

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ana Cristina Zordan Rani

**Efeitos de uma Intervenção Cognitivo Comportamental em Grupo para
Pacientes Hipertensos Atendidos em Serviços de Atenção Primária de
Ribeirão Preto/SP**

Ribeirão Preto

2011

ANA CRISTINA ZORDAN RANI

**Efeitos de uma Intervenção Cognitivo Comportamental em Grupo para
Pacientes Hipertensos Atendidos em Serviços de Atenção Primária de
Ribeirão Preto/SP**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Ribeirão Preto

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Rani, Ana Cristina Zordan

Efeitos de uma Intervenção Cognitivo Comportamental em Grupo para Pacientes Hipertensos Atendidos em Serviços de Atenção Primária de Ribeirão Preto/SP, 2011.

181p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Gorayeb, Ricardo.

1. Doenças Cardiovasculares.
2. Hipertensão Arterial.
3. Adesão ao Tratamento.
4. Intervenção Psicológica

Nome: Ana Cristina Zordan Rani

Título: Efeitos de uma Intervenção Cognitivo Comportamental em Grupo para Pacientes Hipertensos Atendidos em Serviços de Atenção Primária de Ribeirão Preto/SP

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a duas pessoas muito especiais em
minha vida: meu pai e minha mãe. Exemplos de força,
dedicação e perseverança, bases de minha educação.

AGRADECIMENTOS

Este é um espaço para expressar minha gratidão, faço isso com muita emoção e alegria.

Agradeço a Deus por me amparar nos momentos de dificuldade e me ter concedido sabedoria, saúde e disposição para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, por suas ideias, sugestões e críticas para o bom andamento deste trabalho e por contribuir para meu crescimento profissional.

Às professoras, Maria Rita e Nereida que, juntamente com meu orientador, compuseram minha banca de qualificação. Agradeço as sugestões enriquecedoras ao trabalho e a disponibilidade.

Aos pacientes que fizeram parte deste estudo, pela confiança em mim depositada e por tornarem possível a realização deste trabalho.

Aos meus pais, Lúcia e Fernando, pela atenção, carinho e amor incondicional.

Aos meus irmãos, Eduardo e Rogério, pelo amor e compreensão, por estarem sempre presentes, mesmo quando ausentes. Vocês são muito especiais.

Às minhas quatro pequenas, Aninha, Julinha, Bia e Laurinha, pela ternura de cada beijo e abraço.

Ao Fernando, pelo amor, paciência e incentivo nos momentos mais difíceis para que eu não desistisse deste trabalho.

A todos os amigos, cunhadas, tios, tias e primos que torceram por mim e vibraram com a conclusão desta dissertação.

Às minhas amigas especiais, Juliana, Marcella, Cassiana, Lucimara, Roberta, Giovana, Marta e Nátali pelo apoio, força, incentivo e companheirismo. Sem a amizade de vocês tudo seria muito mais difícil.

Às equipes dos Núcleos de Saúde da Família e do SAMSP pelo auxílio para a realização desta pesquisa.

À Laís, colaboradora de pesquisa e à Ana Paula, psicóloga, pela ajuda em algumas etapas deste trabalho.

Às minhas sempre supervisoras, Cidinha, Jaque, Cassiana e Camila por acreditarem em mim e fazerem parte da minha vida.

À Jaque pela leitura e revisão cuidadosa deste material.

Aos funcionários do Serviço de Psicologia, Marilene, Danilo e Rachel, por todo apoio oferecido para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos do SAMSP Campus/UE por compartilharem angústias e conquistas. Agradeço todo apoio, convivência e compreensão.

Às pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho, meu muito obrigada.

“Não te deixes destruir...
Ajuntando novas pedras
e construindo novos poemas.
Recria tua vida, sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras e faz doces.

Recomeça.
Faz de tua vida mesquinha um poema.
E viverás no coração dos jovens
e na memória das gerações que hão de vir.
Esta fonte é para uso de todos os sedentos.

Toma a tua parte.
Vem a estas páginas
e não entres seu uso
aos que têm sede.”

Cora Coralina

RESUMO

RANI, A.C.Z. **Efeitos de uma Intervenção Cognitivo Comportamental em Grupo para Pacientes Hipertensos Atendidos em Serviços de Atenção Primária de Ribeirão Preto/SP.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

As doenças cardiovasculares (DCVs) lideram o *ranking* de causas de mortes em países desenvolvidos, produzindo custos socioeconômicos elevados. Dentre os fatores de risco para as DCVs, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) surge como uma das principais causas para seu desenvolvimento. Estima-se que, no Brasil, a prevalência da HAS em adultos ultrapasse os 30%, o que a torna um grave problema de saúde pública, sendo seu controle uma das áreas prioritárias de atendimento dos Serviços de Atenção Primária à Saúde. Pelo fato da HAS possuir evolução silenciosa e lenta, os pacientes muitas vezes negligenciam sua condição deixando de seguir o tratamento proposto. Além disso, fatores psicológicos como depressão, ansiedade e estresse podem interferir, tanto no surgimento da HAS como na adesão ao tratamento. A falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, torna-se um problema para os profissionais de saúde. Diversos estudos mostram a importância de intervenções psicológicas para a implantação de mudanças e manutenção de comportamentos que interferem no controle da HAS. O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito de uma intervenção cognitivo comportamental sobre a pressão arterial (PA), as variáveis psicológicas, o índice de massa corporal (IMC), o comportamento alimentar e a atividade física de hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto/SP. Participaram deste estudo 84 pacientes que foram avaliados utilizando-se entrevista semi-estruturada, Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Os pacientes foram submetidos a uma avaliação inicial e uma avaliação final, para que posteriormente os dados das duas avaliações pudessem ser comparados. Entre uma avaliação e outra os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo de Terapia Cognitivo Comportamental (GTCC) e Grupo de Orientação (GO). Vinte e dois pacientes frequentaram os grupos propostos, sendo 11 do GTCC e 11 do GO, enquanto 62 não participaram de quaisquer grupos. Os resultados mostraram que não houve diferença estatística significativa entre o GTCC e o GO, o que pode estar relacionado ao baixo número de participantes. Quanto às características sócio demográficas (n=84) observou-se que a maioria era do sexo feminino (76,2%), com idade superior a 50 anos, com companheiro (60,7%), com nível de escolaridade até o ensino fundamental completo (53,6%), sem emprego ou aposentados (60,7%) e com renda familiar superior a três salários mínimos (62,0%). Observou-se ainda que a maioria apresentava IMC acima da taxa de normalidade (75,0%) e não praticava atividade física (64,3%). Tinham sua PA controlada 54,8% dos sujeitos e 94% faziam uso de medicação. Quanto aos fatores psicológicos, 53,6% apresentavam sintomas de estresse, 20,2% obtiveram pontuação do BDI que indicava sintomas de transtorno depressivo e 23,8% apresentavam sintomas ansiosos. Considerando-se a baixa frequência de participação nos grupos buscou-se também avaliar a não adesão ao tratamento proposto. Comparando-se os participantes que aderiram aos

grupos (n=22) com aqueles que não aderiram (n=62) observou-se diferença estatística significativa quanto ao sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, *diabetes mellitus*, conhecimento da PA, conhecimento da PA tida como normal e presença de estresse. No Grupo Adesão houve predomínio de participantes do sexo feminino (95,5%), sendo que a maioria não possuía companheiro (59,1%), tinha nível de escolaridade elevado (72,7%) e possuía renda familiar superior a três salários mínimos (77,3%). No que se refere ao conhecimento e manejo da HAS, no Grupo Adesão, 100% dos participantes conheciam a sua PA após os encontros grupais. Quanto à presença de estresse, houve diminuição de 59,1% para 31,8% entre aqueles indivíduos que aderiram ao tratamento proposto. Os dados indicaram que as mulheres procuram mais os serviços de saúde e que o nível de escolaridade e a renda familiar elevados podem favorecer a adesão ao tratamento. A análise qualitativa dos motivos para a não adesão mostrou que a “falta de tempo” foi o principal motivo que dificultou a presenças dos pacientes nos grupos. De maneira geral, os participantes do estudo acreditaram que o “desinteresse com a própria saúde” foi o principal fator que interferiu na adesão aos grupos. As principais sugestões dos pacientes para melhorar a adesão estão relacionadas a mudanças na estrutura dos grupos. Os dados deste estudo podem ter sido comprometidos pelo baixo número de participantes nos grupos; o GTCC não favoreceu mais mudanças comportamentais do que o GO, o que indica que uma intervenção tão elaborada pode não ter uma boa relação custo benefício. Variáveis que não foram controladas podem ter favorecido as mudanças observadas no GO. Como alternativa para aumentar a adesão aos grupos pode-se propor telefonemas semanais aos pacientes, folhetos informativos, atenção da equipe multidisciplinar, auxílio da instituição de saúde na divulgação dos encontros e mudança do nome do grupo. Contudo, para a adequação desta intervenção cognitivo comportamental, novos estudos precisam ser realizados com amostras compostas por um maior número de sujeitos.

Palavras Chave: Doenças Cardiovasculares, Hipertensão Arterial, Adesão ao Tratamento, Intervenção Psicológica

ABSTRACT

RANI, A.C.Z. **Effects of a Cognitive Behavioral Intervention for Hypertensive Outpatients of Primary Care Services in Ribeirão Preto/SP.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Cardiovascular diseases (CVDs) lead the ranking of causes of death in developed countries, producing high socioeconomic costs. Among the risk factors for cardiovascular diseases, hypertension has emerged as a major reason for their development. It is estimated that in Brazil, the prevalence of hypertension in adults exceeds 30% which makes it a serious public health problem, being its control a priority area in Primary Health Care. Because hypertension has silent and slow evolution, patients often neglect their treatment. In addition, psychological factors like depression, anxiety and stress can interfere with the onset of hypertension and treatment adherence. The nonadherence to drug therapy or other kinds of therapies becomes a problem for health professionals. Several studies shown the importance of psychological interventions for the implementation of changes and maintenance of behaviors that interfere with control of hypertension. The objectives of this study were to evaluate the effect of a cognitive behavioral intervention on blood pressure (BP), psychological variables, body mass index, physical activity and feeding behavior of hypertensive patients in primary care services of the city Ribeirão Preto/SP. The study included 84 patients, which were assessed using a semi-structured interview, Lipp's Inventory of Stress Symptoms in Adults (ISSL), Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). They were submitted to an initial assessment and a final evaluation so that data from the two moments could be compared. Between assessments the outpatients were divided into two groups: Cognitive Behavioral Therapy Group (CBTG) and Orientation Group (OG), 22 of them adhered to treatment, 11 of the CBTG and 11 of the OG, while 62 did not adhere. The results showed no statistically significant difference between the CBTG and OG which may be related to the low number of participants. With regard to sociodemographic data (n = 84) it was observed that the majority were female (76.2%), older than 50 years, with a partner (60.7%), with an elementary level of education (53.6%), unemployed or retired (60.7%) and family income above three minimum wages (62.0%). It was also observed that the majority had body mass index above the normal rate (75.0%) and physical inactivity (64.3%). They had their blood pressure controlled and 54.8% and 94.0% of the subjects were using medication. As for psychological factors, 53.6% had symptoms of stress, 20.2% had BDI scores indicating symptoms of depressive disorder and 23.8% had anxiety symptoms. Considering the low adherence in groups it was also assessed the non-adherence to the proposed treatment. Comparing the participants who joined the groups (n = 22) with those who did not adhere (n = 62) it were observed significant differences regarding sexgender, marital status, education, family income, diabetes mellitus, knowledge of blood pressure, knowledge of blood pressure regarded as normal and the presence of stress. In the group where adherence treatment was observed, it was verified a predominance of female participants (95.5%), and that most had no partner (59.1%), had higher education (72.7%) and had a family income above three minimum wages (77.3%). With regard to knowledge and management of

hypertension in the group that adhered to treatment, 100% of the participants knew their blood pressure after the group meetings. Regarding the presence of stress, it decreased from 59.1% to 31.8% among those individuals who have joined the proposed treatment. The data indicated that more women seek health services and the education level and family income levels may promote adherence to treatment. Qualitative analysis of the reasons for nonadherence showed that "lack of time" was the main reason that hindered the participation of patients in groups. Overall, the study participants believed that the "indifference regarding their own health" was the main factor that interfered with adherence to the groups. The main suggestions to improve patients' adherence are related to changes in the structure of the groups. Data from this study may have been compromised by the low number of participants in the groups. The CBTG did not favor more behavioral changes than the OG, which indicates that such elaborated intervention may not have a cost-effective relation. Variables that were not controlled may have favored the changes observed in OG. As an alternative to increasing adherence to groups it can be proposed weekly-telephone calls to patients, newsletters, multidisciplinary care team, assisting of the health institution in order to promote the meetings and group name change. However, for the adequacy of cognitive behavioral intervention, further studies are needed with samples composed of a greater number of subjects.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Hypertension, Treatment Adherence, Psychological Interventions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fatores que interferem na adesão ao tratamento.....	43
---	----

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1- Processo de recrutamento dos participantes.....	52
Fluxograma 2- Distribuição dos pacientes entre os Grupos de Terapia Cognitivo Comportamental (GTCC) e Grupo de Orientação (GO).....	62
Fluxograma 3- Constituição dos Grupos Adesão e Não Adesão.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1- Curva da perda do número de pacientes durante os encontros dos Grupos de Terapia Cognitivo Comportamental e Orientação 70
- Gráfico 2- Frequência de sintomas depressivos apresentados por pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto na avaliação convencional do BDI (n=84)..... 84
- Gráfico 3- Frequência de sintomas depressivos apresentados por pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto na avaliação do BDI 13 (n=84)..... 85
- Gráfico 4- Variações da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), por encontros, dos pacientes dos grupos GTCC e GO..... 93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Classificação da pressão arterial em adultos	33
Tabela 2-	Procedimentos recomendados no preparo do paciente para a medida da PA.....	56
Tabela 3-	Descrição das sessões de intervenção psicológica com pacientes hipertensos	60
Tabela 4-	Dados sócio demográficos de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto (n=84).....	71
Tabela 5-	Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto às atividades de lazer e suporte social (n=84).....	73
Tabela 6-	Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto às suas características clínicas (n=84)	75
Tabela 7-	Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto aos seus hábitos de vida (n=84).....	77
Tabela 8-	Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto em relação ao conhecimento e manejo da HAS (n=84).....	78
Tabela 9-	Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto em relação ao conhecimento e manejo dos fatores de risco (n=84).....	80
Tabela 10-	Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto à presença de sintomas de estresse, fase do estresse e predominância da sintomatologia, avaliados pelo ISSL (n=84).....	82
Tabela 11-	Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto à gravidade de sintomas depressivos e presença de sintomatologia depressiva nos aspectos cognitivos/afetivos avaliados pelo BDI (n=84)	83

Tabela 12-	Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto à gravidade de sintomas ansiosos avaliados pelo BAI (n= 84).....	85
Tabela 13-	Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) em relação aos dados sócio demográficos dos participantes na avaliação inicial e na reavaliação.....	87
Tabela 14-	Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) em relação aos aspectos clínicos durante a avaliação inicial e a reavaliação.....	89
Tabela 15-	Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) em relação ao conhecimento da pressão arterial, o conhecimento da pressão arterial ideal, a classificação da pressão arterial e o uso de medicamento na avaliação inicial e na reavaliação	91
Tabela 16-	Média aritmética da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) por encontros dos pacientes dos grupos GTCC e GO	92
Tabela 17-	Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) e em relação aos hábitos de vida durante a avaliação e a reavaliação	94
Tabela 18-	Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) quanto à presença de sintomas de estresse, segundo os critérios do ISSL, na avaliação inicial e na reavaliação.....	96
Tabela 19-	Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) quanto à gravidade de sintomas depressivos e presença de sintomatologia depressiva nos aspectos cognitivos/afetivos pelo BDI durante a avaliação inicial e reavaliação.....	97
Tabela 20-	Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) quanto à gravidade de sintomas de ansiedade pelo BAI durante a avaliação inicial e reavaliação.....	98
Tabela 21-	Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação aos dados sócio demográficos de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto.....	100
Tabela 22-	Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação aos aspectos clínicos de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto	102

Tabela 23-	Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação ao conhecimento e manejo da HAS de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto	104
Tabela 24-	Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação ao conhecimento e manejo dos fatores de risco de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto	106
Tabela 25-	Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação aos hábitos de vida durante a avaliação e a reavaliação de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto.....	108
Tabela 26-	Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) quanto a presença de sintomas de estresse, segundo os critérios do ISSL, na avaliação inicial e na reavaliação de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto	111
Tabela 27-	Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) quanto à gravidade de sintomas depressivos e presença de sintomatologia depressiva nos aspectos cognitivos/afetivos pelo BDI, durante a avaliação inicial e reavaliação de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto	112
Tabela 28-	Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) quanto à gravidade de sintomas de ansiedade, pelo BAI, durante a avaliação inicial e reavaliação de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto.....	113
Tabela 29-	Frequência das categorias e subcategorias temáticas das verbalizações de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto que não aderiam ao tratamento (n=18) relacionadas aos motivos para o não comparecimento	115
Tabela 30-	Frequência das categorias e subcategorias temáticas das verbalizações de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da Cidade de Ribeirão Preto que aderiram (n=14) ou não aderiram (n=18) ao tratamento sobre os motivos que levam as pessoas a não participarem de intervenções grupais para o controle da HAS	119

Tabela 31- Frequência das categorias e subcategorias temáticas das verbalizações de pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da Cidade de Ribeirão Preto que aderiram (n=14) ou não aderiram (n=18) ao tratamento quanto as sugestões para a maior adesão à intervenções grupais para o controle da HAS..... 124

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	31
1.1 Hipertensão Arterial.....	32
1.2 A Atenção Primária	35
1.3 Hipertensão e a Atenção Primária.....	36
1.4 Aspectos Psicológicos da Hipertensão	38
1.5 Hipertensão e Adesão ao Tratamento.....	42
1.6 As Intervenções Psicológicas.....	46
2 OBJETIVOS	49
2.1 Objetivo Geral	49
2.2 Objetivos Específicos	49
3 MÉTODO	51
3.1 Delineamento do Estudo	51
3.2 Local da Coleta dos Dados	51
3.3 Participantes.....	51
3.3.1 Critérios de Inclusão.....	53
3.3.2 Critérios de Exclusão.....	53
3.4 Instrumentos.....	53
3.4.1 Roteiro de Entrevista Semi Estruturada	53
3.4.2 Roteiro de Entrevista de Reavaliação	54
3.4.3 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).....	54
3.4.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI)	55
3.4.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	55
3.4.6 Registro da Pressão Arterial e Peso	56
3.4.7 Registro Alimentar.....	57
3.4.8 Registro de Atividade Física.....	57
3.5 Procedimento de Coleta de Dados.....	57
3.6 Procedimento de Análise dos Dados	64
3.6.1 Análise Quantitativa dos Dados	64
3.6.2 Análise dos Instrumentos	65
3.6.3 Análise Qualitativa dos Dados.....	65
3.7 Aspectos Éticos.....	66

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	69
4.1 Caracterização da Amostra	71
4.1.1 Aspectos Sociodemograficos.....	71
4.1.2 Lazer e Rede de Suporte Social	72
4.1.3 Aspectos Clínicos	74
4.1.4 Hábitos de Vida	76
4.1.5 Conhecimento e Manejo da HAS.....	78
4.1.6 Conhecimento e Manejo dos Fatores de Risco	79
4.1.7 Instrumentos	82
4.1.7.1 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)	82
4.1.7.2 Inventário Beck de Depressão (BDI).....	83
4.1.7.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	85
4.2 Comparação Quantitativa entre GTCC e GO	86
4.2.1 Aspectos Sociodemograficos dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO	86
4.2.2 Aspectos Clínicos dos Pacientes Dos Grupos GTCC e GO	88
4.2.3 Conhecimento e Manejo da HAS dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO	90
4.2.4 Hábitos de Vida dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO	94
4.2.5 Instrumentos	95
4.2.5.1 Inventário de Stress para adultos de Lipp (ISSL) dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO	95
4.2.5.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI) dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO	97
4.2.5.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO	98
4.3 Comparação Quantitativa entre Adesão X Não Adesão.....	99
4.3.1 Aspectos Sociodemograficos dos Grupos Adesão x Não Adesão.....	99
4.3.2 Aspectos Clínicos dos Grupos Adesão x Não Adesão	102
4.3.3 Conhecimento e Manejo da HAS dos Grupos Adesão x Não Adesão.....	104
4.3.4 Conhecimento e Manejo dos Fatores de Risco dos Grupos Adesão x Não Adesão	105
4.3.5 Hábitos de Vida dos Grupos Adesão x Não Adesão.....	108
4.3.6 Instrumentos	110
4.3.6.1 Inventário de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) dos Grupos Adesão x Não Adesão	110
4.3.6.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI) dos Grupos Adesão x Não Adesão.....	112
4.3.6.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) dos Grupos Adesão x Não Adesão.....	113

4.4 Análise Qualitativa das Verbalizações Sobre Adesão	114
4.4.1 Descrição das Categorias Encontradas nas Entrevistas de Reavaliação	114
4.4.1.1 Categorias e Subcategorias das Respostas dos Participantes do Grupo Não Adesão (n=18) Relacionadas aos Motivos Para o Não Comparecimento nos Grupos	114
4.4.1.2 Categorias e Subcategorias das Respostas Quanto à Opinião dos Participantes dos Grupos (n=32) Sobre os Motivos que Levam as Pessoas a Não Participarem de Intervenções Grupais Para o Controle da HAS	118
4.4.1.3 Categorias e Subcategorias das Respostas Quanto às Sugestões Dadas Pelos Entrevistados dos Grupos (n=32) Para a Maior Adesão às Intervenções Grupais Para o Controle da HAS	123
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
APÊNDICES	145
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	145
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi estruturado utilizado na avaliação.....	147
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semi estruturado utilizado na reavaliação....	152
APÊNDICE D – Registro da PA e do peso.....	155
APÊNDICE E – Registro do comportamento alimentar	156
APÊNDICE F – Registro da atividade física	157
APÊNDICE G – Descrição da Intervenção Psicológica.....	158
APÊNDICE H – Definição das categorias da questão 49 do Roteiro de Entrevista de Reavaliação relacionada aos motivos dos sujeitos que não aderiram ao tratamento para a não participação nos encontros	168
APÊNDICE I – Definição das categorias da questão 50 do Roteiro de Entrevista de Reavaliação referentes às opiniões dos participantes da pesquisa sobre a baixa participação aos grupos propostos	170
APÊNDICE J – Definição das categorias da questão 51 do Roteiro de Entrevista de Reavaliação referentes às sugestões dos participantes da pesquisa para a maior participação dos pacientes nos grupos propostos.....	175
ANEXO	179
ANEXO A – Cópia da primeira página do caderno de respostas do Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL)c.....	179
ANEXO B – Cópia da capa do manual da versão em português das Escalas Beck para o Inventário de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI).....	180
ANEXO C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP.....	181

1 INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho circulatório são frequentemente chamadas de “doenças da modernidade” ou da “vida moderna”. Tais afirmações são, em parte, verdadeiras, uma vez que estas doenças dominaram o perfil de morbidade desde o final da Segunda Guerra Mundial. Contudo, as doenças do aparelho circulatório são mais antigas do que aparentam (BENSEÑOR; LOTUFO, 2002).

Ao longo dos últimos dois séculos, a revolução tecnológica e industrial proporcionou mudanças no perfil de morbimortalidade da população mundial, uma vez que houve maior exposição aos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Observa-se um predomínio de mortes e afecções causadas por estas doenças e estima-se que, em um futuro próximo, elas respondam mundialmente por 80% do total da carga de doenças. (CARNELOSSO, 2010).

As doenças cardiovasculares (DCVs) entram nesta categoria, produzindo altas frequências de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados, além de liderarem o *ranking* de causas de mortes em países desenvolvidos, sendo responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes a cada ano em todo o mundo. (WHO, 2003b; BRASIL, 2006b; SERAFIM, 2010; SBC, 2010).

No Brasil, as doenças circulatórias tem impacto expressivo na mortalidade da população, correspondendo a um terço de todas as mortes. As doenças do aparelho circulatório compreendem um espectro amplo de síndromes clínicas. Contudo, aquelas relacionadas à arterosclerose, manifestas por doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e de vasos periféricos são predominantes, representando expressivo impacto na qualidade de vida e produtividade da população adulta (30 a 69 anos) (BRASIL, 2006b; GODOY et al., 2007).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), as dislipidemias, o tabagismo e a ingestão de gorduras saturadas estão entre os fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento das DCVs (CHOR; FONSECA; ANDRADE, 1995; PASCOAL, 2000). O aumento das doenças do aparelho circulatório deve-se, principalmente, a alterações comportamentais relacionadas a estes fatores de risco, tais como hábito

alimentar inadequado e pobre em nutrientes, inatividade física e aumento do consumo de tabaco (WHO, 2003b).

1.1 Hipertensão Arterial

Os primeiros estudos brasileiros sobre prevalência da HAS surgiram no final da década de 1970. Até meados do século passado, sua importância epidemiológica era restrita e o tratamento reservado aos casos com grave comprometimento de órgãos-alvo tais como: cérebro, coração, rins, retina e vasos periféricos (NEDER; BORGES, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente a HAS é responsável por aproximadamente sete milhões de mortes no mundo, o que corresponde a cerca de 13% do total de mortes (WHO, 2003b; SIERRA, 2010; OLIVEIRA-MARTINS et al., 2011). Isto torna a HAS a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares (LESSA, 2010).

Nas Américas, o número estimado de pessoas com hipertensão arterial é de 140 milhões, sendo que 50 milhões estão localizados nos Estados Unidos (LEVENSTEIN; SMITH; KAPLAN, 2001; HE, 2002; WHO, 2003b; PAHO, 2007). Estima-se que, no Brasil, a prevalência da HAS em adultos ultrapasse os 30% (SBC, 2010), o que a torna um grave problema de saúde pública com expressivo impacto na qualidade de vida e produtividade da população brasileira (BRASIL, 2002).

De acordo com Lessa (1998), até o final da década de 50 não havia critérios padronizados nacional ou internacionalmente para o diagnóstico da hipertensão, quer para a prática clínica cotidiana, quer para as investigações epidemiológicas. Frente à magnitude da morbidade e da mortalidade por DCVs, tornou-se necessária a operacionalização de critérios que pudessem definir o diagnóstico da hipertensão arterial.

Atualmente o Ministério da Saúde (MS) conceitua a HAS como “pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e uma pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006a, p. 14).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH VI), publicada pelo Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia em 2010, oferece ainda a classificação mais recente da pressão arterial (PA) em adultos de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial em adultos

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	<80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-99
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: DBH VI (SBC, 2010)

Em 95% dos casos de hipertensão não se encontra uma etiologia específica, apresentando-se como um evento multifatorial que pode ocorrer em função de determinantes genéticos, ambientais e psicossociais, sendo nestes casos denominada como hipertensão arterial primária ou essencial. O restante dos casos é do tipo hipertensão secundária e pode ser completamente reversível quando diagnosticada precocemente e quando ainda não tenha comprometido órgãos-alvo (LESSA, 1998; BRASIL, 2006a).

De acordo com as DBH VI (SBC, 2010) a PA aumenta linearmente com o avanço da idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% em indivíduos acima de 65 anos. Além disso, tem como possíveis fatores associados: hábitos dietéticos inadequados, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional reduzido. O fator sexo não demonstra ser um indicador associado à

HAS, contudo as taxas de hipertensão parecem ser mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da menopausa.

No que diz respeito aos fatores de risco que podem contribuir para o surgimento da HAS, a herança genética é o único considerado não modificável. Os demais, como consumo excessivo de sal, sedentarismo, aumento indevido de peso, estresse emocional, ingestão de bebida alcoólica em excesso e consumo de tabaco, são passíveis de modificação (CARVALHO, 1988; MANO; PIERIN, 2005; MORAES; TAMAKI, 2007).

Por ser assintomática na maior parte de seu curso, o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial são frequentemente negligenciados. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), observa-se baixa adesão ao tratamento por parte do paciente e, conseqüentemente, um baixo controle da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo (HOEPFNER; FRANCO, 2010). O agravamento da hipertensão repercute lenta e progressivamente sobre os tecidos dos chamados órgãos-alvo, podendo levar ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (LESSA, 1998).

O tratamento da HAS pode incluir estratégias não medicamentosas e/ou o tratamento farmacológico. O tratamento não medicamentoso inclui modificação no estilo de vida e pode ser efetivo para reduzir a pressão sanguínea a níveis menores que 140mmHg/90mmHg em aproximadamente 25% dos pacientes com casos menos graves de HAS (WHO, 1993; JNC, 2003; PAHO, 2007). Dentre as estratégias de tratamento não farmacológicas pode-se incluir o controle do peso, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono do tabagismo e a prática de atividade física regular (BRASIL, 2006b). Quando as mudanças no estilo de vida não são suficientes para controlar a pressão sanguínea, torna-se necessário adicionar o tratamento farmacológico para que tal controle seja alcançado e a mortalidade seja reduzida.

De acordo com Fuchs (2006), para a prevenção primária da hipertensão duas estratégias tem sido propostas: a populacional e a dirigida a grupos de risco. A estratégia populacional propõe a redução da exposição ambiental aos fatores de risco, principalmente ao cloreto de sódio. Restrição à adição de sal e discriminação da quantidade de cloreto de sódio na preparação de alimentos industrializados e estratégias educacionais seriam veículos dessa abordagem. A redução em apenas 2

mmHg, em média, na PA de toda a população proporcionaria diminuição considerável na incidência de eventos cardiovasculares.

A segunda estratégia propõe intervenção preventiva em grupos específicos com valores de PA limítrofes e é indicada em um contexto de promoção de saúde. Neste sentido, o autor acima referido afirma que diversos estudos vêm sendo realizados demonstrando o impacto de intervenções sobre a hipertensão arterial e apontam para a necessidade de programas preventivos. Tais programas deveriam incorporar mudanças comportamentais, tais como adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, e realização de atividades físicas regulares (FUCHS, 2006).

