-degenerativas são freqüentemente encontradas entre os idosos (CHAIMOWICZ, 1998). Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. E o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional.

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e *dependência* na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (YANG; GEORGE, 2005). Por sua vez, a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda (FARINATI, 1997), imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

A palavra *dor* está relacionada com as próprias percepções dos idosos sobre o ser hipertenso, pois relacionavam com problema circulatório e com desconfortos físicos (cefaleia, mal-estar, tontura, dor no peito) que vivenciavam. Também, evidencia-se que o conhecimento da dor estava associado a experiência que alguns tiveram com as complicações da doença hipertensiva.

A HAS raramente manifesta algum sintoma ou desconforto físico, e isso constitui uma das razões do portador desta não se comprometer com as condutas necessárias ao seu controle, pois as pessoas se percebem doentes, quando qualquer alteração na qualidade de vida as impeça de trabalhar, comer, dormir ou executar atividades rotineiras.

O *estresse* contribui para grande número de enfermidades, tanto de ordem psíquica como orgânica, e nesta se enquadra a hipertensão arterial.

De maneira genérica, entende-se que o estresse é um conjunto de reações do organismo, caracterizadas pelo desequilíbrio da homeostase, em resposta às ameaças e/ou agressões oriundas de estímulos ambientais, de natureza psíquica ou física, inusitados ou hostis. Para Selye (1956), estresse designa todos os efeitos inespecíficos de fatores que podem agir sobre o organismo - os agentes estressores capazes de produzir o estresse - que foi caracterizado como uma síndrome de adaptação geral, composta de três fases: reação de alarme; fase de adaptação; fase de exaustão. Para Lazarus e Folkman (1984), o estresse psicológico caracteriza-se por uma relação particular entre o indivíduo e o ambiente, que é interpretado pelo indivíduo como um processo de sobrecarga que ultrapassa as suas possibilidades de adaptação e que ameaça o seu bem-estar.

A falta de consenso sobre o conceito de estresse tem causado muitas dificuldades na determinação do verdadeiro papel que ele exerce na epidemiologia das doenças cardiovasculares (DANTAS, 2003). No entanto, encontram-se na literatura alguns estudos que demonstram relação válida entre a hipertensão arterial e o estresse mental. Vários estudiosos têm enfatizado a relação entre estresse executivo (laboral) e o aumento do risco de enfermidades cardiovasculares e desenvolvimento progressivo da hipertensão arterial (VRIJKOTTE; DOORNEN; GEUS, 2000).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría, há evidências do efeito do estresse psicoemocional na reatividade cardiovascular e da PA. Na prática, as condições como a pobreza, a baixa autoestima, a inatividade, a viuvez e os conflitos familiares contribuem para o aumento da PA do idoso de forma transitória ou sustentada.

Diante de fortes emoções, o indivíduo desencadeia inúmeras reações somáticas e comportamentais, como, por exemplo, as alterações cardiovasculares. Em razão disso, sintomas cardíacos podem configurar-se como reflexo ou expressão de fortes tendências agressivas ou reprimidas. Podemos exemplificar como os sentimentos de hostilidade intensa possibilitam a elevação da pressão arterial. A constante tensão e contenção de emoções, que são mecanismos adaptativos distorcidos, podem manter a hipertensão prolongada, de maneira a dificultar o seu controle (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

No que diz respeito a palavra *morte*, subentende-se que esses idosos vêem o ser hipertenso como algo que pode levá-los à morte, ancorando o medo na origem da doença.

Essa condição de "morte" está intrínseca ao processo de adoecer que o indivíduo imbuta quando na situação da doença envolvendo tanto fenômenos clínicos como sociológicos que contribuem para o sofrimento do ser. Nesse sentido, as Representações Sociais da doença também remetem as raízes tradicionais na percepção de mundo individual, com suas crenças e valores, todas elas relativas à morte, vida, ao corpo e as suas experiências de vida (ALVES; MINAYO, 1994).

Assim, a doença revelada como morte, diante de todas as outras Representações Sociais encontradas para estes idosos que se percebem tendo de mudar seus hábitos alimentares e atitudes de toda a vida, incidem em angústia e sofrimento psíquico devido a estas mudanças, interferindo significativamente em sua relação cotidiana com o mundo em que vivem e consigo mesmos.

A **zona de contraste** também agregou oito evocações: *alimentação, bebida alcoólica, gordura, mudança de hábitos, péssimo, pressão alta, problema e ruim.*

Em relação à *gordura*, no estudo de Zaitune et al (2006), observou-se que a hipertensão é mais comum em determinados subgrupos da população, destacando os idosos com sobrepeso ou obesidade. Segundo Péres, Magna e Viana (2003), observa-se que um dos desafios enfrentados no tratamento da hipertensão é justamente a baixa aderência dos sujeitos. Neste caso, o tratamento agrega além dos medicamentos, *mudanças de hábitos* de vida das pessoas envolvidas, e dentro dessa categoria, o estudo dos autores revela que as mudanças mais citadas são: evitar o consumo de sal e de gordura presentes na alimentação.

