

# Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento

## Hypertension: Social Representations of the elderly on the disease and its treatment

Leonardo Oliveira Leão e Silva<sup>1</sup>, Carlos Alberto Dias<sup>2</sup>, Suely Maria Rodrigues<sup>3</sup>,  
Marina Mendes Soares<sup>4</sup>, Mericley Angela de Oliveira<sup>5</sup>, Carla Jorge Machado<sup>6</sup>

### Resumo

Estudo descritivo do tipo transversal, objetivou identificar as Representações Sociais em torno da hipertensão e da terapêutica que contribuem para a adesão ou não de pacientes idosos ao tratamento da doença. Os dados foram coletados entre os meses de junho e setembro de 2010, por meio de entrevista realizada com 99 idosos hipertensos, residentes em dois distritos rurais do município de Governador Valadares-MG. Para a avaliação da adesão fez-se uso do teste de Morisky-Green e para o levantamento das Representações Sociais da técnica de associação livre de palavras. O *software* EVOC possibilitou a identificação do núcleo da representação, sendo os elementos mais citados pelos participantes: Cefaléia, Coração, Derrame, Morte e Nervosismo. Conclui-se que as representações sociais que idosos possuem em relação à terapêutica influenciam os diferentes níveis de adesão ao tratamento. Além disso, elas condicionam a forma como os pacientes fazem uso de medicamentos e adotam as sugestões de cuidados para saúde.

**Palavras-chave:** hipertensão; idoso; percepção social.

### Abstract

This work is a cross-sectional descriptive study, aiming at identifying the Social Representations related with hypertension and the therapeutics that contribute to the adherence or nonadherence in its treatment of elderly patients. Data were collected between June and September 2010 through the interviews carried out with 99 hypertensive elderly residents in two rural districts of the city of Governador Valadares, Minas Gerais. The Morisky-Green test was used for the assessment of adherence and for the investigation of Social Representation in the technique of free association of words. EVOC software enabled the identification of the core of representation, and the elements most often cited by participants were: Headache, Heart, Stroke, Death, and nervousness. It was concluded that the social representations that the elderly have in relation to therapeutic influence the different levels of adherence to the treatment. In addition, these representations affect how patients use drugs and adopt the suggestions for health care.

**Keywords:** hypertension; elderly; social representation.

Trabalho realizado na cidade de Governador Valadares (MG), Brasil.

<sup>1</sup>Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal e Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup>Doutor em Psicologia Clínica; Professor da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) – Governador Valadares (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Doutora em Saúde Coletiva; Professora da UNIVALE – Governador Valadares (MG), Brasil.

<sup>4</sup>Mestranda em Gestão Integrada do Território pela UNIVALE – Governador Valadares (MG), Brasil.

<sup>5</sup>Enfermeira especialista em Saúde Coletiva da Prefeitura Municipal de Governador Valadares – Governador Valadares (MG), Brasil.

<sup>6</sup>Economista Doutora em Dinâmica Populacional; Professora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Leonardo Oliveira Leão e Silva – Rua I, 398 – CEP: 35059-600 – Governador Valadares (MG), Brasil –

E-mail: leooliveiraleao@hotmail.com

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Conflito de interesse: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

Em 2003 existiam quase um bilhão de hipertensos no mundo. Calcula-se que essa doença tenha causado a morte de 7,1 milhões de pessoas, o equivalente a 13% do total de óbitos daquele ano<sup>1</sup>. Publicações internacionais indicam que, nos EUA, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) teria afetado cinquenta milhões de pessoas<sup>2</sup>. No Brasil, a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o maior fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, com destaque para o acidente vascular encefálico (AVC) e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país<sup>3</sup>.

O tratamento adequado para essa doença, progressiva e silenciosa, pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação ou a associação de ambos. Tal tratamento, baseado nas evidências científicas e consensos de especialistas, é um passo fundamental para o controle da HAS e de suas complicações<sup>4</sup>. No entanto, 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 adultos tem sua pressão arterial adequadamente controlada<sup>2</sup>.