Por ser uma doença de elevada prevalência entre adultos e uma condição bastante sensível à atenção ambulatorial, a HAS torna-se uma prioridade de assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) (HOEPFNER; FRANCO, 2010), uma vez que cerca de 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2002).

1.2 A Atenção Primária

O debate acerca da atenção primária começa a se intensificar no cenário mundial a partir da década de 70, quando surgem questionamentos a respeito da organização da saúde, do modelo médico especializado e intervencionista, com fragmentação do cuidado e pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população (CASTRO; MACHADO, 2010).

Observa-se uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, contudo muitos autores (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009) consideram os termos atenção primária a saúde, atenção primária e atenção básica como indistinguíveis entre si, uma vez que se trata de oferta de serviços de saúde integrados e acessíveis, através de clínicos responsáveis por abordar a ampla variedade de necessidades de cuidados pessoais em saúde, desenvolvendo uma parceria com o paciente tanto no contexto da família como na comunidade. No Brasil a expressão Atenção Básica foi oficializada pelo Governo Federal, embora alguns documentos oficiais apresentem uma crescente utilização do termo “Atenção Primária à Saúde”.

A organização da Atenção Básica, com base na Lei 8.080 (BRASIL, 1990), tem como fundamento os princípios e diretrizes do SUS, tais como: *saúde como um direito fundamental do ser humano*, devendo o Estado oferecer condições para seu pleno exercício; *integralidade da assistência*, entendida como um espectro de intervenções que articulem prevenção, atendimento curativo e reabilitação; *universalidade*, garantia para os cidadãos de acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis de saúde; *equidade*, ou seja, igualdade da assistência aos serviços com ações que priorizem situações de risco; *resolutividade*, oferecimento de assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população; *intersetorialidade*, que se refere ao desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e os outros órgãos públicos; *humanização do atendimento* e, finalmente, a *estimulação da participação da comunidade* para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (BRASIL, 1999; PUSTAI, 2006).

A Atenção Básica no Brasil é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que visam à promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Tais ações são desenvolvidas sob a forma de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados, e ainda, procuram resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância. Neste nível de atenção, anteriormente, existiam principalmente os Centros de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde, sendo complementados na atualidade pelas Unidades de Saúde da Família (PUSTAI, 2006). Dentre as áreas de atuação das equipes pertencentes à atenção primária, o controle da hipertensão arterial é uma das áreas estratégicas em todo o território nacional (BRASIL, 2006c).

1.3 Hipertensão e a Atenção Primária

Tendo em vista a prevalência da HAS, a baixa adesão ao tratamento e o baixo controle dos níveis pressóricos dos pacientes, no ano de 2000/2001 o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil com o objetivo de estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no SUS (BRASIL, 2001).

Os objetivos maiores deste Plano centram-se no investimento em atualização dos profissionais da rede básica, na confirmação do diagnóstico ao paciente, na vinculação deste último com a unidade de saúde e na ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade.

A estratégia de ação do Ministério da Saúde prevê quatro etapas, a saber, (1) a atualização de profissionais da rede básica na atenção à HAS, (2) a campanha de informação e de rastreamento de casos suspeitos de HAS e a promoção de hábitos saudáveis de vida, (3) a confirmação diagnóstica e o início da terapêutica e, (4) o cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS nas unidades de saúde.

O Plano, além de priorizar a confirmação de casos suspeitos, a elaboração de protocolos clínicos e o treinamento dos profissionais de saúde, garante a distribuição gratuita de medicamentos e a criação de um Sistema Informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos denominado Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA.

Esse Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão resultou de uma parceria entre as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, de Nefrologia, de Hipertensão Arterial e de Diabetes com a Federação Nacional de Portadores de Hipertensão e de Diabetes, com os 27 Estados brasileiros e Distrito Federal, e com 5.563 municípios através de representações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O Governo Federal especificou em sua proposta de atenção ao hipertenso como os serviços de saúde pertencentes à Atenção Primária devem estar organizados para o atendimento da população. Para tanto, o Ministério da Saúde elaborou dois documentos, o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002) e o Caderno de Atenção Básica nº 15 (BRASIL, 2006a) com a finalidade de subsidiar tecnicamente os profissionais da rede de atenção básica que tem uma perspectiva de reorganizar a atenção à hipertensão arterial com uma abordagem integral baseada em evidências científicas.

A pretensão desses documentos não é a de contemplar todos os aspectos que envolvem a HAS, mas abordar as suas características mais relevantes, orientando as ações das equipes de saúde com o objetivo de otimizar recursos dentro de critérios científicos.

A proposta do Ministério da Saúde quanto ao atendimento do paciente hipertenso contida no Caderno de Atenção Básica nº. 15 (BRASIL, 2006a) centra-se na descrição de recomendações para a avaliação inicial, diagnóstico e seguimento clínico. Para a padronização das ações técnicas, o Ministério da Saúde orienta detalhadamente o procedimento para a medida da pressão arterial, especificando situações especiais que envolvem a mensuração em crianças, idosos e gestantes.

1.4 Aspectos Psicológicos da Hipertensão

Quanto aos fatores psicológicos que podem estar associados à HAS, Machado (2005) em seu estudo “Sintomas de Depressão e Hábitos de Vida em Pacientes Portadores de Hipertensão Arterial” sugere que a depressão não se caracteriza como um fator de aumento da mortalidade, contudo pode interferir na qualidade de vida, dificultando o controle e influenciando na adesão ao tratamento do paciente hipertenso.

A depressão além de representar uma doença de alta prevalência na população geral causa impacto importante na vida do paciente e de seus familiares, e comprometimentos nas áreas sociais e ocupacionais principalmente, o que faz desta patologia um fator de grande importância nos contextos de atenção à saúde (BAHLS, 1999; POWELL et al., 2008).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID 10 (OMS, 1993) o episódio depressivo pode ser classificado em três graus (leve, moderado ou grave) que variam de acordo com o número e a gravidade dos sintomas. Os critérios mínimos para o diagnóstico de episódio depressivo envolvem dois dos três sintomas principais, que são: humor deprimido, perda de interesse ou prazer e energia reduzida, que podem vir acompanhados de outros sintomas, como por exemplo: concentração, atenção, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite reduzido (POWELL et al., 2008; FLECK et al., 2003).

Apesar da depressão ser uma doença psiquiátrica bastante prevalente na população geral, com estimativas que variam de 3% a 5% , o que se observa é que

muitas vezes seu diagnóstico e tratamento são negligenciados pelo médico clínico que tem contato com o paciente, cerca de 50% a 60% dos casos de depressão não são tratados (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; FLECK et al., 2003)

De acordo com Aaron Beck¹ (1967, apud POWELL et al., 2008, p.573) o humor deprimido e os pensamentos negativos apresentados pelos pacientes com depressão estão relacionados a pensamentos e crenças distorcidas apresentados pelos mesmos. Dessa forma a depressão resultaria de dois elementos básicos, que compõem o modelo cognitivo de Beck para depressão, ou seja, a tríade cognitiva que se refere à visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro, e as distorções cognitivas que consistem em erros constantes na percepção e no processamento das informações.

Quanto ao tratamento da depressão, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado efetiva independente do seu grau (leve, moderado ou grave). Comparada a tratamentos farmacológicos a TCC tem apresentado resultados mais duradouros e favorecido a diminuição de ocorrências de episódios depressivos nos pacientes a ela submetidos (POWELL et al., 2008).

Tendo em vista que a presença de depressão piora diversos aspectos relacionados à saúde dos indivíduos, a maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes com doenças crônicas e o maior risco de não adesão às recomendações médicas (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; LEMOS et al., 2008), torna-se fundamental o melhor rastreamento e o tratamento adequado da depressão em pacientes hipertensos para a prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida.

Embora a relação entre ansiedade e hipertensão arterial parece ainda ser pouco estudada, a ansiedade vem sendo apontada como a resposta psicológica mais frequente ao episódio de infarto agudo do miocárdio. Quanto às coronariopatias, níveis altos de ansiedade parecem estar relacionados a um pior prognóstico (MOSER et al²., 2003; ROTHENBACHER et al³. apud VILELA, 2008).

O momento atual de nossa civilização e a rapidez com que se dão as mudanças criam novos conflitos e ansiedades para os indivíduos e para a sociedade. A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e

¹ BECK, A.T. **Depression: causes and treatment**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.

² MOSER, D.K. et al. An International perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction, **Psychosomatic Medicine**, v.65, n.4, p.511-516, 2003.

³ ROTHENBACHER, D. et al. Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogenetic links. **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, v.14, n.4, p.574-554, 2007

fisiológicos que faz parte das experiências normais dos indivíduos. Trata-se de um sentimento de medo, pânico e sensação de morte iminente. Geralmente não existe um perigo real, caso ele exista, a emoção gerada é desproporcionalmente mais intensa. Caracteriza-se também por um desconforto corporal que é apresentado como sensação de aperto no peito, dificuldade de respirar, fraqueza nas pernas, secura na boca, sudorese, tremor, palpitações, vômitos, dores abdominais entre outras. A ansiedade passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeou ou quando não existe um objeto específico ao qual ela se direciona (ANDRADE; GORESTEIN, 1998).

Nestes casos a ansiedade pode apresentar-se como um sintoma do transtorno de ansiedade. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV, 1995) dentre as categorias de transtorno de ansiedade estão: transtorno de pânico com ou sem agorafobia, agorafobia sem transtorno de pânico, fobia social, fobia específica, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de estresse pós traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de ansiedade devido à condição médica e transtorno de ansiedade sem outra especificação. De maneira geral a prevalência dos transtornos de ansiedade chega a 9% nas mulheres e a 4,3% nos homens (MARI; JORGE, 2006).

No que se refere ao tratamento dos transtornos ansiosos de maneira geral, a TCC tem demonstrado melhoras importantes e prolongadas tendo como objetivo favorecer mudanças na maneira distorcida de perceber e interpretar o ambiente e sobre o que causa ansiedade, além de possibilitar mudanças no comportamento ansioso (CASTILLO et al., 2000).

Tendo em vista o papel desempenhado pelos fatores emocionais, tanto no surgimento quanto na recuperação de pacientes cardiopatas (LEMOS et al., 2008), torna-se importante o diagnóstico adequado dos mesmos, principalmente para aqueles pacientes com infarto agudo do miocárdio, em que o infarto representa uma ameaça de morte e um obstáculo para sua saúde como um todo.

Ainda no que se refere aos fatores psicológicos da HAS, muitos autores dedicam-se a estudar as relações entre o estresse e a doença, como é o caso de Valdés, Himely e Cala (2000), Lipp (2007), Lucini et al. (2007) e Nóbrega, Castro e Souza (2007). Lipp (2007), em seu estudo sobre o controle do estresse e hipertensão arterial, verificou o quanto a reatividade cardiovascular do paciente com hipertensão

estágio 1, em situações de estresse interpessoal, varia em função do seu nível de estresse e também de suas características de personalidade. Nóbrega, Castro e Souza (2007) chamam a atenção para o estresse mental crônico como um importante fator na gênese da hipertensão arterial, principalmente entre homens de baixo nível socioeconômico, submetidos a trabalho onde têm pouco poder de decisão.

Assim como as mudanças no estilo de vida das pessoas estão deixando-as debilitadas e sujeitas a depressão e ansiedade, a vulnerabilidade ao estresse também cresce diariamente, fazendo com que ele se torne um problema de saúde bastante comum, atingindo na população de São Paulo o índice de 40% (LIPP, 2004). Além de trazer consequências para o corpo e a mente humana, o estresse afeta a qualidade de vida e a sensação de bem estar como um todo (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010).

De acordo com Sadir, Bignotto e Lipp (2010, p.73) “o *stress* é uma reação do organismo que ocorre frente a situações que exijam dele adaptações além do seu limite”. Esta resposta orgânica a situações estressoras foi descrita por Selye (1936) como Síndrome de Adaptação Geral a qual passa por três fases: alerta, resistência e exaustão. A fase de alerta, considerada a fase positiva do estresse, caracteriza-se por reações do sistema nervoso simpático, é quando o organismo percebe o evento estressor; a sobrevivência é preservada e uma sensação de plenitude é alcançada. A resistência ocorre quando o estressor está presente por períodos prolongados ou é muito intenso, o indivíduo tenta lidar com os mesmos a fim de manter a homeostase interna. Na fase de exaustão ocorre quebra na resistência da pessoa, é quando o estresse ultrapassou a possibilidade dos indivíduos conviverem com ele e está associada a diversas doenças graves como úlcera, gengivites, psoríase, HAS, depressão, ansiedade, dentre outras (SELYE, 1936; CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003; ROSSETTI et al., 2008).

A fonte de tensão que gera o estresse pode ser externa ao próprio organismo, estando relacionada a exigências da profissão, falta de dinheiro, brigas, assaltos e perdas, ou interna que se refere ao modo de ser dos indivíduos, suas crenças, valores e cobranças (LIPP, 2000b; LIPP, 2001). Um ponto importante para aprender a lidar com o estresse é justamente conseguir perceber e eliminar algumas fontes do mesmo, que estejam ao alcance do indivíduo. Para isso, Lipp (2000b) sugere o tratamento baseado nos quatro pilares do controle do estresse: alimentação, para reposição de nutrientes perdidos durante o período de estresse; relaxamento, a fim de diminuir a tensão física e mental que está ligada ao estresse; exercício físico,

para descarga de energia e, finalmente, reestruturação de aspectos emocionais favorecendo o conhecimento de si mesmo e a mudança dos modos de pensar, sentir e agir diante dos eventos estressores.

A análise dos fatores psicológicos (depressão, ansiedade e estresse) que contribuem para o surgimento da hipertensão arterial deve ser necessariamente realizada para que planos terapêuticos apropriados possam ser elaborados, principalmente quando se considera o quanto tais fatores podem interferir e determinar a adesão ao tratamento.

1.5 Hipertensão e Adesão ao Tratamento

Segundo Sierra (2010) diversos estudos tem demonstrado que o tratamento anti-hipertensivo, seja farmacológico ou não (mudanças no estilo de vida), está associado com a melhora do prognóstico dos pacientes; esta melhora estaria diretamente relacionada com a redução da pressão sanguínea. Todavia estudos clínicos realizados em diferentes partes do mundo demonstraram que, dos pacientes hipertensos, menos de um terço alcança os objetivos do tratamento e tem seus níveis pressóricos controlados.

Pelo fato da HAS possuir evolução silenciosa e lenta, os pacientes muitas vezes negligenciam sua condição e deixam de seguir o tratamento proposto. A falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, torna-se um problema secular para os profissionais de saúde que tratam de pacientes hipertensos (GUSMÃO et al., 2009).

O impacto da não adesão ao tratamento no Brasil pode ser avaliado pelo aumento de mortes causadas por acidentes vasculares encefálicos (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008). O controle adequado da pressão arterial, além de reduzir a mortalidade, auxiliaria na redução ou no retardo de complicações cardiovasculares e melhoraria a qualidade de vida do paciente (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). O tratamento da HAS requer dos pacientes mudanças dietéticas e comportamentais, além de rigor ao seguir a prescrição médica.

Em 2001 a OMS definia a adesão ao tratamento como o grau com que o paciente seguia as instruções médicas, contudo esta definição parecia insuficiente

para descrever uma série de intervenções usadas para tratar doenças crônicas como a hipertensão, pelo uso do termo “médico”. Além disso, o termo “instruções” implica que o paciente é um recipiente passivo ao invés de um colaborador ativo no processo de tratamento. Diante disso, a adesão ao tratamento é redefinida e passa de uma atividade linear e controladora para um esforço participativo incluindo o profissional de saúde e o paciente (ARAÚJO; GARCIA, 2006; WHO, 2003a).

Adesão ao tratamento é definida, segundo a OMS (WHO, 2003a), como o grau de concordância entre o comportamento do paciente e as recomendações dadas pela equipe de saúde, ou seja, uso correto de medicação, seguir a dieta, realizar mudanças de estilo de vida.

Diversos estudos tem se dedicado a compreender a adesão ao tratamento hipertensivo, como é o caso de Araújo e Garcia (2006); Veras e Oliveira (2009); Lima, Meiners e Soler (2010); Gusmão et al. (2009), entre outros.

Na tentativa de explicar a adesão ao tratamento os autores chamam a atenção para alguns fatores que parecem influenciar negativamente a adesão. Estes fatores serão apresentados a seguir e estão esquematizados na Figura 1, adaptada do documento “Adherence to Long – Term Therapies: Evidence for Action” da OMS (WHO, 2003a).

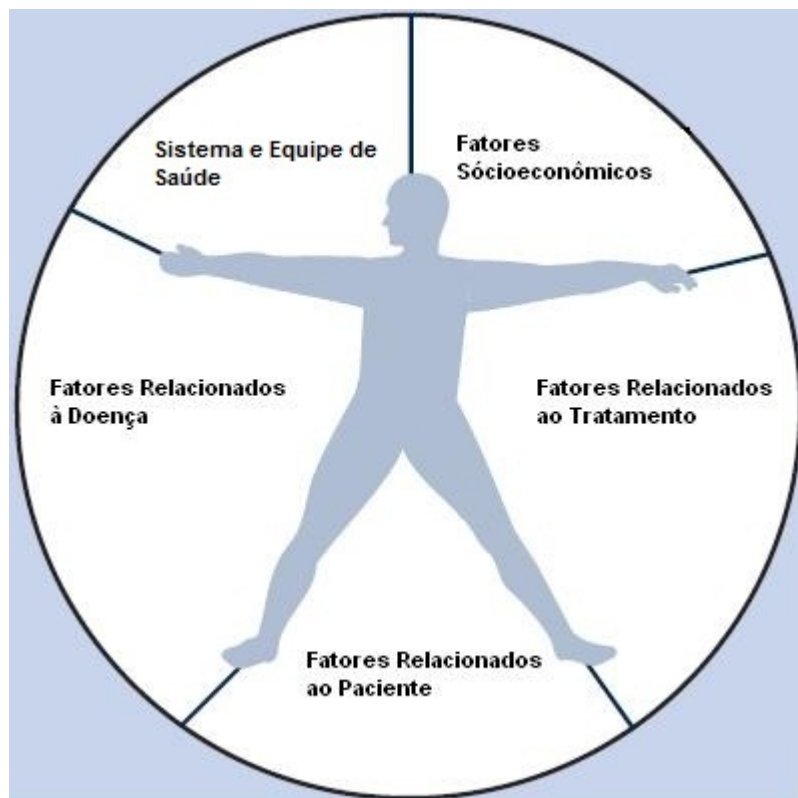


Figura 1 - Fatores que Interferem na Adesão ao Tratamento

Os *fatores socioeconômicos* que interferem na adesão ao tratamento estão relacionados à idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil e religião (GUSMÃO et al., 2010; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010; ARAÚJO; GARCIA, 2006; WHO, 2003a). Os resultados do estudo de Veras e Oliveira (2009), que buscou identificar aspectos sociodemográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, mostraram que as mulheres aderiram mais ao tratamento quando comparadas aos homens, que os idosos eram mais propensos à adesão, uma vez que os jovens não se sentiam vulneráveis à doença, que grande parte dos participantes viviam com companheiros e possuíam renda mensal de um a três salários mínimos.

Quanto aos *fatores relacionados ao tratamento*, pode-se destacar a complexidade do regime terapêutico (número de doses, comprimidos, horários de tomadas), a eficácia em relação aos sinais e sintomas, a incidência de efeitos colaterais, o custo da medicação e a adaptação às modificações no estilo de vida (ARAÚJO; GARCIA, 2006). Mion et al. (1995) em seu estudo “Conhecimento, preferência e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico” constataram que os pacientes preferem medicamentos administrados em dose única diária, com horário de administração associado a atividades rotineiras matinais.

Os *fatores ligados ao paciente* dizem respeito às crenças do mesmo sobre a sua doença, à motivação para controlá-la, sua habilidade em se comportar de forma a manejar adequadamente a doença, além do apoio familiar e social de que dispõe. Medel (1997), em estudo realizado no Chile, verificou maior adesão ao tratamento e maior controle dos níveis pressóricos em pacientes que percebiam a família como apoio e suporte social.

Como *fatores relacionados à doença*, a falta de sintomas na hipertensão arterial, sua cronicidade e as complicações tardias pioram a adesão ao tratamento. Em pesquisa realizada por Castro e Car (2000) observou-se que modificações no estilo de vida relacionavam-se à presença de sintomatologia, à compreensão dos pacientes sobre a doença e ao impacto causado pela mesma na vida do indivíduo.

O *sistema de saúde e a equipe* são fatores que devem ser considerados, uma vez que também interferem na adesão ao tratamento. O acesso do paciente aos serviços de saúde, a qualidade do serviço prestado pela equipe, a relação médico-paciente, a possibilidade de seguimento, o sistema de distribuição de

medicamentos, entre outros, são fatores que influenciam diretamente no processo de adesão (GUSMÃO et al., 2010; ARAÚJO; GARCIA, 2006). Em estudo realizado por Ungari (2007) com 109 usuários de quatro Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP, verificou-se que o grau de adesão ao tratamento farmacológico esteve positivamente associado à maior confiança que os pacientes depositavam no médico que lhes prescrevia a medicação.

Tendo em vista que a adesão do paciente ao tratamento é fator fundamental para o controle dos níveis pressóricos e que esse controle, por sua vez, provoca redução ou retardamento de complicações de eventos cardiovasculares, auxiliando na melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos, verifica-se que a adesão é um dos fatores preponderantes para o sucesso do tratamento.

Gusmão et al. (2009) chamam a atenção para a importância de conscientizar os pacientes sobre os malefícios da HAS, além dos riscos inerentes ao tratamento e seus benefícios, de forma a tornar o indivíduo elemento ativo no processo de tratamento. Os autores ainda chamam a atenção para resultados positivos alcançados por equipes multiprofissionais que assumem o papel de esclarecer o paciente não somente sobre a doença, mas sobre o próprio tratamento, favorecendo para que ele analise a situação e organize sua própria estratégia no que se refere às modificações na dieta, programação de atividades físicas, organização de medicamentos, e possa realmente colocá-las em prática.

Ainda nesse sentido, Ungari (2007) cita como intervenções, que podem ser adotadas para promover a adesão ao tratamento hipertensivo, a simplificação do regime de doses, educação do paciente, estratégias motivacionais e intervenções com participação da equipe multidisciplinar, combinação de atendimento no local de trabalho, formas de lembranças para administração de medicamentos, grupos de apoio e gratificação para alcançar os objetivos do tratamento.

De acordo com a OMS (WHO, 2003a), o psicólogo surge como um profissional que auxilia a equipe de saúde no desenvolvimento de programas que tenham como foco a adesão ao tratamento, uma vez que oferece compreensão de processos psicológicos, sociais e comportamentais dos pacientes que são essenciais para o entendimento e a prevenção da não adesão.

Os psicólogos através de suas práticas tem desenvolvido abordagens eficazes e convincentes que ajudam os pacientes a lidar com as demandas impostas pelas doenças crônicas, como é o caso da HAS. Cabe a eles tentar identificar os

determinantes do abandono do tratamento e projetar intervenções que aumentem a aderência dos pacientes, identificando barreiras cognitivas, motivacionais, emocionais e comportamentais que possam prejudicar o controle da hipertensão (WHO, 2003a).

1.6 As Intervenções Psicológicas

Em estudo como o de Mano e Pierin (2005), que buscava avaliar pacientes hipertensos acompanhados em um Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo, comparados a sujeitos atendidos em programa tradicional, pôde-se observar que apenas 30% dos hipertensos do programa tradicional e 20% dos pacientes atendidos pelo Programa Saúde da Família apresentavam PA controlada. Quanto à participação dos pacientes investigados (n = 226) em grupos de orientação de hipertensão, embora não tenha sido ressaltado pelos pesquisadores, observa-se baixa adesão, apenas seis pacientes participaram desses grupos. Os autores ainda chamam a atenção para a importância de intervenções constantes e programadas que incentivem mudanças de estilos de vida e conseqüentemente favoreçam o controle da PA e a manutenção de níveis tensionais abaixo de 140mmHg e 90mmHg.

Estudos como o de Moreno et al. (2006), Hermann (2002) e González e Amigo (2000) mostram a importância de intervenções psicológicas para a implantação de mudanças e manutenção de comportamentos que interferem no controle da HAS. No estudo de Moreno et al. (2006) um grupo de indivíduos que participavam do Programa de Hipertensão do Centro de Saúde Familiar Salvador Bustos no município de Ñuñoa/Chile participou de uma intervenção cognitivo comportamental que utilizava técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, psicoeducação, além de promoção de comportamentos saudáveis. Os resultados demonstraram efeitos positivos da intervenção sobre a redução da PA dos participantes do grupo. Os autores não apresentam e não discutem dados de adesão ao tratamento.

Da mesma forma, o estudo de González e Amigo (2000) realizado com 30 pacientes hipertensos procedentes da Unidade de Hipertensão do Hospital Geral de

Astúrias e do Centro de Saúde do Cristo de Oviedo/Espanha, que objetivava avaliar os efeitos imediatos do relaxamento muscular progressivo sobre os níveis cardiovasculares, demonstrou o efeito positivo desta intervenção sobre a PA e a frequência cardíaca de pacientes com hipertensão.

O estudo de Pugliese et al. (2007) realizado em uma clínica ambulatorial com 76 pacientes hipertensos divididos em três grupos (grupo de tratamento farmacológico convencional, grupo de orientação e grupo de intervenção psicológica sobre o estilo de vida) objetivava avaliar a eficácia de um programa destinado a promover mudanças no estilo de vida por meio de intervenção psicológica associada à terapia farmacológica para redução do risco coronariano. Os resultados demonstraram que os participantes do grupo de intervenção psicológica atingiram meta de PAS e PAD abaixo de 140 mmHg e 90 mmHg, com redução significativa da PAD comparada aos outros grupos. Além disso, observou-se redução média de 27% no índice de risco de Framingham, sendo que 75% dos participantes apresentaram redução do risco coronariano. Os autores utilizavam a teoria psicodinâmica no trabalho em grupo, abordando com os pacientes os conflitos psicológicos que poderiam estar associados às dificuldades em promover mudanças no estilo de vida dos mesmos.

O trabalho de Cade (2001) discorre sobre o paciente portador de doença crônica, especificamente aquele com HAS e enfoca a abordagem cognitivo-comportamental como uma modalidade de tratamento não farmacológico. De acordo com a autora, considerando as várias facetas da hipertensão, o referencial cognitivo comportamental trabalha com duas categorias de intervenção: os métodos comportamentais que atuam diretamente na pressão, como por exemplo o relaxamento; e os métodos psicoterapêuticos objetivando influenciar as respostas diante de eventos estressores e modificar os estados emocionais de forma que auxiliem na redução da pressão arterial.

A TCC é uma abordagem cujo foco está na interação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. Pensamentos são o conteúdo mental que o indivíduo experimenta, representado por palavras ou imagens. O aspecto dos sentimentos refere-se à experiência emocional e os comportamentos são ações passíveis de observação desempenhadas pelo indivíduo (WHITE, 2003).

A TCC é amplamente usada no tratamento de uma variedade de transtornos psiquiátricos, fundamentada nos modelos cognitivo e comportamental e

caracterizada pela aplicação de diversos procedimentos como forma de identificar pensamentos automáticos, reconhecer conexões entre pensamentos, afetos e comportamentos e testá-los na realidade, com o objetivo de que esquemas disfuncionais e distorções cognitivas sejam substituídos por interpretações mais realistas (RANGÉ, 2001; SHINOHARA, 2001).

A utilização da TCC em grupo baseia-se em um modelo educativo que visa auxiliar os indivíduos a aprenderem novos comportamentos. Desta forma, o trabalho em grupo proporciona oportunidade para examinar os sistemas de crenças e os comportamentos dos pacientes. O grupo configura um lugar ideal para aprender a se relacionar e a interagir com as pessoas, onde se pode praticar novos comportamentos (WESSLER, 2002).

Tendo em vista que a HAS é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, o alto grau de desconhecimento desta condição pelos pacientes hipertensos, além da baixa adesão ao tratamento por parte dos mesmos, torna-se urgente implementar ações básicas de diagnóstico e controle da HAS nos diferentes níveis de atendimento da rede do SUS, especialmente no nível primário de atenção.

