

LUCIMARA TÁBATA MARTINS

**CONVIVENDO COM A HIPERTENSÃO: A EXPERIÊNCIA COM O PROCESSO DE ADOECIMENTO E O TRATAMENTO DIETÉTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, SC.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de Mestre em Nutrição.  
Orientador: Professor Maurício Soares Leite, Dr.

Florianópolis  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martins, Lucimara Tábata

Convivendo com a hipertensão : A experiência com o processo de adoecimento e o tratamento dietético da hipertensão arterial sistêmica entre usuários do Sistema Único de Saúde de Florianópolis,SC / Lucimara Tábata Martins ; orientador, Mauricio Soares Leite - Florianópolis, SC, 2014.

167 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Nutrição.

Inclui referências

1. Nutrição. 2. Nutrição. 3. Hipertensão arterial sistêmica. 4. Experiência com a enfermidade. 5. Dietoterapia. I. Soares Leite, Mauricio . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. III. Título.

LUCIMARA TÁBATA MARTINS

**CONVIVENDO COM A HIPERTENSÃO:** A EXPERIÊNCIA COM O PROCESSO DE ADOECIMENTO E O TRATAMENTO DIETÉTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, SC.

Esta dissertação foi julgada adequada à obtenção do título de Mestre em Nutrição e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 10 de julho de 2014.

---

Giovanna Medeiros Rataichesk Fiates, Dra.  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Nutrição

**Banca Examinadora:**

---

Mauricio Soares Leite, Dr.  
Presidente – Universidade Federal de Santa Catarina

---

Márcia Grisotti, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Rossana Pacheco da Costa Proença, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Anete Araújo de Sousa, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina



Com meu amor incondicional, Aos meus pais Vilmar e Catarina, pelo apoio e amor sempre passados durante todo este processo.



## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à **Deus**, ele que permitiu estar aqui hoje, concluindo mais esta etapa. Obrigada senhor pela força e luz sempre passadas nos momentos de angústia. Aos meus **anjos**, pessoas queridas que não se encontram mais neste plano, aos quais sempre pedi pela intercessão junto ao Senhor, obrigada por tudo!

Aos meus pais **Vilmar** e **Catarina**, pelo amor incondicional, por abdicar dos seus sonhos para que pudesse realizar os meus. Por estarem sempre me apoiando e torcendo pelo meu sucesso, a preocupação muitas vezes não expressada em palavras, mas apenas pelo simples olhar. **Mãe**, as conversas frequentes me ajudaram a superar todos os momentos de dificuldade vividos aqui. Não há palavras que mensurem o meu amor por vocês.

A **Joicy Mara**, minha irmã, mesmo diante de nossa relação um pouco “bagunçada”, sei de sua torcida pelo meu sucesso, do desejo que tudo ocorresse bem. O sentimento é recíproco sempre.

Ao meu noivo **Paulo**, pessoa fundamental nesse processo, nada disso seria possível sem o seu apoio, sua compreensão e a preocupação constante comigo. Obrigada por deixar de lado os seus planos, para que pudesse concluir os meus. Te amo incondicionalmente.

Ao meu orientador **Maurício**, profissional e pessoa de caráter ímpar. Obrigada por acolher está desconhecida, são tantos agradecimentos que não caberiam aqui, resumo eles a uma palavra: Gratidão. Saio deste processo uma nova pessoa, com novas perspectivas, graças as nossas conversas, descontraídas muitas vezes, porém com grande conhecimento intelectual. Obrigada pela atenção sempre prestada.

A pessoas queridas que conheci nesta cidade, **Seu Joel** e **Zoraide**, não poderia esquecer de vocês, sempre torcendo por mim, me acolheram como filha, assim como eu os acolhi como minha segunda família. Nos momentos de angústia, me trouxeram a paz que tanto precisava por meio de gestos e palavras, o meu agradecimento e carinho a vocês.

À toda minha família, **tios, tias, primas** que sempre torceram por mim, não atrevo a citar nomes aqui para não ser injusta, todos de alguma forma me ajudaram nesta etapa.

As minhas eternas **amigas** de Tubarão, sei o quanto vocês torceram por mim e estão felizes com a concretização desta etapa.

Obrigada pelos momentos de descontração sempre em minhas idas para casa.

Aos **amigos** do mestrado, obrigada pelos momentos de descontração, pela partilha nos momentos de angústia, vocês fizeram este caminho ser mais fácil.

Em especial, meu agradecimento à **Martha e Ricardo** pela ajuda prestada desde o momento da seleção e ao longo deste percurso. A **Dani, Morgana, Bruna, Amanda's, Camis, Tata, Rafa e Adri**, guardo um carinho especial por vocês, foram tantos momentos compartilhados, que esta separação seja um “até breve”.

Às professoras **Anete Araújo de Sousa e Márcia Grisotti** por participarem da banca de qualificação, tecendo importantes considerações ao projeto. Igualmente agradeço a professora **Rossana Pacheco da Costa Proença** por ter aceitado compor esta banca.

Aos funcionários da **Secretaria do Programa de Pós Graduação em Nutrição**, em especial a **Candice da Silva Rodrigues**, que mostrou – se sempre prestativa em ajudar nas questões burocráticas, em sancionar dúvidas, além de proporcionar momentos agradáveis em nossas conversas descontraídas.

Aos **profissionais do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa**, pela participação nesta pesquisa, e por toda a atenção prestada a mim, nos momentos em que estive no Centro de Saúde.

Um agradecimento especial as **Agentes de Saúde**, profissionais que foram fundamentais durante toda a coleta de dados, obrigada por me receberem muitas vezes em suas residências, por se mostrarem sempre dispostas a me ajudarem, pelo carinho que recebi durante todo este período.

Aos **informantes** desta pesquisa, moradores da comunidade de Sambaqui, obrigada por abrir a porta de suas casas para me receberem, guardo a face de cada um que participou deste estudo, me senti sempre muito bem acolhida em casa residência que visitei. O rico conhecimento que imergiu de nossas conversas, jamais poderiam ser ensinadas em sala de aula.

Aos docentes do **Programa de Pós Graduação em Nutrição** da UFSC, pelas contribuições na minha formação acadêmica durante esses dois anos.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis** pela aprovação imediata do projeto.

Ao **Programa de Bolsas Demanda Social (CAPES)** pela auxílio financeiro durante o mestrado.





*“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração”*

Nelson Mandela

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever, a partir do ponto de vista dos indivíduos, a experiência do adoecimento e o tratamento dietético da hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Florianópolis, Santa Catarina. **Método:** Trata-se de um estudo etnográfico, realizado com portadores de hipertensão da comunidade de Sambaqui e profissionais de saúde do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis, Santa Catarina. Os dados foram coletados entre março e junho de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante. As entrevistas foram gravadas sempre que autorizado pelos envolvidos e as observações foram registradas no diário de campo. Todo o material foi lido e transcrito na íntegra, divididos em categorias referentes aos objetivos da pesquisa e discutidos com base na Antropologia Interpretativa e na Antropologia Médica. **Resultados:** A HAS, vista como uma doença muitas vezes assintomática do ponto de vista biomédico, para os hipertensos não se apresentava como tal, reconhecida por estes como uma doença que apresentava sinais físicos e causava infortúnios. Aqueles que a reconheciam como uma doença assintomática, não se rotulavam como pessoas doentes. Os *nervos* foram considerados pela maioria dos hipertensos como a principal causa da doença. Sobre o tratamento, na visão dos profissionais de saúde, o uso dos fármacos se mostrou a forma mais efetiva de tratar a doença, entretanto, para os hipertensos, o tratamento medicamentoso era feito à sua maneira, usavam quando e quanto achassem necessário. No que se refere ao tratamento dietético, quando seguido, estava estritamente ligado à redução do sal; as informações sobre a alimentação no controle da doença eram sempre reforçadas pela equipe de saúde. Havia o conhecimento dos hipertensos sobre essas informações, entretanto alguns entrevistados mesmo diante dos conhecimentos repassados, não associaram as mudanças dietéticas ao controle da doença, havendo a autonomia e agência da sua condição. Na busca pelo tratamento da doença, o sistema formal de saúde foi considerado o principal itinerário terapêutico. As práticas de autoatenção estiveram relacionadas ao uso de chás, repouso e receitas caseiras. **Conclusão:** As divergências nas falas e conceitos sobre a doença e seu manejo entre profissionais de saúde e hipertensos, mostram que a doença não pode ser reduzida apenas a seus aspectos fisiológicos. O significado da doença para aqueles que a possuem envolvem dimensões culturais e sociais, as estratégias que estes assumem para

lidar com sua condição devem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde, por meio de um escuta qualificada, onde abram-se espaços para que o sujeito mostre sua subjetividade. Quanto mais avançarmos nesse campo, articulando as perspectivas das ciências sociais e humanas do campo de saúde biológico, poderemos trazer subsídios para políticas e ações de saúde que contemplem aqueles para as quais essas ações são voltadas.

**Palavras – chave:** hipertensão. pesquisa qualitativa em saúde. hábitos alimentares. antropologia médica. doença crônica.

## ABSTRACT

**Objective:** Describe starting from the individuals point of view, the experience of illness and the dietetic treatment of systemic arterial hypertension (SAH) among users of the Sistema Unico de Saude (SUS) from Florianopolis, Santa Catarina. **Method:** It's an ethnographic study, being applied on patients with hypertension from the Sambaqui community and professionals from Centro de Saude of Santo Antonio de Lisboa, Florianopolis, Santa Catarina. The data was collected between march and July 2014, by semistructured interviews and participant observation. The interviews were recorded when authorized by the people involved and recorded in the field journal. All the material was read and transcribed in full, divided into categories related to the research objectives and discussed based on Interpretative Anthropology and Medical Anthropology. **Results:** The SAH, often seen as an asymptomatic disease biomedical point of view, for hypertensive patients did not present itself as such recognized by them as a disease that had caused physical signs and misfortunes. Those who recognized it as an asymptomatic disease, not sick people would label as. Their nerves were considered by most hypertensive people as the disease's principal cause. About the treatment, the point of view of the health care professionals, the use of drugs has proved the most effective way to treat the disease, however for the patients the drug treatment was done their way, when and how much they thought necessary. In what refers to the dietary treatment, when followed was strictly associated to salt reduction, the informations about food in disease control were always reinforced by the health care team. The patients had knowledge on those informations, however some did not associate dietary changes with the disease control, having the autonomy and agency of their condition. In the search for the disease treatment, the formal health system was considered the principal therapeutic itinerary. The practice of self care were related to the use of teas, rest and some homemad recipes. **Conclusion:** The discrepancies in the statements and concepts about the illness and their management among health professionals and hypertension patients, show that the disease can not be reduced to its physiological aspects. The meaning of illness for those who possess it involves cultural and social dimensions, the strategies which they assume to deal with their condition must be recognized by the health professionals, by means of a qualified listening, where they open up spaces for the subject to show his subjectivity. The more we advance in

this field, articulating the perfective sciences, socials and humans in the field of biological health, we can bring subsidies for health policy and actions that include those of which these actions are geared.

**Keywords:** hypertension. qualitative research in health. food habits. medical anthropology. chronic disease.



## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> – Esquema estrutural do trabalho .....	25
--	----



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral  
ACS – Agentes Comunitárias de Saúde  
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension Trial  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DCV – Doenças Cardiovasculares  
DM - Diabetes Mellitus  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social  
MS - Ministério da Saúde  
NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PAS – Pressão Arterial Sistólica  
PAD – Pressão Arterial Diastólica  
POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares  
SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TISAN – Terminal Santa Antônio de Lisboa  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para  
Enfermidades Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
1.1 APRESENTAÇÃO .....	21
1.2 OBJETIVOS .....	24
1.2.1. Objetivo Geral .....	24
1.2.2 Objetivos Específicos .....	24
1.3 ESTRUTURA GERAL DO TRABALHO.....	25
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>27</b>
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DEFINIÇÕES.....	27
2.2 O TRATAMENTO DIETÉTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	30
<b>2.2.1 Abordagem dietética</b> .....	<b>30</b>
<b>2.2.2 Um contraponto: análise crítica do tratamento dietético nas doenças crônicas não transmissíveis</b> .....	<b>32</b>
2.3 O CUIDADO PRESTADO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	33
2.4 A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE .....	37
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>43</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	43
<b>3.1.1. O método etnográfico</b> .....	<b>43</b>
3.1.1.1. O uso das narrativas .....	44
3.1.1.2 Observação participante .....	46
3.2 TRABALHO DE CAMPO.....	47
<b>3.2.1 Inserção no campo de estudo</b> .....	<b>47</b>
<b>3.2.2 O grupo pesquisado</b> .....	<b>48</b>
<b>3.2.3 Coleta e registro dos dados</b> .....	<b>49</b>
3.3. ANÁLISE DOS DADOS .....	50
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	51
3.5 LOCAL DO ESTUDO .....	52
<b>3.5.1 Centro de Saúde</b> .....	<b>52</b>
<b>3.5.2 Localidade de Sambaqui</b> .....	<b>53</b>
<b>4 ARTIGO ORIGINAL</b> .....	<b>55</b>
<b>5 ARTIGO DE REVISÃO</b> .....	<b>91</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>119</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>131</b>
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Profissionais de Saúde que compõe a Estratégia de Saúde da Família	

e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família .....	133
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Portadores de HAS cadastrados no Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa.....	135
Apêndice C – Roteiro de entrevistas para portadores de hipertensão	137
Apêndice D – Roteiro de entrevistas para profissionais de saúde.....	139
Apêndice E – Nota de imprensa.....	140
<b>ANEXOS.....</b>	<b>143</b>
ANEXO A – Termo de anuência Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/Santa Catarina.....	145
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) .....	146
ANEXO C – Normas para envio de manuscritos Revista Ciência e Saúde Coletiva .....	149
ANEXO D – Normas para envio de manuscritos Revista Physis .....	159



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 APRESENTAÇÃO

Desde o início da década de vinte, mudanças no perfil epidemiológico vêm sendo observadas mundialmente, fenômeno descrito por Omran (1971) como transição epidemiológica. As mudanças se caracterizam por uma diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e pelo aumento de óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, fatores externos e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mas não se apresentam de forma similar em todos os períodos e locais. No Brasil, essas mudanças ocorreram a partir da metade do século XX, sendo resultado de modificações no estilo de vida e na relação das populações com o ambiente onde vivem e do qual fazem parte. As mudanças no país também não ocorreram ao mesmo tempo e forma igual em todas as regiões (PRATA, 1992).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é apresentada como uma das DCNT que vêm ganhando destaque nos últimos anos, devido ao aumento de sua prevalência e a sua manifestação em indivíduos de diferentes faixas etárias (KEARNEY et al., 2005). A nível mundial, a prevalência de HAS varia de 3,4% a 72,5% em diversos países (MOREIRA et al., 2007). No Brasil, a prevalência foi de 23,3% em 2010, e de 20,8% em Florianópolis (BRASIL, 2011a).