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. Estes fatores já foram identificados e descritos na literatura<sup>5</sup>. Diante dos resultados encontrados, os autores frisam que o conhecimento existente a respeito da HAS e das medidas de controle constituem-se em elementos significativos capazes de reduzir drasticamente óbitos decorrentes desta doença, desde que aplicados corretamente em sua totalidade<sup>5</sup>.

Percebe-se nesse contexto a existência de uma estreita relação entre HAS, tratamento e complicações/morte de portadores da doença. Esta problemática encontra-se permeada de conhecimentos advindos de diferentes contextos sócio-históricos, que se organizam em verdadeiros emaranhados de significados<sup>6</sup>. A compreensão de tais significados permite o entendimento dos acontecimentos da vida diária, das características do meio ambiente e das informações que circulam em torno da HAS<sup>6</sup>.

Para a apreensão desses significados, devem-se considerar dois elementos: o modo como os 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). De certa forma, a análise destas duas situações ajuda a entender

como ocorre o processo de captura ou apropriação 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 avaliado pelo contexto<sup>7</sup>.

Assim a apreensão do modo de construção do saber do hipertenso relativo a HAS e seu controle não se apresentará desvinculado de sua subjetividade. A dupla oposição “saúde-doença” e “indivíduo sociedade”, que se organiza na representação, dando sentido à doença e seu controle, pode ser apreendida através do discurso do paciente. Por meio deste discurso relativo à saúde e doença, tem-se acesso à imagem da sociedade, de suas “imposições”, tais como o indivíduo as vive. Englobada nesta imagem, a doença e tudo aquilo que gravita em torno dela é pleno de significado<sup>8</sup>.

Portanto, o presente estudo visa realizar um levantamento de tais significados ou representações que gravitam em torno da doença, que, por sua vez, tendem a reduzir, manter ou elevar a adesão ao tratamento.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal o qual utilizou uma abordagem quantitativa com dados normativos (numéricos e categoriais) e uma qualitativa com as evocações dos participantes a respeito da HAS. A associação das abordagens quantitativa e qualitativa em estudos no campo das RS é altamente recomendável e incentivada<sup>9</sup>.

Foram incluídos no estudo 99 idosos hipertensos, residentes em dois distritos rurais do município de Governador Valadares-MG, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, constantes nos arquivos do Hiperdia. Estes utilizam algum medicamento para controle da pressão arterial, possuem estado funcional independente e função cognitiva preservada para responder ao questionário utilizado na pesquisa. Para a avaliação destas condições contou-se com registros dos prontuários arquivados nas Estratégias Saúde da Família (ESF) dos distritos de Chonin de Cima e Chonin de Baixo e com o parecer de profissionais de saúde que atuam nas mesmas (médicos, enfermeiros).

Os dados foram coletados entre os meses de junho e setembro de 2010 por intermédio de uma entrevista semi-estruturada, e aplicação do teste de Morisky-Green et al.<sup>10</sup>. Tais instrumentos tiveram por objetivo avaliar a adesão aos medicamentos pelos participantes e as representações que possuem em torno da HAS. Esta coleta foi realizada individualmente

nas residências dos participantes em ambiente reservado favorecendo uma melhor comunicação entre entrevistado e entrevistando.

Com o objetivo de apresentar fidelidade quanto ao registro das respostas fornecidas pelos idosos, com o consentimento dos mesmos, as entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador de voz digital. Tal registro foi transcrito imediatamente após a coleta pelos pesquisadores integrantes do núcleo de pesquisa Saúde, Individual e Sociedade (SAIS) da Universidade Vale do Rio Doce. Este procedimento possibilitou o retorno ao material sempre que se fez necessário. Em todo momento manteve-se um caráter informal, a fim de que os participantes se sentissem à vontade para relatar suas opiniões.

O teste de Morisky-Green consiste em um questionário com quatro questões que verificaram se o paciente se esqueceu de administrar seu medicamento, se administrou na hora prescrita e se deixou de administrar dependendo de como se sentia. As respostas foram pontuadas em sim e não. Segundo o teste, considera-se aderente ao tratamento proposto o paciente que obteve pontuação máxima de quatro pontos e não aderente aquele que obteve três pontos ou menos<sup>10</sup>.