Diante disso, o presente estudo buscou verificar o impacto de uma proposta de intervenção cognitivo comportamental sobre a pressão arterial, caracterizar uma população de pacientes hipertensos e avaliar a adesão ou não adesão dos pacientes ao tratamento proposto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o efeito de um programa de intervenção cognitivo comportamental em grupo sobre a pressão arterial sistólica e diastólica, as variáveis psicológicas (estresse, depressão e ansiedade), o índice de massa corporal (IMC), o comportamento alimentar e a atividade física em pacientes hipertensos.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar características sociodemográficas dos pacientes hipertensos;
- Verificar entre os pacientes o conhecimento e manejo dos fatores de risco e o grau de informação a respeito da HAS;
- Informar pacientes a respeito da HAS (fatores de risco, dietas, atividade física);
- Caracterizar os participantes hipertensos quanto à presença de lazer e suporte social, a história médica, quadro clínico atual e os hábitos de vida;
- Registrar a pressão arterial, o peso, o comportamento alimentar e a atividade física;
- Medir os níveis dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão dos pacientes hipertensos;
- Estruturar e realizar um programa de intervenção psicológica em grupo com pacientes hipertensos;
- Realizar grupo de orientação com pacientes hipertensos;
- Comparar os dados obtidos no grupo de terapia cognitivo-comportamental com os dados obtidos no grupo de orientação;
- Identificar as razões para a não adesão aos grupos e sugestões que contribuam para aumentar a adesão;

- Fornecer dados que enfatizem a importância de programas de intervenção psicológica na atenção primária e incentivem pesquisas futuras a respeito do tema da hipertensão.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do Estudo

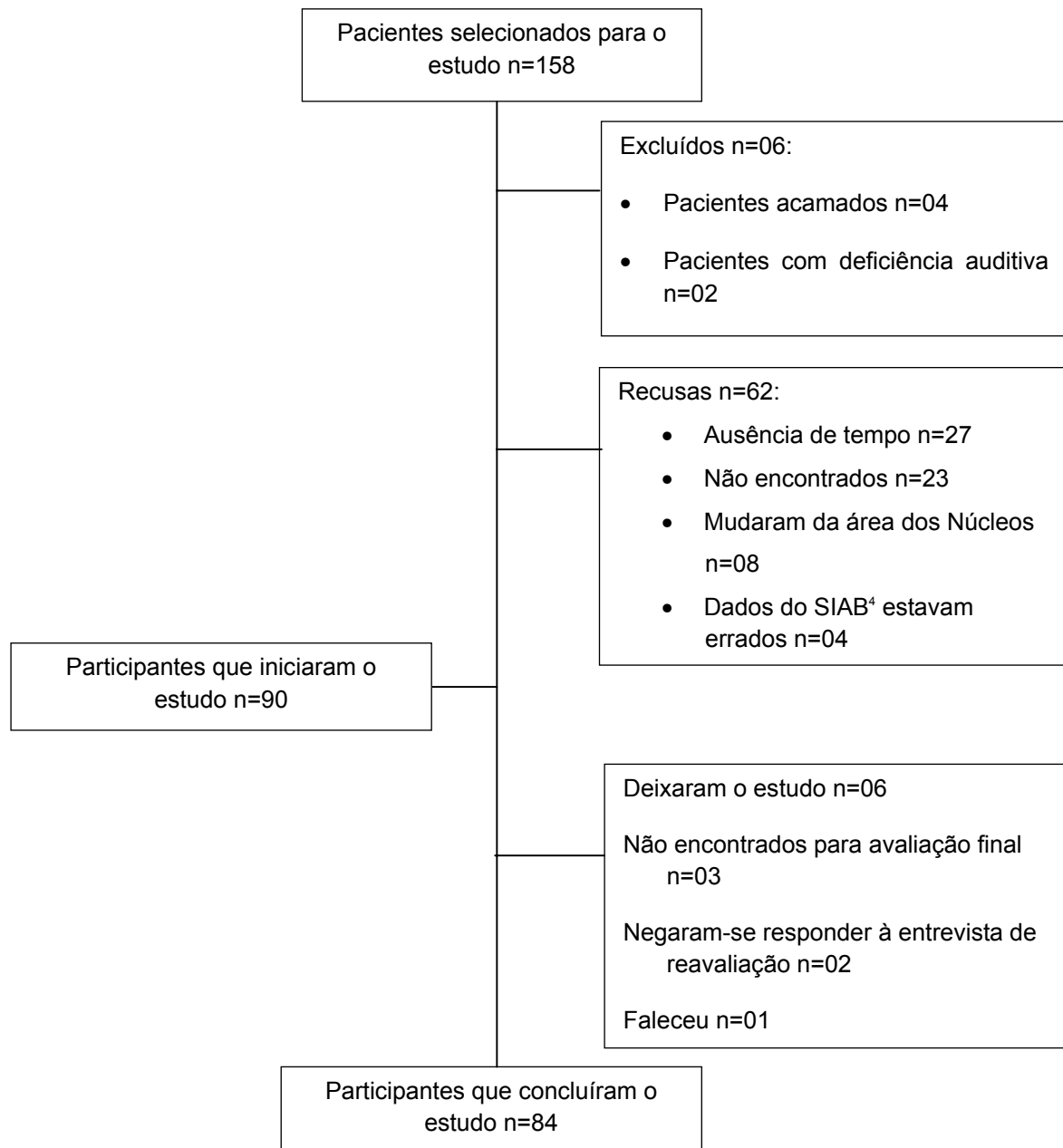
Trata-se de um estudo descritivo comparativo, de corte transversal, com amostra de conveniência composta por pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária localizados no Distrito Oeste da cidade de Ribeirão Preto/SP.

3.2 Local da Coleta dos Dados

A pesquisa foi realizada em três Serviços de Atenção Primária localizados no Distrito Oeste da cidade de Ribeirão Preto, a saber: Núcleo de Saúde da Família I (NSFI), Núcleo de Saúde da Família II (NSFII), vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e Serviço de Atendimento Médico e Social do Pessoal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SAMSP- HCFMRP-USP).

3.3 Participantes

Foram convidados a participar deste estudo 158 pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária. Aceitaram participar 90 sujeitos, dos quais 84 concluíram o estudo, conforme demonstrado no Fluxograma 1. Posteriormente os sujeitos foram divididos em Grupo de Terapia Cognitivo Comportamental (GTCC) e Grupo de Orientação (GO).



Fluxograma 1 - Processo de recrutamento dos participantes

⁴ Sistema de Informação da Atenção Básica

3.3.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes que estivessem regularmente cadastrados nos NSFs ou fossem atendidos pelo SAMSP e que apresentassem PAS médias entre 140 e 179 mmHg e PAD entre 90 e 109 mmHg, de acordo com critérios da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2006), ou que, mesmo com valores inferiores a estes, fizessem uso de medicação anti-hipertensiva;
- Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos.

3.3.2 Critérios de Exclusão

- Pacientes que apresentassem algum tipo de deficiência mental ou transtorno psiquiátrico detectado a partir de consulta ao prontuário médico;
- Pacientes com deficiência auditiva ou visual que se mostrassem impossibilitados de preencher os instrumentos de avaliação, ou que fossem analfabetos.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Roteiro de Entrevista Semi Estruturada

O roteiro de entrevista foi composto por 43 questões fechadas e 36 questões abertas. Constituíam-se de sete tópicos que visavam avaliar: dados sócio demográficos; lazer e rede de suporte social; história médica e quadro clínico atual; histórico familiar; conhecimento e manejo dos fatores de risco; hábitos de vida e antecedentes psicológicos. A estruturação do roteiro deu-se a partir de dados da literatura e da experiência dos profissionais do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP com pacientes cardiopatas do (APÊNDICE B).

Para avaliação do nível de dependência alcoólica, utilizou-se a primeira questão do instrumento AUDIT (Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool), a qual se refere à frequência do consumo de bebida alcoólica. O instrumento original é composto por 10 questões relacionadas ao padrão de consumo, sintomas de dependência e uso nocivo de álcool (BABOR, HIGGINS-BIDDLE, 2001).

Já a avaliação do nível de dependência nicotínica foi feita por meio do Questionário de Tolerância de Fargerström (QTF), que é composto por seis questões de autorrelato relacionadas a horário em que fuma, local e quantos cigarros fuma por dia (FARGERSTRÖM, 1978). O referido instrumento foi aplicado apenas nos indivíduos que referiram ser tabagistas.

3.4.2 Roteiro de Entrevista de Reavaliação

Para a avaliação final dos participantes, o roteiro de entrevista inicial foi reestruturado, acrescentando-se três questões abertas para investigação dos motivos relacionados à adesão ou não adesão ao tratamento proposto. Assim, os entrevistados foram questionados quanto aos motivos pessoais para a não participação; motivos para a não participação de pessoas em trabalhos em grupo e sugestões para motivar as pessoas a participarem mais de programas como o proposto neste trabalho (APÊNDICE C).

3.4.3 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

Caracteriza-se por um instrumento composto por 34 itens que avaliam sintomas físicos e 19 que avaliam sintomas psicológicos. O ISSL permite o diagnóstico do estresse e a classificação dos resultados obtidos em quatro fases: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão, além da sintomatologia predominante (psicológica ou física). Os sintomas são avaliados nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. O instrumento foi validado em 1994 por

Lipp e Guevara e tem sido utilizado em pesquisas e trabalhos clínicos na área de estresse por todo o Brasil (LIPP, 2000a) (ANEXO A).

3.4.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Trata-se de uma medida objetiva das manifestações comportamentais da depressão, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade pode variar de 0 a 3. Contém 21 itens que se referem à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. No Brasil, a normatização foi realizada com cinco mil pessoas e propõe como critério de classificação: 0 a 11 – mínimo; 12 a 19 – leve; 20 a 35 – moderado; e 36 a 63 – grave. O inventário permite a avaliação dos sintomas depressivos levando-se em conta somente os sintomas cognitivos e afetivos, o que se convencionou denominar de modelo de correção BDI 13, uma vez que, neste caso, somente a somatória dos itens de 1 a 13 do instrumento é considerada (CUNHA, 2001) (ANEXO B).

3.4.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Instrumento validado no Brasil por Cunha (2001), trata-se de uma escala constituída por uma lista de 21 sintomas físicos e comportamentais da ansiedade, com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. A classificação brasileira propõe os seguintes critérios de classificação: 0 a 9 – mínimo; 10 a 16 – leve; 17 a 29 – moderado; e 30 a 63 – grave (CUNHA, 2001) (ANEXO B).

3.4.6 Registro da Pressão Arterial e Peso

Para registrar a PA e peso dos pacientes utilizou-se uma ficha que era preenchida em cada sessão grupal. A aferição da PA era realizada, ao início e ao final de cada encontro, pela pesquisadora. A ficha fornece a descrição do número do encontro, da pressão arterial inicial (PAi), da pressão arterial final (PAf) e do peso do paciente (APÊNDICE D).

Para a aferição da PA, foi utilizado um aparelho de medida da pressão arterial automático (A&D UA-851), validado seguindo os critérios da *European Society of Hypertension* (BONSO, RAGAZZO, PALATINI, 2008). A PA dos indivíduos foi medida duas vezes, com intervalo de um minuto entre as aferições e, para efeito de análise dos dados nesse estudo, foi utilizada a média dos valores obtidos nas duas medidas.

Os procedimentos de preparo do paciente para a aferição da PA foram padronizados seguindo as recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH V- SBC, 2006) e estão descritos na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 - Procedimentos recomendados no preparo do paciente para a medida da PA

Preparo do Paciente

- 1 - Explicar o procedimento ao paciente
- 2 - Repouso de pelo menos 5 minutos
- 3 - Pedir que o paciente não converse durante a medida
4. Certificar-se de que o paciente **não**
 - 4.1 - Está com a bexiga cheia
 - 4.2 - Praticou atividade física há pelos menos 60 minutos
 - 4.3 - Ingeriu bebida alcoólica ou café
 - 4.4 - Fumou há pelo menos 30 minutos
- 5 - Paciente sentado
- 6 - Pernas descruzadas
- 7 - Pés apoiados no chão
- 8 - Braço apoiado na altura do coração com a palma da mão voltada para cima

Fonte: DBH V (SBC, 2006)

3.4.7 Registro Alimentar

Para que o comportamento alimentar fosse discutido nos encontros, era pedido aos pacientes que preenchessem diariamente a ficha de registro alimentar durante o período de uma semana referindo os alimentos consumidos, sua quantidade, eventuais acréscimos de sal, o tempo de duração da refeição e os sentimentos associados ao ato de se alimentar. Este instrumento foi elaborado pela pesquisadora a partir de modelos de registro de comportamentos utilizados na prática clínica dos profissionais do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP (APÊNDICE E).

3.4.8 Registro de Atividade Física

A ficha de registro das atividades físicas era entregue aos participantes para que eles preenchessem diariamente em suas casas, de acordo com a prática de exercício realizada no período de uma semana. Esta ficha fornecia descrições da atividade física (tipo de atividade, duração, local em que foi realizada, na companhia de quem) e da disposição do paciente para realizá-la (nenhuma, pouca, moderada ou muita). O instrumento foi elaborado pela pesquisadora a partir de modelos de registro de comportamentos utilizados na prática clínica dos profissionais do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP (APÊNDICE F).

3.5 Procedimento de Coleta de Dados

Para que a linguagem do Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada fosse adequada aos propósitos da pesquisa, foi realizado um teste preliminar durante os meses de julho e agosto de 2008, em que houve a aplicação da entrevista em sete pacientes usuários do NSF IV.

Assim que os critérios de inclusão e exclusão dos participantes foram delineados, solicitou-se nos Serviços de Saúde a lista de pacientes hipertensos atendidos pelas unidades. Nos NSFs a relação de todos os pacientes hipertensos encontrava-se no SIAB e a seleção foi realizada por meio de sorteio, com a utilização de uma Tabela de Números Aleatórios disponível em http://www.fpce.uc.pt/niips/spss-prc/O_organ/tabela-na/tabela.htm. No SAMSP o levantamento dos pacientes foi feito por meio de consulta aos prontuários médicos em dias em que haveria especialista da área de cardiologia naquele serviço. Assim que a amostra foi selecionada, pacientes que não cumpriam os critérios de inclusão foram excluídos e os demais eram convidados a participar do estudo.

Nos NSFs o convite era feito por meio de visita domiciliar e no SAMSP era realizado por contato telefônico. Foram realizadas de uma a três tentativas de contato com cada paciente. Quando não era possível estabelecer o contato, o paciente era excluído.

Durante o contato, fosse por meio de visita domiciliar ou telefone, a pesquisadora se apresentava e explicava os objetivos da pesquisa, as atividades envolvidas na participação e o caráter voluntário da mesma. A entrevista só foi conduzida após anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

A avaliação inicial dos participantes aconteceu individualmente na casa do paciente, no caso dos NSFs, ou em uma sala privada do SAMSP, localizada no 2º andar do HCFMRP-USP. A duração média do encontro era de 60 minutos. Afim de que o material fosse documentado e transcrito posteriormente, as entrevistas eram gravadas sempre que os participantes consentissem.

Neste momento era apresentado para o paciente o TCLE, que deveria ser assinado, para em seguida responder às questões do Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada e aos inventários de estresse (ISSL), depressão (BDI) e ansiedade (BAI). A pesquisadora lia as questões, uma por vez, em voz alta e assinalava a resposta dada pelo paciente.

Realizadas as entrevistas e aplicados os instrumentos, o passo seguinte foi dividir os pacientes em dois grupos: Grupo de Terapia Cognitivo Comportamental (GTCC) e Grupo de Orientação (GO). Para que os grupos fossem o mais homogêneos possível, buscou-se distribuir os participantes equitativamente

(distribuição emparelhada), tendo como critérios: sexo, idade, nível socioeconômico e presença ou não da comorbidade de *diabetes mellitus*.

A seguir serão descritos os grupos GTCC e GO:

- **Grupo de Terapia Cognitivo Comportamental (GTCC)**

Para o GTCC foram convidados 45 sujeitos. Compareceram ao primeiro encontro 18 pacientes, sendo que destes somente 11 participaram de pelo menos quatro das oito sessões de atendimento em grupo, o que correspondia à metade do programa proposto. Os participantes deste grupo foram submetidos a um programa de intervenção psicológica composto de oito encontros grupais fundamentados em técnicas cognitivo comportamentais.

Os encontros ocorreram em salas de atendimento grupal dos NSFs e do SAMSP, em dias pré-estabelecidos, com uma hora e meia de duração e foram coordenados pela psicóloga responsável pela pesquisa, com participação de uma psicóloga que auxiliava no preparo das sessões.

Os atendimentos foram estruturados a partir dos objetivos propostos, levando em conta a experiência da pesquisadora no Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP com diversos tipos de grupos, e de estudos como WHO (1993), Vilela (2008) e Gorayeb, Netto e Bugliani (2003), que propõem temas e atividades para serem realizadas em intervenções grupais.

O objetivo de cada sessão e as atividades realizadas estão descritos em ordem de ocorrência na Tabela 3 e o detalhamento de cada uma delas encontra-se em anexo (APÊNDICE G).

Tabela 3 - Descrição das sessões de intervenção psicológica com pacientes hipertensos

Sessão	Objetivos da Sessão	Atividade
1	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a equipe que auxiliará na coordenação do grupo • Proporcionar integração entre os participantes • Levantar expectativas sobre a intervenção • Informar sobre os objetivos dos encontros • Estabelecer o contrato e firmar compromisso entre os participantes • Aferir PA, medir altura, peso e circunferência abdominal • Fornecer informação sobre alguns conceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir PAi, medir altura, peso e circunferência abdominal • Apresentação da equipe • “Dinâmica da batata quente” * • Levantamento das expectativas: “Carta a si mesmo” * • “Dinâmica do novelo” * • Apresentação do conteúdo das sessões • Aferir PAf
2	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados relativos a: PA e peso • Propiciar integração entre os participantes • Fornecer informações gerais sobre a hipertensão arterial, destacando seus fatores de risco • Instrumentalizar os participantes com técnica de relaxamento para o manejo do estresse/ansiedade • Aferir PA e pesar os pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir PAi e pesar • Dinâmica: “Bingo” * • Introdução à técnica de relaxamento • Tarefa de casa: roupa confortável para o próximo encontro • Aferir PAf
3	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados relativos a: PA e peso • Fornecer informações que auxiliem os participantes a pensarem como o estresse pode influenciar a PA • Realizar técnica de relaxamento para o manejo do estresse/ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir PAi e pesar • Tempestade de idéias “Brainstorming” * • Execução da técnica de relaxamento de Jacobson (JACOBSON, 1938). • Tarefa de casa: recordatório alimentar e treino do relaxamento • Aferir PAf
4	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados relativos a: PA, peso e circunferência abdominal • Promover maior conhecimento sobre o próprio comportamento alimentar • Discutir o registro alimentar • Estimular que os participantes pensem nas dificuldades encontradas para realizarem uma alimentação mais saudável • Discutir a relação da alimentação saudável com a PA • Conceituar o índice de massa corporal (IMC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir PAi, medir circunferência abdominal e peso • Discussão do recordatório alimentar • Cálculo do IMC • Dinâmica: “batata quente” * • Entrega de dicas sobre alimentação saudável • Tarefa de casa: registro da atividade física • Aferir PAf
5	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados relativos a: PA e peso • Resgatar o registro de atividade física • Informar sobre a importância da atividade física no controle da hipertensão arterial • Realizar técnica de relaxamento para o manejo do estresse/ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir PAi e pesar • Caminhada pelo bairro • Execução da técnica de relaxamento de Jacobson • Aferir PAf
6	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados relativos a: PA e peso • Sensibilizar para a importância de reconhecer e nomear as emoções • Refletir sobre os aspectos que influenciam o estado emocional • Identificar pensamentos automáticos, crenças irracionais e comportamentos disfuncionais relacionados à hipertensão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir PAi e pesar • “Rodada de sentimentos” * • Tempestade de idéias “Brainstorming” * • Aferir PAf
7	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados relativos a: PA e peso • Identificar dificuldades encontradas pelos participantes para seguirem as orientações de tratamento • Realizar técnica de relaxamento para o manejo do estresse/ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir PAi e pesar • Dinâmica: “Troca de experiências” • Execução da técnica de relaxamento de Jacobson (JACOBSON, 1938) • Aferir PAf
8	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados relativos a: PA, peso e circunferência abdominal • Retomar a “Carta a si mesmo” • Avaliar a intervenção • Agendar reavaliação com os participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir PAi, medir circunferência abdominal e peso • Resgate da “Carta a si mesmo” • Avaliação da Intervenção (Roteiro pré-estabelecido) • Dinâmica “Confraternização” * • Aferir PAf

* Todas as dinâmicas de grupo citadas estão detalhadas e têm referências bibliográficas no Anexo G

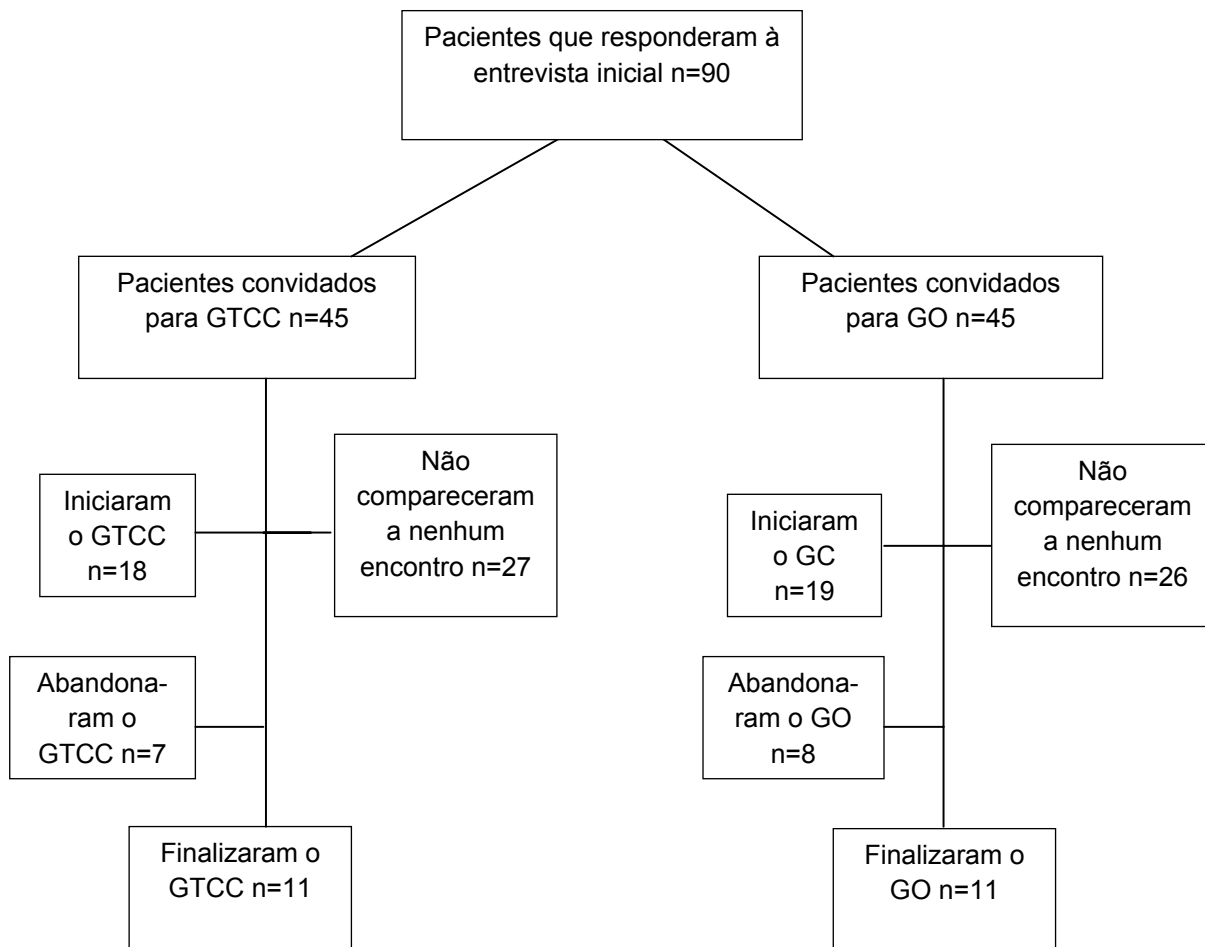
Durante o oitavo encontro era agendado um atendimento individual para avaliação da efetividade da intervenção, através da Entrevista Semi-Estruturada e reaplicação dos instrumentos.

- **Grupo de Orientação (GO)**

Assim como no GTCC, após distribuição emparelhada, 45 sujeitos foram convidados a participar do GO, sendo que destes 19 pacientes participaram no primeiro encontro e 11 compareceram a pelo menos quatro sessões, seguindo o mesmo critério descrito anteriormente. Neste grupo os sujeitos participaram de oito reuniões semanais, com duração de uma hora e trinta minutos, coordenadas pela pesquisadora. Os temas discutidos nos encontros foram sugeridos pelos próprios participantes e não havia a utilização de qualquer procedimento para mudança comportamental ou cognitiva dirigido pela psicóloga. A pesquisadora utilizou este tempo para realizar apresentações dos temas sugeridos pelos participantes do grupo (em formato de aulas expositivas), os quais abarcavam os seguintes temas: (1) hipertensão; (2) diabetes; (3) obesidade; (4) depressão; (5) ansiedade; (6) estresse; (7) relacionamento interpessoal; (8) memória. Ao final dos oito encontros, era agendado um novo atendimento individual para reavaliação dos pacientes.

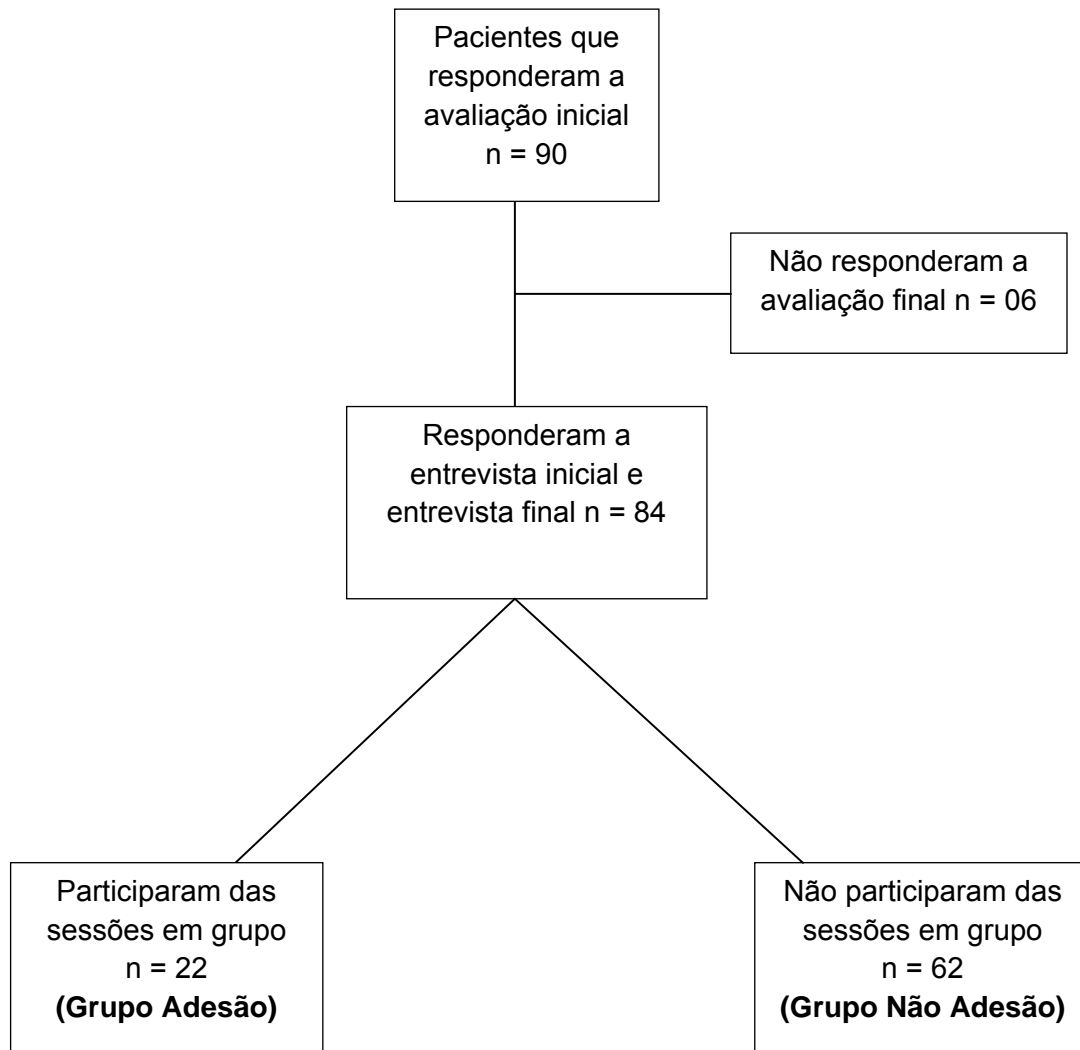
Foram realizados três GTCC e três GO no período de agosto de 2009 a dezembro de 2010, sendo um GTCC e um GO em cada um dos locais onde a pesquisa foi realizada (NSF I, NSF II e SAMSP).

A distribuição dos pacientes nos grupos pode ser visualizada no Fluxograma 2.



Fluxograma 2 - Distribuição dos pacientes entre os Grupo de Terapia Cognitivo Comportamental (GTCC) e Grupo de Orientação (GO)

Tendo em vista a baixa frequência de participação dos sujeitos nos grupos (somente 22 concluíram qualquer intervenção), tornou-se importante além do objetivo principal de avaliar o efeito da intervenção psicológica comparando-se GTCC e GO, analisar também a adesão ou não adesão ao tratamento proposto. Aqui, convencionou-se chamar de Grupo Adesão aquele composto por pacientes que tivessem participado de qualquer dos grupos anteriormente propostos (GTCC ou GO) por pelo menos quatro sessões. Já o Grupo Não Adesão caracteriza-se por aquele cujos pacientes não atingiram o critério de participação, comparecendo a três ou menos sessões e respondendo às avaliações inicial e final. A constituição acima descrita pode ser melhor observada no fluxograma que se segue:



Fluxograma 3 - Constituição dos Grupos Adesão e Não Adesão

Para avaliar a baixa participação aos grupos propostos, optou-se por acrescentar nas entrevistas de avaliação final três questões qualitativas que buscavam esclarecer este aspecto.

Os pacientes entrevistados com este roteiro de entrevista reelaborado totalizaram o número de 62, já que a entrevista final que continha as novas questões passou a ser aplicada quando 22 pacientes do NSF I já haviam sido reavaliados sem este caráter qualitativo. Esta reavaliação ocorreu em um encontro individual com duração aproximada de 30 minutos, na casa do paciente ou em uma sala do SAMSP, em dias e horários pré-estabelecidos. Destes 62 pacientes entrevistados com o roteiro de entrevista reelaborado 17 pertenciam ao Grupo Adesão e 45 ao Grupo Não Adesão.

Para análise e estruturação deste material foram realizadas releituras das 62 entrevistas de reavaliação, tendo como finalidade identificar as unidades temáticas mais frequentes referentes à adesão ao tratamento presentes nos relatos.