Na literatura epidemiológica são relatados múltiplos fatores que influenciam no curso da HAS, dentre eles o sedentarismo, estresse, hábitos alimentares, obesidade, consumo de álcool e tabagismo; tratam-se de fatores com altas prevalências na população e considerados, modificáveis pelos sujeitos. Os fatores passíveis de intervenção são influenciados pelas condições de vida da população e se manifestam em suas práticas de vida e nas relações que pessoas estabelecem no contexto sociocultural em que estão inseridas (BRASIL, 2006a; SBC,2006).

A HAS é classificada pela biomedicina<sup>1</sup> como uma doença crônica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a cronicidade está relacionada a qualquer situação que não é resolvida num tempo curto, definido usualmente em três meses (OMS, 2014). Dependendo do estágio da doença, podem ocorrer sérios infortúnios, podendo até levar à morte; doenças crônicas também estão relacionadas a sintomas

contínuos como a dor que pode comprometer a qualidade de vida daqueles que delas padecem (FRANCIONI, 2010).

A vivência com uma doença crônica como a HAS se traduz em uma gama de sentimentos, símbolos e preocupações. Seu caráter crônico, ou seja, sua incapacidade de cura, se constitui como o maior fator de impacto na vida desses sujeitos, impondo adaptações em seu cotidiano, sendo muitas vezes necessárias mudanças de hábitos de vida. Desta forma, é fundamental a elaboração de estratégias de acompanhamento integral e humanizado a portadores que envolvam todos os níveis de atenção do sistema de saúde vigente (SILVA, 2010).

Os cuidados e tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, são pautados nos conhecimentos biomédicos. Recomenda-se, segundo estes parâmetros, a adoção de hábitos de vida “saudáveis”, como a prática constante de atividade física e uma alimentação balanceada, inclui-se ainda o tratamento farmacológico com medicamentos anti – hipertensivos.

No que se refere ao tratamento dietoterápico da HAS, este envolve uma dieta com reduzidos teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de sal comum de cozinha) e a adoção da *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) que consiste no consumo de frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura (JNC, 2004; SBC, 2006;).

O tratamento prescrito para a HAS, baseado no conhecimento biomédico, desconsidera que as pessoas vivem numa sociedade com inúmeros apelos que se contrapõem às prescrições. Ao indicar o tratamento dietoterápico para esta doença, alguns profissionais fazem de maneira impessoal, seguindo um padrão clínico que não considera os aspectos subjetivos de cada indivíduo, as relações e interações que influenciam suas decisões (FRANCIONI, 2010; FREITAS, MINAYO, FONTES, 2011).

Assumir a doença como um caráter universal, independente da subjetividade de quem a possui, é dizer que sua etiologia, sintomas e sinais, tratamento e prognóstico são semelhantes em qualquer indivíduo, cultura ou grupo que ocorra. Embora os padrões bioquímicos e fisiológicos da doença sejam os mesmos em qualquer parte do mundo, o significado da doença para aqueles que a possuem e as estratégias que assumem para lidar com ela apresentam diferentes nuances, o modelo de saúde hegemônico não consegue lidar com fatores pessoais, culturais e

1 Biomedicina: definido segundo Luz (1992) como um sistema lógico e teoricamente estruturado composto por: morfologia e anatomia humana, fisiologia ou dinâmica vital humana, sistema de diagnóstico, sistema de intervenções terapêuticas e doutrina médica.

sociais de saúde, que são melhores reconhecidos com base na perspectiva da enfermidade, sob uma óptica sociocultural (YOUNG, 1976; HELMAN, 1981).

Com base nesta breve introdução, buscamos na Antropologia Interpretativa de Geertz (1989) a base para observar as experiências que envolvem o portador de hipertensão, conhecendo sua história com a doença, com um interesse maior na compreensão dos significados atribuídos ao tratamento dietético.

É necessário também explorar como se processa o cuidado orientado por profissionais de saúde, sendo que estes são os responsáveis pela instituição do tratamento. Muitas vezes, acaba-se por ignorar a fala do indivíduo, desconsiderando um saber não-técnico que implica na questão de saúde que ali está sendo abordada, assim ficando de lado a participação do indivíduo no seu processo de cura. Consideramos aqui que o processo de cuidar deve ir além de um estado de saúde, em direção a um aprofundamento da relação entre finalidades e meios e o seu sentido prático para o paciente, fazendo um diálogo o mais simétrico possível entre profissionais e pacientes (AYRES, 2004).

Justificou-se esta pesquisa mediante a escassez de estudos que priorizem o indivíduo portador desta doença. Alguns estudos de cunho sociocultural (FRANCIONI, 2010; GARCIA, 2010; SILVA, 2010; PALÁCIO, 2011; FAVA, 2012) apontam a relevância do caráter singular e significativo do processo de adoecimento, e para a sua potencial contribuição para a formulação de políticas e programas de saúde. Diante desta justificativa a pergunta que norteou este estudo foi:

**Como é a experiência com o processo de adoecimento e o tratamento dietético da hipertensão arterial sistêmica entre usuários do Sistema Único de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina?**

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Descrever, a partir do ponto de vista dos indivíduos, a experiência do adoecimento e o tratamento dietético da hipertensão arterial sistêmica entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Florianópolis, Santa Catarina.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

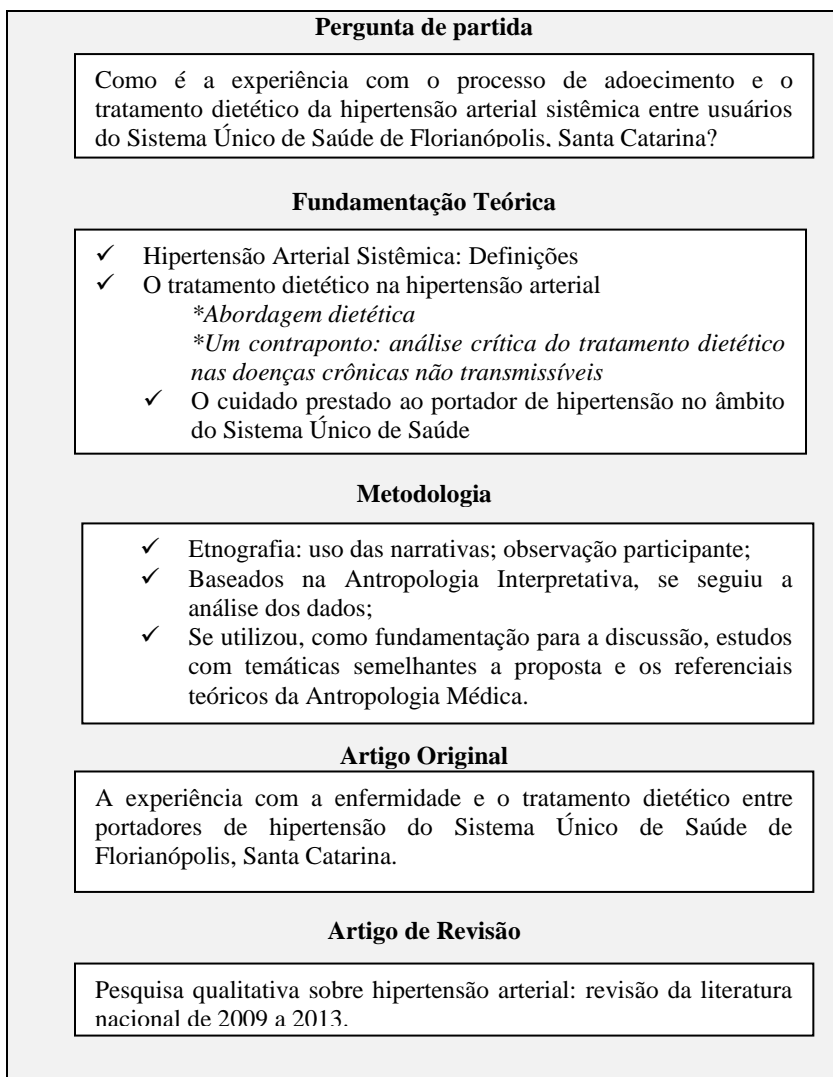
- Descrever e analisar a experiência de adoecimento pela hipertensão arterial sistêmica entre usuários hipertensos do Sistema Único de Saúde (SUS) de Florianópolis;
- Descrever os itinerários terapêuticos e as práticas de autoatenção desses usuários;
- Descrever as relações entre profissionais de saúde e usuários no manejo conjunto da hipertensão arterial sistêmica, com especial atenção aos cuidados alimentares;
- Descrever a adesão ao tratamento medicamentoso e dietoterápico na perspectiva dos usuários;
- Descrever a adesão ao tratamento medicamentoso e dietoterápico na perspectiva de profissionais de saúde.



### 1.3 ESTRUTURA GERAL DO TRABALHO

A estrutura desta dissertação (Quadro 1) está exposta com a intenção de ilustrar a forma dada ao trabalho, traçando o caminho que foi seguido ao longo do estudo.

#### Quadro 1 – Esquema estrutural do trabalho





## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A literatura exposta a seguir serviu de fundamentação teórica para o desenvolvimento desta pesquisa e foi consultada a partir de uma revisão da literatura sobre o tema. Esta revisão está apresentada em quatro seções: na primeira apresentam-se as principais definições da HAS; na segunda descreve-se o tratamento dietético da HAS e uma breve análise crítica sobre como este tratamento é adotado por profissionais de saúde no manejo da hipertensão arterial; na terceira caracteriza-se o cuidado prestado ao portador de HAS no SUS e, por fim, é abordada a experiência desta enfermidade com base na literatura antropológica da saúde.

### 2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DEFINIÇÕES

A HAS está entre as condições crônicas que vêm aumentando consideravelmente nos últimos anos. Fatores como envelhecimento populacional, mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares, combinados aos efeitos do aumento da pobreza e da violência nas cidades têm amplamente contribuído para este fenômeno (STRAHL, 2003).

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a HAS é caracterizada por níveis elevados da pressão arterial sistólica (PAS) e/ou pressão arterial diastólica (PAD). Diante desta definição, são utilizados como critérios para o diagnóstico da HAS valores de PAS iguais ou superiores a 160 mmHg, e/ou níveis de PAD iguais ou superiores a 95 mmHg (WHO, 1978). O *National Institutes of Health* apresenta outro protocolo para a classificação da HAS, onde níveis de PAS iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou níveis de PAD iguais ou superiores a 90 mmHg indicam a HAS (JNC, 1997).

É considerada uma das principais causas de morbimortalidade do mundo, sendo um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares (DCV). A HAS destaca-se no contexto familiar como uma experiência de difícil adaptação, pois requer mudanças de comportamento que vão desde os hábitos alimentares até outras dimensões do estilo de vida, que envolve não só a pessoa hipertensa como todos que convivem com o paciente (SARAIVA et al., 2007).

Dentre as enfermidades crônicas, a HAS representa uma enfermidade de grande relevância epidemiológica, devido à sua alta prevalência e por ser considerada como o principal fator de risco para as DCV. A nível mundial, a prevalência de HAS varia de 3,4% a 72,5% em diversos países (MOREIRA et al., 2007). No Brasil, segundo inquérito para “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Enfermidades Crônicas por Inquérito Telefônico” (VIGITEL) realizado em 2010, a prevalência de HAS em adultos maiores de 18 anos chegava a 23,3%, sendo maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). Em Florianópolis (SC), a prevalência era de 20,8% e, seguindo a tendência nacional, maior em mulheres (22,6%) do que em homens (18,7%). Independente do sexo, o diagnóstico se torna mais comum com o avançar da idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos com idades entre 18 e 24 anos e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais (BRASIL, 2011). Sua evolução é lenta e quando não tratada adequadamente pode trazer agravos temporários ou permanentes. Dessa forma, é considerada uma enfermidade silenciosa, apresentando evolução clínica lenta e estando associada a múltiplos fatores, o que dificulta o seu enfrentamento.

As políticas públicas de saúde têm sido voltadas para os fatores modificáveis, principalmente em relação à atenção básica; a seguir será apresentada uma breve discussão sobre esses fatores. Utilizamos como base teórica documentos dos órgãos competentes que subsidiam a assistência aos portadores de HAS no Brasil (BRASIL, 2006a; SBC, 2006).

Alguns fatores podem predispor ao aumento da pressão arterial ou contribuir para o seu agravamento. Esses fatores, segundo parâmetros biomédicos, podem ser passíveis de modificação (excesso de peso e obesidade, tabagismo, sedentarismo, consumo de sódio e gordura) ou não (idade, sexo, etnia, história familiar).

Estudos mostram que fatores ligados ao estilo de vida têm forte associação com o surgimento bem como a manutenção da HAS. O excesso de peso tem sido um dos fatores relevantes para o seu aparecimento. Estudos observacionais mostram que o ganho de peso é responsável por 20% a 30% dos casos de HAS, este fator também é um importante indicador do aumento de risco de DCV. Assim, uma dieta balanceada, com baixos teores de sódio (equivalente a 6g/dia de cloreto de sódio), gorduras saturadas e colesterol, tem se mostrado eficaz na

redução da pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2006a; SBC, 2006).

O consumo elevado de bebidas alcoólicas, bem como o tabagismo, também podem contribuir para o aumento da pressão arterial, e o efeito varia com o sexo e suas consequências estão associadas à quantidade e frequência ingerida. O impacto na pressão arterial pode ser mais elevado quando o consumo de bebida alcoólica ocorrer fora dos horários das refeições, independente da quantidade (BRASIL, 2006a; SBC, 2006). O sedentarismo é outro fator de risco para a HAS bem como para seu agravamento. Indivíduos sedentários apresentam 30% mais chance de desenvolver HAS se comparados aos ativos (BRASIL, 2006a; SBC, 2006).

No que diz respeito à idade, a HAS tem sua maior prevalência em indivíduos com idade maior ou igual a 50 anos. Já quando relacionada ao sexo e à etnia, os casos tornam-se menos frequentes em homens do que em mulheres, sendo que mulheres afrodescendentes têm um risco aumentado em 130% de desenvolver HAS quando comparadas às de cor branca (BRASIL, 2006a; SBC, 2006). Fatores biológicos não podem ser considerados por si só a causa da HAS, estando associados a determinantes sociais como baixo nível socioeconômico, estresse, menor acesso aos cuidados de saúde, baixa escolaridade (DRESSLER, SANTOS, 2000; BRASIL, 2006a; SBC, 2006).

As complicações decorrentes da HAS podem ser temporárias ou perdurar ao longo da vida, isto depende do grau de comprometimento de sua repercussão. Além de ser considerado principal fator de risco para DCV, a HAS também representa uma das mais importantes causas de doença arterial coronariana, sendo responsável por 25% das mortes por essa causa, além de estar associada a casos de insuficiência cardíaca, insuficiência renal e doença vascular de extremidades (SBC, 2006).