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, para o desenvolvimento deste trabalho foram necessárias duas ações: obtenção da autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Governador Valadares, responsável pelas Unidades de ESF selecionadas; aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) segundo o Parecer 028/09-10. Todos os idosos que participaram do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias. Com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados, os fragmentos das entrevistas apresentados nesse trabalho foram identificados por “Entrevistado” e o número correspondente da entrevista.

Para avaliar os dados normativos e identificar os conteúdos implícitos relativos às RS dos idosos em torno da HAS, a entrevista foi estruturada em seis partes, a saber: Características Pessoais; Classificação socioeconômica; Serviço de saúde; Evocações relativas a HAS; Adesão ao tratamento; Avaliação da Pressão Arterial. A parte referente às evocações relativas a HAS foi elaborada de acordo com as orientações da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Tal estruturação permitiu que os dados fossem apropriadamente catalogados e analisados por meio do Software Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations (EVOC) – versão 2003. Para armazenamento, compilação e análise dos dados normativos/quantitativos foi utilizado o software Sphinx versão 5.

## RESULTADOS

Com base na avaliação realizada pelo teste de Morisky-Green, dos idosos estudados, 62 (62,6%) não aderem ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pela equipe médica. Desta forma, tomando-se como referência esse resultado, dividiu-se os participantes em dois grupos: G1, com 37 idosos aderentes ao tratamento; G2, com 25 idosos não aderentes ao tratamento. Em sua maioria os integrantes do G1 possuem idade em torno de 60 a 70 anos, perfazendo uma média de 70,3 anos (DP±8,04). A maior parte destes é do sexo feminino (70,3%), aposentados (51,4%), sobressaindo os da classe socioeconômica C (45,9%) e raça/cor (27,0%).

Os integrantes do G2 possuem em sua maioria idade em torno de 60 a 70 anos, perfazendo uma média de 70,5 anos (DP±7,16). A maior parte destes é do sexo feminino (58,1%), aposentados (66,1%) e categorizados dentro da classe socioeconômica D (58,1%). Em relação ao G1, o G2 possui uma maior proporção de idosos com idade em torno de 70 a 80 anos (43,5%), classe socioeconômica mais baixa (64,2%), D e E, e maior número de indivíduos de raça/cor (37,1%).

Com base nos relatos dos entrevistados, observou-se que os participantes do G1 atribuem maior importância e fazem maior uso da terapia medicamentosa, enquanto os do G2 das medidas higienodietéticas. Apesar disso, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, quanto aos conhecimentos relativos à doença e ao tratamento.

Estando este estudo fundamentado na TRS, a coleta de evocações sobre a HAS constituiu-se num procedimento capaz de fornecer contribuições importantes para se conhecer o modo como os participantes representam esta doença. Desta forma, através do processamento realizado com o EVOC foi possível organizar todos os elementos evocados, de forma a permitir o tratamento estatístico capaz de evidenciar o núcleo e o sistema periférico da representação.

O processamento dos dados relativos às RS dos idosos sobre a HAS revelou a ocorrência de 381 evocações sobre a HAS, sendo que destas, 66 eram diferentes entre si. Para uma melhor organização destes dados, estabeleceram-se algumas categorias nas quais estas informações foram agrupadas, conforme sugerido em estudos anteriores que se utilizaram da TRS. A título de exemplo, a palavra “Infarto” foi a matriz de agrupamento de palavras como “Parada Cardíaca”, “Parar Coração” e “Infarte”<sup>11</sup>.

Estabelecidos os agrupamentos por categorias, os dados foram processados, e em seguida, realizado a montagem de quatro quadrantes. Segundo os autores, as palavras agrupadas no quadrante superior esquerdo, que possuem as maiores frequências e são as principais evocadas, formam o núcleo da RS. O sistema periférico, por sua vez, localiza-se nos quadrantes

superior e inferior direito, respectivamente primeira e segunda periferia. Os elementos de contraste encontraram-se no quadrante inferior esquerdo. Desta forma, para que uma evocação fizesse parte do primeiro Quadrante, que contém o núcleo da representação, estabeleceu-se o critério de frequência superior a 10 ocorrências e também uma ordem média de evocação abaixo de 2,4. Estes valores são estabelecidos a fim de se obter para o núcleo da representação uma relação em torno de cinco elementos<sup>11</sup>.