Considerando que para a escolha do número de entrevistados em uma pesquisa qualitativa o pesquisador deve atentar-se para a reincidência de informações ou saturação dos dados (CARVALHO, 2011) foram consideradas 32 entrevistas, sendo 14 do Grupo Adesão e 18 do Grupo Não Adesão, as quais foram transcritas e assinaladas as verbalizações referentes ao tema escolhido. A suspensão das leituras das entrevistas ocorreu quando os dados obtidos passaram a apresentar redundância ou repetição, não se tornando relevante a análise de todas as 62 entrevistas de reavaliação (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Posteriormente os conteúdos foram analisados de acordo com o significado e as categorias foram estabelecidas. A análise do material se deu através da Análise de Conteúdo Temático proposta por Minayo (2008).

3.6 Procedimento de Análise dos Dados

3.6.1 Análise Quantitativa dos Dados

Os dados quantitativos dos Roteiros de Entrevista inicial e final foram organizados a partir de medidas estatísticas descritivas e lançados em uma planilha no Programa *Excel* da versão do *Office Microsoft 2007*. Para o tratamento desses dados inicialmente foi realizada uma análise descritiva dos resultados com relação à frequência, porcentagem e média sendo utilizado para isso o programa *Epi Info* versão 3.5.1.

Posteriormente, em função da distribuição dos dados, foram escolhidos os cálculos estatísticos apropriados para análise, através do Programa *SPSS 13.0 for Windows*. Para verificar associações significativas entre o Grupo Adesão e o Grupo Não Adesão com relação às variáveis estudadas utilizou-se os testes Exato de Fisher, Exato de X^2 e X^2 para tabela de contingência. Neste trabalho adotou-se como critério de nível de significância das diferenças $p \leq 0,05$.

3.6.2 Análise dos Instrumentos

Os instrumentos ISSL, BDI e BAI foram avaliados de acordo com os critérios e recomendações definidos por seus próprios autores, uma vez que apresentam adaptação e validação para a população brasileira. O ISSL segue os critérios de correção propostos por Lipp (2000a) e o BDI e BAI por Cunha (2001).

Os resultados dos instrumentos também foram lançados em uma planilha do *Excel* da versão do *Office Microsoft 2007*, tanto para a realização da análise descritiva, como para a aplicação de testes estatísticos que façam a comparação dos grupos Adesão e Não Adesão.

3.6.3 Análise Qualitativa dos Dados

As respostas dadas pelos pacientes para as questões abertas relativas à não adesão foram avaliadas de forma qualitativa através da Análise de Conteúdo Verbal, que é uma modalidade de análise já consagrada, construída historicamente para oferecer respostas teórico-metodológicas no campo das investigações sociais (MINAYO, 2008). De acordo com Bardin (1979, p.42), autora mais importante desta modalidade, a Análise de Conteúdo consiste em:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção/produção das mensagens.

Trata-se de técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de determinado contexto, através de procedimentos especializados e científicos. A partir de uma leitura de primeiro plano das falas busca-se atingir um nível mais profundo que ultrapasse os sentidos manifestos no material. (MINAYO, 2008)

De acordo com Minayo (2008) a Análise Temática é uma modalidade da Análise do Conteúdo que busca identificar os núcleos de sentido presentes na

comunicação cuja presença ou frequência denotem estruturas de relevância, valor de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso que signifiquem algo para o objeto analítico visado. Tal análise operacionalmente desdobra-se em três etapas: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Na pré-análise ocorre a exploração do material e a elaboração de indicadores que orientem a compreensão do material e a interpretação final. Neste momento é feito o levantamento do material a ser estudado, as hipóteses e os objetivos iniciais são retomados e reformulados de acordo com o material coletado. Neste estudo, o material a ser analisado foi transcrito pela pesquisadora o que permitiu um envolvimento da mesma com os discursos e o agrupamento de temas pela semelhança, para que assim surgissem prováveis categorias. Foram utilizadas para a análise qualitativa as questões 49, 50, 51 do Roteiro de Reavaliação.

Na segunda etapa, exploração do material, as unidades de registro são recortadas do texto, elaboram-se regras de contagem e realiza-se a classificação e sistematização dos dados em categorias. A categorização é o processo de redução do texto a palavras e expressões significativas. Para essa pesquisa foi utilizado o critério do tema para contagem da frequência como elemento temático. O tema trata-se de uma unidade de significação que surge naturalmente no texto que está sendo analisado segundo critérios relativos à teoria que servirá de guia à leitura (BARDIN, 1979).

A terceira etapa consiste na análise e interpretação dos resultados obtidos. Neste momento, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações previstas em torno das dimensões sugeridas pela leitura do material e considerando dados da literatura.

3.7 Aspectos Éticos

O trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado (ANEXO C).

A coleta dos dados teve início somente após a aprovação da pesquisa por este Comitê. Os pacientes participaram da pesquisa mediante interesse pessoal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado seguindo as orientações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/96) para pesquisa com seres humanos.

As informações a respeito da pesquisa e seu objetivo foram oferecidas em linguagem acessível, sendo que em qualquer momento da aplicação dos instrumentos de avaliação o paciente poderia optar por desligar-se da mesma, sem qualquer prejuízo na continuidade de seus atendimentos junto aos serviços de saúde.

Todas as informações obtidas foram mantidas sob garantia de anonimato e sigilo em relação à autoria dos conteúdos que apareceram na aplicação dos instrumentos. Desta forma, ficou garantida a impossibilidade de se identificar os participantes através de respostas individuais.

Nos casos em que foram verificadas necessidades de orientação e atendimento psicológico para o participante, o mesmo foi encaminhado ao Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP ou para o Serviço de Atendimento Psicológico do SAMSP/Campus.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Torna-se importante mencionar que foram selecionados para participar deste estudo 158 sujeitos. Destes, seis foram excluídos (quatro acamados e dois deficientes auditivos) e 62 não aceitaram responder à Avaliação Inicial que fazia parte da pesquisa (27 não quiseram participar ou não tinham disponibilidade de horário, 23 não foram encontrados em suas residências, oito haviam mudado de área e para quatro outros, os dados do prontuário não estavam de acordo com o estado de saúde do paciente, ou seja, não eram hipertensos), 90 aceitaram participar do estudo e responderam à Avaliação Inicial (FLUXOGRAMA 1).

Dos 90 sujeitos que ingressaram no estudo, não foi possível realizar a Avaliação Final (Entrevista de Reavaliação e inventários) com seis participantes (três não foram encontrados, dois negaram-se a responder e um faleceu). Diante disso, para a caracterização dos sujeitos, optou-se considerar como participantes do estudo aqueles que possuíam as duas avaliações (inicial e final), ou seja, 84 participantes.

Quanto à participação dos sujeitos nos grupos propostos (GTCC e GO), dos 84 participantes, 53 não compareceram a nenhum encontro, apesar de terem feito a avaliação inicial. Deram início ao GTCC 18 pacientes e 19 ao GO. Considerando o GTCC, dos 18 que iniciaram os encontros, sete não apresentaram frequência mínima de participação a quatro sessões e 11 participaram de pelo menos quatro encontros. Com relação ao GO, dos 19 que participaram da sessão inicial, 11 deram seguimento a pelo menos quatro sessões. A frequência de participação dos indivíduos em cada encontro pode ser melhor visualizada no Gráfico 1.

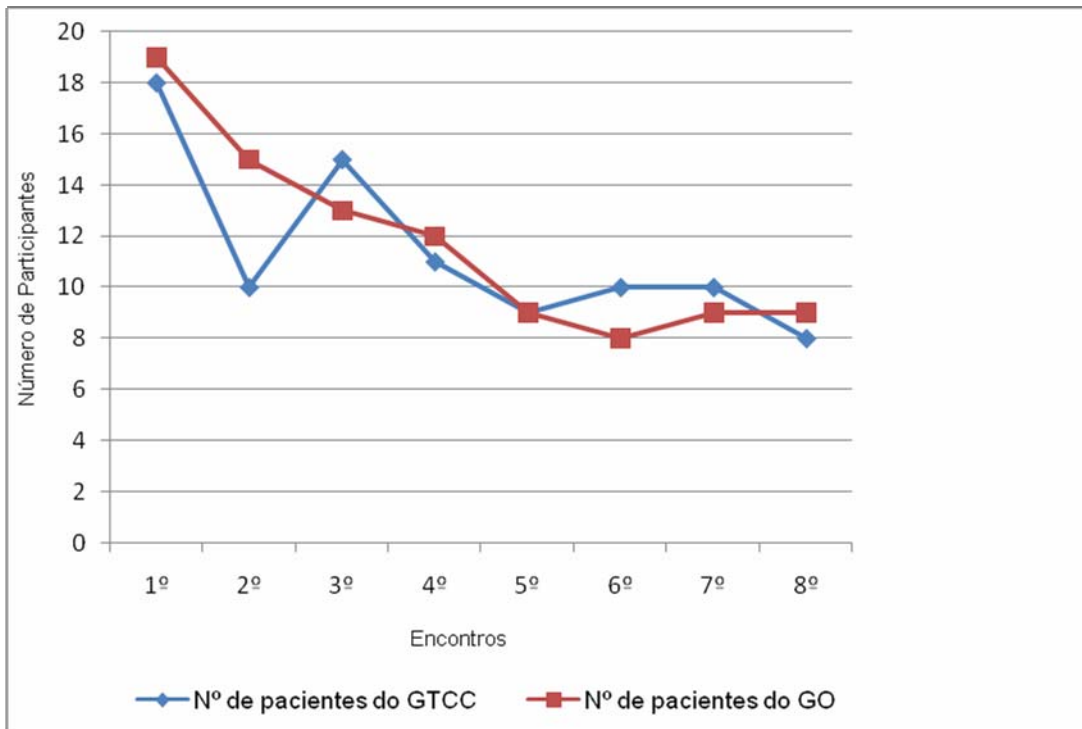


Gráfico 1 - Curva da perda do número de pacientes durante os encontros dos Grupo de Terapia Cognitivo Comportamental e o Grupo de Orientação

São muitos os estudos que visam avaliar a baixa participação de sujeitos, com diferentes patologias, aos grupos oferecidos pelas equipes de saúde (MALAMAN, 2006; MILAGRES, 2008; AFONSO; LEMOS, 2011). Dessa forma, observando-se a não adesão de alguns participantes ao GTCC ou ao GO, considerou-se importante investigar, durante a Entrevista de Reavaliação, os motivos para o não comparecimento dos participantes aos grupos.

Os dados referentes à comparação entre os grupos GTCC e GO serão analisados de maneira descritiva, uma vez que não houve diferença estatística significativa.

Também serão apresentadas análises estatísticas comparativas e análises descritivas entre os participantes que aderiram ao tratamento (Grupo Adesão) e aqueles que não aderiram (Grupo Não Adesão), conforme explicado em método.

4.1 Caracterização da Amostra

4.1.1 Aspectos Sociodemográficos

Investigou-se sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, condição empregatícia e a renda familiar mensal dos 84 sujeitos participantes do estudo. A Tabela 4 caracteriza os participantes quanto aos aspectos sócios demográficos.

Tabela 4 - Dados sociodemográficos de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto (n=84)

Características Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	20	23,8
Feminino	64	76,2
Total	84	100
Idade		
Menos de 50 anos	10	11,9
50 – 60 anos	32	38,1
61 – 70 anos	18	21,4
71 – 80 anos	18	21,4
Mais de 80 anos	6	7,2
Total	84	100
Estado Civil		
Com Companheiro	51	60,7
Sem Companheiro	33	39,3
Total	84	100
Escolaridade		
Até Ensino Fundamental Completo	45	53,6
Ensino Médio Incompleto e Acima	39	46,4
Total	84	100
Condição Empregatícia		
Empregado	33	39,3
Sem Emprego ou Aposentado	51	60,7
Total	84	100
Renda Familiar Mensal em Salários Mínimos*		
Entre 1 e 3 SM	32	38,0
Mais de 3 SM	52	62,0
Total	84	100

*O salário mínimo considerado para o cálculo foi de R\$ 460 reais, vigente na época

Como se pode verificar, quanto ao sexo, houve predominância do sexo feminino, ou seja, dos 84 entrevistados 64 eram mulheres, representando um total de 76,2% da amostra. Esta disparidade entre homens e mulheres também foi descrita nos estudos de Borim, Guariento e Almeida (2011) e Carlos et al.(2008). O maior número de mulheres, segundo os estudos, revela que as mulheres buscam mais frequentemente os serviços de saúde, indicando maior preocupação das mesmas com a própria saúde. Já com relação à idade, verificou-se uma média etária de 61 anos. As idades dos participantes da pesquisa variaram entre 30 e 87 anos, sendo verificado um predomínio de sujeitos com idades superiores a 50 anos. Os dados encontrados na amostra refletem características da população de pacientes hipertensos semelhantes às descritas no estudo de Carlos et al. (2008) e Mano e Pierin (2005). Sabe-se que a hipertensão aumenta linearmente com a idade (CESARINO, 2008), fato que reforça a necessidade de adoção de medidas para promoção de saúde e para o controle adequado da doença. Quanto ao estado civil, houve um predomínio de participantes com companheiro, ou seja, casados ou amasiados (60,7%). Embora poucos estudos correlacionem a HAS com o estado civil, os trabalhos de Oliveira, Bubach e Flegeler (2009) e Cesarino et al. (2008) também apresentaram maior prevalência de hipertensos com companheiro. No que diz respeito ao grau de instrução da população entrevistada, observa-se que mais da metade da amostra (53,6%) encontra-se entre os que frequentaram a escola até o ensino fundamental. O nível educacional tem sido apontado como um fator socioeconômico importante no estado de saúde, particularmente na saúde cardiovascular. A baixa escolaridade parece estar associada à maiores taxas de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a HAS, como mostra o estudo de Nascente et al. (2010). Já com relação à condição empregatícia e à renda familiar mensal, houve um predomínio de participantes sem ocupação ou aposentados (60,7%) e com renda superior a três salários mínimos.

4.1.2 Lazer e Rede de Suporte Social

Os entrevistados foram questionados sobre a prática de atividades de lazer, suporte social (relacionamento com amigos e/ou familiares) e religiosidade. Os resultados encontram-se descritos na tabela a seguir:

Tabela 5 - Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto às atividades de lazer e suporte social (n=84)

Lazer e Rede de Suporte Social	n	%
Atividades de Lazer		
Praticam	64	76,2
Não Praticam	20	23,8
Total	84	100
Suporte Familiar		
Possuem	74	88,1
Não Possuem	10	11,9
Total	84	100
Religião		
Possuem	83	98,8
Não Possuem	1	1,2
Total	84	100

Nota-se que a maioria dos participantes (76,2%) afirmou praticar atividades de lazer em sua rotina. Pondé e Caroso (2003), em um estudo de revisão, destacaram que indivíduos que apresentavam maior satisfação com a vida relatavam maior variedade de atividades de lazer, o que ressalta o papel desempenhado pelo lazer na promoção do bem estar. Quando questionados quanto à existência de suporte social, ou seja, presença de amigos e/ou familiares com quem pudessem conversar e dividir seus problemas, 88,1% dos entrevistados responderam afirmativamente à questão. O suporte social tem função de incentivar o paciente hipertenso a ter atitudes positivas que favorecem o monitoramento de sua saúde, seja através do compartilhamento de informações, da ajuda em momentos de crise ou dos cuidados com a saúde em geral (COSTA; NOGUEIRA, 2008). Quanto à religiosidade, a maioria (98,8%) relatou possuir uma religião. Estudos têm sido realizados no intuito de verificar a relação entre PA e aspectos religiosos e espirituais, demonstrando menos reatividade da PA em pacientes com maior religiosidade, contudo os mecanismos pelos quais ocorre essa relação ainda precisam ser elucidados (LUCCHETTI et al., 2010).

4.1.3 Aspectos Clínicos

A descrição da amostra quanto aos aspectos clínicos foi realizada a partir do relato dos pacientes quanto à sua condição de saúde durante a entrevista inicial. Foi preciso considerar o relato verbal dos pacientes uma vez que grande parte dos mesmos fazia seguimento médico em outros serviços de saúde (convênios ou Centro de Saúde Escola) e não nos locais onde o presente trabalho foi realizado. Outro fato que dificultou a consulta desses dados nos prontuários é que, mesmo aqueles participantes que não possuíam convênio médico, estavam com seus prontuários desatualizados por terem perdido a consulta de rotina agendada no serviço de saúde. Feitas estas considerações, na tabela a seguir encontram-se os resultados referentes às seguintes condições clínicas: Índice de Massa Corporal (IMC), Controle do Peso, Colesterol e Triglicérides e presença de *Diabetes Mellitus*.

Tabela 6 - Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto às suas características clínicas (n=84)

Características Clínica	n	%
IMC*		
Peso Normal (18,5 – 24,9)	21	25,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	25	29,8
Obesidade (≥ 30)	38	45,2
Total	84	100
Controle do Peso		
Sim	24	28,6
Não	60	71,4
Total	84	100
Colesterol Referido		
Sim	33	39,3
Não	42	50,0
Não Sabe	9	10,7
Total	84	100
Triglicérides Referido		
Sim	24	28,6
Não	41	48,8
Não Sabe	19	22,6
Total	84	100
Diabetes Mellitus Referido		
Sim	27	32,1
Não	57	67,9
Total	84	100

* O cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) é dado pela fórmula $IMC = \frac{Peso}{Altura^2}$

Observa-se que a maioria dos sujeitos da amostra (75,0%) apresentou IMC fora dos padrões de normalidade, sendo que 45,2% dos participantes apresentavam obesidade. Estes achados corroboram o estudo de Oliveira, Bubach e Flegeler (2009) em que 71,2% dos participantes hipertensos apresentavam IMC acima do normal. Da mesma forma, a maioria (71,4%) referiu não fazer controle do peso através de dieta alimentar. Sabe-se que existe uma relação direta entre ganho de peso e aumento dos níveis pressóricos (AMODEO; LIMA, 1996), por isso torna-se

importante que os profissionais de saúde estimulem como meta antropométrica IMC < 25 kg/m². Uma modesta perda de peso corporal para pessoas com sobrepeso também está associada a reduções significantes na PA, mas o alcance das metas deve ser perseguido (MALACHIAS, 2010). Quanto ao colesterol e ao triglicérides referidos, grande parte dos pacientes relata não apresentar estes índices fora dos padrões de normalidade. Assim, 50% dos sujeitos da amostra afirmam estar com o colesterol controlado e 48,8% fazem a mesma referência para os níveis de triglicérides. Os pacientes que desconhecem estes dados chegam a 10,7% para os níveis de colesterol e 22,6% para os de triglicérides. Contudo, estes achados podem estar subestimados devido a limitações na coleta dos dados, uma vez que não houve exames laboratoriais e foram consideradas as informações sobre eventual alterações de colesterol e triglicérides fornecidas pelos pacientes. No que se refere ao *diabetes mellitus*, 67,9% dos entrevistados referem não possuir a doença. Entretanto, torna-se importante ressaltar que o *diabetes mellitus* associado a HAS favorece a ocorrência de complicações cardiovasculares, especialmente doença coronariana. Diante de tais resultados, destaca-se a necessidade de ações educativas de promoção a saúde que tenham como objetivo a prevenção de complicações agudas e crônicas (CARLOS et al., 2008).

4.1.4 Hábitos de Vida

A avaliação dos hábitos de vida que estão relacionados com a hipertensão arterial sistêmica foi feita a partir de questões que consideravam a prática de atividade física, a modificação na alimentação devido à hipertensão arterial, o uso de álcool e o consumo de cigarro. Os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto aos seus hábitos de vida (n=84)

Hábitos de Vida	n	%
Prática de Atividade Física		
Pratica	24	28,6
Não Pratica	54	64,3
Às vezes	6	7,1
Total	84	100
Modificação da Alimentação		
Sim	61	72,6
Não	23	27,4
Total	84	100
Uso de Álcool		
Sim	48	57,1
Não	36	42,9
Total	84	100
Consumo de Cigarro		
Sim	11	13,1
Não	73	86,9
Total	84	100

Quanto à prática de exercício físico, 54 participantes, ou seja, 64,3% da amostra, disseram não se exercitar, enquanto 28,6% relataram praticar atividade física regularmente. Este dado vai de encontro com o estudo de Mano e Pierin (2005) em que 23% dos pacientes hipertensos atendidos pelo PSF praticavam atividade física. O exercício físico promove queda da pressão arterial e é indicado para a prevenção e o tratamento da HAS (SBC, 2010). No que se refere à modificação da alimentação como forma de controle da hipertensão arterial, 72,6% relataram terem mudado seus hábitos alimentares para melhor (diminuição do sal, diminuição de gorduras, aumento do consumo de verduras). Dado semelhante foi observado no estudo de Oliveira, Bubach e Flegeler (2009) em que 72,3% dos pacientes realizavam controle da dieta alimentar. Considerando o consumo de bebidas alcoólicas, mais da metade dos entrevistados fazia uso de álcool (57,1%). Sabe-se que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode elevar a PA e a mortalidade cardiovascular, portanto torna-se importante restringir a ingestão de álcool para reduzir a PA. No que diz respeito ao hábito de fumar,

86,9% dos pacientes avaliados relataram não fazer uso de tabaco, enquanto 13,1% dos pacientes fumam. Este dado corrobora o estudo de Oliveira, Bubach e Flegeler (2009) em que os pacientes que fumam representavam 13,8% da amostra.

4.1.5 Conhecimento e Manejo da HAS

Os pacientes foram questionados sobre aspectos específicos da hipertensão arterial, ou seja, se tinham conhecimento dos valores de sua pressão arterial, se conheciam a pressão arterial ideal (aqui considerada 120x80 mmHg) e se faziam uso de medicamento. Além disso, a pressão arterial dos participantes foi medida após a avaliação e classificada, sendo que os resultados estão demonstrados na tabela abaixo:

Tabela 8 - Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto em relação ao conhecimento e manejo da HAS (n=84)

Variável	n	%
Conhecimento da PA		
Sim	76	90,5
Não	8	9,5
Total	84	100
Conhecimento da PA Ideal		
Sim	46	54,8
Não	38	45,2
Total	84	100
Classificação PA Mensurada		
Controlada (<140 e/ou <90)	46	54,8
Não Controlada (≥140 e/ou ≥90)	38	45,2
Total	84	100
Uso de Medicamento		
Sim	79	94,0
Não	5	6,0
Total	84	100

Durante a avaliação inicial, a maioria dos participantes (90,5%) relatou ter conhecimento de sua pressão arterial. No que se refere ao conhecimento da pressão arterial tida como normal, mais da metade dos indivíduos (54,8%) demonstrou ter conhecimento da mesma. Quanto ao controle da PA, 54,8% dos participantes do estudo tinham sua PA controlada. Avaliando o uso de medicamento, observou-se que 94% dos participantes fazem uso de medicação anti-hipertensiva. Embora 54,8% dos sujeitos apresentassem PA controlada, esperava-se uma proporção maior de indivíduos com a doença controlada, tendo em vista que a maioria conhecia a sua pressão arterial, a pressão arterial tida como ideal e faziam tratamento medicamentoso.

4.1.6 Conhecimento e Manejo dos Fatores de Risco

Os participantes foram questionados, no momento da entrevista inicial, sobre quais fatores de risco para hipertensão arterial eles conheciam, qual seria o fator mais difícil de controlar na opinião deles, se eles receberam de seus médicos orientações quanto à necessidade de hábitos de vida saudáveis, quando foram diagnosticados como hipertensos e, em caso afirmativo, se tiveram dificuldades com estas orientações, se eles recebiam apoio da família para o tratamento, se percebiam quando sua PA subia, e se já haviam participado de outros grupos. Os dados encontram-se descritos na tabela abaixo.

Tabela 9 - Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto em relação ao conhecimento e manejo dos fatores de risco (n=84)

Variável	n	%
Conhecimento Fatores de Risco		
Nenhum	16	19,0
Um ou Dois	62	73,8
Três ou Mais	6	7,2
Total	84	100
Fator Mais Difícil Controle		
Estresse	24	28,6
Obesidade	18	21,4
Cigarro	17	20,2
Sal	8	9,5
Falta de Atividade Física	7	8,3
Sedentarismo	4	4,8
Álcool	4	4,8
Outros	2	2,4
Total	84	100
Orientação Recebida		
Sim	70	83,3
Não	14	16,7
Total	84	100
Dificuldade com Orientação		
Sim	26	31,0
Não	44	52,4
Não recebeu	14	16,6
Total	84	100
Apoio Familiar no Tratamento		
Sim	55	65,5
Não	29	34,5
Total	84	100
Percepção do Aumento da PA		
Sim	45	53,6
Não	39	46,4
Total	84	100
Participou de Outros Grupos		
Sim	28	33,3
Não	56	66,7
Total	84	100

Com relação ao conhecimento dos fatores de risco para hipertensão arterial (hereditariedade, consumo excessivo de sal, sedentarismo, obesidade, estresse emocional, consumo excessivo de álcool, falta de atividade física e consumo de cigarro), a maioria dos participantes (73,8%) demonstrou conhecer somente um ou dois dos fatores de risco acima mencionados. Dentre os fatores mais difíceis de controlar, o estresse apareceu como o mais freqüente (28,6%), seguido da obesidade (21,4%) e do consumo de cigarro (20,2%). O estudo de Pessuto e Carvalho (1998), embora tenha sido publicado há mais de dez anos, chama a atenção para a interferência dos fatores de risco na HAS. De acordo com os participantes do estudo, 90% acreditava que o nervosismo interferia na PA, 67,2% reconheceram a interferência do tabaco, 85,7% destacaram a influência do sal na PA, 74,3% a do álcool e 35,7% acreditavam que a atividade física interferia na PA. No que se refere à orientação recebida pelos participantes quando obtiveram o diagnóstico de hipertensão arterial, a resposta foi afirmativa para a maioria dos indivíduos (83,3%), sendo que destes, 52,4% disseram não ter encontrado qualquer dificuldade em colocá-las em prática. Sabe-se que a orientação adequada acerca da doença, seus fatores de risco e tratamento é de fundamental importância para o controle adequado da PA. Quanto ao apoio familiar para o tratamento, mais da metade dos indivíduos (65,5%) referiu ter recebido auxílio de seus familiares para lidar com a doença. De acordo com Costa e Nogueira (2008) o envolvimento da família do paciente hipertenso é elemento essencial no plano terapêutico do paciente hipertenso, sendo que a falta do mesmo pode acarretar desinteresse pelo tratamento e dificuldade na adesão. Quando questionados se percebiam quando a PA aumentava, a maioria dos participantes (53,6%) disse apresentar sinais indicativos de aumento da pressão arterial (“dor na nuca”, “vista ruim”, “mal estar”, “tontura”). No estudo de Jesus et al. (2008) quando questionados a respeito do conhecimento sobre a hipertensão arterial menos da metade dos entrevistados referiu que a hipertensão não tem sintomas. Tais dados chamam a atenção uma vez que a hipertensão é uma doença geralmente silenciosa. Os sintomas citados são comuns e, portanto, podem ocorrer facilmente em decorrência de outras doenças, confundindo o paciente (PERES; MAGNA; VIANA, 2003). Considerando a participação em grupos ou palestras que tratassem do tema da hipertensão arterial, mais da metade dos indivíduos (66,7%) referiu nunca ter participado de qualquer tipo de trabalho informativo sobre a doença.

4.1.7 Instrumentos

4.1.7.1 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

O instrumento ISSL permite a avaliação dos sintomas de estresse. Inicialmente, avalia se o participante apresenta sintomatologia que indica a presença de estresse para, em caso afirmativo, identificar em qual fase do estresse o indivíduo se encontra. Em seguida fornece a predominância dos sintomas apresentados, indicando se é composta por sintomas de ordem física, psicológica ou ambas. Os resultados encontrados apresentam-se descritos na tabela abaixo:

Tabela 10 - Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto à presença de sintomas de estresse, fase do estresse e predominância da sintomatologia, avaliados pelo ISSL (n=84)

Presença de Estresse	n	%
Sim	45	53,6
Não	39	46,4
Total	84	100
Fase do Estresse		
Nenhuma	39	46,4
Alerta	2	2,4
Resistência	34	40,5
Quase Exaustão	6	7,1
Exaustão	3	3,6
Total	84	100
Predominância de Sintomas		
Nenhum	39	46,4
Psicológicos	26	31,0
Físicos	14	16,6
Ambos	5	6,0
Total	84	100

Observa-se predominância de sujeitos com presença de sintomas de estresse (53,6%), sendo que a maioria encontra-se na fase de resistência (40,5%), com maior frequência de sintomas psicológicos (31,0%). Estudos sugerem que indivíduos que apresentam resposta cardiovascular exagerada em situação de estresse laboral ou na vida cotidiana tendem a desencadear alterações no sistema cardiovascular que podem favorecer o desenvolvimento da HA, da doença coronariana e de outras doenças cardiovasculares (VIEIRA; LIMA, 2007). O efeito das técnicas de relaxamento sobre a PA tem sido bastante analisado, contudo os estudos ainda são pouco conclusivos. Porém, apesar de não haver estudos conclusivos a respeito, os profissionais de saúde deveriam recomendar que os pacientes utilizem de todas as técnicas de que dispõem para a diminuição do estresse, uma vez que o aumento da descarga simpática acarretada pelo estresse pode induzir as modificações nos níveis de PA e também dificultar a ação dos medicamentos anti-hipertensivos. (AMODEO, LIMA, 1996).

4.1.7.2 Inventário Beck de Depressão (BDI)

Os sintomas depressivos medidos pelo BDI bem como os dados referentes à presença de sintomas cognitivos e afetivos (BDI 13) estão descritos na Tabela 11:

Tabela 11 - Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto à gravidade de sintomas depressivos e presença de sintomatologia depressiva nos aspectos cognitivos/afetivos avaliados pelo BDI (n=84)

Score BDI	n	%
Mínimo	43	51,2
Leve	24	28,6
Moderado	16	19,0
Grave	1	1,2
Total	84	100

Score BDI 13	n	%
Presença de Sintomas Cognitivo-Afetivos	50	59,5
Ausência de Sintomas Cognitivo-Afetivos	34	40,5
Total	84	100

Os dados descritos na tabela indicam que 20,2% dos entrevistados apresentam sintomas indicativos de Transtorno Depressivo, uma vez que estão classificados entre os níveis moderado e grave. Nota-se que 59,5% dos participantes apresentam sintomas cognitivo/afetivos indicativos de depressão, quando sintomas físicos e de desempenho são retirados. De acordo com Amaral et al. (2007) a prevalência de transtorno depressivo em pacientes hipertensos tem sido relatada entre 18 e 37%, contudo ainda são poucos os estudos que relacionam essas duas variáveis sendo que as prevalências encontradas variam e podem depender da amostra e das escalas utilizadas. Os gráficos a seguir permitem melhor visualização dos dados apresentados. No Gráfico 2, a legenda “sem depressão” corresponde aos escores mínimo e leve, e “com depressão” aos escores moderado e grave.