Como se sabe, uma vez que a hipertensão se instala no organismo, a *alimentação* e o consumo de *bebida alcoólica* são elementos essenciais no controle do tratamento, uma vez que a Sociedade Brasileira de Hipertensão preconiza, no tratamento não farmacológico, que uma reeducação alimentar, com alimentos cozidos, grelhados, assados ou refogados com temperos naturais, o aumento da ingestão de frutas, verduras e produtos lácteos desnatados, evitando alimentos gordurosos, sal, produtos industrializados, entre outros, quando aliados à diminuição de bebidas alcoólicas colaboram com o tratamento da HAS e previnem complicações.

Ressalta-se que o consumo em excesso de álcool interfere significativamente na nutrição adequada do idoso, pois compete com os nutrientes desde sua ingestão até sua absorção e utilização pelo organismo (SENGER et al, 2011).

O termo *péssimo* traz consigo um sentimento negativo sobre o significado de ser hipertenso, revelando o pesar que a doença significa no cotidiano desses idosos e a necessidade do enfermeiro participar desse processo, seja fornecendo apoio psicológico ou orientando/incentivando os idosos a buscarem um estilo de vida mais saudável.

Além desse, outros termos também denotam um sentido negativo de ser hipertenso, sendo estes: *ruim* e *problema*. O primeiro aparece como a palavra mais frequente (10) da zona de contraste e de menor Rang (1,400), sendo assim, a palavra mais importante para um subgrupo de idosos. Compreende-se que ser hipertenso se torna um problema para essa população devido às inúmeras mudanças na rotina e da difícil continuidade do tratamento. Segundo Pierin et al (2001), a descontinuidade do tratamento é um problema observado nas doenças crônicas que exigem um tratamento longo ou por toda a vida, e vários determinantes interferem de forma isolada ou em conjunto na problemática da adesão.

Além disso, quando a pressão se eleva, pode haver uma manifestação de sintomas que atrapalham a rotina desses indivíduos, como tontura, mal-estar, dor de cabeça, entre outros, que é visto como problema e determina a necessidade de estratégias que evitem a pressão de subir ou controle quando ela está acima do normal (FIRMO; LIMA-COSTA; UCHÔA, 2004).

O elemento *pressão alta* infere que uma parte dessa população se mostra esclarecida em relação ao significado de ser hipertenso, levando em consideração o caráter biológico do termo. É importante que as pessoas hipertensas conheçam e busquem se aprofundar sobre os aspectos inerentes à doença e do seu tratamento, esclareçam-se sobre os fatores de risco associados, a cronicidade da doença, sintomatologias específicas e complicações que comprometem os órgãos vitais (PIERIN, 2001), pois conhecendo o mecanismo da doença, elas podem intervir de forma positiva na origem do erro que está trazendo risco à saúde, podendo adquirir maior qualidade de vida.

Finalmente, a **segunda periferia** foi formada pelo conjunto dos elementos: *ansiedade, cigarro, esquecimento, má-alimentação, maus hábitos, medicação, obesidade e sedentarismo*.

O conceito *ansiedade* não envolve um critério unitário, principalmente no contexto psicopatológico. A ansiedade pode ser definida como um conjunto de manifestações somáticas - aumento da frequência cardíaca e respiratória, sudorese, tensão muscular, náusea, vazio no estômago, tontura - e psicológicas - apreensão, alerta, inquietude, hipervigilância, dificuldade de concentração e de conciliação do sono, entre outros (DRATCU; LADER, 1993). É definida, ainda, como um estado ou sensação de desassossego, agitação, incerteza e temor resultante da previsão de alguma ameaça ou perigo, geralmente de origem intrapsíquica, cuja fonte é desconhecida ou não pode ser determinada (LATORRE; BENEIT, 1994).

Com base na hipótese de que o estado emocional interfere na variabilidade da pressão arterial, pesquisaram-se os efeitos da felicidade, da raiva e da ansiedade em pacientes com hipertensão arterial *borderline* e concluiu-se que os três estados emocionais elevam a pressão arterial, encontrando-se forte associação entre a intensidade da ansiedade e a pressão arterial diastólica (JAMES, et al., 1986).

Coryell *et al.* (1982) expõem que estudos com pacientes com doenças coronarianas e psiquiátricas, bem como amostras baseadas na comunidade, sugerem que transtornos de ansiedade podem estar associados a maior mortalidade, particularmente morte cardíaca repentina, e maior morbidade cardiovascular.

A condição de “doente”, situação esta que o uso da *medicação* de algum modo salienta. Ou seja, tomar o remédio o faz lembrar de sua condição crônica de saúde, podendo gerar *ansiedade*, medo e tristeza e o levando a evitar esta situação.

Paralelamente aos benefícios proporcionados aos pacientes hipertensos tratados adequadamente, sabe-se hoje que as drogas anti-hipertensivas podem provocar diminuição do prazer de viver em consequência de efeitos colaterais, tanto do ponto de vista físico quanto psíquico, tornando-se fundamental a avaliação da influência dos medicamentos utilizados na qualidade de vida dos pacientes (NOBRE; PIERIN; MION, 2001).

A palavra *esquecimento* diz respeito a medicação, devido a polifarmácia. Além da hipertensão, a maioria dos idosos apresenta comorbidades associadas que

resultam em tratamentos complicados e onerosos que exigem muitos medicamentos para serem tomados várias vezes ao dia, gerando a polifarmácia.

A polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas, de precipitar interações medicamentosas, de ocasionar erros de medicação e de reduzir a adesão ao tratamento (SECOLI, 2010). No entanto, com o aumento das doenças crônicas, a polifarmácia é uma realidade irrefutável entre os idosos e os esforços para minimizar seus perigos devem ser intensificados (GORARD, 2006), principalmente pelos profissionais de saúde durante a prática da prescrição e da dispensação dos medicamentos.

Devido ao grande número de medicamentos utilizados pelos idosos hipertensos e o baixo conhecimento com relação ao tratamento medicamentoso prescrito, muitos idosos acabam esquecendo de tomar a medicação.

A palavra *maus hábitos* está relacionada ao uso do *cigarro, má alimentação, obesidade, sedentarismo*, dentre outros.

A mudança do estilo de vida é uma atitude que deve ser estimulada em todos os pacientes hipertensos, durante toda a vida, independente dos níveis de pressão arterial. Existem medidas de modificação do estilo de vida que, efetivamente, têm valor comprovado na redução da pressão arterial. Há eficácia comprovada dos hábitos saudáveis na queda de valores pressóricos e na diminuição do risco para eventos cardiovasculares.

O tabagismo aumenta muito o risco de complicações cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão arterial, logo, deverá ser abandonado. (FORJAZ, 2003). O abandono ao tabagismo, pode ser imediato ou gradual, sendo esse último um tratamento (psicológico ou reposição de nicotina). (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009). O índice de tabagismo foi semelhantemente baixo, somente 9% dos idosos relataram ser tabagista, porém mais da metade relatou ser ex-tabagista.

A *má alimentação*, com elevado conteúdo de sal, está associada à elevação da PA. Portanto, a restrição de sal tem sido recomendada como fator determinante no controle não medicamentoso da HA. A dieta também deve conter baixo teor de gordura para que seja possível a manutenção do peso ideal.

O consumo não pode ultrapassar 6g de sal por dia, o que equivale a 100mL de sódio (4 colheres de chá). Para isso, devem ser ingeridos alimentos

naturais, com pouco sal, e devem ser evitados enlatados, conservas, embutidos e defumados. (SILVEIRA; NAGEM; MENDES, 2007).

Hipertensos com excesso de peso devem emagrecer. O objetivo é atingir uma circunferência abdominal adequada (inferior a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres) e um índice de massa corporal (peso dividido pela a altura ao quadrado = P / H^2) maior que 22 e menor que 27 kg/m². (SOUZA, 2011).

A perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta com baixa caloria e um aumento do gasto energético com atividades físicas, são fundamentais para a perda de peso. (AMODEO; LIMA, 1996).

As estratégias para o médico no controle e diminuição do peso do paciente são: a identificação desse índice e da dieta real do hipertenso, a fim de tomar conhecimento do que exatamente ele come e do que modificar; traçar objetivos de peso a curto, médio e longo prazo; orientá-lo a seguir as medidas associadas, explicadas a seguir, e providenciar apoio psicológico. (FERREIRA, 2011).

As pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas fisicamente ativas.

Das diversas intervenções não medicamentosas, o exercício físico está associado a múltiplos benefícios. Bem planejado e orientado de forma correta, quanto a sua duração e intensidade, pode ter um efeito hipotensor importante. Uma única sessão de exercício físico prolongado de baixa ou moderada intensidade provoca queda prolongada na pressão arterial. (GALLO; CASTRO, 1997).

Tem sido amplamente demonstrado que o treinamento físico aeróbio provoca importantes alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. (FORJAZ, 2003).

Tem sido documentada por meio de estudos epidemiológicos uma associação entre o baixo nível de atividade física ou condicionamento físico com a presença de hipertensão arterial. E, por outro lado, grandes ensaios clínicos aleatorizados e metanálises não deixam dúvidas quanto ao efeito benéfico do exercício sobre a pressão arterial de indivíduos hipertensos leves e moderados. Isto é, o treinamento físico reduz significativamente a pressão arterial em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

É importante que, na abordagem terapêutica do paciente hipertenso, tenhamos sempre em mente a necessidade de estimular a mudança de estilo de vida, através de modificações dietético-comportamentais, que contribuirão, em muito, para o melhor controle da pressão arterial.

7 CONCLUSÕES

Os resultados indicam que os elementos estruturantes na representação da pressão arterial pelos idosos foram marcados pelos aspectos metabólicos, ressaltando remédio como a palavra de maior significância com as demais. Na dimensão biológica, o AVC foi a palavra mais relatada pelos idosos, e quanto aos aspectos psicossociais, o medo e a preocupação foram destacados como efeitos negativos em relação as complicações que a pressão alta pode provocar à sua saúde.

Quanto ao ser hipertenso, a representação foi marcada não mais pelo aspecto metabólico remédio, e sim, pelo sal. Já na dimensão biológica o destaque foi para a palavra doença grave, e no que diz respeito aos aspectos psicológicos, a preocupação foi a palavra de maior significância entre as demais, sendo a preocupação social, econômica e familiar fatores que elevam as cifras tensionais

Essa visão da hipertensão retrata a relação que está estabelecida entre o idoso e o ambiente cultural, social e ideológico em que são gerados os comportamentos. Esse novo conhecimento não é apenas uma forma simplificada de ver o objeto, mas é fruto de uma atividade construtiva, simbólica, que representa a forma de expressar dos idosos.

Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais contribui para o entendimento psicossocial da doença, no âmbito da adoção de medidas preventivas pelos portadores e profissionais de saúde. Com base nessa abordagem, o estudo traz o conhecimento a partir do que vivenciaram ou vivenciam os idosos hipertensos em relação à doença, como facilitador da apreensão das representações presentes nas manifestações/descrições e explicações que justificam os posicionamentos, destacando os efeitos psicossociais e orgânico-físicos, sentimentos expressos.

O conhecimento das Representações Sociais da HA construído a partir de experiências subjetivas de portadores em seu convívio familiar, de sua interação social e das barreiras vivenciadas frente ao tratamento pode contribuir significativamente para compreensão da relação desses portadores consigo mesmo e com o mundo em que vivem.

Retomando a descrição de Moscovici (1978), “[...] *representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo*”, os

idosos, ao elaborarem a representação da pressão alta e do ser hipertenso, filtraram e organizaram elementos, permanecendo aqueles que lhes são úteis no cotidiano.

Num sentido estrito, concordamos com Vala (2000), ao afirmar que “[...] *as RS alimentam-se não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas*”.

Cabe aos profissionais de saúde valorizar, durante as consultas, a adoção de medidas não-medicamentosas, pois um estilo de vida saudável traz notórios benefícios também às pessoas idosas, prolongando a vida com autonomia e independência.

Contudo, faz-se necessário a persistência dos profissionais no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria das ações educativas na área de saúde do idoso como a criação de grupos de hipertensos, dentre outras atividades para o compartilhamento de saberes e interação entre os usuários, gerando esforços para a realização da prática educativa como forma de melhorar o impacto dessa ação na saúde física, mental e emocional do idoso com hipertensão arterial.

Por fim, convém destacar que este estudo sinaliza outras direções e aprofundamentos para o estudo das representações sociais do ser hipertenso, pois como afirma Sá (1998), sendo elas difusas, fugidias, multifacetadas, dificultariam sua captura. Nossa pesquisa indica, portanto, a necessidade de estudos mais densos do cotidiano dos idosos hipertensos, para depreender aspectos das representações sociais que nos pareceram pouco revelados.

Como limitações deste estudo evidenciam-se o quantitativo de participantes e a restrição aos CSF de uma dada SER (IV), da capital do estado do Ceará, devendo-se ser ampliado para outras SER e municípios do interior do estado.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. de. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Ed. AB, 1998.
- ABRIC, J. C. A organização das representações sociais: sistema central e sistema periférico. In: GUIMELLI, C. H. Structures et transformations des représentations sociales. Lausanne: **Delachaux et Niestlé**, 1994. Tradução de: J. C. Abric. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique.
- ABRIC, J. C. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: J-C. ABRIC (Org.). **Pratiques Sociales et Représentations**. Paris: PUF, 59-82, 1994.
- AGUIAR, E. S. S.; GOMES, I. P.; FERNANDES, M.G.M.; SILVA, A.O. Representações sociais do cuidar de idosos para cuidadores: revisão integrativa. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 485-90, jul/set. 2011.
- ALVES, L. C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1924-1930, 2007.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: desenvolvimentos atuais e aplicações à educação. In: CANDAU, V. M. (Org). Linguagem: espaços e tempo no ensinar e aprender. In: ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICA DE ENSINO (ENDIPE), 10., Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: **LP&A**, 2000.
- AMODEO, C.; LIMA, N. K. C. Tratamento Não-Medicamentoso da Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Medicina**. Ribeirão Preto – SP, 1996.
- ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletrônica Enferm**, Goiânia, v.8, n.2, p. 259-272, 2006.
- BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre – RS, 2009.
- BARROSO, W. K. S.; JARDIM, P. C. B. V.; VITORINO, P. V; BITTENCOURT, A.; MIQUETICHUC, F. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Rev Assoc Med Bras**. 2008;54(4):328-33.

BASSETT JR, D. R *et al.* Physical activity and ethnic differences in hypertension prevalence in the United States. **Prev Med** 2002; 34:179-86.

BEZERRA, E. O.; PEREIRA, M. L. D.; CHAVES, A. C. P.; MONTEIRO, P. V. Representações sociais de adolescentes acerca da relação sexual e do uso do preservativo. **Rev Gaúcha Enferm.** v.36 n.1: p.84-91, 2015.

BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. A.; FREITAS, E. V.; MAGALHÃES, M. E. C.; POZZAN, R. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas EV, Py L, Néri AC, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 2006. p. 459-73.

BRASIL. **Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2003.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares. **Indicadores municipais de saúde:** morbidade hospitalar no município de Fortaleza-CE. Brasília; 2004. [acesso em: 20 out 2006]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192p. (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

_____. **Portaria n.º. 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Dispõe sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 76p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Síntese de indicadores sociais:** Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE;2010.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus.** Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saude. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BROWNIE, S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? **Int J Nurs Pract.** 2006;12(2):110- 8. DOI:10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x

BUSNELLO, R. G *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol.** 2001;76:349-51.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. **Dicas em saúde: hipertensão.** 2004. [acesso em 18 nov 2010]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/dicas/52hipertensao.html>

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.** Vol. 21 nº. 2. Ribeirão Preto dez. 2013.