No segundo quadrante, que apresenta os elementos do sistema periférico, devia-se apresentar uma frequência acima de 10 ocorrências e uma ordem média de evocação maior ou igual a 2,4. Já no terceiro quadrante, os critérios foram o de apresentar uma frequência abaixo de 10, mas ter uma ordem média de evocação abaixo de 2,4. No último quadrante, que contém geralmente percepções ou experiências individuais, devia-se apresentar uma frequência maior que cinco e inferior a 10 e uma ordem média de frequência igual ou acima a 2,4 (Tabela 1).

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

Para que fosse possível estabelecer com maior exatidão a relação entre os termos evocados e seus reais significados,

foi solicitado aos participantes que explicassem o significado do termo evocado como número um, ou seja, o principal relacionado à HAS. Lista-se no Quadro 1 algumas descrições sobre os significados atribuídos pelos idosos dos itens que compõem o núcleo desta representação e que contribuíram para a definição geral da HAS descrita acima.

Os elementos constituintes do núcleo da RS dos idosos sobre a HAS apontam para uma visão que pode interferir na adesão ao tratamento. Dentre os elementos apresentados observa-se que o fato de associar a HAS a sintomas psicológicos pode estar dificultando o seu controle, pois os idosos deixam de tomar a medicação por acreditarem que esta conduta não é necessária. Segundo eles, tal situação se deve ao fato de a doença possuir período curto e passageiro, ocasionada devido a um desentendimento com os filhos, esposa ou marido. Sendo assim, consideram que a melhor forma de tratamento é dormir bem e/ou conversar com parentes e amigos para “tirar o estresse”.

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

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

**Tabela 1.** Processamento EVOC para os Idosos sobre a HAS. Governador Valadares, 2011

1° Quadrante			2° Quadrante		
Elementos do Núcleo Central	F≥10	OME<2,4	Elementos do Sistema Periférico	F≥10	OME≥2,4
Cefaléia	18	2,222	Dieta	10	3,1
Coração	12	2,333	Doença	13	3,077
Derrame	34	1,5	Dor corporal	14	3,5
Morte	24	2,125	Incapaz	16	2,563
Nervosismo	27	2,185	Infarto	19	2,474
			Perigosa	18	2,611
			Preocupação	15	2,867
			Tonteira	16	3,688
3° Quadrante			4° Quadrante		
Elementos do Sistema Periférico	F<10	OME<2,4	Elementos do Sistema Periférico	F<10	OME≥2,4
Desconhecimento	6	1,333	Fadiga	8	3
Evitar sal	8	2,25	Gordura	5	2,4
Medicamento	6	2,333	Medo	7	3,143
			Palpitação	7	2,714
			Sono	9	3,889

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

Outro ponto a se destacar é o fato de o estado fisiológico e biológico dos idosos parecer dificultar o tratamento e adesão aos medicamentos e às medidas gerais de controle da HAS. Alguns relataram a dificuldade em relação ao número de medicamentos e ao esquecimento no uso deles, devido à complexidade de alguns regimes terapêuticos.

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

Apesar da validade atribuída ao tratamento medicamentoso da hipertensão, este processo é bastante complexo para o usuário. Na fala acima, observa-se o quanto o modelo da medicalização exerce controle sobre a rotina e qualidade de vida do usuário e este é outro fator que pode interferir na sua aderência ao tratamento.

Observa-se também que as práticas culturais da região podem interferir na forma como os idosos fazem o uso dos medicamentos. Ou seja, estas práticas tendem a dificultar o tratamento da HAS, já que, segundo os idosos, tão bom

quanto os medicamento prescritos pela equipe médica é o chá de origem caseira produzido com folhas ou frutos da região. Destes, temos vários exemplos como chás de carambola, amora, chuchu, erva doce, para tudo, babosa, algodão, erva cidreira, vinagreira, limão, alho, “[...] suco de couve com três gotinhas de limão[...]”, dentre outros.