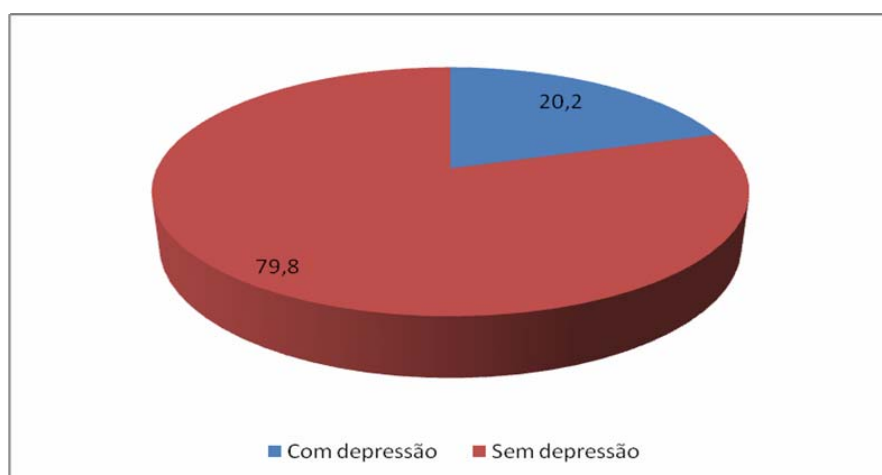


Gráfico 2 - Frequência de sintomas depressivos apresentados por pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto na avaliação convencional do BDI (n=84)

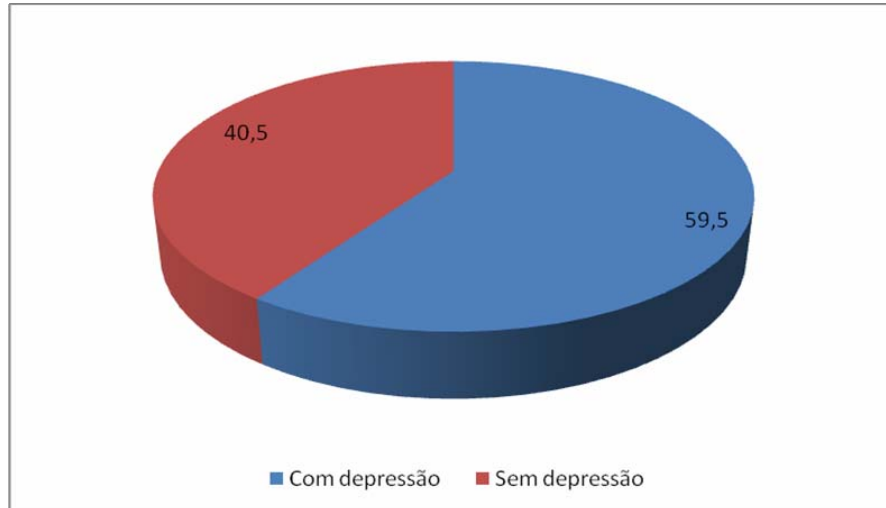


Gráfico 3 - Frequência de sintomas depressivos apresentados por pacientes hipertensos atendidos por Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto na avaliação do BDI 13 (n=84)

4.1.7.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Os sintomas de ansiedade medidos pelo BAI encontram-se descritos na tabela abaixo:

Tabela 12 - Caracterização de uma amostra de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto quanto à gravidade de sintomas ansiosos avaliados pelo BAI (n= 84)

Escore BAI	N	%
Mínimo	64	76,2
Leve	10	11,9
Moderado	7	8,3
Grave	3	3,6
Total	84	100

A partir dos resultados nota-se que 23,8% dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade, tendo em vista que estão classificados nos escores leve (11,9%), moderado (8,3%) e grave (3,6%). Sabe-se que quando co-existent às coronariopatias, altos níveis de ansiedade parecem estar relacionados a pior prognóstico (MOSER. et al., 2003; ROTHENBACHER. et al. Apud VILELA, 2008).

Contudo observa-se escassez de estudos brasileiros que correlacionem HAS e ansiedade.

4.2 Comparação Quantitativa entre GTCC e GO

Dentre os 22 participantes que aderiram aos grupos, 11 participaram do GTCC e 11 do GO. Apesar da inexistência de diferenças estatísticas significantes entre as variáveis dos GTCC e GO, tais dados serão apresentados para fim de análise comparativa qualitativa.

4.2.1 Aspectos Sociodemográficos dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO

A tabela a seguir descreve a amostra dos sujeitos que participaram dos grupos quanto a sexo, idade, estado civil, escolaridade, condição empregatícia e renda familiar.

Tabela 13 - Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) em relação aos dados sociodemográficos dos participantes na avaliação inicial e na reavaliação

Variável	GTCC		GO	
	Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%
Sexo				
Homens	0	0	1	9,1
Mulheres	11	100	10	90,9
Total	11	100	11	100
Idade				
Menos de 50 anos	1	9,1	0	0
50 – 60 anos	7	63,6	7	63,6
61 – 70 anos	2	18,2	1	9,1
71 – 80 anos	1	9,1	2	18,2
Mais de 80 anos	0	0	1	9,1
Total	11	100	11	100
Estado Civil				
Com companheiro	6	54,5	3	27,3
Sem companheiro	5	45,5	8	72,7
Total	11	100	11	100
Escolaridade				
Até Ensino Fundamental Completo	3	27,3	3	27,3
Ensino Médio Incompleto e acima	8	72,7	8	72,7
Total	11	100	11	100
Condição Empregatícia				
Empregado	7	63,6	5	45,5
Sem emprego ou aposentado	4	36,4	6	54,5
Total	11	100	11	100
Renda Familiar Mensal em Salários Mínimos				
Entre 1 e 3 SM	3	27,3	2	18,2
Mais de 3 SM	8	72,7	9	81,8
Total	11	100	11	100

Como se pode verificar, quanto ao gênero houve prevalência do sexo feminino em ambos os grupos. Com relação à idade, a faixa etária predominante foi a de 50 – 60 anos (63,6%) tanto para o GTCC como para o GO. Quanto ao estado civil, houve um predomínio de participantes casados ou amasiados (54,5%) no GTCC, o que pode favorecer, dentre outros fatores, o maior controle da doença, uma vez que o apoio familiar é elemento fundamental para que o paciente se interesse pelo seu tratamento (COSTA; NOGUEIRA, 2008). Já no GO a maioria dos participantes (72,7%) não possuía companheiro. No que diz respeito ao grau de instrução observa-se que a maioria dos participantes de ambos os grupos frequentou pelo menos até o ensino médio incompleto. Com relação à condição empregatícia e a renda familiar, no GTCC a maioria encontrava-se empregada (63,6%) e com renda familiar superior a três salários mínimos (72,7%). No GO a predominância foi de participantes sem emprego ou aposentados (54,5%) com renda superior a três salários mínimos (81,8%)

4.2.2 Aspectos Clínicos dos Pacientes Dos Grupos GTCC e GO

Os grupos GTCC e GO foram caracterizados de acordo com o relato verbal de seus participantes quanto às suas condições clínicas, como pode ser observado na Tabela 14.

Tabela 14 - Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) em relação aos aspectos clínicos durante a avaliação inicial e a reavaliação

Variável	GTCC				GO			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
IMC								
Peso Normal (18,5 – 24,9)	4	36,4	3	27,2	4	36,4	4	36,4
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	3	27,2	4	36,4	3	27,2	3	27,2
Obesidade ≥ 30	4	36,4	4	36,4	4	36,4	4	36,4
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Controle do Peso								
Sim	4	36,4	2	18,2	1	9,1	1	9,1
Não	7	63,6	9	81,8	10	90,9	10	90,9
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Colesterol alterado								
Sim	4	36,4	2	18,2	6	54,5	3	27,3
Não	7	63,6	8	72,7	5	45,5	8	72,7
Não Sabe	0	0	1	9,1	0	0	0	0
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Triglicérides alterado								
Sim	5	45,5	1	9,0	4	36,5	1	9,0
Não	5	45,5	7	63,6	6	54,5	10	91,0
Não Sabe	1	9,0	3	27,4	1	9,0	0	0
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Diabetes Melitus								
Sim	2	18,2	3	27,3	0	0	0	0
Não	9	81,8	8	72,7	11	100	11	100
Total	11	100	11	100	11	100	11	100

Notou-se que no GTCC, durante a avaliação inicial, 63,6% dos participantes apresentavam IMC acima das taxas de normalidade. Para o mesmo grupo, na reavaliação houve aumento de 9,2 pontos percentuais de pacientes com peso acima do normal. Já o GO não apresentou variação no índice durante as duas avaliações.

Levando-se em conta os resultados obtidos quanto ao controle do peso nas duas avaliações para cada um dos grupos, notou-se que o GTCC apresentou um aumento de 18,2 pontos percentuais dos participantes que passaram a não controlar o peso através de dieta alimentar, o que pode ter justificado o aumento da IMC na reavaliação. No GO não houve variação do controle do peso entre as duas avaliações.

No que se refere aos níveis de colesterol referido, a maioria dos participantes do GTCC relatou apresentar taxas dentro dos níveis normais, tanto na avaliação inicial (63,6%) quanto na reavaliação (72,7%), enquanto a maioria dos sujeitos do GO relataram nível de colesterol alterado na avaliação inicial (54,5%) e normalizado na reavaliação (72,7%). Quanto ao triglicérides, 45,5% dos participantes do GTCC relataram não apresentar o quadro e 45,5% disseram apresentá-lo durante a avaliação inicial. Na reavaliação houve aumento dos indivíduos que referiram triglicérides normal (63,6%) neste grupo. No GO observou-se predomínio de pacientes que relataram taxas de triglicérides normais na avaliação inicial (54,5%) e na reavaliação (91,0%).

Quanto ao *diabetes mellitus* no GTCC houve aumento do número de pacientes que referiram a doença entre a avaliação inicial (18,2%) e a reavaliação (27,3%). Um fator que pode ter favorecido esse aumento é o próprio relato dos pacientes que muitas vezes não condiz com as suas verdadeiras condições clínicas verificadas nos exames laboratoriais.

4.2.3 Conhecimento e Manejo da HAS dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO

Os participantes do GTCC e do GO foram questionados sobre o conhecimento que possuíam de sua pressão arterial, da pressão arterial tida como ideal e também quanto ao uso de medicamento anti hipertensivo. A pressão arterial dos sujeitos foi medida tanto na avaliação inicial quanto na reavaliação. Os resultados podem ser observados na tabela que se segue.

Tabela 15 - Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) em relação ao conhecimento da pressão arterial, o conhecimento da pressão arterial ideal, a classificação da pressão arterial e o uso de medicamento na avaliação inicial e na reavaliação

Variável	GTCC				GO			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Conhecimento da PA								
Sim	10	90,9	11	100	11	100	11	100
Não	1	9,1	0	0	0	0	0	0
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Conhecimento da PA ideal								
Sim	6	54,5	9	81,8	8	72,7	9	81,8
Não	5	45,5	2	18,2	3	27,3	2	18,2
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Classificação PA								
Controlada (<140 e/ou <90)	5	45,5	8	72,7	7	63,7	9	81,9
Não controlada (≥140 e/ou ≥90)	6	54,5	3	27,3	4	36,3	2	18,1
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Uso de medicamento								
Sim	11	100	11	100	9	81,8	9	81,8
Não	0	0	0	0	2	18,2	2	18,2
Total	11	100	11	100	11	100	11	100

De acordo com o que se pode observar, em ambos os grupos e nas duas avaliações a maioria dos participantes relatou que conhecia a sua pressão arterial.

Quanto ao conhecimento da pressão arterial tida como normal, entre as duas avaliações houve aumento de 27,3 pontos percentuais dos pacientes do GTCC que passaram a ter conhecimento da mesma. Este dado pode estar relacionado à ênfase dada nos encontros para informações sobre a HAS e seus fatores de risco, especialmente no segundo encontro em que a partir da “dinâmica do bingo” os participantes eram convidados a refletir sobre o tema da HAS. Já no GO o aumento foi de 9,1 pontos percentuais entre as avaliações.

Considerando-se o controle da pressão arterial, no GTCC a porcentagem de participantes com a PA controlada passou de 45,5% para 72,7%, representando um aumento de 27,2 pontos percentuais. No GO o aumento dos pacientes com PA controlada foi de 18,2 pontos percentuais entre as duas avaliações. Pode-se inferir que o fato do GTCC focar exclusivamente no tema da HAS e a utilização de técnicas para mudança de comportamento favoreceu o aumento do número de pacientes com PA controlada neste grupo isto quando comparado ao GO, que por sua vez tinha seus temas variados e não utilizava de técnicas cognitivo comportamentais.

Quanto ao uso de medicamento, para ambos os grupos e nas duas avaliações não houve diferenças entre os participantes.

Para cada encontro dos grupos GTCC e GO foi calculada a média aritmética da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) dos participantes que compareceram aos grupos. Estes dados podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 16 - Média aritmética da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) por encontros dos pacientes dos grupos GTCC e GO

Encontro	GTCC			GO		
	n	Média PAS (mmHg)	Média PAD (mmHg)	n	Média PAS (mmHg)	Média PAD (mmHg)
1º	11	124,5	78,5	11	133,8	81,6
2º	9	124,1	76,6	11	124,3	77,9
3º	11	127,8	76,9	9	129,4	76,2
4º	9	123,6	76,8	10	123,8	74,6
5º	8	120,7	75,6	9	123,8	76,4
6º	9	126,2	75,5	9	126,4	78,3
7º	9	123,6	77,9	9	126,8	74,3
8º	8	122,2	75,5	9	125,6	76,3

Comparando-se os grupos GTCC e GO não houve variações importantes nas medidas de pressão. O que também não foi verificado ao longo das sessões como pode-se observar na visualização do Gráfico 4.

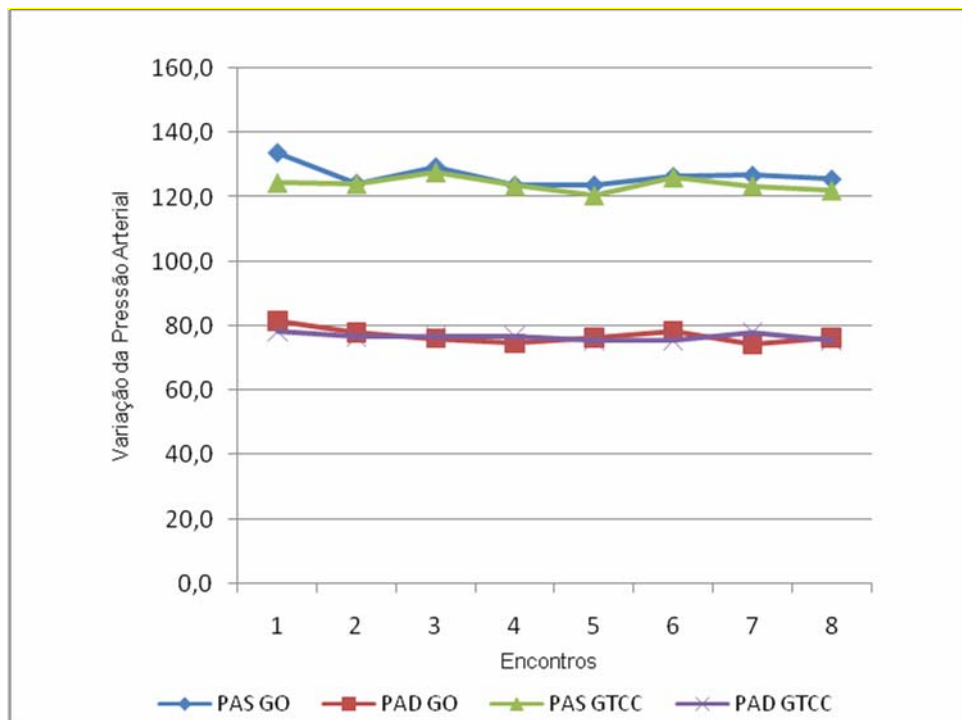


Gráfico 4 – Variações da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) por encontros dos pacientes dos grupos GTCC e GO

4.2.4 Hábitos de Vida dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO

Os hábitos de vida dos integrantes do GTCC e do GO estão descritos na Tabela 17.

Tabela 17 - Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) em relação aos hábitos de vida durante a avaliação e a reavaliação

Variável	GTCC				GO			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividade Física								
Pratica	3	27,3	5	45,5	5	45,5	4	36,4
Não pratica	8	72,7	5	45,5	6	54,5	5	45,5
As vezes	0	0	1	9,0	0	0	2	18,1
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Modificação na Alimentação								
Sim	9	81,8	9	81,8	6	54,5	8	72,7
Não	2	18,2	2	18,2	5	45,5	3	27,3
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Uso de álcool								
Sim	7	63,6	8	72,7	7	63,6	7	63,6
Não	4	36,4	3	27,3	4	36,4	4	36,4
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Uso de cigarro								
Sim	0	0	0	0	2	18,2	2	18,2
Não	11	100	11	100	9	81,8	9	81,8
Total	11	100	11	100	11	100	11	100

Na avaliação inicial a maioria dos participantes do GTCC relatou não praticar atividade física regularmente (72,7%), o mesmo aconteceu com o GO (54,5%). Os dados da reavaliação indicam que para o GTCC houve aumento de 18,2 pontos percentuais daqueles sujeitos que adquiriram o hábito regularmente. A utilização do registro da atividade física associada às informações que ressaltavam a importância da mesma para o controle da HAS pode ter contribuído para que aumentasse o número de participantes do GTCC que passaram a praticar atividade física com

regularidade. Já no GO, na reavaliação, houve diminuição de 9,1 pontos percentuais dos participantes que praticavam atividade física com frequência.

Dos 11 integrantes do GTCC, na avaliação inicial, 9 (81,8%) relataram modificações na alimentação para o controle da hipertensão arterial, número este que se manteve igual na reavaliação. Quanto ao GO, 6 (54,5%) participantes disseram apresentar modificações na alimentação; na reavaliação este número subiu para 8 (72,7%). Pode-se inferir que, embora no GO não fossem utilizadas quaisquer técnicas para mudança de comportamento, os temas discutidos nas aulas expositivas (diabetes, obesidade, hipertensão) ressaltavam a importância de uma alimentação saudável.

No que se refere ao uso de álcool a maioria dos participantes dos dois grupos na avaliação inicial e reavaliação relatou consumir bebida alcoólica.

Quanto ao consumo de cigarro tanto no GTCC como no GO, nas duas avaliações, houve predomínio de indivíduos que não faziam uso de cigarro.

4.2.5 Instrumentos

4.2.5.1 Inventário de Stress para adultos de Lipp (ISSL) dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO

Na tabela a seguir estão descritas as frequências quanto à presença de sintomas de estresse, a fase nas quais os participantes dos grupos se encontram e a predominância da sintomatologia em aspectos físicos e psicológicos, nos dois momentos de avaliação.

Tabela 18 - Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) quanto a presença de sintomas de estresse, segundo os critérios do ISSL, na avaliação inicial e na reavaliação

ISSL	GTCC				GO			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Presença de estresse								
Sim	7	63,6	5	45,5	6	54,5	2	18,2
Não	4	36,4	6	54,5	5	45,5	9	81,8
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Fase do estresse								
Nenhuma	4	36,4	6	54,5	5	45,5	9	82,0
Alerta	0	0	0	0	0	0	0	0
Resistência	7	63,6	4	36,4	5	45,5	1	9,0
Quase exaustão	0	0	0	0	1	9,0	0	0
Exaustão	0	0	1	9,1	0	0	1	9,0
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Predomínio de sintomas								
Nenhum	4	36,4	6	54,6	5	45,5	9	81,9
Físicos	2	18,2	1	9,0	4	36,4	0	0
Psicológicos	4	36,4	4	36,4	2	18,1	2	18,1
Ambos	1	9,0	0	0	0	0	0	0
Total	11	100	11	100	11	100	11	100

Pode-se observar que na avaliação inicial a maioria dos participantes do GTCC e do GO apresentou sintomas indicativos de estresse. A reavaliação mostrou que os participantes tanto do GTCC quanto do GO obtiveram diminuição de 18,1 e 36,3 pontos percentuais respectivamente no que se refere à presença de estresse. Para o GTCC essa diminuição pode estar relacionada ao treino do relaxamento muscular progressivo (JACOBSON, 1938) que era realizado durante os encontros e proposto que os participantes o realizassem em suas casas, como instrumento para lidar com o estresse e a ansiedade. Já no GO uma explicação possível seria o próprio apoio social do grupo estar funcionando como variável que ajudaria na redução do estresse.

Quanto à fase de estresse em que os participantes se encontravam, houve queda de 27,2 e 36,5 pontos percentuais entre as duas avaliações dos participantes do GTCC e GO, respectivamente, que se classificaram na fase de resistência. Na reavaliação a maioria dos participantes de ambos os grupos não apresentavam estresse.

No GTCC, durante a avaliação, 36,4% dos participantes com estresse tinham como sintomas predominantes os psicológicos, permanecendo o mesmo na reavaliação. Já no GO 36,4% tinham predomínio de sintomas físicos e 18,1% sintomas psicológicos na avaliação inicial. Na reavaliação a porcentagem de indivíduos com predomínio de sintomas psicológicos permaneceu a mesma e não houve predomínio de sintomas físicos.

Observa-se que, independentemente do grupo ao qual participaram, os pacientes em geral apresentaram redução da presença de estresse, com aumento do número de participantes que não estavam em nenhuma fase de estresse de 36,4% para 54,6% no GTCC e de 45,5% para 81,9% no GO.

4.2.5.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI) dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO

A comparação entre os sintomas depressivos dos participantes dos grupos GTCC e GO foi realizada a partir da correção do BDI da maneira convencional e também com a correção que leva em conta apenas a sintomatologia afetiva e cognitiva (BDI 13), como mostra a tabela a seguir.

Tabela 19 - Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) quanto à gravidade de sintomas depressivos e presença de sintomatologia depressiva nos aspectos cognitivos/afetivos pelo BDI durante a avaliação inicial e reavaliação

BDI	GTCC				GO			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Escore BDI								
Mínimo	7	63,6	6	54,5	8	72,7	8	72,7
Leve	4	36,4	5	45,5	2	18,2	2	18,2
Moderado	0	0	0	0	1	9,1	1	9,1
Grave	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	11	100	11	100	11	100	11	100
Escore BDI 13								
Presença sintoma cog/afetivo	6	54,5	7	63,6	4	36,4	3	27,3
Ausência sintoma cog/afetivo	5	45,5	4	36,4	7	63,6	8	72,7
Total	11	100	11	100	11	100	11	100

Pode-se observar que no GTCC e no GO os participantes não apresentaram sintomas indicativos de depressão em nenhuma das duas avaliações.

No que se refere à cotação do instrumento levando-se em conta os sintomas cognitivos/afetivos, notou-se que o GTCC apresentou em sua maioria presença de sintomas cognitivos/afetivos tanto na avaliação inicial (54,5%) quanto na reavaliação (63,6%). Pode-se inferir que este achado seja decorrente da interferência do encontro dedicado à importância de se reconhecer as emoções (6º encontro). Este encontro tinha como objetivo sensibilizar os participantes sobre a importância de se reconhecer e nomear as emoções e ainda refletir sobre aspectos que podem influenciar o estado emocional. Isto pode ter ajudado os pacientes a uma melhor discriminação de seus sentimentos e maior verbalização de sintomas, o que culminou em um aumento de pacientes com sintomas cognitivos/afetivos na reavaliação, como mostrou o instrumento. Este dado mostra uma limitação da intervenção, uma vez que seria importante a existência de mais encontros dedicados a instrumentalizar os participantes a lidar com suas emoções, e não somente focar na discriminação das mesmas. No GO, na avaliação inicial (63,6%) e na reavaliação (72,7%) a maioria dos integrantes apresentou ausência de sintomas cognitivos/afetivos indicativos de depressão.

As variações observadas podem estar comprometidas pelo pequeno número de sujeitos.

4.2.5.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) dos Pacientes dos Grupos GTCC e GO

Os resultados referentes aos sintomas de ansiedade encontram-se na tabela a seguir.

Tabela 20 - Caracterização dos grupos GTCC (n=11) e GO (n=11) quanto à gravidade de sintomas de ansiedade aferidos pelo BAI durante a avaliação inicial e reavaliação

BAI	GTCC				GO			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Escore BAI								
Mínimo	9	81,8	9	81,8	8	72,7	8	72,7
Leve	2	18,2	2	18,2	2	18,2	3	27,3
Moderado	0	0	0	0	1	9,1	0	0
Grave	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	11	100	11	100	11	100	11	100

Pode-se observar que para ambos os grupos e em ambas as avaliações a maioria dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade mínimos ou leve, ou seja, $BAI \leq 10$ como pode ser observado na Tabela 20.

Torna-se importante ressaltar que o número pequeno de participantes dificultou o aparecimento de diferenças estatísticas significantes. Portanto, nas análises foram ressaltadas algumas tendências na comparação entre os grupos GTCC e GO.

4.3 Comparação Quantitativa entre Adesão X Não Adesão

Dentre os 84 entrevistados que participaram do estudo, 22 aceitaram participar dos grupos oferecidos, o que representou 26,2% da amostra. O restante, 62 participantes (73,8%), não atingiu a frequência mínima exigida para a participação nos grupos (4 encontros).

Para os dados quantitativos serão apresentadas análises estatísticas comparativas entre aqueles que aderiram ao tratamento e aqueles que não aderiram.

4.3.1 Aspectos Sociodemográficos dos Grupos Adesão x Não Adesão

A tabela a seguir mostra a caracterização dos participantes do Grupo Adesão e do Grupo Não Adesão segundo o sexo, a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, a condição empregatícia e a renda familiar mensal.

Tabela 21 - Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação aos dados sociodemográficos de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto

Variável	Grupo Adesão		Grupo Não Adesão	
	Avaliação n	%	Avaliação n	%
Sexo*				
Homens	1	4,5	19	30,6
Mulheres	21	95,5	43	69,4
Total	22	100	62	100
Idade				
Menos de 50 anos	1	4,5	9	14,5
50 – 60 anos	14	63,8	18	29,0
61 – 70 anos	3	13,6	15	24,2
71 – 80 anos	3	13,6	15	24,2
Mais de 80 anos	1	4,5	5	8,1
Total	22	100	62	100
Estado Civil*				
Com Companheiro	9	40,9	42	67,7
Sem Companheiro	13	59,1	20	32,3
Total	22	100	62	100
Escolaridade*				
Até Ensino Fundamental Completo	6	27,3	39	62,9
Ensino Médio Incompleto e Acima	16	72,7	23	37,1
Total	22	100	62	100
Condição Empregatória				
Empregado	12	54,5	21	33,9
Sem Emprego ou Aposentado	10	45,5	41	66,1
Total	22	100	62	100
Renda Familiar Mensal em Salários Mínimos*				
Entre 1 e 3 SM	5	22,7	27	43,5
Mais de 3 SM	17	77,3	35	56,5
Total	22	100	62	100

*diferença estatística significativa

Foi constatada diferença estatística significativa entre o Grupo Adesão e o Grupo Não Adesão nas variáveis sexo, estado civil, nível de escolaridade e renda familiar. Notou-se no Grupo Adesão predomínio de mulheres (95,5%) comparado a 69,4% de participantes do sexo feminino no Grupo Não Adesão ($p=0,01$). Este dado corrobora o estudo de Milagres (2008) em que 90% dos participantes hipertensos que freqüentavam um grupo de educação em saúde eram do sexo feminino. Os dados fortalecem a hipótese de que as mulheres tem uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e por isso desenvolvem melhores relações com os serviços de saúde (VERAS; OLIVEIRA, 2009). Quanto ao estado civil 59,1% dos participantes do Grupo Adesão não possuía companheiro sendo que no Grupo Não Adesão esta variável representou 32,3% ($p=0,03$). Este dado contradiz estudos que sugerem que hipertensos casados aderem ao tratamento duas vezes mais quando comparados aos solteiros (VERAS; OLIVERA, 2009). Neste estudo pode-se inferir que os grupos tenham adquirido a função de suporte social, uma vez que possibilitava trocas de experiências e aquisição de novos relacionamentos interpessoais. Na falta de um companheiro que incentivasse o tratamento, o grupo com seus integrantes pode ter adquirido a função de apoio emocional e, sobretudo espaço para troca de idéias e sugestões para mudança de estilo de vida. Houve uma prevalência de indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados no Grupo Adesão (72,7%), quando comparados a 37,1 % da amostra do Grupo Não Adesão ($p=0,004$). O nível de escolaridade além de ser uma variável que influi diretamente na assimilação das orientações acerca da doença, neste caso, pode ter favorecido para que os sujeitos convidados a participar do estudo compreendessem os objetivos do mesmo e frequentassem as atividades em grupo propostas. A maioria dos participantes do Grupo Adesão possuía renda familiar acima de três salários mínimos (77,3%) comparados a 56,5% dos indivíduos do Grupo Não Adesão ($p=0,03$). O estudo de Almeida et al. (1999) que buscava delinear o perfil epidemiológico de diabéticos em Juiz de Fora mostrou que o número de pessoas que tratam irregularmente a doença é muito maior quando a renda familiar é baixa, e ainda que a renda muitas vezes está associada a um baixo nível educacional, o que vai de encontro com os dados deste estudo.