CARNEIRO, G *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Rev Assoc Med Bras** 2003; 49(3):306-311.

CARVALHO, J. A. M. & GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(3): 725-33;2003.

Centers for Disease Control and Prevention. Health disparities experienced by black or African Americans – United States. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2005; 54:1-3.

CESARINO, C. B. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card** 2008; 91(1): 31–35.

CHAIMOWICZ, F. Os idosos brasileiros no século XXI. Belo Horizonte: **Postgraduate**; 1998.

Chalmers, John (org.) - WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension – **Journal of Hypertension**, 17:151- 83;1999.

CHOBANIAN, A. V *et al.*; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. **JAMA**, 289 (19): 2560 – 72;2003.

CORYELL, W; NOYES, R; CLANCY, J. Excess mortality in panic disorder. A comparison with primary unipolar depression. **Arch Gen Psychiatry**. 1982;39:701-3.

COSTA, E. F. A *et al.* Semiologia do Idoso. *In*: Porto, C.C. (ed). **Semiologia Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. cap. 9, p.165-197, 2001.

COTTA, R. M. M *et al.* Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, M. G. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1251-60, 2009.

COTTA, R. M. M *et al.* Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.745-66, 2008.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão infantil**: Uma abordagem psicossocial (2. ed.). João Pessoa, PB: Editora da Universidade Federal da Paraíba; 2005.

CURIONI, C *et al.* The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. **Pan Am J Public Health**. 2009; 25(1):9-15.

DANTAS, J. Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo (dissertação). **Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 2003.

DELLAROZA, M. S. G; DE MATTOS PIMENTA, C. A; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, 2007.

DE SIMONE, G *et al.* Strong Heart Study Investigators. Risk factors for arterial hypertension in adults with initial optimal blood pressure: the Strong Heart Study. **Hypertension** 2006;47(2):162-7. Epub 2005 Dec 27.

DÓRIA, E. L.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Hipertens** 2004; 7(3):86-9.

DRATCU, L; LADER, M. Ansiedade: conceito, classificação e biologia. **J Bras Psiq.** 1993;42(1):19-32.

DUARTE, V. B *et al.* A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, 7(1): 42-50;2005.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Repensando o cuidado frente uma sociedade que envelhece. **Saúde Coletiva**, v.5, n.20, p.38, 2008.

FARINATI, P. T. V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arq Geriatr Gerontol** 1997; 1:1-9.

FERREIRA, C. **Hipertensão Arterial**. Emedix – Portal de saúde com informações sobre doenças. 2010. Disponível em <<http://emidex.uol.com.br/doi/index.php>> . Acesso em 18/03/2016.

FLAMENT, C. **Estrutura e dinâmica das representações sociais**. In: JODELET. D. (Org.). Representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

FORETTE, F *et al.* Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. **Lancet** 1998; 352(9137): 1347-51.

FORJAZ, C. L. M. Exercício resistido para o paciente hipertenso: indicação ou contra-indicação. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 2003.

Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção a Saúde. **Células de Atenção às Condições Crônicas**. Diretrizes clínicas: Hipertensão Arterial. / Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. – Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2015.

FRANCISCHETTI, E. D, SANJULIANI, A. F. Tópicos especiais em hipertensão arterial. In: Oigman W, Neves MFT. **Hipertensão sistólica isolada**. São Paulo: bbs Editora; 2005. P. 71-83.

FRANKLIN, S. S *et al.* Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study. **Circulation**. 1999; 100 (4): 354-60.

FRASIER, L. Factors influencing blood pressure: development of a risk model. **J Cardiovasc Nurs**, 15(1): 62 – 79;2000.

FUCHS, S. C.; CASTRO, M. S.; FUCHS, F. C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Hipertens** 2004; 7(3):90-3.

GALLO, J. R.; CASTRO, R. B. P. **Exercício Físico e Hipertensão**. São Paulo: Editora Sarvier, 1997.

GARIBALLA, S. Nutrition and older people: special considerations relating to nutrition and ageing. **Clin Med**. 2004;4(5):411-4.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GORARD, D. A. Escalating polypharmacy. **QJM**. 2006;99(11):797-800.

GUSS, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 377-84.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5a edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

HAJJAR, I.; KOTCHEN, T. A. Trends in prevalence, awareness, treatment and controle of hypertension in the United States, 1988 – 2000. **JAMA**, 290 – 199 – 206;2003.

HANSSON, L *et al.* Effects of intensive bloodpressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. **Lancet**. 1998;351:1755-62.

HAREVEN, T. K. The last stage: historical adulthood and old age. **Daedalus: American Civilization: New Perspective** 105 (4), pp.13-27;1976.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 – Revisão 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

IRIGOYEN, M. C *et al.* Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 2003; 13:20-36.

JAMES, G. D *et al.* The influence of happiness, anger, and anxiety on the blood pressure of bordeline hypertensives. **Psycosom Med**. 1986;48(7):502-8.

JODELET, D. (1984) Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: S. MOSCOVICI (Org.). **Psychologie Sociale**. Paris: PUF, 357-378.