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

Além dessa visão geral sobre as RS desse grupo, uma outra forma possível de leitura dos dados, é a partir da segmentação, conforme os grupos G1 e G2. Esta teve como propósito verificar as possíveis relações entre o nível de adesão ao tratamento medicamentoso e as RS da HAS. A Tabela 2 apresenta os núcleos das RS considerando de maneira independente as contribuições dos grupos G1 e G2.

Com base no estudo comparativo, foi possível esboçar duas definições relativas à HAS. Para os idosos hipertensos aderentes ao tratamento medicamentoso (G1), a HAS é uma doença causada pelo *nervosismo*, tendo como indicador do aumento da pressão a dor de cabeça, que, não sendo tratada, provoca o *derrame* e/ou o *infarto*, gerando incapacidade ou *morte* imediata. Já para os idosos hipertensos não aderentes ao tratamento (G2), a HAS é uma doença perigosa causada pelo *nervosismo*, que, não sendo tratada, provoca o *derrame* e/ou o *infarto*, gerando incapacidade ou *morte* imediata.

**Quadro 1.** Descrição dos Significados das palavras constituintes do núcleo da Representação Social. Governador Valadares, 2011

Elementos Evocados	Significados
Cefaleia	A dor de cabeça pode arrebrantar uma veia, ai eu vou ter que ir no médico, posso até operar (Entrevistado 7). A dor de cabeça é uma coisa ruim, porque atrapalha a pessoa de fazer qualquer coisa. A dor de cabeça prejudica o corpo todo e aumenta mais a pressão e pode provocar um problema mais sério (Entrevistado 64).
Coração	Esse tal problema do coração faz a gente ter medo de morrer de uma hora para outra e sofrer derrame (Entrevistado 70). Porque se não cuidar do problema do coração pode ocorrer algo mais grave (Entrevistado 72).
Derrame	Tenho muito medo de ficar doente, em cima da cama. Ficar doente é muito ruim. Não tenho medo de morrer, mas ficar doente é pior que morrer; depender dos outros é ruim (Entrevistado 9). Tenho medo de adoecer de uma hora pra outra, dar trabalho pros outros. O derrame põe a gente muito doente. Tenho mais medo, é o mais perigoso. É triste ficar sem poder fazer as coisas [...] Porque pode destruir minha vida, pode ser fatal, 'né'? Ficar com sequelas (Entrevistado 24).
Morte	Qualquer coisinha a gente cai e morre e não quero morrer agora. A gente vai morrer mesmo. Qualquer hora, 'né?'. Queria viver cento e vinte anos, mas vamos ver, 'né'? Porque mata mesmo, 'uai' (Entrevistado 9). Quando ela vem, acabou tudo, deixa família e amigos. Essa doença não é brincadeira, 'uai', é triste (Entrevistado 27).
Nervosismo	Porque tem muito problema com filhos e tem que cuidar do marido (Entrevistado 2). Eu sei que não posso passar raiva. Às vezes eu brigo com as pessoas e fico agitada, aí a pressão aumenta. Porque, sei lá, porque geralmente tem tanta coisa que a gente pensa que quer fazer e não pode fazer. Por exemplo, tem um serviço que a gente não aguenta fazer, não pode fazer. Se não trouxer uma pessoa eu vou ajudar a fazer. Ninguém vai fazer nada. Você quer fazer as coisas, não dá pra você fazer as coisas. Então vai passando raiva. O dia que morrer fica tudo aí. Ataca a cabeça da gente [...] (Entrevistado 50).

## DISCUSSÃO

A HAS pode estar relacionada com a causa direta ou indireta da morbidade e mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Seu controle depende de medidas dietéticas e de estilo de vida e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, tal controle pode estar sendo negligenciado. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso tem sido apontada como um dos importantes determinantes desse problema<sup>12</sup>.