4.3.2 Aspectos Clínicos dos Grupos Adesão x Não Adesão

A Tabela 22 apresenta a distribuição das variáveis clínicas relatadas pelos pacientes do grupo que aderiram comparados com aqueles que não aderiram ao tratamento durante a avaliação inicial e a reavaliação.

Tabela 22 - Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação aos aspectos clínicos de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto

Variável	Grupo Adesão				Grupo Não Adesão			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
IMC								
Peso Normal (18,5 – 24,9)	8	36,4	7	31,8	13	21,0	15	24,2
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	6	27,2	7	31,8	19	30,6	17	27,4
Obesidade ≥ 30	8	36,4	8	36,4	30	48,4	30	48,4
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Controle do Peso								
Sim	5	22,7	3	13,6	19	30,6	21	33,9
Não	17	77,3	19	86,4	43	69,4	41	66,1
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Colesterol								
Sim	10	45,5	5	22,7	23	37,1	17	27,4
Não	12	54,5	16	72,7	30	48,4	36	58,1
Não Sabe	0	0	1	4,6	9	14,5	9	14,5
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Triglicérides								
Sim	9	40,9	2	9,1	15	24,2	17	27,4
Não	11	50,0	17	77,3	30	48,4	34	54,8
Não Sabe	2	9,1	3	13,6	17	27,4	11	17,8
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Diabetes Mellitus*								
Sim	2	9,1	3	13,6	25	40,3	26	41,9
Não	20	90,9	19	86,4	37	59,7	36	58,1
Total	22	100	22	100	62	100	62	100

*diferença estatística significante

Das variáveis acima relacionadas foi constatada diferença estatística significativa entre o Grupo Adesão e o Grupo Não Adesão na variável *diabetes mellitus* nos momentos avaliação inicial e reavaliação. No Grupo Não Adesão, durante a avaliação inicial, 40,3% dos participantes apresentavam a doença, enquanto no Grupo Adesão somente 9,1% eram diabéticos, ($p=0,007$). Já na reavaliação 41,9% apresentavam diabetes no Grupo Não Adesão comparados a 13,6% no Grupo Adesão ($p=0,02$). Enquanto em muitos casos o que se observa é que a presença de comorbidade favorece a adesão (OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010), neste estudo o resultado foi paradoxal. Tendo em vista que a co-existência de HAS e *diabetes mellitus* multiplica de maneira exponencial o risco de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (CAZARINI et al., 2002), torna-se importante que as equipes de saúde procurem incentivar a participação dos pacientes em atividades grupais como mais uma alternativa de prevenir complicações.

Apesar de não apresentarem diferença estatística significativa, as demais variáveis clínicas serão apresentadas de forma descritiva e analisadas qualitativamente, uma vez que são relevantes para melhor compreensão do tema da HAS. No que se refere ao IMC, em ambos os grupos e nos dois momentos de avaliação, a maior parte dos participantes apresentava IMC acima das taxas de normalidade. Da mesma forma, mais da metade deles relatou não fazer controle do peso. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlaciona-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas (SBC, 2010), contudo o que se observa é que a participação nos grupos não foi suficiente para estimular a reeducação alimentar e consequente redução do IMC. Este fato pode estar relacionado ao pouco tempo destinado a informações sobre alimentação e obesidade e ao não seguimento das orientações por parte dos participantes. Quanto aos níveis de colesterol e triglicérides, tanto no Grupo Adesão como no Grupo Não Adesão, na Reavaliação, houve aumento dos indivíduos que disseram não apresentar os quadros.

4.3.3 Conhecimento e Manejo da HAS dos Grupos Adesão x Não Adesão

Os pacientes foram questionados durante as duas avaliações sobre aspectos específicos da hipertensão arterial, ou seja, se tinham conhecimento de sua pressão arterial, se conheciam a pressão arterial tida como ideal (aqui considerada 120x80 mmHg) e se faziam uso de medicamento. Além disso, a pressão arterial dos participantes foi medida após ambas as avaliações e classificada de acordo com os resultados demonstrados na tabela abaixo:

Tabela 23 - Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação ao conhecimento e manejo da HAS de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto

Variável	Grupo Adesão				Grupo Não Adesão			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Conhecimento da PA*								
Sim	21	95,5	22	100	55	88,7	47	75,8
Não	1	4,5	0	0	7	11,3	15	24,2
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Conhecimento da PA* Ideal								
Sim	14	63,6	18	81,8	32	51,6	31	50,0
Não	8	36,4	4	18,2	30	48,4	31	50,0
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Classificação PA								
Controlada (<140 e/ou<90)	12	54,5	17	77,3	34	54,8	44	71,0
Não Controlada (≥140 e/ou ≥90)	10	45,5	5	22,7	28	45,2	18	29,0
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Uso de Medicamento								
Sim	20	90,9	20	90,9	59	95,2	57	91,9
Não	2	9,1	2	9,1	3	4,8	5	8,1
Total	22	100	22	100	62	100	62	100

*diferença estatística significativa

Dentre as variáveis relacionadas ao conhecimento e manejo da HAS foi constatada diferença estatística significativa entre o Grupo Adesão e o Grupo Não Adesão, na avaliação final, no conhecimento da PA ($p=0,001$) e no conhecimento da PA tida como ideal ($p=0,009$), indicando que no Grupo Adesão 100% dos participantes passaram a ter conhecimento de sua própria PA após os encontros em grupo, enquanto no Grupo Não Adesão essa variável representou 75,8% da amostra. O fato de a PA dos participantes dos grupos ser mensurada ao início e final de todos os encontros pode ter favorecido para que os mesmos conhecessem os valores de sua própria PA. Quando os indivíduos reconhecem sua condição e aderem ao tratamento proposto observa-se um maior controle da doença (NOGUEIRA et al., 2010). Da mesma forma, para a variável conhecimento da PA tida como ideal, 81,8% dos entrevistados no Grupo Adesão, na avaliação final, tinham conhecimento da mesma, enquanto que, daqueles que não participaram dos encontros, metade (50,0%) sabia quais eram os valores de PA ideais. Este dado mostra que os encontros destinados a informação sobre a HAS favoreceram que os participantes dos grupos tivessem maior conhecimento sobre a PA tida como normal. As demais variáveis não apresentaram diferença estatística significativa entre os dois grupos, porém foram descritas diante de sua importância para o tema estudado.

No que se refere à classificação da PA mensurada, durante a Avaliação Inicial, em ambos os grupos, mais da metade dos pacientes apresentava PA controlada. Para os pacientes do Grupo Adesão, na Reavaliação, houve aumento de 22,8 pontos percentuais daqueles que apresentavam PA controlada, enquanto no Grupo Não Adesão esta diferença foi 16,2 pontos. As medidas de PA realizadas em todos os encontros e as orientações sugeridas para um maior controle da PA podem explicar o aumento dos indivíduos com PA controlada no Grupo Adesão. Avaliando o uso de medicamento, observa-se que cerca de 90% dos participantes de ambos os grupos, nas duas avaliações, fazem uso de medicação anti-hipertensiva.

4.3.4 Conhecimento e Manejo dos Fatores de Risco dos Grupos Adesão x Não Adesão

Os participantes dos dois grupos foram questionados, no momento da entrevista inicial, sobre quais fatores de risco para hipertensão arterial eles conheciam, qual seria o fator mais difícil de controlar na opinião deles, se receberam de seus médicos orientações quanto à necessidade de hábitos de vida saudável quando foram diagnosticados como hipertensos e, em caso afirmativo, se

tiveram dificuldades para seguir estas orientações, se recebiam apoio da família para o tratamento, se percebiam quanto sua PA subia e se já haviam participado de outros grupos. Os dados encontram-se descritos na tabela abaixo.

Tabela 24 - Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação ao conhecimento e manejo dos fatores de risco de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto

Variável	Grupo Adesão		Grupo Não Adesão	
	Avaliação Inicial		Avaliação Inicial	
	n	%	n	%
Conhecimento Fatores de Risco				
Nenhum	4	18,2	12	19,4
Um ou Dois	16	72,7	46	74,2
Três ou Mais	2	9,1	4	6,4
Total	22	100	62	100
Fator Mais Difícil Controle				
Sal	0	0	8	12,9
Sedentarismo	1	4,5	3	4,8
Obesidade	5	22,8	13	21,0
Estresse	7	31,8	17	27,4
Álcool	1	4,5	3	4,8
Falta de atividade física	2	9,1	5	8,2
Cigarro	6	27,3	11	17,7
Outros	0	0	2	3,2
Total	22	100	62	100
Orientação Recebida				
Sim	16	72,7	54	87,1
Não	6	27,3	8	12,9
Total	22	100	62	100
Dificuldade Com Orientação				
Sim	8	36,4	18	29,0
Não	8	36,4	36	58,1
Não Recebeu	6	27,2	8	12,9
Total	22	100	62	100
Apoio Familiar no Tratamento				
Sim	12	54,5	43	69,4
Não	10	45,5	19	30,6
Total	22	100	62	100

Continua

Variável	Conclusão			
	Grupo Adesão		Grupo Não Adesão	
	Avaliação Inicial		Avaliação Inicial	
	n	%	n	%
Percepção do Aumento da PA				
Sim	12	54,5	33	53,2
Não	10	45,5	29	46,8
Total	22	100	62	100
Participou de Outros Grupos				
Sim	4	18,2	24	38,7
Não	18	81,8	38	61,3
Total	22	100	62	100

Das variáveis da tabela acima, nenhuma apresentou diferença estatística significativa entre os dois grupos comparados. Com relação ao conhecimento dos fatores de risco para hipertensão arterial (hereditariedade, consumo excessivo de sal, sedentarismo, obesidade, estresse emocional, consumo excessivo de álcool, falta de atividade física e consumo de cigarro), tanto os participantes do Grupo Adesão (72,7%) quanto os do Grupo Não Adesão (74,2%) demonstraram conhecer um ou dois dos fatores de risco acima mencionados. Como o fator mais difícil de controlar, o estresse apareceu com maior frequência, tanto para o Grupo Adesão (31,8%) como para o Grupo Não Adesão (27,4%). Observou-se que os pacientes de ambos os grupos apresentavam pouco conhecimento sobre os fatores de risco para HAS. Quanto maior o grau de conhecimento do paciente sobre sua doença e seus fatores de risco, maior o comprometimento no auto cuidado e na adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não (OSHIRO; CASTRO; CYMROT, 2010). Pode-se inferir que no Grupo Não Adesão o baixo conhecimento sobre os fatores de risco foi uma variável que favoreceu a não participação nos grupos. No que se refere à orientação recebida pelos participantes quando eram informados sobre o diagnóstico de hipertensão arterial, a resposta foi afirmativa para a maioria dos indivíduos de ambos os grupos, sendo que, daqueles que receberam orientação do Grupo Adesão (72,7%), metade (36,4%) não apresentou dificuldades em segui-las e a maioria do Grupo Não Adesão orientada quando recebeu o diagnóstico (87,1%)

relatou não ter encontrado qualquer dificuldade (58,1%). Quanto ao apoio familiar para o tratamento, mais da metade dos indivíduos do Grupo Adesão (54,5%) e do Grupo Não Adesão (69,4%) relatou receber auxílio de seus familiares para lidar com a doença. A família tem grande importância na evolução da doença, por esse motivo e sobretudo pelas modificações no estilo de vida necessárias para o controle da mesma os familiares devem ser incluídos no contexto do tratamento (VERAS; OLIVEIRA, 2009). Quando questionados quanto à percepção do aumento da PA, a maioria dos participantes de ambos os grupos disse apresentar sinais indicativos de aumento da pressão arterial. O fato dos pacientes atribuírem sinais e sintomas à HAS é um fator que deve ser considerado, sobretudo porque muitas vezes a necessidade do tratamento contínuo não é compreendida e alguns pacientes acabam ingerindo medicamentos apenas quando sentem os “sintomas” que incomodam, aumentando dessa forma o risco de ocorrerem complicações cardiovasculares (CARVALHO; TELAROLLO Jr.; MACHADO, 1998). Considerando a participação em grupos ou palestras que tratassem do tema da hipertensão arterial, grande parte dos indivíduos do Grupo Adesão (81,8%) e mais da metade do Grupo Não Adesão (61,3%) referiu nunca ter participado de qualquer tipo de trabalho informativo sobre a doença. O fato de boa parte dos participantes do Grupo Não Adesão já terem participado de encontros/palestras sobre HAS pode ter sido um fator que desmotivou a participação nos grupos propostos neste estudo.

4.3.5 Hábitos de Vida dos Grupos Adesão x Não Adesão

Quanto aos hábitos de vida dos integrantes do Grupo Adesão e do Grupo Não Adesão os resultados podem ser observados na tabela a seguir:

Tabela 25 - Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) em relação aos hábitos de vida durante a avaliação e a reavaliação de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto

Variável	Grupo Adesão				Grupo Não Adesão			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Atividade Física								
Prática	8	36,4	9	40,9	16	25,8	21	33,8
Não Prática	14	63,6	10	45,5	40	64,5	37	59,7
Às Vezes	0	0	3	13,6	6	9,7	4	6,5
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Modificação na Alimentação								
Sim	15	68,2	17	77,3	46	74,2	40	64,5
Não	7	31,8	5	22,7	16	25,8	22	35,5
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Uso de Álcool								
Sim	14	63,6	15	68,2	28	45,2	35	56,5
Não	8	36,4	7	31,8	34	54,8	27	43,5
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Uso de Cigarro								
Sim	2	9,1	2	9,1	9	14,5	10	16,1
Não	20	90,9	20	90,9	53	85,5	52	83,9
Total	22	100	22	100	62	100	62	100

Nas variáveis apresentadas na Tabela 25, não houve diferença estatística significativa entre o grupo que aderiu ao tratamento e aquele que não aderiu, por isso os dados analisados serão apresentados somente na forma descritiva. Quanto à prática de atividade física, na avaliação inicial, a maioria dos pacientes de ambos os grupos relatou não praticar exercício físico. Já na reavaliação do Grupo Adesão houve aumento dos indivíduos que se dedicaram a esta prática regularmente (40,9%) ou esporadicamente (13,6%), enquanto que no Grupo Não Adesão mais da metade (59,7%) permaneceu não realizando qualquer tipo de atividade física. Com relação à modificação na alimentação relacionada ao controle da hipertensão arterial, no Grupo Adesão houve aumento de 9,1 pontos percentuais entre aqueles que disseram ter modificado sua alimentação; já no Grupo Não Adesão houve queda

de 9,7 pontos percentuais para a mesma variável. No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, mais da metade dos indivíduos do Grupo Adesão relataram o consumo das mesmas. Considerando o hábito de fumar, a maioria dos integrantes de ambos os grupos disseram não fazer uso de cigarro, de acordo com o que se pode observar na tabela. A melhora apresentada pelos participantes do Grupo Adesão quanto à atividade física e modificação alimentar indica que os grupos, seja GTCC ou GO, podem ter contribuído para a promoção de saúde dos integrantes, favorecendo a capacitação e instrumentalização dos mesmos para controlar sua saúde. Através dos grupos, que favoreceram a troca de informações, os participantes puderam tomar consciência de sua situação de saúde e conduziram mudanças que favoreceram a prevenção de complicação e inclusive o controle da PA, através de hábitos e atitudes mais saudáveis (aumento da atividade física e modificação da alimentação). Dessa forma, o trabalho em grupo se mostra como uma ferramenta para se buscar a promoção de saúde, permitindo a ampliação de conhecimentos e obtenção de melhores condições de saúde e qualidade de vida (FRANCIONI; SILVA, 2007; SANTOS; LIMA, 2008)

4.3.6 Instrumentos

4.3.6.1 Inventário de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) dos Grupos Adesão x Não Adesão

Na Tabela 26 encontram-se descritas as frequências quanto à presença de sintomas de estresse, a fase nas quais os sujeitos se encontram e a predominância da sintomatologia em aspectos físicos e psicológicos, comparando-se os dois grupos (Adesão x Não Adesão) nos dois momentos de avaliação.

Tabela 26 - Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) quanto à presença de sintomas de estresse, segundo os critérios do ISSL, na avaliação inicial e na reavaliação de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto

ISSL	Grupo Adesão				Grupo Não Adesão			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Presença de Estresse*								
Sim	13	59,1	7	31,8	32	51,6	35	56,5
Não	9	40,9	15	68,2	30	48,4	27	43,5
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Fase do Estresse								
Nenhuma	9	40,9	15	68,2	30	48,4	27	43,5
Alerta	0	0	0	0	2	3,2	1	1,6
Resistência	12	54,6	5	22,7	22	35,5	29	46,8
Quase	1	4,5	0	0	5	8,1	5	8,1
Exaustão	0	0	2	9,1	3	4,8	0	0
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Predomínio de Sintomas								
Nenhum	9	40,9	15	68,2	30	48,4	27	43,5
Psicológicos	6	27,3	6	27,3	20	32,3	21	33,9
Físicos	6	27,3	1	4,5	8	12,9	12	19,4
Ambos	1	4,5	0	0	4	6,4	2	3,2
Total	22	100	22	100	62	100	62	100

*diferença estatística significativa

Analisando-se os dados do ISSL observou-se diferença estatística significativa entre os dois grupos estudados no que se refere à variável presença de estresse durante a reavaliação ($p=0,05$). Nota-se que no Grupo Não Adesão a porcentagem de indivíduos que apresentavam sintomas indicativos de estresse era maior (56,5%), enquanto que entre os participantes do Grupo Adesão, a presença de estresse representava 31,8%. Este dado sugere que a participação nos grupos pode, através da troca de experiências e ajuda mútua, ter favorecido para que os participantes se percebessem com mais recursos pessoais para lidar com os estressores, além de interpretarem os mesmos como sendo menos ameaçadores.

Não foi observada diferença estatística significativa nas outras categorias, contudo elas serão apresentadas de forma descritiva. Quanto à fase de estresse em que os indivíduos do Grupo Adesão se encontravam, durante as duas avaliações, houve uma diminuição de 31,9 pontos percentuais daqueles que estavam na fase de

resistência. Já para o Grupo Não Adesão houve um aumento de 35,5% para 46,8% dos pacientes que se enquadravam nesta fase.

No que se refere aos sintomas predominantes, no Grupo Adesão enquanto a predominância de sintomas psicológicos permaneceu a mesma entre as avaliações, os sintomas físicos tiveram uma diminuição de 22,8 pontos percentuais. No Grupo Não Adesão observou-se aumento tanto dos sintomas físicos como dos psicológicos na reavaliação.

4.3.6.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI) dos Grupos Adesão x Não Adesão

A comparação entre a avaliação inicial e a reavaliação quanto aos sintomas indicativos de depressão dos pacientes foi realizada com a correção do BDI da maneira convencional e também com a correção que leva em conta apenas a sintomatologia afetiva/cognitiva, quando sintomas físicos e de desempenho são retirados (BDI 13), como mostra a tabela a seguir.

Tabela 27 - Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) quanto à gravidade de sintomas depressivos e presença de sintomatologia depressiva nos aspectos cognitivos/afetivos pelo BDI, durante a avaliação inicial e reavaliação de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto

BDI	Grupo Adesão				Grupo Não Adesão			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Score BDI								
Mínimo	15	68,2	14	63,7	28	45,2	31	50,0
Leve	6	27,3	7	31,8	18	29,0	18	29,0
Moderado	1	4,5	1	4,5	15	24,2	10	16,1
Grave	0	0	0	0	1	1,6	3	4,9
Total	22	100	22	100	62	100	62	100
Score BDI 13								
Presença Sintoma Cog/Afetivo	10	45,5	10	45,5	40	64,5	34	54,8
Ausência Sintoma Cog/Afetivo	12	54,5	12	54,5	22	35,5	28	45,2
Total	22	100	22	100	62	100	62	100

Nas variáveis relacionadas ao BDI não foi observada diferença estatística significativa entre o Grupo Adesão e o Grupo Não Adesão. Pode-se observar, a partir dos dados da tabela, que independentemente do momento de avaliação, a porcentagem de pacientes com depressão (escores moderado e grave) é maior no Grupo Não Adesão do que no Grupo Adesão. No que se refere ao BDI 13, embora na Reavaliação os pacientes do Grupo Não Adesão tenham diminuído a presença de sintomas cognitivo/afetivos, o Grupo Adesão ainda apresenta menos pacientes com estes sintomas, contudo as atividades grupais não foram suficientes para promover a diminuição desta variável no Grupo Adesão.

4.3.6.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) dos Grupos Adesão x Não Adesão

Os resultados referentes aos sintomas de ansiedade encontram-se na tabela a seguir:

Tabela 28 - Caracterização dos grupos adesão (n=22) e não adesão (n=62) quanto à gravidade de sintomas de ansiedade pelo BAI durante a avaliação inicial e reavaliação de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto

BAI	Grupo Adesão				Grupo Não Adesão			
	Avaliação		Reavaliação		Avaliação		Reavaliação	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Escore BAI								
Mínimo	17	77,3	17	77,3	43	69,4	47	75,8
Leve	4	18,2	5	22,7	11	17,7	5	8,1
Moderado	1	4,5	0	0	5	8,1	7	11,3
Grave	0	0	0	0	3	4,8	3	4,8
Total	22	100	22	100	62	100	62	100

Verifica-se que nas variáveis apresentadas na tabela acima não houve diferença estatística significativa. Pode-se observar que para ambos os grupos e em ambas as avaliações a maioria dos participantes apresenta sintomas de ansiedade mínimos. Assim como para os resultados do BDI, o BAI pode ter apresentado baixo poder estatístico devido a amostra pequena que minimiza as chances de encontrar diferenças entre os dois grupos.

4.4 Análise Qualitativa das Verbalizações Sobre Adesão

4.4.1 Descrição das Categorias Encontradas nas Entrevistas de Reavaliação

A busca pelos motivos para a não adesão aos grupos foi um dos temas que incentivaram a realização deste trabalho e que permitiu, através da análise dos relatos dos pacientes, uma riqueza e diversidade de conteúdos a respeito do tema estudado.

Para avaliar a não adesão dos sujeitos ao tratamento foi realizada uma análise qualitativa das verbalizações dos mesmos quanto aos motivos do não comparecimento nos grupos de hipertensão realizados.

As falas de um mesmo participante podem estar incluídas em mais de uma categoria, quando a mesma resultar em diversas informações. Por exemplo, na questão “*Por qual motivo o Sr. (a) acha que não participou do grupo?*”, na respostas como: “*Um pouco é o **serviço**, um pouco é **falta de vontade**. Às vezes a gente não tá com muita vontade e aí você fica pensando ‘ah, **vai ser um saco** né? Eu num to com saco pra ir lá’. Eu acredito que é isso*” os trechos em negrito foram contadas uma vez em cada categoria.

Os dados apresentados sobre motivos do não comparecimento são relativos aos pacientes que não aderiram ao tratamento e os dados das outras questões são relativos aos pacientes de ambos os grupos (Adesão e Não Adesão).

4.4.1.1 Categorias e Subcategorias das Respostas dos Participantes do Grupo Não Adesão (n=18) Relacionadas aos Motivos Para o Não Comparecimento nos Grupos

A seguir apresenta-se a questão número 49 do Roteiro de Entrevista de Reavaliação, seguida da Tabela 29, contendo as categorias e/ou subcategorias e suas respectivas frequências referentes às verbalizações dos participantes que não

aderiram ao tratamento proposto neste estudo. Após cada tabela, frases que exemplificam categorias e/ou subcategorias são transcritas.

“Por qual motivo o Sr. (a) acha que não participou do grupo?”

As definições das categorias temáticas das verbalizações encontram-se no Apêndice H.

Tabela 29 - Frequência das categorias e subcategorias temáticas das verbalizações de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto que não aderiram ao tratamento (n=18) relacionadas aos motivos para o não comparecimento

Por qual motivo o Sr. (a) acha que não participou do grupo	Frequência da Subcategoria	Frequência da Categoria
Falta de Tempo		15
Demanda do Trabalho		10
Limitação de Saúde		6
Estrutura do Grupo		5
Local	1	
Horário	4	
Pouca Motivação do Participante		4
Percepções Quanto ao Grupo		3
Chato	2	
Cansativo	1	

Como se pode observar há um predomínio de verbalizações na categoria *Falta de Tempo*, seguida da categoria *Demanda do Trabalho*. Abaixo transcreve-se exemplos das categorias com maior frequência de ocorrência. Está sublinhado em cada frase/exemplo o trecho que caracterizou a fala naquela categoria.

Falta de Tempo

“...é aquele corre, corre. A gente sai daqui e vai direto pro outro serviço tudo...e não permitiu que eu comparecesse.” (Homem, 52 anos)

Demandas do Trabalho

“...no meu serviço, eu trabalho no ..., é um serviço de urgência. Pouquíssimas vezes a gente pode falar assim...nem marcar médico a gente pode dentro do horário de serviço, porque às vezes você marca e não vai.” (Mulher, 46 anos)

Limitação de saúde

“...eu num tinha condições de andar” (Mulher, 85 anos)

Pouca Motivação do Participante

“...falta de empenho meu em fazer,...comodismo...” (Homem, 47 anos)

Assim como neste estudo, o trabalho de Malaman (2006), que realizou uma pesquisa qualitativa junto à equipe de enfermagem de Unidades de Saúde e usuários portadores de diabetes para investigar os motivos para a baixa adesão dos pacientes às atividades educativas, e o estudo de Oshiro, Castro e Cymrot (2010) que também buscava identificar os fatores que levam à não adesão a um programa de controle de hipertensão em Unidades Básicas de Saúde, revelou a *falta de tempo* para comparecer aos encontros como uma das causas para a não adesão.

Considerando os fatores que interferem na adesão ao tratamento, a *falta de tempo* parece estar relacionada aos fatores ligados ao paciente, o qual muitas vezes apresenta pouca habilidade em se comportar de forma a manejar adequadamente seu tempo, o que pode interferir no controle da doença (WHO, 2003a).

No que se refere à *demanda do trabalho*, o estudo de Oshiro, Castro e Cymrot (2010) revelou que o fato de grande parte dos participantes do grupo que não aderiu ao programa ter ocupação dificultou a adesão dos mesmos. Estes dados condizem com os estudos de Gusmão et al. (2010); Lima, Meiners e Soler (2010); Araújo e Garcia (2006), e o texto da WHO (2003a) que destacam fatores que parecem interferir negativamente na adesão, dentre eles, os socioeconômicos em que a ocupação dos pacientes pode ser uma variável prejudicial para a adesão. Ainda no estudo de Oshiro, Castro e Cymrot (2010) a dificuldade de locomoção para ir até os encontros foi destacada pelos usuários como um dos motivos que favoreceram a não adesão.

O que se pode inferir com base nos resultados do presente estudo é que a *falta de tempo* alegada pelos participantes pode representar a desinteresse dos mesmos com a sua própria saúde, que é agravado por aspectos próprios da HAS, como a falta de sintomas. Estes fatores podem influenciar os hipertensos a não participem dos trabalhos em grupo por acreditarem que os mesmos não são importantes e nem mesmo eficientes para o controle da doença. Por isso dão prioridade ao uso do medicamento, em detrimento a outras medidas que também poderiam melhorar o controle da hipertensão.

Um fator que também dificultou a adesão e que pode estar relacionado ao sistema de saúde e à equipe (WHO, 2003) foi o *horário dos grupos* que muitas vezes era concorrente com as atividades ocupacionais dos pacientes. Contudo, eles precisavam seguir a rotina de funcionamento das unidades de saúde, o que impedia que os encontros fossem realizados mais tarde. Talvez, se os grupos fossem no período da noite, mais usuários pudessem ser beneficiados pelas atividades propostas.

Quanto à *limitação de saúde* que era refletida na dificuldade dos pacientes em se locomover até o local em que eram realizados os grupos, seria interessante estimular algum familiar ou cuidador que pudesse se responsabilizar em acompanhar o paciente nos encontros. Além de favorecer a adesão aos grupos,

esse apoio poderia melhorar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento de maneira geral.

4.4.1.2 Categorias e Subcategorias das Respostas Quanto à Opinião dos Participantes dos Grupos (n=32) Sobre os Motivos que Levam as Pessoas a Não Participarem de Intervenções Grupais Para o Controle da HAS

A seguir apresenta-se a questão número 50 do Roteiro de Entrevista de Reavaliação, seguida da Tabela 30, contendo as categorias e/ou subcategorias e suas respectivas frequências referentes às verbalizações dos participantes que aderiram ou não ao tratamento proposto neste estudo.

“De maneira geral, por que o Sr. (a) acha que muitas pessoas que foram convidadas não participaram do trabalho oferecido?”

As definições das categorias temáticas das verbalizações encontram-se no Apêndice I.

Tabela 30 - Frequência das categorias e subcategorias temáticas das verbalizações de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto que aderiram (n=14) ou não aderiram (n=18) ao tratamento sobre os motivos que levam as pessoas a não participarem de intervenções grupais para o controle da HAS

Por qual motivo o Sr. (a) acha que as pessoas, de maneira geral, não participam?	Frequência da Subcategoria	Frequência da Categoria
Desinteresse com a própria saúde		35
Não se preocupa com o problema	17	
Falta de interesse	13	
Acha bobeira	10	
Prefere não saber	3	
Indisciplina	2	
Dificuldades pessoais		32
Medo de se expor	22	
Medo de cobrança	8	
Necessidade de companhia para ir	2	
Aspectos Relacionados à Doença		17
Falta de informação	8	
Ausência de sintomas	6	
Não aceitação da doença	3	
Pouca Motivação do Participante		16
Falta de Tempo		13
Percepções Quanto ao Grupo		9
Não Adianta	5	
Cansativo	3	
Chato	1	
Não Compreensão do Objetivo do Grupo		6
Estrutura do Grupo		
Horário	4	
Não Saber o Resultado Final		5
Demandas do Trabalho		2

Verificou-se que a categoria *Desinteresse com a Própria Saúde* foi a que apresentou mais verbalizações, seguida da categoria *Dificuldades Pessoais*. As categorias *Aspectos Relacionados à Doença* e *Pouca Motivação do Participante* tiveram frequências de verbalizações aproximadas. Abaixo serão apresentados alguns exemplos das categorias com maior frequência de ocorrência.