Em relação ao índice de mortalidade imputado à HAS, no ano de 2009 a taxa de mortalidade foi em torno de 37 óbitos a cada 100 mil habitantes com idades entre 50 e 64 anos, valores que podem ser maiores - visto que dificilmente a HAS é registrada como causa básica dos óbitos, sendo mais comum aparecer na declaração de óbito como causa associada (OLIVEIRA, GOTLIEB, LAURENTI, 2009). De acordo com a OMS, a taxa de mortalidade por HAS no Brasil apresenta índices elevados se comparados a países como Canadá, Austrália e Reino Unido, onde essa taxa é de 3 óbitos a cada 100 mil habitantes

(OMS, 2003). O resultado dessa problemática associada à HAS e suas comorbidades é o elevado índice de absenteísmo no trabalho, licenças para tratamento de saúde, assim como aposentadorias precoces, cerca de 40% de acordo com o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (BRASIL, 2005).

Finalmente, está o comprometimento substancial na qualidade de vida dos hipertensos. As informações apresentadas até o momento são suficientes para justificar a importância desta enfermidade como problema de saúde pública no país, o qual deve agregar esforços na construção de políticas públicas de saúde, no sentido de buscar formas adequadas de intervenção com objetivo de reduzir sua magnitude. A cronicidade dos agravos resultantes da HAS e o grande impacto no perfil epidemiológico na população brasileira traduzem-se em um grande desafio para o sistema público de saúde, representado pela garantia do acompanhamento contínuo e integral a seus usuários, pautado no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos (SILVA, 2010).

## 2.2 O TRATAMENTO DIETÉTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

### 2.2.1 A abordagem dietética

Estudos afirmam que a prevenção e o tratamento da HAS se relaciona a modificações do estilo de vida, como o controle do peso, a prática regular de atividade física, a redução do consumo de álcool e uma alimentação balanceada (VASSAN et al., 2002; CHOBANIAN, 2009).

No que se relaciona à alimentação, as VI Diretrizes Brasileiras sobre Hipertensão (SBH, 2010) e a *The Seventh Report of the Joint National Committee on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JNC, 2004) indicam a prescrição da *Dietary Approach to Stop Hypertension* (DASH) como eficaz na redução dos níveis pressóricos. A prescrição desta dieta ocorreu após um ensaio clínico randomizado, realizado em quatro centros médicos dos Estados Unidos com 459 participantes, sendo 133 hipertensos e 326 normotensos, onde foi ofertado três tipos de dieta para três grupos

diferentes. A dieta com maior teor de frutas, vegetais e laticínios com baixos teores de gordura total, saturada e colesterol, nomeada pelos pesquisadores como DASH mostrou-se eficiente na redução dos níveis pressóricos, com uma diminuição de 11,4 mmHg (pressão sistólica) e 5,5 mmHg (pressão diastólica) em indivíduos hipertensos (APPEL et al. 1997).

O Caderno de Atenção Básica – Caderno 7 – sobre a HAS e o DM, apresenta recomendações semelhantes às citadas acima, além do consumo diário de 5 g/dia de sal para hipertensos controlados e 2 g/dia (1 colher de chá rasa= 1 g de sal) para hipertensos graves. Ressalta-se nessas recomendações o aumento da ingestão de alimentos fonte de potássio, visto que este mineral auxilia no controle dos níveis pressóricos e na preservação da circulação cerebral, evitando o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (BRASIL, 2001 a).

Estudos clínicos mostram a associação entre o consumo de sódio e o aumento dos níveis pressóricos. Um amplo estudo epidemiológico internacional, o INTERSALT, mostrou uma relação direta entre a quantidade de sódio consumido e a elevação da pressão arterial, principalmente com o avançar da idade, por outro lado, não foi observado aumento da pressão arterial em populações com reduzida ingestão salina (STAMLER et al., 1989).

A relação entre a ingestão de sal e a pressão arterial é direta e progressiva. Durante a maior parte da sua evolução, o homem consumiu menos de 0,25 g/dia de sal e atualmente o consumo a nível mundial varia de 9 a 12 g de pessoa (BROWN et al., 2009; DEVEZA, 2012), quase o dobro do que é recomendado pela OMS (2003) de < 5 g/dia. No Brasil, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002/03 e 2008/09, dentro dos atuais níveis mundiais, estima-se uma ingestão média de sal de 12 g/dia e cerca de 70% da população brasileira consome sódio em excesso (mais que 2000 mg/dia) (IBGE, 2011).

Estudos recentes indicam que cerca de 80% do excesso de sal consumido vem de alimentos processados e não da adição de sal pelo indivíduo enquanto cozinha. Uma estratégia de redução da ingestão de sal de 10-20% anual não mostraria alterações no paladar e alcançaria níveis pretendidos (5-6 g/dia) em aproximadamente cinco anos (DEVEZA, 2012). No Brasil (2011b), o governo lançou o Plano de

Redução do Sódio em Alimentos Processados, que compõe o Plano de Redução do Consumo de Sal para população brasileira, onde se confirma- o compromisso da redução voluntária do teor de sódio nos alimentos processados, como contribuição do setor produtivo às ações para a redução do consumo de sódio para menos de 5 g de sal per capita diários até 2020.

A prescrição dietética da HAS prega a adoção de uma alimentação saudável que atenda às necessidades fisiológicas do sujeito e permita a diminuição dos níveis arteriais, com o consequente “controle” desta patologia. Entretanto, a alimentação não possui apenas uma dimensão; o alimento é prazer sensorial, é ritual, é linguagem simbólico-religiosa (PACHECO, 2008). Cada indivíduo tem sua trajetória alimentar, que começa no aleitamento e se expande para um número elevado de alimentos e preparações, atitudes e rituais relacionados à alimentação.

### **2.2.2 Um contraponto: uma análise crítica do tratamento dietético nas doenças crônicas não transmissíveis**

Uma etapa difícil a ser enfrentada pelos pacientes é o tratamento dietético; para Palácio (2011), o paciente enfrenta uma luta pessoal com a doença, onde as mudanças de caráter compulsório na alimentação assumem um papel de destaque. Esta ideia é reforçada pela maneira como profissionais abordam o problema quando se referem à dieta como uma receita pronta e que deve ser seguida rigorosamente pelos pacientes. Em algumas situações, a dietoterapia ganha o caráter de um tratamento medicamentoso, que pode ser incorporado ao cotidiano do paciente como um receituário fechado - independentemente das suas outras necessidades.

Freitas, Minayo e Fontes (2011), citam o predomínio do modelo hegemônico, relacionado ao paradigma biomédico, nos estudos sobre nutrição. O caminho muitas vezes adotado nesta área cria empecilhos e armadilhas que influenciam a prática profissional. Reflexões de cunho antropológico permitem aprofundar os estudos no campo da nutrição humana, incorporando na sua área de abrangência a compreensão da linguagem e dos significados atribuídos pelos sujeitos sobre suas experiências com a alimentação.



A compreensão e a interpretação interagem para uma análise dos significados atribuídos pelos sujeitos a determinado fenômeno. A hermenêutica, relacionada à interpretação dos significados (ALVES, 1993), quando relacionada à alimentação e nutrição, constitui o exercício de compreensão que não despreza a dietética preconizada, mas faz uma análise intertextual em que alimentos e comidas entrem como um ato não apenas da natureza, mas da cultura, considerando a intersubjetividade, representações dos fenômenos e compreensão dos significados compartilhados (FREITAS, MINAYO, FONTES, 2011).

A compreensão das práticas alimentares dos indivíduos, sejam eles portadores ou não de patologias crônicas, requer um olhar amplo sobre os sujeitos em relação à sua alimentação e o cuidado dedicado à mesma. Deve-se considerar o que a alimentação representa nas diferentes fases da vida e nas mais diversas situações cotidianas. Quando se estuda uma doença como a HAS é necessário dispor de tempo e ofertar espaço para o indivíduo manifestar sua subjetividade, o cotidiano com a doença e os significados que estão implicados em suas escolhas (ALVES, BOOG, 2006).

A presença de um profissional de saúde, como o nutricionista, que deseja compreender e interpretar o outro, cria um sentido intersubjetivo incontestável e necessário ao campo da alimentação e nutrição. Ao contrário das práticas tradicionais, baseadas no modelo biomédico, cria-se uma relação de similaridade, por meio da partilha de conhecimentos entre profissional e paciente. Uma orientação intersubjetiva não se baseia no dualismo entre o bom e o mau comportamento alimentar, ultrapassando as relações de poder no modelo biomédico, como na retirada do sal de hipertensos, onde é preciso dialogar com ele sobre o que sente, o que pensa e como interpreta essa mudança de gosto alimentar, pois o consumo de sal também está relacionado com sabores que foram adquiridos ao longo da vida (FREITAS, MINAYO, FONTES, 2011).

### 2.3 O CUIDADO PRESTADO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O controle da HAS tem como principal meta a redução das taxas de complicações que esta doença implica e vem sendo uma preocupação

de órgãos internacionais e nacionais e da sociedade científica nos últimos anos. As ações advindas desses órgãos resultaram no diagnóstico precoce da HAS e na adoção de tratamentos para o controle da doença (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1997; BRASIL, 2001b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2002c; BRASIL, 2002d; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2011b).

O SUS é garantido pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão, que garante acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Foi criado com a Lei 8080/90 ou Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições à promoção, proteção e recuperação da saúde, à organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Tem como princípios organizativos e doutrinários a universalidade de acesso aos serviços, integralidade de assistência, equidade, descentralização político administrativa, participação da comunidade, regionalização e a hierarquização dos serviços (BRASIL, 2007c).

A HAS é responsável por um grande número de atendimentos no SUS e demandando uma atenção especial da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde (MS) estabelece que usuários do SUS, portadores de HAS, necessitam de ações de caráter multidisciplinar direcionadas às formas de prevenção, tratamento e promoção da saúde (BRASIL, 2006a). Diante deste cenário, algumas ações foram criadas tendo como principal foco os portadores de HAS atendido pelo SUS. A Campanha Nacional para Detecção de Suspeitos de Hipertensão Arterial e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, criada em 2002, representa um marco na atenção à HAS, pois tinha como sua principal ação à descoberta e vinculação às unidades básicas de saúde dos novos casos dessa patologia (BRASIL, 2002a).

Dentre as ações mais relevantes, cita-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus (DM), que tem como principal objetivo detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamentos adequados para essas patologias (BRASIL, 2001b).

Nos anos seguintes foram criadas ainda o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para portadores de HAS e DM, através da Portaria nº 371/GM de 02 de março de 2002, que busca oferecer

medicações de forma contínua para hipertensos e diabéticos; e o Sistema de Informação do Ministério da Saúde para acompanhamento de pessoas com DM e HAS – SIS – HIPERDIA, que tem como principal objetivo o cadastramento, acompanhamento e a obtenção de dados para o planejamento das políticas públicas (BRASIL, 2002d).

Apesar das ações criadas pelo Governo Federal em relação à HAS, o trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família ainda apresenta-se distante dos seus reais objetivos, é evidente a presença constante do modelo biomédico direcionado as práticas de muitos profissionais de saúde, além da burocratização dos serviços (PALÁCIO, 2011). Nestes locais ainda prevalece o padrão dominante, em que a organização estatal em geral e a instituição médica tendem a produzir uma relação ritualizada, enrijecida e burocratizada com seus usuários (TESSER, NETO, CAMPOS, 2010).

Tesser, Neto e Campos (2010) citam que nos Centros de Saúde a atividade profissional tem-se resumido ao seguimento de programas, protocolos e procedimentos padronizados como a “consulta”. Tal modelo pode ser comparado a uma “repartição pública”, com horários rígidos, comumente comerciais, onde funcionários fazem a “recepção”, há um “cardápio” de serviços organizados em forma de agenda, centrada em consultas médicas, onde o número de vagas é limitado e são preenchidas por ordem de chegada, “acabadas” as vagas, acaba o acesso ao cuidado.

Quando o sujeito encontra-se neste ambiente, é realizado pelo profissional de saúde o seu diagnóstico, onde o profissional conclui sobre a situação de saúde atual desde sujeito, propõe ações terapêuticas e executas, neste momento permite-se uma interrelação com esse saber biomédico e sua interpretação para a situação vivida com a doença, nesta direção de diagnóstico que se orienta o fluxo de operações cognitivas biomédicas. Nesta abordagem, o doente e sua história são metamorfoseados em história clínica e dados de exame físico (TESSER, 2006).

Na perspectiva biomédica opta-se pela via do saber, da interpretação, um movimento de focalização da atenção na doença, como entidade distinta e alheia ao indivíduo, deixando de lado a vida do sujeito e seu adoecimento nas suas condições de existência (sociais, econômicas, emocionais, ambientais, espirituais) e mostrando apenas as

categorias fisiopatológicas, etiológicas e de risco com quem trabalha a biomedicina (GONÇALVES, 1994).

Este modelo é autorreferido, ignorando perspectivas diversas ou fatores que não aqueles com que trabalham. Sobre tal situação Tesser (2006, p.7) afirma que “*Caso o profissional possa conceber ou perceber alguma relação distinta, em geral, não poderá fazê-la dialogar com a interpretação do saber clínico-epidemiológico e as terapêuticas respectivas traçadas pelo diagnóstico*”. O mesmo autor exemplifica o ocorrido na HAS, quando a mesma é investigada e bem controlada quimicamente, é uma “hipertensão”, não se levando em conta seu início, se foi com a perda de um ente querido e se tal dor persiste por décadas. Mesmo tomando providências tardias quanto aos problemas de causa “emocional”, a pressão elevada será tratada independentemente enquanto estiver elevada, paralelamente a outras intervenções para outros diagnósticos. Exemplos assim mostram os limites inscritos também neste saber.

É necessário ampliar o olhar sobre o paciente, que além de ser um indivíduo com demandas de saúde, faz parte de um meio social e cultural que direciona suas ações e escolhas. Os atendimentos devem estar centrados nos indivíduos, nos seus contextos e na sua existência concreta. Campos (2003) propõe a ampliação deste sistema onde a partir do objeto a ser estudado, se desdobraria um campo de responsabilidades para a clínica, um composto resultante de uma síntese dialética entre o Sujeito e a Doença.

Visando um atendimento integral, sem levar apenas o saber biológico como único e unilateral, deve se atender as necessidades do usuário na sua singularidade, levando em conta aspectos relacionados ao emocional, cultural e social, canalizando uma perspectiva coletiva em busca de uma demanda organizada (FERRI et al., 2007).

No cuidado ofertado aos portadores de HAS, em particular, na instituição do tratamento, o conhecimento do indivíduo é fundamental no sucesso terapêutico, tanto para o profissional quanto para o paciente. O foco não é apenas o controle da doença, mas a garantia de uma vida saudável, sem a exigência de sacrifícios extremos, como em alguns casos a perda do prazer de consumir determinados alimentos, rotulados como prejudiciais à saúde (PALÁCIO, 2011).

## 2.4 A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE

A revisão de estudos sobre a HAS produzidos na área de Saúde Pública/ Coletiva revela um predomínio de estudos epidemiológicos e a escassez de pesquisas que dialoguem com as ciências sociais e humanas. Isso vai contra a reconhecida importância e a necessidade de dirigir o olhar sobre os adoecidos, suas experiências diante da enfermidade e os significados que permeiam o tratamento dietético (CANESQUI, 2007; PALÁCIO, 2011).