Há vários fatores que interferem na adesão ao tratamento como o gênero, a idade avançada, o atendimento, dentre outros, embora se deva destacar a importância do comportamento do paciente frente ao uso da medicação<sup>13</sup>. Levando-se em consideração o teste de Morisky-Green, a maioria dos pacientes do estudo foram classificados como não-aderentes ao tratamento.

Este resultado foi encontrado em dois estudos realizados no estado de São Paulo, um com 130 pacientes e outro com 327, nos quais 77%<sup>13</sup> e 87%<sup>14</sup> respectivamente tiveram pontuação menor do que três, indicando a não adesão ao tratamento. Embora o teste utilizado para este estudo seja considerado válido e confiável, ele tende a superestimar a não adesão ao contrário do que ocorre com os métodos indiretos. Segundo alguns autores, a validade deste teste depende da sinceridade do entrevistado e da existência de uma relação de confiança entre este e o avaliador<sup>15</sup>.

A classe socioeconômica foi identificada em diversos trabalhos como um fator de risco independente para as doenças cardíacas<sup>16,17</sup>. Estes estudos relatam ainda que a classe socioeconômica poderia impor aos indivíduos um estilo de vida, resultando no acúmulo de alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares<sup>18</sup>. Dentre estes fatores o tabagismo, a obesidade, a pressão arterial elevada e a inatividade física são mais prevalentes entre pessoas de baixa posição socioeconômica. Possivelmente, estas condições contribuíram para uma alta taxa de não adesão ao tratamento entre os participantes do estudo, uma vez que as condições socioeconômicas são preditoras da falta de adesão ao tratamento, ou seja, quanto mais baixos os níveis socioeconômicos, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo<sup>19</sup>.

O uso de chás e plantas silvestres pelos entrevistados atesta a influência de práticas culturais no tratamento da HAS. Embora tais práticas possam ser aceitas e associadas a indicadores positivos na adesão ao tratamento, seu uso tem levado os entrevistados a abandonarem a medicação prescrita pela equipe médica, dificultando o controle dos níveis tensionais. A pouca informação comprovada sobre os efeitos benéficos ou maléficos de tais práticas, bem como do correto uso dos mesmos, agrava o risco daqueles que depositam nessa forma terapêutica toda confiança para o cuidado de sua saúde<sup>20</sup>.

O presente estudo evidenciou que os hipertensos fazem uma associação entre a HAS e suas complicações. Em alguns momentos são capazes de ultrapassar os limites de tal associação chegando até mesmo a confundir a doença com as complicações que pode produzir. Esta confusão criada pelo paciente tende a colocar em risco sua saúde, já que um dos principais motivos que contribuem para que ele abandone o tratamento é o desconhecimento das complicações decorrentes da doença<sup>21</sup>.

Levando-se em consideração tais complicações, alguns autores indicam como determinantes para a adesão ao tratamento os fatores psicossociais e a experiência de vida<sup>22</sup>. Contudo, em oposição a esta asserção, constatou-se que a adesão às medidas de controle são muito baixas, até mesmo entre aqueles que sofreram complicações decorrentes da HAS<sup>23</sup>. Isto indica que a experiência de uma complicação decorrente da HAS não assegura maior adesão ao tratamento pelo paciente. Os resultados encontrados demonstram a dificuldade que pacientes com HAS têm em adotar medidas de controle e a necessidade de desenvolvimento de trabalhos de educação em saúde que permitam a transformação dessa realidade.

Apesar de existirem evidências de que tais motivos podem alterar os níveis de adesão ao tratamento, observou-se entre os idosos desse estudo, que as RS condicionam a forma como realizam o tratamento e reagem aos cuidados sugeridos pela equipe de saúde. Além disso, as RS dos idosos em relação à terapêutica diferem entre os dois níveis de adesão ao tratamento. Enquanto o grupo com maior adesão ao tratamento destaca a HAS como uma doença sintomática, indicada principalmente

**Tabela 2.** Processamento EVOC para os Idosos sobre a HAS, considerando de maneira independente as contribuições dos grupos G1 e G2. Governador Valadares, 2011