_____. Représentations Sociales: un domaine en expansion. In: _____(Ed.). **Les représentations Sociales**. Paris: PUF, 1989.

_____. Représentation sociale: Phénomènes, concept et theorie. In: **Psychologie sociale**. Paris: PUF, 1990.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora da Uerj, 2002.

JONES C. J.; RIKLI, R. E. Measuring functional. **The Journal on Active Aging**. 2002;1:24-30.

KALACHE, A. *et al.* O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 21:200-10, 1987.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.2, p.304-312, 2008.

LATORRE, J. M; BENEIT, P. J. **Psicología de la salud**. Buenos Aires: Editorial Lumen; 1994.

LAZARUS, R; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LESSA, I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Rev Bras de Hipertens** 2001; 8: 383–392.

LEVINE, D. M *et al.* Behavior changes and the prevention of high blood pressure: workshop II. **Circulation** 1993; 88:1387-90.

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

MACHADO, L. C; ANICETO, R.A. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 345-364, abr./jun. 2010.

MACHADO, M. C; PIRES, C. G. S; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1365-1374, 2012.

MANCIA, G *et al.* 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur Heart J**. 2007;28(12):1462-536.

MATTHEWS, K. A *et al.* Socioeconomic trajectories and incident hypertension in a biracial cohort of young adults. **Hypertension** 2002; 39:772-6.

MEIRELES, V. C. *et al.* Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde Soc.**, v.16, n.1, p.69-80, 2007.

MONTEZUMA, C. A; FREITAS, M. C; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet];10(2):395-404;2008. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>

MOREIRA, R. S *et al.* A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1665-1675, 2005.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

MOSCOVICI, S. (1981). On social representations. Em J.P. Forgas (Org.), **Social cognition. Perspectives on everyday understanding** (pp.181-209). New York: Academic Press.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S.; NEMETH, C. Minority influence. In: NEMETH, C. (org.). **Social psychology: classic and contemporary integrations**. Chicago: Rand McNally, 1974, p. 217-250.

MOSCOVICI, S. & HEWSTONE, A. (1985). De la ciência al sentido comum. Em S. Moscovici (Org.), **Psicologia Social** (Vol. I, pp.679-710). Barcelona, Espanha: Paidós.

NANDA, A; BESHINE, R. W (2009) Dizziness. In Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S (eds) *Hazzard's Geriatric medicine and Gerontology*. **McGraw-Hill**, New York, p 1634.

NASCIMENTO, L. C; MOARES, E. R.; SILVA, J. C.; VELOSO, L. C.; VALE, A. R. M. C. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-7, jul-ago. 2008.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas de psicologia**. Ribeirão Preto, 8 (3), 287-299, 2000.

National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **JAMA**. 2003; 289(19):2560-72.

NEGRÃO, C. E; RONDON, M. U. P. B. Exercício físico, hipertensão e controle barorreflexo da pressão arterial. **Rev Bras Hipertens** 2001 jan.-mar.;8(1):89- 95.

NISKANEN, L *et al.* Inflammation, Abdominal Obesity, and Smoking as Predictors of Hipertensión. **Hypertension** 2004; 44:859-865.

NOBRE, F; PIERIN, A. M. G; MION JR., D. Adesão ao tratamento - **O grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos; 2001.

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M. P. L; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. (Orgs.).

Representações Sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/ufrpb. 2003; p. 67-77.

OLIVEIRA, D. C. **A promoção da saúde da criança:** análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais. 1996. 298 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, S. M. J. V *et al.* Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto Contexto Enferm.** 2008;17(2):241-9

OPPARIL, S. **Hipertensão Arterial.** In: Goldman & Bennet – Cecil: Tratado de Medicina Interna – Guanabara Koogan – 21ª ed. Vol I. Rio de Janeiro. Pp. 289-304;2001.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAVARINI, S. C. I *et al.* A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.3, p.398-402, 2005.

PERRY, I. J; WHINCUP, P. H & SHAPER, A. G. Environmental factors in the development of essential hypertension. **British Medical Bulletin**, 50 (2): 246 – 259;1994.

PESCATELLO, L. S *et al.* American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. **Med Sci Sports Exerc** 2004;36(3):533-553.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**; 6(1):33-39, 1998.

PETRELLA, R. J. Lifestyle approaches to managing high blood pressure – new Canadian guidelines. **Can Fam Physician** 1999; 45:1750-5.

PICKERING, T. G. The effects of environmental and lifestyle factors on blood pressure and the intermediary role of the sympathetic nervous system. **Journal of Human Hypertension**, 11 Suppl. 1: S9 – S18;1997.

PIERIN, A. M. G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório. **Rev Esc Enferm USP** 1989;23:35-48.

PIERIN, A. M. G; STRELEC, M. A. A. M; MION JR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar.** São Paulo: Manole; 2004. p. 275-89.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2004.

PUDDEY, I. B; BEILIN, L. J. Alcohol is bad for hypertension. **Clin Exp Pharmacol Physiol**. 2006;33(9):847-52

REIS, I. O. A; SARUBBI JUNIOR, V.; BERTOLINO NETO, M. M.; ROLIM NETO, M. L. **Tecnologias computacionais para o auxílio em pesquisa qualitativa software Evoc**. São Paulo: Schoba, 2013.106p.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciênc Saúde Coletiva** [online]. 2009 [cerca de 15 p]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4478. Acesso em: 20 nov 2009.

ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. São Paulo: Papirus; 1994.

ROSÁRIO, T. M; SCALA; L. C. N; França, G. V. A; PEREIRA, M. R. G; JARDIM, P. C. B. V. Prevalência, controle e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card**. 2009; 93 (6):672-8.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 106 p.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 1. ed. Petrópolis: Vozes; 189p, 1996.

SANT'ANNA', H. C. **Openevoc: um programa de apoio à pesquisa em representações sociais**. Psicologia social: desafios contemporâneos. Espírito Santo. ES. 2013.

SARTORELLI, D. S; FRANCO, L. J; CARDOSO, M. A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**. 2006;22(1):7-18.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm**. 2010;63(1):136-40.

SELYE, H. The stress of life. New York: **McGraw-HillBook Company**; 1956.

SILVA, L. O. L *et al*. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 21 (2): 121-8, 2013.

SILVA, J. B. **O projeto de pesquisa: passo a passo**. Fortaleza: Editora Wyeth, 2000.

SILVEIRA, M. G.; NAGEM, M. P.; MENDES, R. R. Exercício físico como fator de prevenção e tratamento da hipertensão arterial. **Revista Digital de Esportes**. 2007.

Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd106/exercicio-fisico-como-fator-de-prevencao-e-tratamento-da-hipertensao-arterial.htm>> . Acesso em 18/03/2016.

SIQUEIRA, F. V *et al.* Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.1, p.39-54, 2008.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatría. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 2002 jul; 79 (S1).

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2006 Fev: 1–48.

Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo (SP): SBH/SBC/SBN; 2002.

Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, 2002. Arq Bras Cardiol 2004;82(Supl IV):1-14.

SOUZA, M. S. Tratamento da hipertensão arterial. **Revista Banco de Saúde**. 2010. Disponível em <<http://www.bancodesaude.com.br/hipertensao-arterial/hipertensao-arterial-referencias>>. Acesso em 18/03/2016.

SUNDQUIST, J; WINKLEBY, M. A; PUDARIC, S. Cardiovascular disease risk factors among older black, Mexican-American, and white women and men: an analysis of NHANES III, 1988-1994. **J Am Geriatr Soc** 2001; 49:109-16.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

VACHOQ, L ; SANTOS, R. S. Montando o quebra-cabeça das representações sociais: em estudo com gestantes de risco. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, Edição Extra, p.23-37, 1996.

VALA J. Representações Sociais e Psicologia Social do conhecimento cotidiano. In: Vala J, Monteiro MAB, coordenadores. **Psicologia Social**. 4. ed. Lisboa: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian; 2000.

VARGAS, C. M; INGRAM, D. D; GILLUM, R. F. Incidence of hypertension and educational attainment. **Am J Epidemiol** 2000; 152:272-8.

VELOZ, M. C. T; SCHULZE, C. M. N; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia Reflexão e Crítica**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, v.12, n.2, 1999.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p. 2463-2466, 2007.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

VERAS, R. P; CALDAS, C. P. Produção de cuidados à pessoa idosa [editorial]. **Cienc Saude Coletiva**. 2008;13(4):1104. DOI:10.1590/S1413-81232008000400001.

VRIJKOTTE, T. G. M; DOORNEN, L. J. P; GEUS, E. J. C. Effects on work stress on ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability. **Hypertension**. 2000;35:880-6.

World Health Organization. **Issues of communication and risk**. World Health Report 2002: from noncommunicable diseases & mental health (NMH) communications. Geneva: World Health Organization; 2002.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION WRITING GROUP. World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. **J Hypertens**, v.21, p.1983-92, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

YANG, Y; GEORGE, L. K. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. **J Aging Health** 2005; 17:263-92.

YAN, L. L *et al.* Psychosocial factors and risk on hypertension: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. **JAMA**, 290(16): 2138 – 48;2003.

ATIVIDADE FÍSICA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 1 VEZ NA SEMANA <input type="checkbox"/> 2 VEZES NA SEMANA <input type="checkbox"/> 3 OU MAIS VEZES NA SEMANA
ANTECEDENTES DE HIPERTENSÃO NA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> SIM QUEM? <input type="checkbox"/> NÃO
FAZ TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS PARA HAS	<input type="checkbox"/> SIM QUAIS? <input type="checkbox"/> NÃO

APÊNDICE B – Técnica de associação livre de palavras (TALP)

Escreva as quatro primeiras palavras que vem a sua mente quando se lê a palavra **pressão alta**:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Escreva as quatro primeiras palavras que vem a sua mente quando se lê a palavra **ser hipertenso**:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Sou Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas, mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará e, juntamente com a professora Maria Célia de Freitas, estou convidando o Senhor(a) a participar do estudo intitulado: **SER HIPERTENSO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Neste estudo pretendemos conhecer as representações sociais dos idosos sobre o ser hipertenso; identificar os conteúdos que integram as representações sociais do ser hipertenso para os idosos de uma Unidade Básica de Saúde e descrever que características que moldam o ser hipertenso para os idosos. Além disso, estaremos sempre dispostos a dar informações sobre o trabalho.