A medicina ocidental clínica tem uma linguagem altamente técnica, baseada nas ciências biológicas; o “modelo médico” utilizado na prática clínica assume a doença como universal apresentando “sinais” que podem ser medidos por procedimentos clínicos e laboratoriais (GOOD, 1994).

A “cronicidade” constitui um conceito biomédico, utilizado na orientação da prática médica, que se refere à classificação clínica de agravos devido à sua impossibilidade de cura. Sob um olhar sociológico, apresenta-se como uma concepção referente às doenças que podem ser gerenciadas, mas não curadas, e por esta razão passam a fazer parte da história do adoecido crônico e dos que o cercam. Em grande parte, manifestam sintomas periódicos ou contínuos, que repercutem em várias dimensões da vida de seus portadores (CANESQUI, 2007).

A HAS está dentre as condições crônicas com características peculiares que influenciam na percepção e na convivência do indivíduo com o adoecimento. A casualidade no diagnóstico da doença, a atemporalidade das fases de privações e exacerbações (SOUZA, LIMA, 2007), conciliadas às manifestações e perda do bem estar social (MUNÓZ et al., 2003) e a medicalização, trazem repercussões significativas no modo de ver a vida, porque a doença modifica a relação da pessoa consigo mesma e com o mundo.

Para a compreensão desta questão necessitamos abordar outras áreas que não compreendam apenas a biomédica, dentre elas citamos a antropologia. Neste campo de conhecimento a enfermidade não é vista apenas como uma “entidade biológica”, representando em lugar disso uma experiência que se constitui e adquire sentido no curso de interações entre indivíduos, grupos e instituições (ALVES, RABELO, 1999).

A “experiência” é, no senso comum, usualmente concebida como ensinamento adquirido com a prática (exemplo de vida) ou como a confirmação dos juízos sobre uma realidade (experiência científica) ou então para indicar um fato de alguém suportar ou de sofrer algo (experiência de uma dor) (ALVES, 1993). Sobre a experiência da enfermidade, seu estudo abre um novo olhar sobre o cotidiano do indivíduo, nos permite conhecer suas perspectivas pessoais e biográficas, os eventos em que participa, sendo capazes de evocar sua memória, reconstituir e reavaliar seus significados ou mesmo fornecer sentido aos eventos e às experiências.

A experiência da enfermidade se refere basicamente à forma pela qual indivíduos situam-se perante a doença, conferindo-lhes significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação. Nesse sentido Alves e Rabelo (1999, p.171) afirmam:

*É importante ter em conta que as respostas aos problemas criados pela doença constituem socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores [...] o doente e aqueles que estão envolvidos nessa situação [...] (re)produzem e transmitem um conjunto de soluções, receitas práticas e proposições genéricas, de acordo com o universo sociocultural do qual fazem parte.*

Nesta perspectiva se insere a preocupação com a compreensão dos significados atribuídos ao tratamento dietético da HAS, deixando de lado o modelo biomédico e hegemônico; esta hegemonia é fruto do monopólio médico em estabelecer a jurisdição exclusiva sobre a definição da doença e do tratamento (ALVES, 1993). Nesse modelo, o corpo é objeto de interesse científico, de classificação e de intervenção (SAMPAIO, LUZ, 2009).

Para Kleinman (1980) e Kleinman, Eisenberg e Good (2006), a experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como percebemos e buscamos superá-la. Baseado nesta teoria pode-se dizer que se fica doente de acordo com o meio social que vivemos, que influencia diretamente a forma como sentimos a doença, expressamos nossos sintomas e utilizamos os recursos de cura à nossa disposição (COSTA, GUALDA, 2010).

As mudanças que ocorrem ao longo do tempo influenciam na compreensão da enfermidade pelo sujeito, visto que está sempre sendo confrontada com conhecimentos diversos, sejam os da família, dos amigos, vizinhos ou dos próprios terapeutas (ALVES, 1993). Tanto a nível clínico como individual, a enfermidade é experimentada pelo corpo, porém para o paciente ela não é simplesmente um objeto físico ou estado fisiológico, mas sim parte essencial do seu eu (GOOD, 2003). Desta forma, para compreender adequadamente a enfermidade é necessário levar em conta tanto aspectos subjetivos (aqueles que determinam as diferenças interpretativas) como aspectos intersubjetivos (que a torna “objetiva” para os outros) (ALVES, 1993). Sobre a subjetividade Langdon (1995) afirma que “[...] a doença não se reduz aos sintomas físicos universais dados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo e corporal, mediado pela cultura”.

A condição crônica é percebida de formas distintas por diferentes grupos sociais, determinado pelo ângulo em que é interpretado, ou seja, por aqueles que a vivenciam ou por aqueles que desenvolvem o cuidado. Kleinman (1978) propõe o uso de três conceitos, que definem diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde, e que traduzem distintas posições e aspectos sociais da doença: *disease*, *illness* e *sickness*.

*Disease* diz respeito à perspectiva do profissional, à visão biomédica, baseada em conceitos teóricos e na forma prática, pautadas apenas na percepção da doença como alterações na estrutura biológica ou funcional de seus portadores. O profissional reconfigura os problemas da doença, como vivida pelo sujeito e os que o rodeiam e o reproduz por meio de questões técnicas definidas (KLEINMAN, 1978).

*Illness* e *disease*, ambos passíveis de tradução por “doença”, assumem nuances distintas na proposta de Kleinman: *illness* é a doença na perspectiva de quem a vive, da experiência humana perante a doença; significa o modo como o indivíduo vive e responde aos sintomas e incapacidades, bem como ao seu tratamento. Representa a visão da doença por aquele que a vivencia, pelo indivíduo que vê sua vida modificada pela repercussão advinda dessa condição. É a experiência vivida pelo doente e a forma que ele classifica e esclarece, em senso comum, as formas de angústia decorrentes dessa condição. Este significado norteia o julgamento deste indivíduo, relacionado ao momento de iniciar o tratamento, bem como à decisão de quando procurar um profissional de saúde ou práticas alternativas.

Por fim, a última perspectiva refere-se à *sickness* que Kleinman (1978) relaciona a doença como algo social, a soma das percepções médicas (*disease*) e subjetivas (*illness*) considerando a doença como algo social. Para Alan Young (1976) *sickness* não está relacionado apenas ao somatório de *disease* e *illness*, mas a construção sociocultural da experiência com a doença por meio das interações e negociações ao longo do processo de adoecimento.

A biomedicina tem seu foco principalmente no reconhecimento e tratamento da doença (*disease*), acabando por ignorar a experiência individual (*illness*) e coletiva do adoecimento. A formação biomédica dos profissionais tem banido a dimensão experiencial, não-clínica, do adoecimento como um legítimo objeto de preocupação clínica (KLEINMAN, EINSENBURG, GOOD, 2006).

Para o enfrentamento da doença crônica, deve haver uma comunicação efetiva entre portadores e profissionais. A interpretação dos significados da enfermidade (*illness*) por parte dos profissionais de saúde pode contribuir para a criação de um cuidado mais humanizado. No entanto, o profissional necessita conhecer a história da enfermidade na “voz” de seus portadores, construída a partir das suas concepções sobre o processo saúde/doença/cuidado, suas experiências de adoecimento e práticas de cuidado, nas situações concretas do seu mundo (SILVA, 2010).

A biomedicina nega, ignora e/ou marginaliza a maioria dos saberes e formas não biomédicas de atenção as enfermidades, mesmo estas sendo frequentemente utilizados pelos diferentes setores da população. Para compreender as articulações entre as diferentes formas de conhecimentos e práticas de atenção à saúde, o antropólogo argentino Eduardo Menéndez (2009) propõe o conceito de autoatenção, que define como:

*[...] representação e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais [...]*

A autoatenção pode ser representada em dois níveis, um amplo e outro restrito. Num nível amplo ela pode ser vista como todas as formas



de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos, em especial os domésticos – as formas que são utilizadas a partir dos objetivos e normas do grupo definidas culturalmente. A alimentação pode ser uma dessas práticas, o compartilhamento de comidas em festividades e reuniões comunitárias de socialização são práticas partilhadas pelos sujeitos de determinado grupo social (MENÉNDEZ, 2009). Já o nível restrito está relacionado às representações e práticas aplicadas de forma intencional ao processo saúde/doença/atenção. O olhar de Menéndez (2009) se volta para este nível, porém nos processos concretos estarão incluídos aspectos do nível amplo. Para Menéndez, independentemente de quaisquer contradições teóricas e mesmo da vontade dos especialistas, os diferentes conhecimentos articulam-se no nível individual, quando os sujeitos apropriam-se dos mesmos e articulam-nos segundo seus próprios critérios.

As atitudes e significados que os sujeitos incorporam em suas vidas raramente são aceitos ou reconhecidos pela biomedicina como estratégias e práticas legítimas – o que não significa que não aconteçam. As práticas de uma determinada população se apropriam das práticas biomédicas e reinterpretam de acordo com suas necessidades; a automedicação, por exemplo, é resultado da interação entre profissionais de saúde e enfermos. Desta forma a biomedicina deve procurar articular suas práticas com as práticas populares, de forma a reconhecê-las como efetivas e/ou necessárias (MENÉNDEZ, 2003).

Nas doenças crônicas, a autoatenção se torna constante e todas as ações a cercam desta fazem parte da experiência com a doença. Para Conrad (1985) o paciente muitas vezes vê a necessidade de se tornar o “agente ativo” no seu tratamento, afinal, ele que deve ser o Centro das atenções. O domínio que muitos pacientes têm sobre o seu tratamento, e que do ponto de vista biomédico pode ser descrito como não-adesão, segundo o autor pode ser visto como sinal de autonomia e auto regulação, ocorrendo a partir de uma autoavaliação do estado atual da doença, possibilitando a retirada ou a diminuição da dose de medicamentos.

Abordar a experiência dos adoecidos crônicos, através de suas narrativas, permitem expor suas perspectivas pessoais e biográficas, situações que envolvem o processo de adoecimento, possibilitando através de suas histórias narradas por eles evocando a sua memória e

compartilhando seus valores e representações que não são particulares e sim coletivas (CANESQUI, 2007).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico compreende o “caminho do pensamento” que o objeto da pesquisa exige. Métodos e teorias devem caminhar juntos, vinculados, para garantir a eficácia metódica e sistemática que requer uma investigação científica, para assim responder à pergunta de investigação (MINAYO, 2008).

Este capítulo apresenta o percurso metodológico utilizado para coleta e análise dos dados.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa etnográfica. A etnografia constitui-se no exercício de olhar (ver) e escutar (ouvir), impondo ao pesquisador um deslocamento de sua própria cultura para se situar no interior do fenômeno por ele observado, através de sua participação ativa nas formas de sociabilidade por meio das quais a realidade pesquisada é apresentada (ROCHA, ECKERT, 2008).

##### 3.1.1 O método etnográfico

Diante dos objetivos do estudo, optamos pelo método etnográfico por entendermos que ele expõe um olhar diferenciado em relação ao processo de adoecimento ocasionado pela HAS, uma “descrição densa” (Geertz, 1989) de como os indivíduos lidam com esta patologia e com questões que envolvem o controle dietético. Neste método levam-se em consideração as dimensões sociais e culturais para além da biológica.

Geertz (1989, p.07) define etnografia como:

*[...] tentar ler no sentido de construir uma leitura, um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escritos não como os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios do comportamento modelado.*

Segundo este mesmo autor, o que torna um estudo etnográfico é a capacidade do pesquisador em penetrar - e ter sido penetrado - pelo outro. A etnografia é o resultado do trabalho de campo e não a realidade

propriamente dita, constituindo os discursos apenas uma das dimensões de uma realidade multifacetada (FONSECA, 1999).

O método etnográfico é caracterizado por se desenvolver no meio social do indivíduo, onde ele vive e os fatos ocorrem, conduzido num diálogo de interação a longo prazo, revelando o retrato mais fiel do indivíduo e grupo estudado, e conduzido de modo a utilizar uma riqueza de detalhes que resultam em teorias explicativas (ANGROSINO, 2009).

Quando se opta por utilizar a etnografia em uma pesquisa, deve-se ter como princípios a relação dialógica e prolongada com os pesquisados, estar aberto para o conhecimento do senso comum, numa visão aproximada que permite decifrar os códigos que dão sentido as ações dos informantes que convivem com a HAS, numa visão ampla e contextualizada da realidade e ainda possibilitar ao pesquisador e o indivíduo participante, a troca, o envolvimento e a transformação de ambos (FAVA, 2012).

A etnografia utiliza algumas técnicas que tendem a enriquecer os resultados obtidos, a familiaridade com o conhecimento antropológico e o estudo do universo empírico, possibilitam ao pesquisador optar pela melhor técnica, que seja compatível as situações observadas (COSTA, GUALDA, 2010). Sendo assim, diante dos objetivos desta pesquisa, utilizamos como instrumento dentro do método etnográfico, o uso das narrativas e a observação participante, apresentadas a seguir.

### 3.1.1.1 O uso das narrativas

O uso das narrativas foi empregado nesta pesquisa, pelo fato de ser uma estratégia onde é possível representar e relatar uma experiência da enfermidade, onde os acontecimentos podem ser apresentados com uma ordem significativa e coerente. (GOOD, 2003). Através das narrativas são expressos os dramas da vida, gerando narrativas múltiplas, segundo seus atores e suas interpretações do significado dos eventos (LANGDON, 2001).

A narrativa como forma oral não apresenta forma fixa ou memorizada, ela é utilizada em contextos diferentes para comunicar diversos pontos de vista. Trechos de narrativas maiores e versões diferentes de narrativas são invocados no discurso cotidiano (LANGDON, 2001). O uso da narrativa nas enfermidades crônicas permite a compreensão do outro, através de suas expectativas, manejo

de suas vidas e respostas sobre si mesmo. Fornecem também o reconhecimento da vulnerabilidade do outro e as formas de enfrentar a enfermidade, mostrando as divergências entre as intenções e aspirações e as contingências impostas pelo mundo físico (LITTLEWOOD, 2003).

Ricoeur (1984) define narrativa como metáfora, onde se fornece uma lógica explicativa dos eventos que compreendem a experiência da doença e da saúde, compreendendo o abstrato pelo caminho do concreto. Desta forma, a narrativa se torna para se entender a vida em seu fluxo temporal, evocando imagens sensoriais e entrelaçando cenas e símbolos, mesmo quando contraditórios.

As narrativas da experiência do processo terapêutico fornecem oportunidades para que pacientes e profissionais de saúde desenvolvam versões alternativas das histórias e criem compreensões novas quando revisitam, do passado, uma opinião própria ou de outrem, bem como novos trajetos para o futuro (GOOD, 1994; COSTA, GUALDA, 2010).

Novas experiências podem surgir na narrativização, desde experiências subjetivas, mostrando a capacidade de poder descrever um acontecimento baseado em perspectivas diversas, revelando novas dimensões da experiência, até atribuição de significados à experiência dependendo da importância que ela representa em sua vida. O sujeito revela aquilo que atribuem valor, necessitando que o investigador da área social, elabore perguntas concretas, que aflorem esses aspectos fugidios da nossa experiência (GOOD, 2003).