Desinteresse com a Própria Saúde

Não se Preocupa com o Problema

“Eu acho que a pessoa não se preocupa muito não...nem pra doença, nem pro que tem.” (Mulher, 46 anos)

Falta de Interesse

“Falta de interesse né? Falta de interesse, descaso com ela própria” (Mulher, 45 anos)

Dificuldades Pessoais

Medo de se Expor

“Tem pessoas que não gostam de se expor, são muito reservadas, sei lá... muito preconceituosa com elas mesmo.” (Homem, 52 anos)

Aspectos Relacionados à Doença

Falta de informação

“Principalmente pela hipertensão ser uma coisa mais silenciosa e também um pouco da falta de informação dos males que ela”

causa no decorrer do tempo...por ser uma doença dessas... silenciosas, ela vai se agravando aos poucos e a pessoa não vai tomando consciência, porque por mais indícios que tem da doença, você acaba sobrepondo aquele indício. (Homem, 47 anos)

Ausência de sintomas

...porque não dói...uma coisa que não dói no organismo então a pessoa negligencia às vezes né...acha que não é importante...tá tomando a medicação né? (Mulher, 51 anos)

Pouca Motivação do Participante

“Às vezes pode ser por má vontade, preguiça vamos dizer assim... vulgo modo de se falar, preguiça...” (Mulher, 53 anos)

Falta de Tempo

“Eu acho que é porque tem outras atividades pra fazer né? Tem outras coisas pra fazer...” (Mulher, 56 anos)

Não Saber o Resultado Final

... o resultado das pesquisas a maior parte das vezes a gente não vê. (Mulher, 46 anos)

Torna-se importante ressaltar que quando se compara os resultados da Tabela 29, em que a questão era direcionada apenas àqueles participantes que não

compareceram aos encontros com os da Tabela 30, cuja questão foi respondida por indivíduos que aderiram ou não aderiram aos grupos nota-se uma diferença interessante quanto aos motivos gerais para a não adesão às atividades grupais. Enquanto para a primeira questão a categoria *falta de tempo* foi a primeira levantada pelos participantes que não aderiram, na segunda questão esta mesma justificativa fica na quinta posição, um outro exemplo é a categoria *demandas do trabalho* que na Tabela 29 encontra-se na segunda posição e na Tabela 30 surge como a última categoria. Este dado mostra que quando os pacientes são questionados sobre seus próprios comportamentos a tendência é esquivar-se da responsabilidade e justificar o não comparecimento na falta de tempo, no trabalho, etc. Quando a questão fica mais ampla, sugerindo generalizações e observação do comportamento alheio. os pacientes sentem-se mais a vontade para se expor e aprofundar os motivos da não adesão aos grupos.

Assim como neste estudo, o trabalho de Cazarini et al. (2002) que analisou as dificuldades encontradas por pacientes diabéticos em participar de um grupo educativo, teve como um dos resultados a *falta de interesse*. No mesmo estudo, os pacientes relataram que não se sentiam motivados nem reconheciam a educação como um instrumento capaz de ajudá-los a obter melhor controle do *diabetes melittus*.

Considerando os fatores que interferem na adesão ao tratamento, tanto a categoria *falta de interesse* quanto a *dificuldades pessoais* parecem estar ligadas aos fatores relacionados ao paciente. Estes fatores dizem respeito às crenças dos mesmos sobre a doença, à motivação para controlá-la e sua habilidade em se comportar de forma a manejar a doença. Chama atenção neste estudo o desinteresse dos pacientes com sua saúde, a falta de motivação e a pouca habilidade em manejar o controle adequado da HAS.

Os resultados ainda sugerem que o grupo parece ser percebido por muitos como ambiente aversivo pela “cobrança” por mudanças que ele pode representar. Diante disso preferem não se expor às atividades grupais propostas. Isto pode estar relacionado com a dificuldade de alguns participantes em entender os reais objetivos dos encontros.

Os dados deste estudo referentes à categoria *aspectos relacionados à doença* corroboram o estudo de Carvalho, Telarolli Jr. e Machado (1998) no qual, devido à ausência de sintomas, o paciente não se sente doente e procura o serviço

de saúde apenas a partir do aparecimento dos “sintomas” que são por eles atribuídos à hipertensão. Ainda no que se refere a esta categoria, os estudos de Cazarini et al. (2002) e Malaman (2006) destacam que dentre vários fatores para a adesão ao tratamento, a atitude de aceitação do paciente frente ao manejo da doença é imprescindível. Este dados fortalecem estudos que buscam nos fatores relacionados à doença (ausência de sintomas, cronicidade e complicações tardias) a explicação para a baixa adesão ao tratamento.

Estes dados sugerem que a falta de informações sobre a doença e sobre o funcionamento das atividades grupais podem ter dificultado a adesão aos grupos. Dessa forma, torna-se necessário que os profissionais de saúde intensifiquem seus trabalhos no sentido de auxiliar os pacientes a compreenderem sua doença e a necessidade de tratamento que muitas vezes é negligenciada pela falta de sintoma. Esta orientação poderia ser iniciada nas consultas médicas e de enfermagem, momento em que os pacientes receberiam as orientações adequadas sobre a doença e os profissionais tentariam despertar o interesse nos usuários para participar dos encontros em grupo.

4.4.1.3 Categorias e Subcategorias das Respostas Quanto às Sugestões Dadas Pelos Entrevistados dos Grupos (n=32) Para a Maior Adesão às Intervenções Grupais Para o Controle da HAS

A seguir encontra-se a questão número 51 do Roteiro de Entrevista de Reavaliação, seguida da Tabela 31, contendo as categorias e/ou subcategorias e suas respectivas frequências referentes às verbalizações dos participantes que aderiram ou não ao tratamento proposto neste estudo no que se refere a sugestões para futuros grupos.

“Que sugestão o Sr. (a) me daria e que na opinião do Sr. (a) faria com que mais pessoas participassem de trabalhos desse tipo?”.

As definições das categorias temáticas das verbalizações encontram-se no Apêndice J.

Tabela 31 - Frequência das categorias e subcategorias temáticas das verbalizações de pacientes hipertensos atendidos em Serviços de Atenção Primária da cidade de Ribeirão Preto que aderiram (n=14) ou não aderiram (n=18) ao tratamento quanto às sugestões para a maior adesão às intervenções grupais para o controle da HAS

Que sugestão o Sr. (a) me daria e que na opinião do Sr. (a) faria com que mais pessoas participassem de trabalhos desse tipo?	Frequência de Subcategorias	Frequência de Categorias
Mudar Estrutura do Grupo		26
Horário	12	
Nome do Grupo	9	
Duração	3	
Local	2	
Conversar Com a Pessoa		21
Não Mudaria Nada		17
Está Bom Desse Jeito	9	
Depende da Pessoa	8	
Não Sabe		15
Oferecer Algo em Troca		9
Divulgar		9
Conseguir Respaldo da Instituição		4
Indicação Médica		2

Nota-se com relação às sugestões dos participantes para maior participação nos grupos, que a categoria com maior número de verbalizações foi *Mudar a Estrutura do Grupo* seguida de *Conversar com a Pessoa*.

Abaixo transcreve-se exemplos das categorias com maior frequência de ocorrência.

Mudar Estrutura do Grupo

Horário

“Facilitar né, às vezes, um pouco a situação da pessoa né... o horário, o... como diz? Um grupo mais... que desse certo com a vida da pessoa né...” (Mulher, 85 anos)

Nome do Grupo

“Muita gente não admite que é hipertensa... Tem gente que fala assim: imagina que eu sou hipertenso! Não assume que é... eu acho que mudar o nome (do grupo) seria uma estratégia.” (Mulher, 53 anos)

“Mudar o nome facilitaria porque muitas pessoas por falta de entender fala: eu num tô com pressão alta, não preciso ouvir isso. Seria ideal colocar outro nome mais sugestivo” (Mulher, 80 anos)

Conversar Com a Pessoa

“... conversar com a pessoa, divulgar pra ver se ela se conscientiza.” (Homem, 63 anos)

Não Mudaria Nada

Está Bom Desse Jeito

“...aqueles dias você explicou bem né?! Eu acho que tava bem do jeito que você tava fazendo e o horário tava bom porque já dava pra fazer as coisas de casa e ir.” (Mulher, 73 anos)

“...eu acho essa forma legal sim... de ser em grupo...Eu num achei que o horário e o lugar foram impedimento pra ninguém não...” (Mulher, 30 anos)

Depende da Pessoa

“Eu acho que depende mais da pessoa do que de você, porque você ofereceu horário, ofereceu sala, ofereceu tudo... eu acho que faltou interesse mesmo, entendeu?” (Mulher, 50 anos)

Não Sabe

“Eu acho difícil... sei lá...porque cada pessoa tem um pensamento. É difícil eu te falar isso.” (Mulher, 60 anos)

Oferecer Algo em Troca

“...oferecer alguma coisa que a pessoa no momento tá precisando, no nosso caso podia ser remédio, não é?” (Mulher, 46 anos)

Divulgar

“Eu acho que às vezes até uma palestra que vocês fizessem, porque tem umas palestras que vão bastante gente. Um assunto assim que chama atenção... e aí fizesse o convite né?” (Mulher, 55 anos)

No que se refere a *mudar a estrutura do grupo*, a subcategoria *horário* foi uma das mais mencionadas pelos participantes deste estudo enquanto sugestões para uma maior participação nos grupos. O estudo de Cazarini et al. (2002) realizado com pacientes diabéticos mostrou que um dos motivos referidos pelos mesmos para a não participação no grupo educativo oferecido era o horário inadequado em que as reuniões aconteciam.

A reestruturação dos grupos considerando as variáveis apontadas pelos sujeitos é uma estratégia que deve ser considerada com o intuito de melhorar a adesão dos pacientes hipertensos aos grupos.

Fazendo um paralelo entre estes dados e os fatores relacionados ao tratamento e aqueles relacionados ao sistema de saúde e a equipe, para que os grupos tivessem maior eficácia no controle da PA e os pacientes se dispusessem às modificações no estilo de vida, seria importante primeiramente favorecer o acesso do paciente ao grupo. Para isso, um horário em que o paciente pudesse comparecer ao serviço de saúde deveria ser disponibilizado. Além disso, o fortalecimento da relação médico-paciente precisaria ser estimulado, uma vez que este profissional desempenha um papel importante frente ao paciente. Com o auxílio do médico e da equipe como um todo, os pacientes, que muitas vezes são recipientes passivos, passariam a ocupar o lugar de colaboradores ativos no processo de tratamento.

Como estratégia que pudesse estimular esse esforço participativo incluindo profissional de saúde e o paciente, as equipes poderiam realizar reuniões esporádicas que tenham como primeiro objetivo aproximar o paciente da unidade de saúde, para que seja criado um bom vínculo. Estas reuniões precisariam ser divulgadas nas consultas médicas e de enfermagem e também nas visitas domiciliares, no caso dos NSF.

Vale lembrar que dentre os fatores relacionados à não adesão, os socioeconômicos e os ligados ao paciente fogem do controle das equipes de saúde. Portanto, os profissionais precisam se empenhar em intervenções que levem em conta os fatores que podem ser manejados, como os ligados ao sistema e à equipe de saúde, ao tratamento e à doença. A principal ferramenta seria a informação e, conseqüentemente, a conscientização do paciente sobre seu estado de saúde, o que em longo prazo poderia refletir até mesmo nos fatores relacionados ao paciente. Dessa forma, estes indivíduos poderão tornar-se sujeitos ativos no processo de tratamento e realizarão as mudanças no estilo de vida que favorecerão o controle da HAS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados discutidos anteriormente é possível destacar alguns pontos relevantes observados na pesquisa e delinear algumas sugestões:

- No que se refere à validade estatística, observou-se baixo poder estatístico nas análises de relações entre variáveis por conta da amostra pequena; isto pode ter minimizado as chances de encontrar diferenças de efeitos entre as intervenções. Amostras maiores poderiam evidenciar mais claramente as diferenças reais entre as intervenções. Diante disso a interpretação dos resultados tornou-se limitada. Todavia algumas tendências positivas foram observadas nos resultados.
- Outra limitação que pode ter interferido no estudo foi o fato de a coordenadora dos grupos ser a mesma pessoa nas duas intervenções. É provável que a psicóloga tenha tido reações empáticas à expressão de sentimentos e demonstrações de mudança por parte dos participantes de ambas as intervenções e estabelecido condições para a criação de vínculo terapêutico que favoreceram, por exemplo, o rebaixamento do estresse em ambos os grupos.
- A intervenção do GTCC não apresentou diferença estatística significativa quando comparada ao GO, o GTCC não conseguiu facilitar mais mudanças comportamentais do que o GO, isto pode indicar que talvez uma intervenção tão elaborada não tenha uma boa relação custo-benefício.
- Quando comparando o próprio grupo GTCC nos dois momentos de avaliação observou-se resultados favoráveis quanto ao “Conhecimento e Manejo da HAS”, sendo que 100% dos participantes conheciam a sua própria PA, 81,8% conheciam a PA tida como ideal e 72,7% tinham sua PA controlada ao final da intervenção. Contudo no GO os resultados também foram positivos, como pôde ser observado na apresentação dos resultados. Já no que se refere aos “Hábitos de Vida” notou-se que quando comparando qualitativamente o grupo GTCC e GO houve aumento do número de pacientes do GTCC que passaram a praticar atividade física com

freqüência durante a reavaliação. No que se refere ao estresse a maioria dos participantes do GTCC e do GO não apresentava estresse após o término dos grupos.

- Considerando os participantes que freqüentaram os grupos, seja GTCC ou GO, 100% tinham conhecimento de sua PA, 81,8% conheciam a pressão arterial tida como ideal e 77,3% apresentavam PA controlada após quaisquer intervenções realizadas. Quanto à prática de atividade física, houve aumento dos participantes do Grupo Adesão que passaram a se exercitar após os encontros e 77,3% realizaram modificações em suas alimentações. No que se refere a presença de estresse, a maioria dos sujeitos do Grupo Adesão não apresentava estresse ao final dos encontros.
- Um fator que pode ter favorecido as mudanças no Grupo Não Adesão é que estas podem ter ocorrido em resposta à difusão de mensagens de educação para saúde (consultas médicas, palestras, programas de televisão) e a mudanças do senso comum.
- Dentre as alternativas para o aumento da adesão aos grupos, o que se poderia sugerir é a realização de telefonemas semanais para lembrar os participantes sobre as sessões.
- A oferta de folhetos informativos nos encontros poderia conduzir a um aumento do conhecimento e em alguns casos à mudança de comportamento dos pacientes no que se refere ao controle da hipertensão.
- Seria interessante uma curva pressórica individual com maior número de mensurações durante a semana, além das medidas realizadas nos encontros; dessa forma se obteria um controle mais sistemático da PA dos participantes
- Quanto aos procedimentos para recrutar os participantes e obter maior adesão, para um recrutamento bem sucedido seria importante que profissionais que já possuem vínculo com os pacientes estivessem presentes no momento do convite, uma vez que, proporcionaria maior confiança nos mesmos.

- Uma equipe multidisciplinar também poderia favorecer a motivação dos pacientes em participar dos encontros.
- A instituição poderia incorporar o programa às atividades já existentes na unidade e oferecer o apoio necessário para viabilizar a intervenção, como por exemplo, favorecer a participação de profissionais de outras áreas para compor uma equipe multiprofissional que trabalhará com a atenção ao paciente hipertenso.
- Os profissionais da unidade de saúde que atendem o paciente hipertenso deveriam ter conhecimento sobre a realização dos encontros, os conteúdos e as atividades desenvolvidas com estes pacientes, desta forma poderiam resgatar as informações transmitidas nas sessões grupais durante o atendimento individual, reforçando ou complementando orientações, e também avaliando e propondo melhorias no desenvolvimento da atividade em grupo.
- Uma outra alternativa que poderia auxiliar o aumento do interesse e a participação nos encontros seria a mudança no nome do grupo, que ao invés de focar a doença, por exemplo, “Grupo de Hipertensão”, poderia ressaltar aspectos mais voltados a saúde, como “Grupo de Estilo de Vida Saudável”.
- Conclui-se que para a adequação desta intervenção cognitivo comportamental, que visa o controle da PA, necessita-se de novos estudos que investiguem a utilização deste modelo de intervenção. Estes estudos futuros poderiam testar intervenções com duração total do programa e duração das sessões variáveis, além de serem realizados com amostras compostas por um maior número de sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, R.R; LEMOS, A. Adesão nos grupos educativos em contracepção em uma área programática do Rio de Janeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.1,n.2,p.238-247, 2011.

ALMEIDA, A.L. A. et al. Perfil epidemiológico de diabetes mellitus auto referido em uma zona urbana de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.43, n.3, p.199-204, 1999.

ANDRADE, L.H.S.G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, n.6, p.285-290, 1998.

AMARAL, G.F. et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.29, n.2, p.161-168, 2007.

AMODEO, C.; LIMA, N.K.C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, p.239-243, 1996.

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.2, p.259-272, 2006.

BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J. C. Brief Intervention for Harzardous and Harmful Drinking. A Manual for use in primary care. Genebra: **WHO**, 2001.

BAHLS, S.C. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. **InterAÇÃO**, Curitiba, v.3, p.49-60, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70. Lisboa: Persona, 1979.

BENSENOR, I.; L.OTUFO, P. A. . Estado atual do tratamento e controle do diabetes, da dislipidemia e da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. Condutas gerais para a adequada manutenção do controle. In: MION JR, D.; NOBRE, F. (org.). **Risco Cardiovascular Global**. Convencendo o paciente a reduzir o risco. São Paulo: Lemos Editorial, 2002,p. 17-43.

BLOCH, K.V.; MELO, A.N.; NOGUEIRA, A.R. Prevalência de adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2979-2984, dez.2008.

BONSO, E.; RAGAZO, F.; PALATINI, P. Validation of A&D UA-85X device for blood pressure measurement. **Blood Pressure Monitoring**, v.13, n.6, p.339-341, 2008.

BORIM, F.S.A.; GUARIENTO, M.E.; ALMEIDA, E.A. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.9, n.2, p. 107-111, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: hipertensão arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. 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**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

CADE, N.V. Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.28, n.6, p.300-3004, 2001.

CALAIS, S.L.; ANDRADE, L.M.B.; LIPP, M.E.N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de estresse em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.2, p.257-263, 2003.

CARLOS, P.C. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. **Arquivos de Ciência da Saúde**, v.15, n.4, p.176-181, 2008.

CARNELOSSO, M.L. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.1073-1080, 2010. Suplemento 1.

CARVALHO, F.; TELAROLLI Jr., R.; MACHADO, J.C.M.S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepção sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.617-621, 1998.

CARVALHO, G.G. Amostragem na pesquisa qualitativa. 2006. Disponível em <<http://designinterativo.blogspot.com/2006/08/amostragem-na-pesquisa-qualitativa.html>>. Acesso em: 30 out. 2011.

CARVALHO, J.J.M. Aspectos preventivos em cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 59-67, 1988.

CASTILHO, A.R.G.L. et al. Transtorno de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, p.20-23, 2000, Suplemento II.

CASTRO, V.D.; CAR, M.R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.34, n.2, p.145-153, 2000.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.693-705, abr. 2010.

CAZARINI, R.P. et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v.35, p.142-150, 2002.

CESARINO, C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.91, n.1, p.31-35, 2008.

CHOR, D., FONSECA, M.J.M., ANDRADE, C.R. Doenças cardiovasculares: comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 64, n. 1, p. 15-19, 1995.

COSTA, R.S.; NOGUEIRA, L.T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.5, 2008.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DSM IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1995.

FARGERSTRÖN, K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive Behaviors**, England, n. 3, p. 235-241, 1978.

FIGUEIREDO, N.N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.6, p.782-787, 2010.

FLECK, M.P.A. et al. Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, n.2, p.114-122, 2003.

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

FRANCIONI, F.F.; SILVA, D.G.V. O processo de viver saudável de pessoas com *diabetes mellitus* através de um grupo de convivência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, p.105-111, 2007.

FUCHS, F.D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3a. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2006. Capítulo 66, p. 641-656.

GODOY, M.F. et al. Cardiovascular mortality and its relation to socioeconomic levels among inhabitants of São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 2, p. 176-182, 2007.

GONZÁLEZ, A.; AMIGO, I. Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. **Psicothema**, v.12, p.25-32, 2000.

GORAYEB, R.; NETTO, J.R.C.; BUGLIANI, M.A.P. Promoção de saúde na adolescência: experiência com programa de ensino de habilidades de vida. In: TRINDADE, Z.A.; ANDRADE, A.N. (Orgs.). **Psicologia e Saúde**. Um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GUSMÃO, J.L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p.38-43, 2009.

HE, J. et al. Factors associated with hypertension control in the general population of the United States. **Archives of Internal Medicine**, United States, v. 162, p. 1051-1058, 2002.

HERMANN J. Essential hypertension and stress. When do yoga, psychotherapy and autogenic training help? **Fortschr Med**, v.9, p.38-41, 2002.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S.C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.95, n.2, p.223-229, 2010.

JACOBSON, E. **Progressive Relaxation**. Chicago: University of Chicago Press, 1938

JESUS, E.S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.1, p.59-65, 2008.

JOINT NATIONAL COMMITTEE (JNC). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **JAMA**, United States, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, 2003.

LEMOS, C. et al. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.24, n.4, p.471-476, 2008.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.8, p.1470-1471, ago. 2010.

LESSA, I. (Org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec Abrasco, 1998.

LEVENSTEIN, S.; SMITH, M.W.; KAPLAN, G.A. Psychosocial predictors of hypertension in men and women. **Archives of Internal Medicine**, United States, v. 161, p. 1341-1346, 2001.

LIMA, T.M.; MEINERS, M.M.M.A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde De Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v.1, n.2, p.113-120, 2010.

LIPP, M.E.N. **Manual do Inventário do Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a.

LIPP, M.E.N. O que eu tenho é stress? De onde ele vem? In: LIPP, M.E.N. **O stress está dentro de você**. São Paulo. São Paulo: Contexto, 2000b, p.10-18.

LIPP, M.E.N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.28, n.6, p.347-349, 2001.

LIPP, M.E.N. (Org). **Stress no Brasil: Pesquisas avançadas**. Campinas: Editora Papyrus, 2004.

LIPP, M.E.N. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 89-93, 2007.

LUCCHETTI, G. et al. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.17, n.3, p.186-188, 2010.

LUCINI, D. Stress management at the worksite: reversal of symptoms profile and cardiovascular dysregulation. **Hypertension**, United States, v. 49, p. 291-297, 2007.

MACHADO, A.G. **Sintomas de depressão e hábitos de vida em pacientes portadores de hipertensão arterial**. 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MALACHIAS, M.V.B. Medidas dietéticas: o que é efetivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.17, n.2, p.98-102, 2010.

MALAMAN, L.B. **O processo de adesão dos pacientes diabéticos aos grupos educativos como analisador das relações institucionais nas unidades básicas de saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2006.

MANO, G.M.P.; PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um centro de saúde escola. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 269-75, 2005.

MARI, J.J.; JORGE, M.R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. **Psychatry on line Brasil**, v.2, n.5, 2006.

MEDEL, E.S. Adherencia al control de los pacientes hipertensos y factores que la influncian. **Ciência y Enfermeria**, v.3, p.49-58, 1997.

MELLO, G.A., FONTANELLA, B.J.B., DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde: Origem e diferenças conceituais. **Revista APS**, v.12, n.2, p.204-213, 2009.

MILAGRES, K.R. **Portadores de hipertensão arterial: fatores relativos à adesão ao trabalho de educação em saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação e Sociedade). Universidade Presidente Antônio Carlos: Barbacena, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MION JR. et al. Conhecimento, preferência e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.17, n.4, p.229-236, 1995.

MORAES, C.S.; TAMAKI, E.M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 157-63, 2007.

MORENO, M. Evaluación del efecto de uNa intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial em adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 134, p. 433-440, 2006.

NASCENTE, F.M.N. et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95, n.4, p.502-509, 2010.

NEDER M.M., BORGES A.A.N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.126-133, 2006.

NOBREGA, A.C.L.; CASTRO, R.R.T.; SOUZA, A.C. Estresse mental e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 94-97, 2007.

NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.27, n.2, p.103-109, 2010.

OLIVEIRA, E.A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D.S. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n.3, p.383-397, 2009.

OLIVEIRA-MARTINS, S. et al. Factores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p. 136-144, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OSHIRO, M.L.; CASTRO, L.L.C.; CYMROT, R. Fatores para a não adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.31, n.1, p.95-100, 2010.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO). **Managing hypertension in primary care in the Caribbean**, 2007.

PASCOAL. I.F. Hipertensão arterial. In: MION Jr., D.; NOBRE, F. (Orgs.) **Risco cardiovascular global: da teoria à prática**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. Capítulo 4, p. 61-70.

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

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p.33-39, 1998.

PONDÉ, M.P.; CARDOSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista de Ciências Médicas de Campinas**, Campinas, v.12, n.2, p.163-172, 2003.

POWELL, V.B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.30, p.573-580, 2008, Suplemento II.

PUGLIESE. R. et al. Eficácia de uma intervenção psicológica no estilo de vida para redução do risco coronariano. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 4, p. 225-230, 2007.

PUSTAI, O.J. O Sistema de saúde brasileiro. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3a. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2006. Capítulo 5, p. 69- 75.

RANGÉ, B.P. Por que sou terapeuta cognitivo-comportamental? In: BANACO, R.A. (Org.) **Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2001. Capítulo 4, p. 21-30.

ROSSETTI, M.O. et al. O inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.4, n.2, p.108-119, 2008.

SADIR, M.A; BIGNOTTO, M.M; LIPP, M.E.N. Stresse e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.20, n.45, p.73-81, 2010.

SANTOS, Z.M.S.M.A; LIMA, H.P. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. **Revista RENE**, Fortaleza, v.9, n.1, p.60-68, 2008.

SELYE, H.A. Syndrome produced by diverse nocuous agents. **Nature**, v.138, p.32, 1936

SERAFIM, T.S.; JESUS, E.S.; PIERIN, A.M.G. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the controlo f hypertensive. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.5, p.658-664, 2010.

SHINOHARA, H.O. Conceituação de terapia cognitivo-comportamental. In: BANACO, R.A. (Org.) **Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2001. Capítulo 1, p. 5-9.

SIERRA, A. Blood pressure control in the hypertensive population. What else the doctor can do? **Journal of Hypertension**, v.28, n.6, p.1129-1130, 2010.

SOARES, G.P. et al. Mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil, 1980 a 2006. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.28, n.4, p.258-266, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.17, n. 1, p.1-51, 2010, Suplemento I.

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; MENETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.32, n.3, p.149-159, 2005.

UNGARI, A.Q. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2007. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema integrado de bibliotecas. **Diretrizes para a apresentação de teses e dissertações à USP**: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT) / Sistema Integrado de Bibliotecas da USP; Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro, coordenadora ... [et al.]. - - 2. Ed. ver. Ampl. - - São Paulo: Sistema Integrado de Biblioteca da USP, 2009. 102 p.

VALDÉS, T.G.; HIMELY, E.D.; CALA, V.R. Hipertensión arterial y estrés: una experiência. **Revista Cubana de Medicina Militar**, Habana, v. 29, n. 1, p. 26-29, 2000.

VERAS, R.F.S.; OLIVEIRA, J.S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Rene**, Fortaleza, v.10, n.3, p.132-138, jun/set. 2009.

VIEIRA, F.L.H.; LIMA, E.G. Testes de estresse laboratoriais e hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.98-103, 2007.

VILELA, J.C. **Efeitos de uma intervenção cognitiva-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida em pacientes cardíacos**. 2008. 140 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2008.

WESSLER, R.L. Terapia de grupo cognitivo-comportamental. In: CABALLO, V.E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2ª Edição, São Paulo: Editora Santos, 2002.

WHITE, J.R. Introdução. In: WHITE, J.R.; FREEMAN, A.S. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos**. São Paulo: Roca, 2003.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on diet, physical and health: Chronic Disease.** Disponível em: <<http://www.who.int/chp/en/index.html>>. Acesso em: 04 ago. 2003b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promoting nonpharmacologic interventions to treat elevated blood pressure.** Geneva: World Health Organization, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Ana Cristina Zordan Rani, sou psicóloga, aluna do programa de pós graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP de Ribeirão Preto em nível de mestrado, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Gorayeb. Estou desenvolvendo uma pesquisa denominada “Efeitos de uma intervenção psicológica com pacientes hipertensos atendidos em Núcleos de Saúde da Família”. Os progressos na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo desta pesquisa é avaliar o efeito de uma intervenção psicológica sobre a pressão arterial em pacientes com pressão alta.

Ao participar do estudo você terá, primeiramente, que responder a alguns questionários duas vezes, no início e no final da pesquisa. O questionário que perguntará sobre sua saúde contém questões que dizem respeito a: *identificação* (endereço, idade, etc.), *dados sócio-demográficos* (anos de estudo, estado civil, renda familiar, local de residência, atividade profissional e atividades de lazer), *hábitos de vida* (alimentação, tabagismo, consumo de álcool, etc.), *antecedentes pessoais e histórico familiar, quadro clínico* (nível de colesterol e triglicérides, pressão arterial, presença de diabetes e obesidade). Também será perguntado para o Sr(a) sobre estresse, depressão e ansiedade. O Sr(a) participará de 8 reuniões em grupo que acontecerão uma vez por semana, e serão coordenadas pela psicóloga responsável. Cada reunião terá duração de aproximadamente 2 horas e acontecerá em um dia da semana pré estabelecido.

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

- 1- O Sr (a) tem o direito de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
- 2- Tem o direito de deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para o seu atendimento clínico.