Para que possamos realizar este estudo, precisamos de sua participação voluntária. No caso de aceitar, o(a) senhor(a) responderá um questionário com questões previamente elaboradas. Em caso de algum risco de constrangimento estarei apta para minimizá-lo. E o estudo trará benefícios tanto para o participante quanto para a Instituição.

Informamos também que o(a) senhor(a) não terá despesas financeiras, nem receberá gratificação ou pagamento pela participação neste estudo. O(a) senhor(a) poderá receber esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa quando requisitar, podendo desistir de continuar colaborando se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízos. Este termo será elaborado em duas vias sendo uma para o pesquisador e outra para o sujeito da pesquisa.

Para alcance dos objetivos do estudo será realizada uma entrevista para que possa responder as perguntas do formulário que envolve o tema da pesquisa de forma sincera; e que serão registradas por meio de um gravador. Se houver alguma dúvida, a Sr^a. poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas ou a orientadora do projeto: Prof^a Dra. Maria Célia de Freitas. Endereço profissional: Universidade Estadual do Ceará (UECE), Curso de Enfermagem – Av. Paranjana, 1700 – Itapery – Fortaleza-Ceará, Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) – telefone: (85) 3101-9890; e-mail: rafaelly_fb@hotmail.com

Dados do participante:

Nome: _____

Telefone para contato: _____

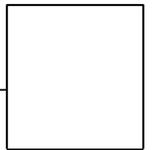
Consentimento esclarecido

Declaro que após ser esclarecida pelas pesquisadoras e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 201__.

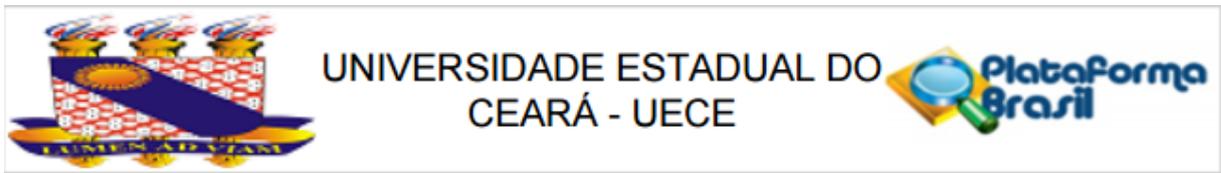
Nome _____

Assinatura: _____



Polegar direito

ANEXO A – Parecer do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ser hipertenso: representações sociais do idoso na Atenção Primária à Saúde **Pesquisador:** Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas **Área**

Temática:

Versão: 1

CAAE: 48666315.7.0000.5534

Instituição Proponente:PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO**PARECER**

Número do Parecer:

1.235.358

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa trata de um estudo que tem como temática “Ser hipertenso: representações sociais do idoso na Atenção Primária à Saúde.” O projeto traz em sua introdução a descrição do problema de conformidade com a literatura estudada, e a autora descreve sua aproximação com o tema e o objeto da pesquisa.

O estudo será do tipo descritivo, fundamentado nas Representações sociais. Será realizado em uma

Unidade Básica de Saúde da área administrativa da Secretaria Executiva Regional IV situada em Fortaleza – CE.

O estudo será do tipo descritivo, fundamentado nas Representações sociais será realizado em uma UAPS da Secretaria Executiva Regional IV do município de Fortaleza – CE. A população do estudo será constituída por aproximadamente 200 idosos que apresentam hipertensão arterial, segundo dados estatísticos da Unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as representações sociais dos idosos sobre ser hipertenso; identificar os conteúdos que integram as representações sociais de ser hipertenso para os idosos na Atenção Primária à Saúde; descrever que características moldam o ser hipertenso para os idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisadora explicita que o estudo envolve os riscos de aspecto não físico, uma vez que poderá causar constrangimento e/ou desconforto.

Benefícios:

Informa ainda que o estudo trará benefícios tanto para os idosos, pois a representação social poderá indicar novos elementos para reconstrução do conhecimento acerca da hipertensão arterial; quanto para estudantes, pesquisadores e enfermeiros, visto que o conhecimento adquirido favorecerá ganhos para organização de prática educativa para a parcela populacional de idosos de forma a investir na adesão ao tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, é relevante por buscar produzir achados significativos que enriqueçam os conhecimentos em torno da atenção à saúde do idoso hipertenso, visando um controle adequado na Atenção Primária à Saúde na perspectiva de ofertar serviços cuja estrutura apresente características que

possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que os idosos apresentam.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

- Folha de Rosto devidamente assinada pela Diretora do CCS;
- Termo de Anuência devidamente assinado pela Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação naSaúde da SMS Fortaleza.

O TCLE está escrito em linguagem acessível.

O orçamento está presente no projeto e será de inteira responsabilidade do pesquisador.

Recomendações:

Atualizar o cronograma da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/06/2015 17:06:16		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	19/08/2015 08:28:19	Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas	Aceito

Orçamento	orcamento.docx	19/08/2015 08:28:34	Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado_alterado_posto.docx	19/08/2015 08:28:58	Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	19/08/2015 08:32:45	Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	19/08/2015 08:28:01	Rafaelly Tavares Barbosa de Freitas	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_529711.pdf	19/08/2015 08:34:11		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Setembro de 2015

**Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)**