As narrativas nos trazem o discurso social, transformando este em acontecimento passado, existente apenas no momento que ocorre. Pode ser permanente, recontado e consultado, permitindo assim, a compreensão do significado dos fatos, a seleção e a organização de uma seqüência de eventos que consiste nos pontos de vista do próprio narrador (VIEIRA, 2004).

Cada narrativa revela uma história de vida, relata o desafio de sobreviver e superar seus limites e os que a sociedade impõe. Os corpos humanos não portadores não só de doença, mas também de histórias que nos fornecem significados às suas vidas. Histórias de experiências com os adoecimentos significam colocar um evento dentro de um cenário mais amplo, relacionando-o como parte de um todo compreensível, possibilitando entendimentos diversos sobre a doença e a pessoa doente (CARDOSO, 2000).

### 3.1.1.2 Observação participante

A observação participante permite ao pesquisador conviver no cenário a qual ele está estudando e conhecer os sujeitos envolvidos neste cenário, desenvolvendo as relações rotineiras com os mesmos, observando suas falas, seus anseios, suas dúvidas e ações, possibilitando ao pesquisador anotar, de forma organizada, acumulando registros e escritos de seus comportamentos e experiências sobre elas (VIEIRA, 2004).

Na antropologia, a observação participante, o contato direto, pessoal com o universo investigado, é um dos métodos mais citados. Considera-se que para conhecer certas áreas ou dimensões de uma sociedade específica, é necessário um contato direto, uma convivência durante um período de tempo, pois alguns aspectos de uma cultura ou sociedade não aparecem à superfície e exigem um esforço maior, mais detalhado, possibilitado pela observação densa (VELHO, 1978).

Para Cardoso de Oliveira (1996), quando se está em campo como observador participante, o pesquisador assume um papel digerível pela sociedade observada, a ponto de viabilizar uma aceitação pelos membros desta, de modo que não impeça a interação entre estes últimos e o pesquisador.

Realizar uma observação participante é instalar-se no local de vivência de outras pessoas, estabelecer relações intersubjetivas com elas, tendo como meta obter a compreensão sobre suas percepções, alcançando o significado de suas experiências na sua realidade cotidiana, é possível também participar e interagir com eventos e circunstâncias que os definiram e originaram (EMERSON, FRETZ, SHAW, 1995).

Quando os integrantes de um determinado grupo social relatam sobre suas doenças, seus medos e suas expectativas futuras, estão construindo relações que asseguram condições de continuar suas trajetórias de vida. Portanto, o tempo pode apagar as imagens, mas não destrói a memória, sendo que o antigo se encontra no presente, de uma forma nova, transformada e complementar (VIEIRA, 2004).

## 3.2 TRABALHO DE CAMPO

Neste item são apresentados e discutidos todos os procedimentos metodológicos iniciados após a aprovação do projeto desta pesquisa pelos órgãos responsáveis, organizada em três subitens: inserção do campo de estudo, o grupo pesquisado, coleta e registro dos dados. O trabalho de campo foi desenvolvido entre os meses de março a junho de 2014.

### 3.2.1 Inserção no campo de estudo

A entrada no campo exige uma preparação prévia do pesquisador, direcionada a identificação de quem deve ser estabelecido o primeiro contato, como apresentar e como descrever os objetivos de pesquisa (MINAYO, 2008).

O trabalho de campo se iniciou seguinte a aprovação desta pesquisa pelos órgãos competentes como a Secretaria Municipal de Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) e a coordenação do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa. Num primeiro momento que antecedeu o trabalho na comunidade, o projeto foi apresentado aos profissionais de saúde atuantes neste Centro, o espaço ofertado para esta apresentação foram as reuniões semanais dos profissionais que compõem a ESF, ocorridas nas quintas pela manhã e sextas á tarde. Neste primeiro contato foi apresentado o objetivo da pesquisa, o perfil dos usuários que seriam investigados e como ocorreria a coleta de dados. Este diálogo ocorreu com a finalidade de obter o consentimento dos profissionais de saúde para a participação na pesquisa e, ainda envolve-los como mediadores para a entrada no campo de estudo.

Durante a exposição da pesquisa, houve o cuidado de enfatizar que esta não estava relacionada a uma avaliação dos serviços prestados pelo Centro, tão pouco seus resultados serviriam para aumentar a adesão dos usuários aos serviços ofertados e tratamentos prescritos. Mostrou-se a importância de estudos desta natureza, na escuta qualificada e de como cada profissional ali presente poderia ajudar, por meio de seus depoimentos e no processo de entrada no campo.

Neste primeiro encontro, estavam presentes Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), enfermeiros e médicos atuantes nas ESFs

do Centro de Saúde, todos se mostraram receptivos e colaborativos a pesquisa. Ainda no Centro de Saúde, foi concedido um espaço durante os grupos terapêuticos e de promoção à saúde que esta oferece aos usuários, como *grupo de hipertensos e diabéticos*, *grupo de relaxamento e grupo de artesanato*, para o esclarecimento da pesquisa aos que ali se encontravam. Este cenário também serviu para a busca dos participantes desta pesquisa.

No momento que antecedeu a entrada na comunidade, as ACSs foram os profissionais mais atuantes nesta fase, auxiliando na seleção do grupo pesquisado, sugerindo possíveis participantes e facilitando a entrada em campo, mediando as apresentações entre pesquisador e usuários.

### **3.2.2. O grupo pesquisado**

A população deste estudo foi composta por indivíduos diagnosticados com HAS de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos, em acompanhamento pelo Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa e membros da rede social desses informantes<sup>2</sup>. Além destes, fizeram parte do estudo os profissionais de saúde que compõem as ESFs: como Agentes Comunitárias de Saúde, Médicos e Enfermeiros. A escolha destes profissionais teve como critério o contato direto que apresentavam com os portadores de hipertensão, seja dentro do Centro ou fora dele, por meio das visitas domiciliares.

A seleção dos indivíduos diagnosticados com HAS, se deu por meio de indicação das ACSs e da observação dos encontros de grupos terapêuticos e de promoção à saúde do Centro, onde em conversa com os usuários portadores de hipertensão foi apresentado a pesquisa e feito o convite para participar desta; e em alguns locais de encontros dos moradores da comunidade, como a Associação de moradores do bairro Sambaqui. Com o nome das pessoas que aceitavam num primeiro momento participar do estudo, foi agendado um primeiro encontro em seus domicílios ou no local em que achassem mais apropriado.

No primeiro encontro, seguindo os preceitos éticos, foram explicitados os objetivos da pesquisa e de que forma ela ocorreria, e posteriormente a solicitação da participação na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Com a concordância na participação no estudo, á

<sup>2</sup> Rede social: referência a uma rede de relações, nos quais indivíduos mantêm contato ou algum vínculo social ou ainda uma rede de relacionamentos sociais que envolvem esses indivíduos e as características dessas ligações (SLUZKI, 1997).



depender da disponibilidade dos indivíduos, realizou – se a coleta dos depoimentos. Ressalta-se que os encontros não se limitaram a apenas um, mas ocorreram sempre que necessário para o aprofundamento de pontos não contemplados em momentos anteriores.

Os mesmos preceitos éticos foram seguidos com os profissionais de saúde, onde o consentimento para a participação da pesquisa só ocorreu após a exposição dos objetivos e métodos da pesquisa e a assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

Em relação ao número de sujeitos que participaram da pesquisa, seguiu-se o critério de Minayo (2008, p. 103), que cita que o tamanho da amostra se dá quando “*o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo*”, a autora ainda complementa citando que “*a validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões*”.

As pesquisas etnográficas são fundamentadas em métodos qualitativos; pesquisas desta natureza são construídas para fornecerem uma visão dentro do contexto pesquisado, pela ótica de seus sujeitos. Sendo assim, caracterizam-se por utilizar grupos pequenos de pessoas, selecionados de acordo com os critérios estabelecidos conforme os objetivos da pesquisa (VICTORIA, KNAUTH, HASSEN, 2000).

Desta forma, entende-se que em pesquisas com esta abordagem, o mais importante é o empenho em visualizar a questão norteadora sob seus vários aspectos, não se prendendo ao número de sujeitos com que o grupo será composto e sim em se concentrar no aprofundamento e na complexidade do processo de compreensão da realidade investigada (SILVA, 2010).

### **3.2.3 Coleta e registro dos dados**

A coleta de dados ocorreu em momentos diversos do trabalho de campo, e por meio de técnicas que contemplassem as informações em níveis de aprofundamento adequados aos objetivos do estudo. A observação participante ocorreu nos encontros dos grupos terapêuticos de promoção a saúde que o Centro de Saúde ofertava aos usuários, na presença em lugares frequentados pelos moradores, como o “casarão”, Centro cultural do bairro, no Centro de Saúde e por fim no domicílio dos sujeitos, onde foi realizada grande parte das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas, sempre que permitido, e seguiram um roteiro semiestruturado, tanto para os usuários (APÊNDICE C) quanto para os profissionais de saúde (APÊNDICE D), mas não se limitaram a este instrumento. A observação participante foi empregada com a finalidade de contemplar as ações dos participantes não captadas nas gravações, como ações não verbais, expressões, atitudes e interações com membros da família, profissionais de saúde e demais indivíduos, propiciando uma aproximação com a realidade de cada entrevistado, atentando para as particulares de cada um.

As ações contempladas na observação participante, foram anotadas no diário de campo, sempre registradas após cada encontro, além destas, foram anotadas as impressões particulares da pesquisadora sobre os diálogos e fatos observados, bem como uma pré – análise do material já em campo.

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizamos como base teórica para análise e interpretação das falas a Antropologia Interpretativa de Geertz (1989), onde busca-se compreender dentro de um determinado grupo, os sentidos produzidos e o encontro do marco teórico com os fatos empíricos.

A reflexão para interpretar os sentidos na busca dos significados da experiência se relaciona tanto ao conhecimento do informante, como o conhecimento do pesquisador. O encontro etnográfico experimenta um exercício de partilha entre o saber do pesquisador e do pesquisado e a interpretação é influenciada pelos depoimentos, gestos, atitudes, conhecimento e a subjetividade do pesquisador. Nessa progressão de perspectivas de explicações e entendimentos, possibilita-se ao pesquisador compreender os sentidos que o informante atribui ao seu modo de viver com o adoecimento e ao mesmo tempo, repensar o modo de ver as coisas e o mundo (FAVA, 2012).

Para Geertz (1989) o etnógrafo ao “inscrever” o discurso social, transforma um acontecimento do passado em um relato, presente em suas anotações e que pode ser revisto diversas vezes. A descrição etnográfica é interpretativa, relacionando-se ao discurso social e suas interpretações permitem ao pesquisador torná-lo em formas pesquisáveis. No momento da transcrição o pesquisador deve realizar a “descrição densa” e a especificação, que nada mais é do que anotar o

significado que as ações sociais particulares representam para o indivíduo com HAS. Tais ações nos mostram o conhecimento sobre a sociedade na qual este indivíduo se insere. Neste momento tem-se a dupla tarefa de construir as estruturas conceituais que representam os atos dos portadores de HAS, ou seja, o que é “dito” no discurso social, e construir um sistema de análise onde os termos empregados sejam genéricos a essas estruturas, o que a elas pertence e porque são o que são.

Como já mencionado, o ato de escrever e pensar, são indissociáveis. Isto significa que em nenhum momento o texto não espera que eu autor tenha primeiro todas as respostas, para só então, começar a escrever. Para uma boa narrativa, o pesquisador, de posse de suas observações organizadas, inicia o processo de textualização – uma vez que essa não é apenas uma forma escrita de simples exposição, pois há também a forma oral- concomitante ao processo de produção de conhecimento. Além disso, o ato de leitura das escritas deve ser feito quantas vezes se achar necessário, quando mais densa for esta leitura, melhor será a veracidade das descrições e das narrativas, aprofundando a análise e consolidando os argumentos (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996).

Diante destes princípios, análise e coleta foram feitas simultaneamente, o que permitiu identificar os contrastes e singularidades, possibilitando reflexões sobre os questionamentos propostos, aprofundando-as e retornando a campo quando necessário para melhor interpretação dos significados atribuídos a HAS e o tratamento dietético.

Após as idas a campo, todas as narrativas foram transcritas na íntegra, complementando com as anotações do diário de campo. A análise do material, foi realizada num primeiro momento com as leituras das entrevistas, após as leituras, o material obtido foi categorizado de acordo com os objetivos da pesquisa buscou-se a categorização.

Além da Antropologia Interpretativa, o material obtido foi discutido também com base na Antropologia Médica e com estudos realizados até o presente momento com objetivos semelhantes ao desta pesquisa.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa cumpriu os requisitos éticos constantes da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), além da aprovação da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Florianópolis SC (ANEXO A), da coordenação do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina por meio do parecer nº 502.603 (ANEXO B). Antes das entrevistas todas as informações pertinentes a pesquisa foram explicadas e as dúvidas sanadas pela pesquisadora aos participantes que assinaram o TCLE.

Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados pelas letras iniciais de seus nomes, seguidos pelo número referente à idade do entrevistado. Profissionais de saúde foram identificados pela nomenclatura de suas ocupações por ordem de numeração quando havia mais de um participante com a mesma ocupação.

### 3.5 LOCAL DO ESTUDO

#### 3.5.1 Centro de Saúde

O Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa contempla três bairros: Santo Antônio de Lisboa, Cacupé e Sambaqui. O Centro apresenta duas ESFs, a primeira conta em seu núcleo com uma enfermeira, um médico e três ACSs e é responsável pelas áreas de Santo Antônio de Lisboa e Cacupé, a segunda conta com um enfermeiro, um médico e cinco ACSs, sendo responsáveis pela área de Sambaqui.

Além desses profissionais, o Centro conta com demais profissionais vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como: pediatra, psiquiatra, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, farmacêutico, educador físico, cirurgião dentista e nutricionista.

O Centro oferece serviços de clínica geral, odontologia, pediatria, serviços básicos de enfermagem, além de vacinação, teste de pezinho e exames preventivos de câncer. Conta com a realização de diversos grupos terapêuticos e de promoção a saúde como: *Grupo de hipertensos e diabéticos, grupo de relaxamento, grupo de alongamento, grupo de*

*tabagismo, grupo de pais, grupo de gestantes, artesanato e horta comunitária.*

O agendamento de consultas é sempre feito segundo a área de abrangência do Centro, para moradores de Sambaqui marcação é sempre realizada às quartas – feiras pela manhã, e para os moradores de Santo Antônio e Cacupé a marcação é realizada as segundas – feiras. Para garantir uma vaga, os usuários devem chegar cedo ao Centro. São eles mesmo que se organizam pela ordem de chegada, às 8:00 h quando o Centro abre suas portas, as senhas são distribuídas, sempre com um número limitado de vagas.