Elementos do Núcleo Central	Grupo G1		Elementos do Núcleo Central	Grupo G2	
	1º Quadrante			1º Quadrante	
	F≥10	OME<2,4		F≥10	OME<2,4
Cefaléia	10	2	Derrame	23	1,522
Derrame	11	1,455	Infarto	11	2,364
Infarto	10	2,325	Morte	13	2,077
Morte	11	2,182	Nervosismo	16	2,375
Nervosismo	11	1,909	Perigosa	11	2,364

pela cefaleia, o grupo com baixa adesão ao tratamento a visualiza como uma enfermidade perigosa. Constata-se, assim, que a percepção da HAS como uma doença sintomática melhora os índices de adesão ao tratamento. Em contrapartida, uma vez que esta doença é assintomática, muitos pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso.

Há, portanto, uma diferenciação entre as representações, mas, não necessariamente uma diferença entre elas embora tal diferenciação possa induzir à busca pelo cuidado à saúde devido à sintomatologia apresentada. Sendo assim, os pacientes após episódios de cefaleia teriam um comportamento de precaução e cuidado tomando as medidas adequadas em relação à medicação, alimentação, ou prática de exercícios físicos, por acreditarem que desta forma controlariam a pressão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deve-se atentar para o fato de que os idosos hipertensos tendem a considerar a HAS como uma doença aguda e sintomática. Tal percepção equivocada torna necessária imediata reavaliação das orientações fornecidas aos hipertensos pela equipe de saúde, não bastando informar que a HAS é uma doença crônica e assintomática. Como observado, os pacientes possuem conhecimentos adequados acerca da HAS e do tratamento, mas são impulsionados a agirem em conformidade

com opiniões estruturadas a partir deRS e experiências socialmente compartilhadas.

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

Embora não se tenha a pretensão de propor soluções definitivas para o problema em questão, pode-se entender que esse estudo, bem como seus resultados, tornam-se mais pertinentes quando se leva em consideração o processo de transição demográfica enfrentado pelo Brasil, ou seja, a população está se tornando mais idosa. Essa transição traz consigo a transição epidemiológica na qual as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se mais prevalentes<sup>24</sup>. Tal perspectiva indica a necessidade de políticas públicas em saúde que valorizem o idoso e os fatores que, por ventura, facilitem sua adesão ao tratamento medicamentoso. Na formulação dessas políticas, bem como na execução de ações por ela determinada, devem ser consideradas as RS dos idosos a respeito da doença e do tratamento, bem como o etos no qual estão inseridos.

## REFERÊNCIAS

- Ministério da saúde (BR), Organização pan-americana de saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília (DF): MS; 2003.
- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med.* 1997;157:2413-46.
- VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95 (1 Suppl 1).
- Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87(6):747-56.
- Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto context.* 2005; 14(3):332-40.
- Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(5):635-42.
- Moscovici. *La Psychanalyse, son image, son public.* Paris: PUF; 1961.
- Arruda A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. *Cadernos de Pesquisa.* 2002;117:127-47.
- Abric, JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares de representação social.* Goiânia (GO): Cultura e Qualidade; 1998. p. 27-38.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24:67-74.
- Sá, CP. *Núcleo central das representações sociais.* Petrópolis: Vozes; 1996.
- Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf NJ. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(12):2389-98.
- Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion DJ. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(4):343-8.
- Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009;17(2):201-6.
- Homedes N, Ugalde A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. *Bon Sanit Panam.* 1994;116:518-34.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. *Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.* Brasília (DF): MS; 2002.

17. Leite SN, Vasconcelos, MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet.* 2003;8(3):775-82.
18. Dragano N, Bobak M, Wege N, Peasey A, Verde PE, Kubinova R. Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. *BMC Public Health.* 2007;7:255.
19. Machado CA. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. *Rev Bras Hipertensão.* 2008;15(4):220-1.
20. Oliveira CJ, Araújo TL. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2007;9:93-105.
21. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Júnior DM. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens.* 2009;16(1):38-43.
22. Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3):368-74.
23. Sales CM, Tamaki ED. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm.* 2007;12(2):157-63.
24. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2004;9(4):897-908.

Recebido em: 04/12/2012

Aprovado em: 29/05/2013