O Centro de Saúde, tem sua estrutura recente localizada em lugar estratégico, ao lado do Terminal de Santo Antônio (TISAN), o que facilita a chegada de alguns usuários de bairros mais distantes. Entretanto, em minhas conversas foi comum a queixa da distância atual do Centro de Saúde da comunidade de Sambaqui, sua antiga localização, ao lado da Igreja de Santo Antônio, que facilitava o acesso aos moradores da comunidade.

O número de cadastrados pelo Centro, é de cerca de 6.447 usuários no total das regiões que abrange. Em relação às doenças crônicas, a HAS é a que apresenta maior prevalência. Segundo dados do Centro do mês de dezembro de 2013, 498 usuários das áreas abrangentes, apresentavam a doença, destes 309 eram da comunidade de Sambaqui.

### **3.5.2 Localidade de Sambaqui**

A praia de Sambaqui pertence ao Distrito de Santo Antônio de Lisboa, distanciando 16 km ao norte do Centro da cidade de Florianópolis, tem sua origem da colonização dos imigrantes açorianos. O trecho da localidade é banhado pelo mar e tem vista privilegiada da ponte Hercílio Luz, monumento histórico da cidade.

Ao final da estrada geral do Sambaqui encontra-se a ponta do Sambaqui. Não encontram-se moradias neste lugar, pois foi tombada pelo patrimônio histórico, mas há no entorno dela uma pequena praia, quase que particular. Há vários ranchos de pesca, um jardim sempre cuidado pelos moradores, alguns bares e o histórico prédio da Alfandega, hoje utilizado como sede da “Associação de Moradores de Sambaqui”. Este prédio foi construído neste local, porque até meados do

século passado, os navios que chegavam à Ilha entravam pela Baía Norte e atracavam perto da praia Daniela. Daí por botes eram trazidos até o Posto de Sambaqui.

É nesta associação que as famosas rendeiras de Sambaqui se reúnem, de quinta a domingo, mulheres nativas e algumas moradoras de fora. Passei algumas agradáveis tardes ali, onde pude conhecer pessoas importantes para a comunidade, como Dona Valdete, figura conhecida por grande parte dos moradores da comunidade, e Dona Glorinha, professora de renda, que tenta manter viva esta tradição na comunidade. É recorrente nos discursos pelas mulheres que ali frequentam da perda da tradição da renda de bilro, segundo elas “*os jovens de hoje não querem aprender essas coisas*”, era evidente a importância que a renda tinha para cada mulher que ali se encontrava e unânime a luta para que tal tradição não caísse no esquecimento.

Por intermédio destas mulheres pude conhecer alguns indivíduos de meu estudo e um pouco da história da comunidade. A escolha pela comunidade de Sambaqui foi de forma não intencional, a condução do estudo levou a um grupo em que a sua maioria morava na localidade, sendo grande a frequência da utilização dos serviços do Centro de Saúde por estes.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interpretação dos significados da experiência com uma doença crônica como a HAS, e as mudanças muitas vezes impostas nos aspectos nutricionais, nos mostrou a importância da valorização da subjetividade que envolve os significados e valores que permeiam as formas de agir e de enfrentar as situações cotidianas com a enfermidade.

Mediante uma cultura diferente de nossa formação biomédica, não procuramos fazer julgamentos, entre o certo e o errado, mas sim compreender a visão singular desses informantes que influenciam nos seus conhecimentos, práticas e atitudes.

Os resultados aqui encontrados, nos fazem refletir sobre a conduta ocorrida na prática da nutrição, atentando para a importância da subjetividade, da valorização do sujeito que ali se encontra, retirando a hierarquia ainda presente, a visão de que o outro é apenas aquele que recebe as informações e deve cumprir, a não adesão a qualquer prescrição é vista como um comportamento desviante.

Cumprimos aqui nosso principal objetivo, reconhecer como estas pessoas manejam suas vidas com uma doença que as acompanhará pelo resto desta; como se veem diante da necessidade de mudanças alimentares adquiridas durante toda uma vida, como retirar o que sal que dá o sabor?

Ao interpretar as experiências de pessoas com HAS adiante de seu processo de adoecimento, constatamos divergências entre os discursos dos profissionais de saúde. Há o desenvolvimento de dois mundos sociais e culturas distintas com pouca interpenetração, o universo dos profissionais de saúde e das pessoas com HAS, sendo que este é desconhecido e muitas vezes desvalorizado nas práticas de saúde (FAVA, 2012).

A percepção da HAS como uma doença assintomática pelo ponto de vista biomédico não se define como tal na perspectiva dos entrevistados. A grande maioria a definiu como uma doença com sintomas, que gerava infortúnios e mostrava o conhecimento que cada um tinha sobre o seu corpo e sua enfermidade. Havia aqueles que reconheciam a doença como assintomática, mas pelo “silêncio” desta, não se definiam como pessoas doentes.

A descoberta da HAS, para os profissionais de saúde é algo que não causava impacto para aqueles que a recebiam, devido às características da doença, ou até por reconhecerem que muitos que chegavam ao consultório já apresentam um diagnóstico prévio. Para alguns dos hipertensos entrevistados, a procura pelos profissionais de saúde e o diagnóstico da hipertensão se deu a partir de sinais físicos e sintomas de que algo não ia bem, mas não relacionaram num primeiro momento os sinais à doença. Para outros a descoberta da doença ocorreu ao acaso, e diferente do discurso dos profissionais de saúde, o diagnóstico de uma doença “que não se sente” gerou sentimentos de dúvidas e até negação da doença.

Percebemos ainda que, do ponto de vista dos adoecidos, a causalidade da doença era algo pouco discutido pelos profissionais de saúde. Em suas falas, as causas atribuídas à doença ora se distanciavam, ora se aproximavam daquelas reconhecidas pela biomedicina, o que confirma o trânsito e a articulação, no nível dos sujeitos, dos diferentes conhecimentos – como menciona Menéndez (2009). Assim, com frequência a doença apresentava sua origem nos *nervos*, categoria popular usualmente associada pela biomedicina como ligada a problemas psiquiátricos, mas que nos depoimentos estiveram relacionados a problemas do cotidiano e familiares, o que se assemelha ao que Duarte (1986) define como *nervos*<sup>3</sup>. Para alguns entrevistados a causa da doença estava ligada à idade e fatores genéticos, o que, em seus discursos, refletia a sensação de conformidade com sua condição, de certo modo já esperada e inevitável.

No que se relaciona ao tratamento, do ponto de vista dos profissionais a abordagem farmacológica é muito mais efetiva que as propostas de modificação de hábitos. Segundo os hipertensos, o uso dos fármacos era constante, porém cada um os utilizava da sua maneira, quanto e quando observavam a necessidade.

Sobre o tratamento dietético, as mudanças, quando ocorridas, estavam estritamente ligadas à redução do sal de adição, em detrimento dos outros aspectos sempre mencionados nas orientações, como o uso de alimentos industrializados e o baixo consumo de gorduras. A família foi citada pelos entrevistados, como importante fonte de apoio, nas modificações dietéticas, haviam grande cooperação de todos os membros com as mudanças dietéticas quando um de seu núcleo apresentava a HAS.

<sup>3</sup> Para Duarte (1986), o *problema do nervos* pode se relacionar a falta de dinheiro, desemprego, problemas familiares, ou ser a consequência da doença propriamente dita.



Todos os entrevistados tinham conhecimento das prescrições dietéticas da doença, reforçadas nas consultas de rotina, nos materiais educativos distribuídos no Centro de Saúde e nos grupos terapêuticos e de promoção da saúde que a Centro ofertava. O que era vista como uma falta de adesão pelos profissionais de saúde, para alguns entrevistados não se conformava como tal, na medida em que não associavam o controle da HAS a mudanças dietéticas. Não havia, assim, relutância ou desobediência em adotar determinadas medidas; o que acontecia era um manejo consciente da terapêutica, a partir do conhecimento de seus corpos de da etiologia como entendida ou reconhecida por eles. Em outras palavras, havia autonomia e agência, aspectos a serem reconhecidos e considerados no diálogo terapêutico.

A prática de exercícios físicos regulares era mais uma das recomendações repassadas por profissionais de saúde ao usuários com HAS e, do ponto de vista dos profissionais, com baixa adesão. Entretanto, para os adoecidos, a prática regular de exercícios físicos estava relacionada a qualquer movimento do cotidiano, independente da esfera em que aconteça.

A busca pelo sistema de saúde profissional revelou importante itinerário terapêutico destes informantes. Práticas de autoatenção como o uso de chás, repouso e receitas caseiras foram citadas como formas de cuidados com a doença e seus sintomas, porém grande ênfase é dada ao uso dos fármacos como importante elemento de controle dos níveis pressóricos, evidenciando a atual medicalização desta doença.

É inquestionável o esforço dos profissionais de saúde em buscar uma adesão maior aos tratamentos propostos, mas estes estão pautados basicamente na medicação, incremento da prática de exercícios físicos regulares, e adoção do tratamento dietético, mas esquecem dos contextos socioculturais e os significados construídos que influenciam nas decisões de seguir ou não o tratamento para estes indivíduos.

As práticas biomédicas encontram-se centradas no tratamento farmacológico da doença e nas mudanças comportamentais, o que resulta em uma repasse de seus conhecimentos na tentativa de colocar o indivíduo como o único responsável pelo seu cuidado e atentando sempre para a adesão ao tratamento imposto.

Está mesma perspectiva de adesão é encontrada em uma grande parcela de estudos que tenham como tema central a hipertensão. Há um comprometimento claro com os objetivos da intervenção médica, com a

produção de conhecimentos que resultem, uma vez aplicados, no aumento do reconhecimento das baixas taxas de adesão ao tratamento da doença. É aparente a proporção de estudos que qualificam de forma negativa as tomadas de decisões individuais como obstáculos ao sucesso do tratamento, na medida que contrariam as recomendações terapêuticas do sistema de saúde oficial. Essas interpretações contrastam com a reduzida proporção de estudos com maior abordagem socioantropológica, que privilegiam a noção de agência e autonomia dos indivíduos, utilizando técnicas e métodos abertos ao diálogo e a manifestação da subjetividade do sujeito, em detrimento ao uso de questionários fechados e da categorização prévia construída pela pesquisadora.

Os informantes desta pesquisa abriram as portas de suas casas, de seus consultórios e de suas rotinas de trabalho. Revelaram suas angústias, alegrias, tristezas e principalmente, nos mostraram o cotidiano com esta enfermidade e as dificuldades muitas vezes surgidas, em seguir o tratamento exigido pelo manejo da doença. Os profissionais de saúde, de outro lado, revelam as dificuldades com a adesão ao tratamento, os esforços contínuos direcionados para uma escuta qualificada e ainda a importância das relações entre os agentes de saúde e o restante da população. A doença não é vivenciada e percebida de forma universal, a singularidade em cada narrativa aponta para o caráter experiencial do processo saúde – doença, cujas manifestações dependem de fatores culturais, sociais e psicológicos (ALVES, 1993; GOOD, 1994, LANGDON, 2001). O significado da doença para aqueles que a possuem e as estratégias que assumem para lidar com ela apresentam diferentes nuances não reconhecidas pelo modelo médico hegemônico (HELMAN, 1981; YOUNG, 1976).

Buscamos neste trabalho compreender as diferentes perspectivas sobre a hipertensão arterial em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina. Deve-se abrir espaço nos encontros entre profissionais de saúde e usuários para que estes últimos revelem suas subjetividades e para que sejam reconhecidas como existentes e legítimas as maneiras que os sujeitos diagnosticam e interpretam a doença. Trata-se aqui, enfim, de garantir um real diálogo entre diferentes perspectivas e sujeitos reconhecidos em suas singularidades, em sua autonomia e sua agência. Conforme afirma Helman (2003), as relações entre as experiências subjetivas dos indivíduos nem sempre são coerentes com

os modelos explicativos dos sistemas de saúde. Diante de uma doença, os indivíduos percebem de forma individual e particular sua condição e respondem a essa situação com base nas suas experiências subjetivas e nas de suas famílias.

Estudos de cunho antropológico oferecem importantes ferramentas para a formulação de novas políticas públicas ou reformulação das já existentes. Uma escuta qualificada, com o reconhecimento da subjetividade daqueles que são acometidos por uma doença crônica como a hipertensão arterial, reconhecendo como existentes e legítimas as maneiras como indivíduos diagnosticam e interpretam a sua condição, abre possibilidades para que juntos, profissionais de saúde e usuários busquem formas singulares para enfrentar trajetórias também singulares de adoecimento.



## REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comum. Saúde, Educ.** Botucatu, v. 8, n. 14, set/fev, 2004.

ALVES, H.J.; BOOG, M.C.F. Promoção de Saúde e Comensalidade: um estudo entre residentes de moradia universitária. **Segur Alimentar e Nutr**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 43-53, 2006.

ALVES, P.C.B.; RABELO, M.C.M. Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 171-186.

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul/set, 1993.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Trad. José Fonseca. Porto Alegre: Artmed, 2009.

APPEL, L.J.; MOORE, T.J.; OBARZANEK, E.; VOLLMER, W.M.; SVETKEY, L.P.; SACKS, F.M. et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. **N Engl J Med**. n. 336, p. 1117-24. 1997.

BRASIL. **Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, n.182, p.18055-9, set. 1990, seção I.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo**. Série Cadernos de Atenção Básica n 7. Ministério da Saúde, 2001a. 96p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e**

diabetes mellitus. Portaria conjunta 02 de 05 de março, que cria o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2001b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Hipertensão e Diabetes**. Dez. (1) 3. Brasília, DF, 2002a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.575, de 29 de agosto de 2002. Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e de outras providências. Brasília, DF, 2002b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 371/GM em 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2002c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002. Aprova o fluxo de alimentação da base nacional do Hipertensão, obrigatório para todos os municípios que aderirem ao Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus conforme estabelecido ao anexo desta portaria. Brasília, DF, 2002d.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Intersetorialidade e integralidade**: prioridades no cuidado aos hipertensos e aos diabéticos. Informe da Atenção Básica, Ano VI, n.30, jul/ago. 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Série Cadernos de Atenção Básica, nº15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58p. 152 p. Brasil. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Pacto pela Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF, 2007a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Decreto 6117 de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com violência e criminalidade e dá suas providências. Brasília, DF, 2007b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 68p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Pacto pela Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para sua pactuação. Brasília, DF, 2008a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Pacto pela Saúde 2006. **Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**. Promoção da Saúde. Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasília, DF, 2008b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Plano de redução de sódio em alimentos processados**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <

<http://www.abia.org.br/anexos/CriteriosparamonitoramentoeavaliacaodoPlano27jan.pdf>>. Acesso em 20 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2012**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012.

BROWN, IJ et al. Salt Intakes around the world: implications for public health. **Int. J. Epidemiol**, v. 38, n. 3, p. 791-813, 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 186p.

CANESQUI, A.M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

\_\_\_\_\_. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: \_\_\_\_\_. (Org.) **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARDOSO, M.H.C. A história e medicina: a herança arcaica de um paradigma. **Histórias, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 6, n. 3, p. 551-575, fev., 2000.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, v. 39, n. 01, p. 13-37, 1996.

CONRAD, P. The meaning of medication: another look at compliance. **Social Science & Medicine**. Oxford, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

COSTA, G.M.C.; GUALDA, D.M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-



doença. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 14, p. 925-937, out/dez, 2010.

CHOBANIAN, A.V. The hypertension paradox-more uncontrolled disease despite imporved therapy. **N. Eng. J. Med**, v. 361, p. 878-87, 2009.

DRESSLER, W.; SANTOS, J.E. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 303-315, 2000.

DEVEZA, F. Ingestão de sal na hipertensão arterial: quem e quando deve reduzir? **Rev Port Med Geral e Fam**, v. 28, n. 3, 2012.

EMERSON, R M.; FRETZ, R.I.; SHAW, L.L. **Writing ethnographic fieldnotes**. Chicago & London: The University of Chicago Press. 1995.

FAVA, S.M.C.L. **Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão e o contexto do sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico**.2012. 271 f. Tese (Doutorado) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

FERRI, S.M.N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Interface- Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-29, set/dez, 2007.

FRANCIONI, F.M. **Compreendendo o processo de viver com diabetes mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina**: das práticas de autoatenção ao apoio social. 2010. 186 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FREITAS, M.C.S.; MINAYO, M.C.S.; FONTES, G.A.V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 31-38, 2011.  
FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso. In: XXI Reunião Anual da ANPED. Jan/Fev/Mar/Abr, n. 10, 1999.

GARCIA, S.C.P. **Diabetes e Hipertensão Arterial entre os indígenas Kaingang da aldeia sede, terra indígena Xaçecó (SC):** práticas de autoatenção em um contexto de intermedicalidade. 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GEERTZ, C.A **interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GOOD, B. Medical Anthropology and the Problem of Belief. In: **Medicine, Rationality, and Experience.** Cambridge: Cambridge University Press, 1994. p. 1-24.

\_\_\_\_\_. **Medicina, Racionalidad y Experiencia:** una perspective antropológica. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2003. 375p.

GONÇALVES, R.B.M. Reflexão sobre a articulação entre investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas. In: COSTA. D.C. (Org.). *Epidemiologia: Teoria e objeto.* 2 ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1994.p.39-86

HELMAN, C.G. **Doenças versus enfermidade em clínica geral.** In: *Journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 31, p. 548 – 52, 1981.

\_\_\_\_\_. **Cultura, saúde e doença.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.  
Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. IBGE, 2011. Disponível em:  
<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_analise\\_consumo/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/default.shtm). Acesso em: 18 jun. 2014.

KEARNEY, P.M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, v. 365, n. 9455, p. 217-23, jan., 2005.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social and Science Medicine**, v. 12, p. 85-93. 1978.

\_\_\_\_\_, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of borderland between Anthropology and Psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A.; EINSENBURG, L.; GOOD, B. Culture, Illness, and Care: clinical lessons from anthropologic and Cross-Cultural Research. **FOCUS. The journal of lifelong learning in Psychiatry**, v. 4, n. 1, p. 140-149, 2006.

Joint National Committee (JNC). The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. **Archives of Internal Medicine**. v. 157, p. 2413 – 3433, nov. 1997.

\_\_\_\_\_. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. United States – Department of Health and Human Services, 2004. 86 p.

LANGDON, E.J.A. A Morte e Corpo dos Xamãs nas Narrativas Siona. **Revista de antropologia da USP**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 107-149, 1995.

\_\_\_\_\_, E.J.A. doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. **Etnografia**. v. 5, n. 2, p. 241-260, 2001.

LITTLEWOOD, R. Why Narrative? Why Now? **Anthropology & Medicine**. v. 10, n. 2, p. 256-261, 2003.

LUZ, M.T. Introdução. In: LUZ, M.T. et al. (Org.). **Primeiro seminário –Projeto Racionalidades Médicas**. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 1992. Mimeo.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos. De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

\_\_\_\_\_. Modelos, saberes e formas de atenção aos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, Saberes e Estruturas. Uma Introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva.** São Paulo: Editora HUCITEC, 2009. p. 17-70.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. 412 p.

MORRISON, A.C., NESS, R.B. Sodium Intake and Cardiovascular Disease. *Annu Rev. Public Health*, v. 32, p. 71-90. 2011.

MOREIRA, L.B. et al. Incidence of hypertension in Porto Alegre, Brazil: a population-based study. **Journal of Human Hypertension**, Online publication, 21 Jun., 2007.

MUNÕZ, L.A et al. Significados simbólicos de pacientes com doenças crônicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 77-84, 2003.

OLIVEIRA, B.; GOTLIEB, S.; LAURENTI, R. Mortalidade feminina por hipertensão: análise por causas múltiplas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p.556-65, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília, DF, 2002, Relatório Individual.

\_\_\_\_\_. *Cuidados inovadores para condições crônicas:* componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Entendendo as doenças crônicas.** Disponível em

<[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf)>.

Acesso em: 19 jun. 2014.

ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD. **Conjunto de Acciones para La Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles.** CARMEN/CINDI. Protocolo y Diretrizes. HCN/HCP/98.001. 1997.

OMRAM, A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, p. 509-38, 1971.

PALÁCIO, M.A.V. **A Hipertensão Arterial Sistêmica a partir da perspectiva do sujeito:** análise de narrativas sobre a experiência da enfermidade e o dos significados do tratamento dietético. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

PACHECO, S.S.M. O hábito alimentar enquanto um comportamento culturalmente produzido. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. (Org.). **Escritas e Narrativas sobre Alimentação de Cultura.** Salvador: EDUFBA, 2008. p. 217-238.

PRATA, P.R. The Epidemiologic Transition in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992.

RICOEUR, P. **Time and narrative.** Chicago: University of Chicago Press. 1984

ROCHA, A.L.C.; ECKERT, C. Etnografia: Saberes e Práticas. In: **Ciências Humanas:** Pesquisa e método. PINTO, C.R.J.; GUAZZELLI, C.A.B. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e Incapacidade Humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização

Mundial de Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-83, 2009.

SARAIVA, K.R.O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa ao tratamento: uma análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 263-270, 2007.

SILVA, F.S.M. “**Hipertensão: eu aprendi a viver com ela**” – relatos do saber construído como emancipação dos sujeitos. 2010. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 45, p. 1-48. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 95, p. 1-51. 2010.

SOUZA, S.P.S.; LIMA, R.A.G. Condição crônica e normalidade rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão preto, v. 15, n. 1, p. 156-164, 2007.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica**. SP: Casa do Psicólogo, 1997.

STRAHL, H. Cultural interpretations of an emerging health problem: blood pressure in Dar es Salaam, Tanzania. **Anthropology & Medicine**, Inglaterra, v. 10, n. 3, p. 309-24, 2003.

STAMLER, J. et al. INTERSALT study findings. Public health and medical care implications. **Hypertension** **14**, n. 570, 1989.

TESSER, C.D.; NETO, P.P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3615-24, 2010.

\_\_\_\_\_, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface- Comunic Saúde Educ**, v. 10, n. 20, p. 347-62, 2006.

VASAN, R.S., BEISER, A., SESHADRI, S.; LARSON, M.G., KANNEL, W.B., D'AGOSTINHO, R.B. et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men. **The Framingham Heart Study**. *JAMA*, v. 287, n. 78, p. 1003-10, 2002.

VELHO, G. Observando o Familiar. In: NUNES, E.O. **A Aventura Sociológica**, Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 136 p.

VIEIRA, V.A. **Narrativas sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus e os sentidos nelas produzidos por pessoas atendidas em grupos de aconselhamento**. 2004. 141 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

WHO (World Health Organization). **Arterial Hypertension**. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 628. Geneva; 1978.

YOUNG, A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. **American Anthropologist**. New York, v. 78, n. 01, p. 5 -24, 1976.





## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Profissionais de Saúde que compõe a Estratégia de Saúde da Família e o  
Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Eu sou Lucimara Tábata Martins, mestranda do Programa de Pós Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, e você está sendo convidado (a) a participar deste estudo intitulado “*Convivendo com a hipertensão: A experiência com o processo de adoecimento e o tratamento dietético da hipertensão arterial sistêmica entre usuários do Sistema Único de Saúde de Florianópolis - SC*”, que tem como objetivo conhecer como é a experiência dos usuários do SUS com a hipertensão arterial, principalmente no que diz respeito ao tratamento dietético.

Para a realização deste estudo serão feitas visitas ao Centro de Saúde do bairro. Em nossas visitas, gostaríamos de entrevistar você, profissional de saúde, e saber, a partir do seu ponto de vista, como você vê a experiência com a hipertensão arterial e principalmente as mudanças dietéticas que esta doença implica em portadores de hipertensão arterial que frequentam o Centro de saúde em que você trabalha. Nossas conversas ocorrerão sempre quando você achar conveniente e, caso você permita, nossas conversas serão gravadas.

Gostaria de esclarecer que a pesquisa não envolve riscos, mas se algum questionamento lhe trazer qualquer desconforto você tem total liberdade para se negar a responder.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito deste trabalho, entre em contato comigo: Lucimara Tábata Martins, pessoalmente através do endereço: Rua Dom Pedro II nº 721, Campinas, São José – SC, CEP: 88101-320, ou pelo telefone (48) 9664 – 3631, ou ainda pelo email: lucimaratabata@gmail.com. Você também pode entrar em contato com meu orientador, Professor Maurício Soares Leite, no seguinte endereço: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP: 88040-900 ou pelo email: mauriciosleite@gmail.com.

Se você estiver de acordo em participar, afirmo que todas as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo assim sua privacidade e seu anonimato, durante todas as fases da pesquisa. Você tem plena liberdade para recusar-se a participar desta pesquisa ou retirar

o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização. Também asseguro que não haverá nenhuma despesa para você. Os resultados desta pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos. Todos os preceitos éticos deste estudo seguem a Resolução CNS 466/2012, referente a pesquisas envolvendo seres humanos.

Este Termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará com a pesquisadora e outro com você, participante deste estudo.

Após a leitura desse Termo, gostaria de saber se você aceita participar deste estudo. Caso você aceite, solicito que assine o Consentimento abaixo:

**Identificação do projeto:**

*“Convivendo com a hipertensão: A experiência com o processo de adoecimento e o tratamento dietético da hipertensão arterial sistêmica entre usuários do Sistema Único de Saúde de Florianópolis - SC”*

Pesquisadora mestranda: Lucimara Táбата Martins

Orientador: Prof. Mauricio Soares Leite, Dr.

**Parecer quanto aos aspectos éticos:**

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC: Parecer n.502.603

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>2</sup>**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todas as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo assim minha privacidade e anonimato. Também fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento, e que não haverá nenhuma despesa para mim.

Nome por extenso:

Assinatura:

Local:

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

<sup>2</sup>Adaptado de: (1)South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em pesquisa – CEFID – Udesc, Florianópolis, BR.

**APÊNDICE B** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Portadores de Hipertensão cadastrados no Centro de Saúde de Santo  
Antônio de Lisboa.

Eu sou Lucimara Tábata Martins, mestranda do Programa de Pós Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, e você está sendo convidado (a) a participar deste estudo intitulado “*Convivendo com a hipertensão: A experiência com o processo de adoecimento e o tratamento dietético da hipertensão arterial sistêmica entre usuários do Sistema Único de Saúde de Florianópolis - SC*”, que tem como objetivo saber como é a experiência dos usuários do SUS com a hipertensão arterial, principalmente no que diz respeito ao tratamento dietético.

Para a realização deste estudo serão feitas visitas ao Centro de Saúde do bairro, e conversaremos com você em sua residência ou onde você achar melhor. Em nossas visitas, conversaremos sobre como é a sua vida com a hipertensão arterial, e principalmente como você lida com sua alimentação após a descoberta desta doença, e as mudanças que ocorreram com você após o diagnóstico. Essas conversas ocorrerão sempre quando você achar conveniente e, nossas conversas serão gravadas, desde que você permita.

Gostaria de esclarecer que a pesquisa não envolve riscos, mas se algum questionamento lhe trazer qualquer desconforto você tem total liberdade para se negar a responder.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito deste trabalho, entre em contato comigo: Lucimara Tábata Martins, pessoalmente através do endereço: Rua Dom Pedro II nº 721, Campinas, São José – SC, CEP: 88101-320, ou pelo telefone (48) 9664 – 3631, ou ainda pelo email: lucimaratabata@gmail.com. Você também pode entrar em contato com meu orientador, Professor Maurício Soares Leite, no seguinte endereço: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP: 88040-900 ou pelo email: mauriciosleite@gmail.com.

Se você estiver de acordo em participar, afirmo que todas as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo assim sua privacidade e seu anonimato, durante todas as fases da pesquisa. Você tem plena liberdade para recusar-se a participar desta pesquisa ou retirar

o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização. Também asseguro que não haverá nenhuma despesa para você. Os resultados desta pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos. Todos os preceitos éticos deste estudo seguem a Resolução CNS 466/2012, referente a pesquisas envolvendo seres humanos.

Este Termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará com a pesquisadora e outro com você, participante deste estudo.

Após a leitura desse Termo, gostaria de saber se você aceita participar deste estudo. Caso você aceite, solicito que assine o Consentimento abaixo:

**Identificação do projeto:**

*“Convivendo com a hipertensão: A experiência com o processo de adoecimento e o tratamento dietético da hipertensão arterial sistêmica entre usuários do Sistema Único de Saúde de Florianópolis - SC”*

Pesquisadora mestranda: Lucimara Táбата Martins

Orientador: Prof. Mauricio Soares Leite, Dr.

**Parecer quanto aos aspectos éticos:**

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC: Parecer n. 502.603

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>2</sup>**

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto, e que todas as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo assim minha privacidade e anonimato. Também fui informado(a) que posso me retirar do estudo a qualquer momento, e que não haverá nenhuma despesa para mim.

Nome por extenso:

Assinatura:

Local:

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

<sup>2</sup>Adaptado de: (1)South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em pesquisa – CEFID – Udesc, Florianópolis, BR.

**APÊNDICE C** - Roteiro de entrevistas para portadores de hipertensão.

### **Caracterização do Sujeito:**

Nome:                      Estado Civil:  
Ocupação:                Número de filhos:

### **História da família e inserção no bairro**

#### **Experiência com a Hipertensão Arterial Sistêmica:**

- Como descobriu a doença?
- O que a HAS significa para você?
- O que você acha que causou a pressão alta?
- Como convive com a doença depois do diagnóstico?

#### **Tratamento dietético na HAS**

- O que mudou na sua alimentação com a HAS?
- Como você diria que é a sua alimentação hoje, depois de ficar hipertenso/a?
- Entre os profissionais de saúde, quem fala ou falou de alimentação com você? Como foi - ou é? (É duro, é tranquilo, o profissional tem paciência, dá bronca? Explica?)

#### **Tratamento da HAS**

- Itinerário Terapêutico: Como você tratou e/ou trata a HAS? (Com quem, onde, de que modo?) Por quê?

#### **Tratamento da HAS**

#### **Cuidado prestado no Centro de saúde da família**

- O que o posto oferece para você?
- Com que frequência vai ao Centro de saúde da família? Quais os motivos para a procura?
- Como é o acesso aos serviços do Centro de saúde da família? (Marcação de consultas, oferta de medicamentos, inserção nos grupos terapêuticos e de promoção à saúde)
- Como é o acesso físico ao Centro de saúde da família?

- Quando você não pode ir ao Centro de saúde da família ocorrem visitas domiciliares?
- Como é a sua relação com os profissionais de saúde? *tempo de consulta, relação do profissional*
- Você frequenta algum grupo terapêutico e/ou de promoção da saúde.
- Você utiliza medicamentos do Centro de saúde da família? Se sim, como é a oferta desses medicamentos?
- Você sabe de todos os programas que o Centro de saúde da família oferece?



## APÊNDICE D - Roteiro de entrevistas profissionais de saúde

### **Caracterização do Sujeito:**

Nome:

Ocupação:

### **Inserção no Centro de saúde da família**

#### **Experiência com o hipertenso**

- Como é ofertado o tratamento da HAS?

(Marcação de consultas, consultas, tempo de consulta, tempo de espera, prescrição de medicamentos, grupos terapêuticos, aquisição de medicamentos, grupos de promoção de saúde)

- Como é feita as prescrições relacionadas à HAS? (Recomendações-medicação, alimentação e atividade física)

#### **Tratamento dietético na HAS**

- Quais os contextos alimentares e cotidianos que vocês acham que estão envolvidos na HAS?

- Como é ofertado o tratamento dietético na HAS? E as orientações em relação a redução de sal?

- Adesão ao tratamento (medicação, alimentação e atividade física): Como é? Por quê?

#### **Centro de saúde da família**

- O que o posto oferece para o portador de hipertensão?

(Grupo terapêutico, medicamentos, consultas, grupos de promoção de saúde)

- Como é a assiduidade dos pacientes aos serviços do Centro de saúde da família? (Consultas, grupos terapêuticos e de promoção à saúde)

- Porque os pacientes faltam?

- Ocorrem visitas domiciliares?

## APÊNDICE E – Nota de imprensa

A Hipertensão Arterial Sistêmica está entre as doenças crônicas não transmissíveis que vêm ganhando destaque devido às altas prevalências nos últimos anos. A hipertensão é o principal fator de risco de morte no mundo, sendo contribuinte para o aumento de risco de enfarte do miocárdio, acidentes cerebrovasculares e a insuficiência renal. Dados da Organização Mundial da Saúde, indicam que 17 milhões de pessoas morrem afetadas por doenças cardiovasculares a cada ano.

Estudos de cunho epidemiológico mostram que múltiplos fatores podem influenciar a hipertensão, como sedentarismo, estresse, obesidade, consumo excessivo de álcool, tabagismo, além de hábitos alimentares como o consumo excessivo de sódio. Com base nos fatores que podem predispor à doença, mudanças no estilo de vida são orientados tanto para a prevenção como para o tratamento da hipertensão.

A prática frequente de exercícios físicos, o uso quando necessário de medicamentos anti – hipertensivos e a modificações nos hábitos alimentares, são as recomendações orientadas pelos profissionais de saúde á hipertensos, tendo como meta a redução dos níveis pressóricos. Somando as modificações do estilo de vida, o caráter crônico da doença, ou seja, sua impossibilidade de cura, podem gerar alguns infortúnios na vida daqueles que apresentam este diagnóstico.

Com a intenção de conhecer o cotidiano de hipertensos com sua condição, a mestranda Lucimara Tábata Martins, do Programa de Pós Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação do Professor Maurício Soares Leite, realizou uma pesquisa com hipertensos da comunidade de Sambaqui, localizada na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

A mestranda buscou, durante cerca de dois meses, conhecer a experiência de hipertensos da comunidade com a doença, por meio de entrevistas nos domicílios e a participação em atividades locais como grupos de promoção a saúde e atividades da comunidade. Além destes hipertensos, foram entrevistados profissionais de saúde atuantes no Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa, como médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Muitos hipertensos relatavam a hipertensão como uma doença que apresentava sinais físicos e causava infortúnios, diferente do caráter

por vezes assintomático descrito pela biomedicina. Por outro lado, houve aqueles que reconheciam a como uma doença “silenciosa”, e isso fez com que não se rotulassem como pessoas portadoras desta doença, mostrando até um descrédito no diagnóstico inicial do médico.

Em relação ao tratamento da doença, profissionais de saúde observaram que o uso dos fármacos era o meio mais utilizado pelos hipertensos, fato este confirmado nas conversas com os hipertensos. Entretanto, no uso destes recursos era evidente a autonomia desses usuários sobre o tratamento, usando o medicamento no momento e na quantidade que achavam mais conveniente. Sobre o tratamento não farmacológico, a prática de exercícios físicos e a adoção de hábitos alimentares saudáveis era sempre reforçada pelos profissionais de saúde, nas consultas de rotina, através da entrega de materiais educativos e atividades nos grupos de promoção a saúde como o Hiperdia. O conhecimento que os hipertensos tinham sobre esses cuidados foi frequentemente descrito nas entrevistas com os adoecidos, porém, a prática de exercícios físicos era associada às atividades do cotidiano e os cuidados alimentares à restrição do sal de cozinha. Além destes cuidados, alguns hipertensos faziam o uso de chás e repousavam nos momentos que sentiam a pressão elevada.

Lucimara destaca que esses resultados mostram um distanciamento ainda existente em alguns momentos na relação entre profissionais de saúde e hipertensos. Os resultados da pesquisa reforçam a necessidade de uma escuta sensível e qualificada dos usuários, que reconheça a sua autonomia e agência, assim como a legitimidade de seus discursos sobre a doença e a experiência com o adoecimento crônico.



**ANEXOS**



**ANEXO A - Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de  
Florianópolis/Santa Catarina**



**Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em  
Saúde**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "CONVIVENDO COM A HIPERTENSÃO: A EXPERIÊNCIA COM O PROCESSO DE ADOECIMENTO E O TRATAMENTO DIETÉTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC" do pesquisador responsável Prof. Dr Maurício Soares Leite, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 15/08/2013

---

**Maria Francisca dos Santos Daussy**  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em  
Saúde / SMS / PMF

**ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa  
com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina  
(CEPSH/UFSC)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da pesquisa:** CONVIVENDO COM A HIPERTENSÃO: A EXPERIÊNCIA COM O PROCESSP DE ADOECIMENTO E O TRATAMENTO DIETÉTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, SC

**Pesquisador:** Maurício Soares Leite.

**Área temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 21059713.7.0000.0121.

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio.

**DADOS DO PARECER**

**Número do parecer:** 532.603

**Data da relatoria:** 24/02/2014.

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto intitulado "CONVIVENDO COM A HIPERTENSÃO: A EXPERIÊNCIA COM O PROCESSO DE ADOECIMENTO E O TRATAMENTO DIETÉTICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, SC", que tem por responsável o professor Mauricio Soares Leite e será desenvolvido pela acadêmica Lucimara Martins, no âmbito de sua dissertação de mestrado.



**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo da pesquisa consiste em analisar a partir do ponto de vista dos sujeitos, os significados atribuídos à doença e ao tratamento dietético da HAS. Participarão deste estudo usuários do SUS portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica -HAS- cadastrados no Centro de Saúde do bairro Santo Antônio de Lisboa, local do estudo. Além desses usuários, este estudo contará com a participação de profissionais de saúde atuantes neste Centro de saúde e que estão diretamente envolvidos no tratamento da HAS desses portadores de hipertensão.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O benefício da pesquisa está em apresentar, através dos resultados, subsídios para as políticas, programas e ações em saúde voltadas aos portadores de hipertensão arterial sistêmica, considerando-se a dimensão experiencial e processual do adoecimento pela hipertensão. A pesquisa não apresenta riscos físicos, pois será realizada através de entrevistas que contarão com o esclarecimento devido no devido TCLE, garantindo assim, a autonomia dos participantes. A pesquisa será realizada através de uma dissertação de mestrado com o acompanhamento do professor responsável. Os dados coletados irão auxiliar o desenvolvimento de políticas e ações de saúde voltadas para os portadores de HAS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo com relevância acadêmica e social que pode contribuir para o conhecimento generalizável para o tema.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos exigidos pelo sistema CEP-CONEP estão presentes no projeto apresentado

**Recomendações:**

Nenhuma recomendação se faz necessária.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação do estudo proposto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

ANEXO C – Normas para envio de manuscritos Revista Ciência e Saúde Coletiva

**Ciência & Saúde Coletiva** **INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

ISSN 1413-8123 *versão impressa*  
ISSN 1678-4561 *versão online*

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Orientações para organização de números temáticos](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

### **Instruções para colaboradores**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

### **Orientações para organização de números temáticos**

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre

assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez

artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em

pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor

pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

#### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

#### Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

#### Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.



3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et*

al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)  
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria  
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento  
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário  
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease

[carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor  
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.  
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor  
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor  
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro  
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. Resumo em Anais de congressos  
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos  
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.
12. Dissertação e tese  
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.  
Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal  
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade

após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual  
*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais  
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

#### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

#### **Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico  
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico  
*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador  
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

## ANEXO D – Instruções para envio de manuscritos Revista Physis

•

ISSN 0103-7331 *versão impressa*

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

A partir de 2010, o processo de submissão/avaliação dos artigos encaminhados à Revista PHYSIS será feito através do Sistema SciELO/SEER. Até 15/12/2009 receberemos artigos segundo as "Instruções aos Colaboradores" atualmente em vigor. As novas instruções para envio de artigos serão divulgadas em janeiro de 2010.

### Escopo e política

**Physis** é uma publicação trimestral voltada para a produção acadêmica na área de Saúde Coletiva. Sua linha editorial enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras das temáticas da área. A revista é composta basicamente por artigos de livre submissão dos autores, bem como uma seção de resenhas. Ocasionalmente, o Conselho Editorial poderá propor temas específicos, considerados relevantes, com textos de autores convidados, com inserção relevante no debate sobre o tema, que serão igualmente submetidos ao processo de

revisão por pares.

Os autores devem indicar, em nota de fim, se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma.

No caso de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, os autores devem explicitar, em um parágrafo na seção do artigo que trata da metodologia, que a pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS). Deve-se atentar, sobretudo, ao disposto na Resolução CONEP nº 196/96.

### **Forma e preparação de manuscritos**

**A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:**

**Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências):** textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

**Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências):** textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado tanto solicitam a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberam, ao receber os artigos, com base em pareceres (*double-blind peer review*), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Apenas artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em

que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*).

**Resenhas e Críticas Bibliográficas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências):** podem ser provenientes de demanda livre ou de convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço.

**Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras):** publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

**Seção de Cartas (até 1.500 palavras):** publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

#### **Formato para encaminhamento de textos:**

1. As submissões devem ser realizadas online no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>
2. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria;** os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.
3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde. Os autores devem indicar se **a pesquisa é financiada**, se **é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma.
4. Os artigos devem ser escritos preferencialmente em português, mas podem ser aceitos textos em inglês, espanhol e francês. A Editoria reserva-se o direito de

efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão**(primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências**. Contendo, cada um **até 200 palavras**, eles devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Devem ser incluídas **de 3 a 5 palavras-chave em português e inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido, assim como o título curto. A revista poderá rever ou refazer as traduções.
6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word*. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw*. **Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados** e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "*image*", "*figure*" ou "*table*", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.
7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente**



**explicativas, escritas da forma mais sucinta possível, e não devem ser compostas como referências.** Não há restrições quanto ao número de notas.

8. **As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT.** No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, conforme exemplos a seguir. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências,** assim como por sua correta citação no texto.
9. **Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Attribution 3.0*.** A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial, em outros periódicos, **deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria** deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer **outros comentários ou observações encaminhados aos editores** deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".
10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **haverá bastante rigor na avaliação da contribuição efetiva de cada autor.** A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, especialmente em textos com quatro autores ou mais. **As responsabilidades individuais de todos**

**os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas** na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo), conforme deliberado pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, que reconhece a autoria com base em contribuição substancial relacionada à: **1)** concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; **2)** redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; **3)** aprovação final da versão a ser publicada. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e **encaminhada como documento suplementar** no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. **Será enviado a cada autor um exemplar da edição em que for publicado seu trabalho, desde que solicitado por e-mail à secretaria da revista.**
12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*".
13. **Os autores são responsáveis por todos os conceitos e as informações apresentadas nos artigos e resenhas.**
14. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

**Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais**

**(Enviar no sexto passo do processo de submissão, indicada como "supplemental file not for review")**

Certifico(amos) que participei(amos) da 1) concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2) redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3) aprovação final da versão a ser publicada do artigo/da resenha \_\_\_\_\_.

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista e, em caso de reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, farei(emos) constar o competente agradecimento à revista *Physis* e respectivos créditos.

Autores:

---



---



---

**PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**  
 Instituto de Medicina Social - UERJ  
 Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D - Maracanã  
 20.550-013 - Rio de Janeiro - RJ  
 Tel.: (21) 2334-0504 ramal 108 - Fax: (21) 2334-2152  
 Endereço eletrônico: [publicacoes@ims.uerj.br](mailto:publicacoes@ims.uerj.br)  
 Web: <http://www.ims.uerj.br>

### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

### **Padrões para referências**

**Livros**

**e**

**folhetos**

BIRMAN, J. *Pensamento freudiano*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994. 204p.  
 ANÁLISE do desempenho hospitalar: III trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC, 1987. 295 p.

**Capítulos de livros**

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 131-152.

**Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.**

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. *Anais...* São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

MENDONÇA, G. A. Câncer no Brasil: um risco crescente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 63-77.

**Dissertações e teses**

CALDAS, C. P. *Memória de velhos trabalhadores*. 1993. 245 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

CAMARGO JUNIOR, K. R. de. *A construção da Aids*. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993. 229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

**Periódicos**

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-112, 1999.

PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1992- . Semestral. ISSN 0103-7331.

SILVA, A. A. M. da; GOMES, U. A.; TONIAL, S. R. *et al.* Cobertura Vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

**Jornais**

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam

sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

### **Referência**

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1. SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da administração direta e das autarquias do Estado e dá providências correlatas. *Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

### **Documentos**

REVENGE, S. J. *The internet dictionary*. Avon : Future, 1996. 98p.  
Referência obtida via base de dados Biblio: CELEPAR, 1996. Disponível em: <<http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>. Acesso em: 12 jul. 1998.  
ALEIJADINHO. In: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.  
MOURA, G. A. C. de. *Citações e referências a documentos eletrônicos*. Disponível em: <<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 dez. 1996.  
COSTA, M. *Publicação eletrônica* [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <[cbc@uerj.br](mailto:cbc@uerj.br)> em 10 ago. 2001.

### **legislativa**

### **eletrônicos**

**Rua São Francisco Xavier, 524 / 7 andar / sala 7.003-D  
20550-900 - Rio de Janeiro-RJ - Brasil  
Tel.: +55 21 2587-7303 ramal 248**