- 3- Os questionários e os encontros serão gravados com o objetivo de documentar o trabalho, mas somente a pesquisadora responsável terá acesso a este material.
- 4- Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados em posteriores publicações, contudo será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas a privacidade do Sr (a).
- 5- Não há nenhum risco significativo em participar do estudo, a não ser o desconforto de preencher os questionários, o que levará aproximadamente 30 minutos e comparecer ao Núcleo de Saúde da Família nos dias pré-estabelecidos.
- 6- Os participantes que apresentarem necessidades e/ou interesse de atendimento psicoterápico, verificada durante o estudo, serão encaminhados pela pesquisadora a profissionais da comunidade ou do HCFMRP-USP, ou a instituições de acordo com o caso.

Eu, _____ RG _____, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e que manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200_

Ana Cristina Zordan Rani
Pesquisadora responsável
CRP 06/85466

Assinatura do participante

Telefone para contato com a pesquisadora: (16) 3602-2547 (Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas)

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi estruturado utilizado na avaliação

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: _____ Horário Início: _____ Horário Final _____

Entrevistador: _____

I-) Identificação e Dados sócio-demográficos

1- Nome: _____

2- Sexo: M 1- () F 2- () 3- Idade: _____ 4- Data de Nascimento: __/__/____

5- Micro área _____

6-Telefone: _____ recado () próprio ()

7- Escolaridade:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| () 1- Analfabeto | () 5- Ensino Médio completo |
| () 2- Ensino Fundamental Incompleto | () 6- Ensino Superior incompleto |
| () 3- Ensino Fundamental completo | () 7- Ensino Superior completo |
| () 4- Ensino Médio incompleto | |

8-Estado civil:

- () 1- solteiro () 2- casado () 3- separado () 4- viúvo () 5- amasiado

9- Encontra-se empregado? () 1- Sim () 2- Não () 3- Aposentado

10- Se sim, tem mais de um emprego? () 1- Sim () 2- Não

11- Ocupação: _____

12- Renda familiar:

- a) 1- Menos de 1 salário (menos que R\$ 465,00)
 b) 2- de 1 a 2 salários (entre R\$ 465,00 e R\$ 930,00)
 c) 3- de 2 a 3 salários (entre R\$ 930,00 e R\$ 1.395,00)
 d) 4- de 3 a 5 salários (entre R\$ 1.395,00 e R\$ 2.325,00)
 e) 5- 5 ou mais salários(mais que R\$ 2.325,00)

II-) Lazer e rede de suporte social

13- Atividades de Lazer (Existem atividades que o Sr (a) faça fora do horário de trabalho, fora de casa ou mesmo em casa, mas com o intuito de se distrair?)

- () 1- Sim () Não (pular para 13c)

13a- Que tipo de atividade?

13b- Com que frequência?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| a) 1- uma vez por semana | c) 3- três a cinco vezes na semana |
| b) 2- duas a três vezes na semana | d) 4- todos os dias da semana |

13c- Se não, por quê?

14- Tem amigos ou pessoas da família com quem possa conversar sobre a vida, bater papo ou pedir ajuda em caso de problemas ou dificuldades?

() 1- Sim () 2- Não

15- Você tem religião? () 1- Sim () 2- Não

15a- Se sim, pratica a sua religião? () 1- Sim () 2- Não () 3- As vezes

III-) História Médica e Quadro Clínico Atual (* Dados retirados do prontuário médico)

*16- Peso: _____ 17- Faz controle? () 1- Sim () 2- Não

*18-Altura: _____ *19-IMC: _____ *20-Circunferência abdominal _____

21- Sabe a sua pressão arterial? () 1- Sim () 2- Não 21a - Qual é? _____

22- Sabe a pressão arterial ideal? () 1- Sim () 2- Não 22a- Qual seria? _____

*23- Medida da PA pós entrevista/prontuário _____

*24- Colesterol _____

25- Sabe seu colesterol? () 1- Sim () 2- Não 25a- Qual é? _____

*26- Triglicérides _____

*27- Outras doenças associadas? () 1- Sim () 2- Não

27a) Se sim, quais doenças?

- 1- Diagn _____ d) 4- Diagn _____
- 2- Diagn _____ e) 5- Diagn _____
- c) 3- Diagn _____ f) 6- Outros _____

28- Como tomou conhecimento da hipertensão arterial?

28a - Há quanto tempo?

29- Faz uso de medicação?

() 1- Sim () 2- Não

29a) Se sim, qual medicação e qual a dosagem (mg/dia)

(fármacos anti-hipertensivos indicados no Caderno de Atenção Básica nº15 (BRASIL, 2006)

- _____
- a) 1- diurético dose _____ mg
 - b) 2- inibidores adrenérgicos dose _____ mg
 - c) 3- vasodilatadores diretos dose _____ mg
 - d) 4- antagonistas do sistema renina-angiotensina dose _____ mg
 - e) 5- bloqueadores dos canais de cálcio dose _____ mg
 - f) 6- Outros _____

30- Você sabe quais os fatores de risco (o que pode favorecer o aparecimento da hipertensão arterial)? [E] Espontâneo (1) [I] Indicado (2) [N] Não sabe (3)

- a) 1- () genética [E] [I] [N]
- b) 2- () excesso de sal [E] [I] [N]
- f) 6- () álcool em excesso [E] [I] [N]
- g) 7- () inatividade física [E] [I] [N]

- c) 3- () sedentarismo [E] [I] [N] h) 8- () consumo de tabaco [E] [I] [N]
 d) 4- () obesidade [E] [I] [N] i) 9- () Outros _____
 e) 5- () estresse emocional [E] [I] [N]

31- O que você costuma fazer para evitar tais fatores?

32- Qual fator de risco você acha mais difícil de controlar?

- a) 2- excesso de sal e) 6- álcool em excesso
 b) 3- sedentarismo f) 7- inatividade física
 c) 4- obesidade g) 8- consumo de tabaco
 d) 5- estresse emocional h) 9- Outros _____

33- Quando recebeu o diagnóstico de HAS, o Sr (a) foi orientado pela equipe médica a realizar alguma mudança em sua vida (exemplos: uso de medicação, prática de exercício físico, hábitos alimentares saudáveis)?

- () 1- Sim () 2- Não (pular para 35)

33a- Se sim, qual foi essa orientação? _____

34- Você teve dificuldade em adotar tais orientações?

- () 1- Sim () 2- Não

34a- Se sim, quais dificuldades foram essas?

35- Sua família contribuiu de alguma maneira com o seu tratamento?

- () 1- Sim () 2- Não

35a- Se sim, de que maneira?

36- Você consegue identificar quando sua pressão está alta? () 1- Sim () 2- Não

36a- Se sim, de que maneira?

37- Já participou de algum grupo ou palestra informativa sobre hipertensão?

- () 1- Sim () 2- Não

IV-) Histórico familiar

38- Alguém da sua família tem ou já teve alguma dessas doenças descritas abaixo?

38a-HAS	38b-DM	38c-Morte súbita	38d-Dislipidemias	38e-Infarto	38f- AVC
() 1-Sim	() 1-Sim	() 1-Sim	() 1-Sim	() 1-Sim	() 1- Sim
() 2- Não	() 2- Não	() 2- Não	() 2- Não	() 2- Não	() 2- Não
() 3- Não sabe	() 3-Não sabe	() 3- Não sabe	() 3- Não sabe	() 3- Não sabe	() 3- Não sabe

V-) Conhecimento e Manejo dos Fatores de Risco

39- Existe alguma situação específica que te deixe estressado?

- () 1- Sim () 2- Não

39a- Se sim, qual seria essa situação?

40- Existe algo que te preocupa ou te desagrada há muito tempo?

() 1- Sim () 2- Não

40a- Se sim, o que seria?

41- O que costuma fazer quando acontece algo que lhe deixa nervoso/estressado?

VI-) Hábitos de Vida

- Exercícios Físicos

42- Pratica algum esporte ou faz exercícios físicos regularmente?

() 1- Sim () 2- Não (pule para 43) () 3- Às vezes

42a- Qual é a atividade praticada?

42b- Com que frequência?

a) 1- uma vez por semana

b) 2- de duas a três vezes na semana

c) 3- de três a cinco vezes na semana

d) 4- mais de cinco vezes na semana

e) 5- não pratica

43- Já praticou no passado e deixou de se exercitar?

() 1- Sim () 2- Não

- Hábitos Alimentares

44- Houve alguma modificação em sua alimentação depois do diagnóstico de HAS?

() 1- Sim () 2- Não

44a- Se sim, quais foram essas modificações? _____

- Álcool (AUDIT – perguntas 1 e 2)

45- (1) Com que frequência você consome bebida alcoólica?

a) 1- nunca

b) 2- mensalmente ou menos

c) 3- de 2 a 4 vezes por mês

d) 4- de 2 a 3 vezes por semana

e) 5- 4 ou mais vezes por semana

46- (2) Quantas doses de álcool você consome num dia normal

• 1- 0 ou 1

• 2- 2 ou 3

• 3- 4 ou 5

d) 4- 6 ou 7

e) 5- 8 ou mais

- Tabagismo

47- Você fuma?

() 1- Sim

() 2- Não (ir para questão 48)

47a- Se sim, há quanto tempo? _____

48- Já fumou?

() 1- Sim

() 2- Não (ir para questão 55)

48a- Se sim, há quanto tempo deixou de fumar?

48b- Quantos cigarros fumava/fuma por dia? _____

48c- Com que idade começou a fumar? _____

(Escala de Fargström para avaliação do grau de dependência da nicotina)

49- (1) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- a) 1- dentro de 5 minutos c) 3- entre 31 e 60 minutos
b) 2- entre 6 e 30 minutos d) 4- após 60 minutos

50- (2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como hospitais, igrejas, bibliotecas, etc?

- a) 1- Sim b) 2- Não

51- (3) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- a) 1- O primeiro da manhã b) 2- outros

52- (4) Quantos cigarros você fuma por dia?

- a) 1- menos de 10 c) 3- de 21 a 30
b) 2- de 11 a 20 d) 4- mais de 31

53- (5) Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

- a) 1- Sim b) 2- Não

54- (6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- a) 1- Sim b) 2- Não

VII-) Antecedentes Psicológicos

55- Alguma vez já foi atendido por um psiquiatra/psicólogo? () 1- Sim () 2- Não

55a- Se sim, qual a razão? _____

56- Está em atendimento atualmente? () 1- Sim () 2- Não

57- Você gostaria de acrescentar algo que eu não tenha perguntado?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semi estruturado utilizado na reavaliação**ROTEIRO DE ENTREVISTA – REAVALIAÇÃO**

Data: _____ Horário Início: _____ Horário Final _____
 Entrevistador: _____

I-) Identificação e Dados sócio-demográficos

1-Nome: _____

2-Estado civil:

() solteiro () casado () separado () viúvo () amasiado

3- Encontra-se empregado? () Sim () Não () Aposentado

4- Se sim, tem mais de um emprego? () Sim () Não

II-) Lazer e rede de suporte social

5- Atividades de Lazer (Existem atividades que o Sr (a) faça fora do horário de trabalho, fora de casa ou mesmo em casa, mas com o intuito de se distrair?)

() Sim, com que frequência? _____

() Não, por quê? _____

III-) História Médica e Quadro Clínico Atual

(* Dados retirados do prontuário médico)

*6- Peso: _____ 7- Faz controle? () Sim () Não

*8-IMC: _____ *9-Circunferência abdominal _____

10- Sabe a sua pressão arterial? () Sim () Não 11- Qual é? _____

12- Sabe a pressão arterial ideal? () Sim () Não 13- Qual seria? _____

*14- Medida da PA pós entrevista/prontuário _____

*15- Colesterol _____ 16- Sabe seu colesterol? _____

*17- Triglicérides _____

*18-Outras doenças associadas?

19- Faz uso de medicação para pressão alta? Se sim, qual medicação e qual a dosagem (mg/dia)

20- Como o Sr (a) está se sentindo em relação ao seu problema de pressão alta?

IV-) Conhecimento e Manejo dos Fatores de Risco

21- Existe alguma situação específica que te deixe estressado?

() Sim () Não

22- Se sim, qual seria essa situação?

23- Existe algo que te incomodava e que agora não incomoda mais?

() Sim () Não

24- Se sim, o que seria?

25- O que costuma fazer quando acontece algo que lhe deixa nervoso/estressado?

V-) Hábitos de Vida

- Exercícios Físicos

26- Pratica algum esporte ou faz exercícios físicos regularmente?

() Sim () Não (pule para 53) () Às vezes

27- Qual é a atividade praticada?

28- Com que frequência?

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| a) uma vez por semana | d) mais de cinco vezes na semana |
| b) de duas a três vezes na semana | e) não pratica |
| c) de três a cinco vezes na semana | |

29- Já praticou no passado e deixou de se exercitar?

() Sim () Não

- Hábitos Alimentares

30- Houve alguma modificação em sua alimentação depois do diagnóstico de HAS?

() Sim () Não

31- Se sim, quais foram essas modificações? _____

- Álcool (AUDIT – pergunta 1)

32- Com que frequência você consome bebida alcoólica?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| a) nunca | d) de 2 a 3 vezes por semana |
| b) mensalmente ou menos | e) 4 ou mais vezes por semana |
| c) de 2 a 4 vezes por mês | |

- Tabagismo

33- Você fuma?

() Sim () Não (ir para a pergunta 35)

34- Se sim, há quanto tempo? _____

35- Já fumou?

() Sim () Não (ir para questão 45)

36- Se sim, há quanto tempo deixou de fumar?

37- Quantos cigarros fumava/fuma por dia?

38- Com que idade começou a fumar?

(Escala de Fargeström para avaliação do grau de dependência da nicotina)

39- (1) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- a) dentro de 5 minutos c) entre 31 e 60 minutos
b) entre 6 e 30 minutos d) após 60 minutos

40- (2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como hospitais, igrejas, bibliotecas, etc?

- a) sim b) não

41- (3) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- a) O primeiro da manhã b) outros

42- (4) Quantos cigarros você fuma por dia?

- a) menos de 10 c) de 21 a 30
b) de 11 a 20 d) mais de 31

43- (5) Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

- a) sim b) não

44- (6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- a) sim b) não

VI-) Antecedentes Psicológicos

45- Alguma vez já foi atendido por um psiquiatra/psicólogo? () Sim () Não

46- Se sim, qual a razão?

47- Está em atendimento atualmente? () Sim () Não

48- Você gostaria de acrescentar algo que eu não tenha perguntado?

VII-) Questões Qualitativas

49- Muitos estudos indicam que as pessoas têm excelentes motivos para não participarem dos grupos que lhes são oferecidos. Eu gostaria de saber qual seria o motivo do Sr. (a)? Por qual motivo o Sr. (a) acha que não participou do grupo? (Para aqueles que participaram dos grupos pular para questão 50)

50- "De maneira geral, por que o Sr. (a) acha que muitas pessoas que foram convidadas não participaram do trabalho oferecido?"

51- Que sugestão o Sr. (a) me daria e que na opinião do Sr. (a) faria com que mais pessoas participassem de trabalhos desse tipo?

APÊNDICE D – Registro da PA e do peso

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP, USP
 Serviço de Psicologia
 Programa de controle da hipertensão arterial

Docente responsável: **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**

Psicóloga responsável: **Ana Cristina Zordan Rani**

Nome do paciente:

Altura:

Circ. Abdom.:

CONTROLE DA PA E DO PESO

Sessões	PAi	PAf	Peso
1º Encontro Data:			
2º Encontro Data:			
3º Encontro Data:			
4º Encontro Data:			
5º Encontro Data:			
6º Encontro Data:			
7º Encontro Data:			
8º Encontro Data:			

APÊNDICE E – Registro do comportamento alimentar

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP, USP
 Serviço de Psicologia
 Programa de controle da hipertensão arterial

Docente responsável: **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**

Psicóloga responsável: **Ana Cristina Zordan Rani**

Nome do paciente:

Data:

REGISTRO ALIMENTAR

Instruções: Procure atentar-se para seu comportamento alimentar. Preencha a tabela abaixo destacando os alimentos consumidos, a quantidade da porção ingerida, a duração da refeição, se houve acréscimo de sal e os sentimentos relacionados ao ato de se alimentar.

DIA	ALIMENTO CONSUMIDO	QUANTIDADE	DURAÇÃO	SAL	SENTIMENTO
2ª feira					
3ª feira					
4ª feira					
5ª feira					
6ª feira					
Sábado					
Domingo					

APÊNDICE F – Registro da atividade física

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP, USP
 Serviço de Psicologia
 Programa de controle da hipertensão arterial

Docente responsável: **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**

Psicóloga responsável: **Ana Cristina Zordan Rani**

Nome do paciente:

Data:

REGISTRO DE ATIVIDADE FÍSICA

Instruções: Registre na tabela abaixo a atividade física realizada, o tempo de duração, o local onde foi realizada (considerar atividade física quando sair de casa para realizar o exercício), na companhia de quem você estava e qual era a sua disposição.

DIA	TIPO DE ATIVIDADE	DURAÇÃO	LOCAL	COMPANHIA	DISPOSIÇÃO
2ª feira					() nenhuma () pouca () moderada () muita
3ª feira					() nenhuma () pouca () moderada () muita
4ª feira					() nenhuma () pouca () moderada () muita
5ª feira					() nenhuma () pouca () moderada () muita
6ª feira					() nenhuma () pouca () moderada () muita
Sábado					() nenhuma () pouca () moderada () muita
Domingo					() nenhuma () pouca () moderada () muita

APÊNDICE G – Descrição da Intervenção Psicológica

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP, USP
Serviço de Psicologia
Programa de controle da hipertensão arterial

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

1º Encontro

Tema: Apresentação

- **Objetivos:**

- Apresentar a equipe (pesquisadora e equipe de saúde do núcleo)
- Proporcionar integração entre os participantes do grupo
- Identificar expectativas acerca da intervenção
- Informar os participantes sobre os objetivos dos encontros
- Estabelecer o contrato verbal e firmar compromisso entre os participantes
- Obter dados relativos à: PA, peso, altura e circunferência abdominal
- Fornecer informações sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

- **Materiais:** folha sulfite, envelope, novelo, música animada, caneta e bola

- **Atividades**

- 1) Coleta de dados inicial: aferir PA, medir altura, peso e circunferência abdominal
- 2) Apresentação da equipe
- 3) “Dinâmica da batata quente”
- 4) Levantamento das expectativas: “Carta a si mesmo”
- 5) “Dinâmica do novelo”
- 6) Apresentação do conteúdo: explanação oral sobre os objetivos da intervenção e apresentação de alguns conceitos da TCC
- 7) Coleta de dados final: aferir PA

2º Encontro

Tema: Aprendendo sobre a hipertensão

- **Objetivos:**

- Propiciar integração entre os participantes
- Fornecer informações gerais sobre a hipertensão arterial, destacando os fatores de risco
- Instrumentalizar os participantes com técnica de relaxamento para o manejo do estresse/ansiedade
- Obter dados relativos à: PA, peso, altura e circunferência abdominal

- **Materiais:** cartela do bingo, caneta

- **Atividades:**

- 1) Coleta de dados inicial: aferir PA, peso
- 2) “Dinâmica do bingo”
- 3) Introdução à técnica de relaxamento
- 4) Tarefa de casa: roupa confortável para o próximo encontro
- 5) Aferir PAf

3º Encontro

Tema: Lidar com o Estresse

- **Objetivos:**

- Fornecer informações que auxiliem os participantes a pensarem em como o estresse pode influenciar na PA
- Realizar técnica de relaxamento para o manejo do estresse/ansiedade
- Obter dados relativos à: PA e peso

- **Materiais:** CD com música de relaxamento, rádio, registro alimentar

- **Atividades:**

- Coleta de dados inicial: aferir PA e peso
- Tempestade de idéias (“*brainstorming*”)
- 3) Execução da técnica de relaxamento de Jacobson
- 4) Tarefa de casa: recordatório alimentar e treino do relaxamento em casa
- 5) Aferir PAf

4º Encontro

Tema: Autopercepção e automonitoramento

- **Objetivos:**

- Promover maior conhecimento sobre o próprio comportamento alimentar
- Discutir o registro alimentar
- Estimular que os participantes pensem nas dificuldades encontradas para realizarem uma alimentação mais saudável.
- Discutir a relação da alimentação saudável com a PA
- Trabalhar o índice de massa corporal (IMC)
- Obter dados relativos à: PA, peso e circunferência abdominal

- **Materiais:** calculadora, papel e caneta

- **Atividades:**

- 1) Coleta de dados inicial: aferir PA e peso
- 2) Discussão do recordatório alimentar reforçando comportamentos adequados e corrigindo possíveis inadequados
- 3) Cálculo do IMC
- 4) Dinâmica: “Batata quente” com dicas de alimentação saudável.

- 5) Entrega de dicas sobre alimentação saudável
- 6) Tarefa de casa: registro da atividade física e roupa para caminhada
- 7) Aferir PAf

5º Encontro

Tema: Atividade Física

- **Objetivos:**

- Resgatar o registro de atividade física
- Informar sobre a importância da atividade física no controle da hipertensão arterial
- Realizar técnica de relaxamento para o manejo do estresse/ansiedade
- Obter dados relativos à: PA e peso

- **Materiais:** CD com músicas de relaxamento, rádio

- **Atividades:**

- 1) Aferir PA e pesar os participantes
- 2) Caminhada pelo bairro
- 3) Execução da técnica de relaxamento de Jacobson
- 4) Aferir PAf

6º Encontro

Tema: Lidar com os sentimentos

- **Objetivos:**

- Sensibilizar para a importância de reconhecer e nomear as emoções
- Refletir sobre os aspectos que influenciam o estado emocional
- Identificar pensamentos automáticos, crenças irracionais e comportamentos disfuncionais relacionados à hipertensão arterial
- Obter dados relativos a: PA e peso

- **Materiais:** papel, caneta

- **Atividades:**

- 1) Aferir PA e pesar
- 2) “Rodada de Sentimentos”
- 3) Tempestade de Idéias “*brainstorming*”
- 4) Aferir PAf

7º Encontro

Tema: Resolução de problemas

- **Objetivos:**
 - Levantar dificuldades encontradas pelos participantes para seguirem as orientações de tratamento
 - Realizar técnica de relaxamento para o manejo do estresse/ansiedade
 - Obter dados relativos à: PA e peso
- **Materiais:** papel sulfite, canetas
- **Atividades:**
 - Coleta de dados inicial: Aferir PA e peso
 - Dinâmica: “Troca de experiências”
 - Execução da técnica de relaxamento de Jacobson
 - Aferir PAf

8º Encontro

Tema: Encerramento

- **Objetivos:**
 - Retomar a “Carta a si mesmo”
 - Avaliação oral da intervenção
 - Agendar reavaliação com os participantes
 - Obter dados relativos à: PA, peso e circunferência abdominal
 - Encerrar a intervenção
- **Materiais:** “Carta a si mesmo”, balões, caneta
- **Atividades:**
 - Coleta de dados inicial: Aferir PA, peso e circunferência abdominal
 - Resgate da “Carta a si mesmo”
 - Avaliação da Intervenção (Roteiro pré-estabelecido)
 - Dinâmica “Confraternização”
 - Aferir PAf

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- *Dinâmica da Batata quente* (técnica adaptada de SILVA, 2002).

Objetivo: propiciar a apresentação dos participantes e a descontração do grupo.

A atividade inicia-se com os participantes em círculo. O coordenador explica que será utilizada uma bola e todos deverão jogá-la uns para os outros. Quando a música for interrompida, quem estiver segurando a bola, deverá se apresentar

para o grupo e retirar de uma caixinha perguntas sobre prato preferido, programa de televisão favorito, atividades de lazer, etc. A música volta então a ser tocada, segue-se o mesmo procedimento até que todos possam ter participado e se apresentado.

- *Carta a si próprio* (técnica adaptada do site Dinâmica de Grupo Online).

Objetivo: levantar as expectativas dos participantes.

Para levantar as expectativas individuais dos participantes quanto sua participação nos encontro, o coordenador pede que individualmente cada integrante escreva uma carta a si próprio como se estivesse escrevendo a seu (sua) melhor amigo (a). É orientado que na carta expressem como estão se sentindo no momento, o que esperam daquele grupo e como esperam estar daqui a 60 dias. O envelope deve ser destinado a si próprio, com nome e endereço de correspondência, em seguida a coordenadora recolhe as cartas e cola os envelopes perante o grupo. No último encontro as cartas serão novamente entregues aos participantes e será realizada uma discussão sobre os objetivos alcançados por cada um deles durante os encontros.

- *Dinâmica do novelo* (técnica adaptada do Programa de Habilidades de Vida no Ambiente de Trabalho realizado pelo Programa de Promoção de Saúde na Comunidade do HCFMRP-USP)

Objetivo: Firmar o contrato verbal com os participantes

Os participantes devem posicionar-se em círculos. Com o novelo na mão, o coordenador inicia a atividade escolhendo uma pessoa para começar a atividade. O coordenador deve fazer uma pergunta: “o que você acha que é importante para o bom funcionamento de um grupo?”, deve segurar a ponta do novelo, jogá-la ao participante para que o fio ligue-os. O integrante que recebeu o novelo deve responder à pergunta e repassá-la para outro participante. O novelo deve passar por todos os participantes até formar uma teia. O coordenador nesse momento deve apontar que a teia representa a ligação entre os participantes, a formação de um novo grupo, a importância da colaboração de cada participante, uma vez que, todos fazem parte da rede. Nesse momento o coordenador faz o contrato verbal e firma o compromisso entre os participantes

- *Dinâmica do bingo* (Técnica elaborada pela pesquisadora)

Objetivo: Identificar o conhecimento dos participantes a respeito da hipertensão arterial

Será entregue aos participantes uma cartela de bingo formulada pela pesquisadora com perguntas relativas à hipertensão arterial e conhecimentos gerais com o objetivo de identificar o conhecimento dos participantes e proporcionar trocas de informações entre eles. A pesquisadora fornecerá 20 minutos para que os participantes percorram a sala buscando, entre os outros integrantes, quem sabe responder as perguntas pertencentes a sua cartela. Quando encontrar alguém que saiba a resposta, ele deve registrar o nome da pessoa em sua cartela. O coordenador deve ressaltar que para o participante vencer o bingo não é permitido haver repetição de um mesmo nome na cartela. Quando um dos integrantes tiver completado sua cartela a primeira parte da atividade é encerrada e o vencedor recebe um “brinde”. Em seguida o coordenador pede para que a pessoa que forneceu seu nome a quem venceu o bingo, responda a pergunta correspondente. Nesse momento o coordenador oferece um espaço para que o participante demonstre seus conhecimentos sobre a hipertensão, fazendo considerações quando necessário. Abaixo segue modelo de cartela:

O QUE É HIPERTENSÃO O ARTERIAL?	ONDE FOI REALIZADA A ÚLTIMA OLIMPÍADA?	COMO TRATAR DA PRESSÃO ALTA?
O QUE SE COMEMORA NO FERIADO DE 7 DE SETEMBRO?	QUEM PODE TER PRESSÃO ALTA?	O QUE PODE CAUSAR A HIPERTENSÃO O ARTERIAL?

- *Tempestade de idéias- “brainstorming”- estresse* (técnica adaptada do Programa de Habilidades de Vida no Ambiente de Trabalho realizado pelo Programa de Promoção de Saúde na Comunidade do HCFMRP-USP)

Objetivo: Identificar idéias dos participantes sobre os eventos estressores

É pedido aos participantes que falem o que vier a sua cabeça sobre o que causa estresse e ainda a maneira que encontram para lidar com o evento estressor. A coordenadora lista na lousa todas as manifestações e em seguida

discute com os integrantes como eles relacionam o estresse com a hipertensão arterial.

- *Técnica de relaxamento* (técnica adaptada de Jacobson, 1938; Caballo, 2002; VILELA, 2008).

Objetivo: Auxiliar os participantes no manejo do estresse

O relaxamento utilizado segue o modelo de Jacobson e MacGuigan (Apud CABALLO, 2002, P. 154). A coordenadora enfatiza aos participantes a importância do aprendizado e da utilização da técnica de relaxamento. Em seguida, pede que deitem em colchonetes espalhados pelo chão. A psicóloga dará a seguinte instrução: “Sinta o seu corpo o mais relaxado possível, permita que ele fique solto e cada vez mais pesado. Concentre-se em sua respiração, no ar que entra em seus pulmões e te deixa calmo e tranquilo. Agora vou pedir que você contraia alguns músculos por alguns segundos (Quadro 1), posteriormente relaxe os mesmos e tente se concentrar no contraste entre a tensão e o relaxamento. É importante que você respire profundamente e sinta seu corpo cada vez mais solto”

Quadro 1. Grupos musculares e exercícios trabalhados durante o relaxamento muscular.

	Músculos	Exercícios
1	Testa	Franze-se a testa.
2	Olhos	Fecha-se fortemente os olhos.
3	Nariz	Franze-se o nariz.
4	Boca	Aperta-se os lábios. Abre-se a boca. Aperta-se a língua contra o céu da boca.
5	Pescoço	Dobra-se para frente, contra o peito, como se fosse encostar o queixo no peito.
6	Ombros	Empurra-se para cima como se fosse encostar nas orelhas.
7	Mãos e antebraços	Fecha-se fortemente os punhos, sente-se a pressão nos dedos, nas articulações nos punhos e nos músculos do antebraço.
8	Abdômen	Contraí-se os músculos, encolhendo fortemente o estômago.
9	Perna	Tenta-se contrair a musculatura das coxas. Dobra-se o pé para cima, sem tirar o calcanhar do chão.
10	Pé	Volta-se o pé para dentro e dobram-se os dedos para dentro

- *Dinâmica: “Batata quente” com dicas de alimentação saudável* (técnica adaptada de SILVA, 2002).

Objetivo: possibilitar um momento de reflexão sobre os hábitos alimentares dos participantes.

A atividade inicia-se com os participantes em círculo. O coordenador explica que será utilizada uma bola e todos deverão jogá-la uns para os outros. Quando a música for interrompida, quem estiver segurando a bola, deverá retirar de uma caixinha “dicas de alimentação saudável” (criadas pela autora com base na literatura). A música volta então a ser tocada, segue-se o mesmo procedimento até que todos possam ter participado da atividade. Na discussão será oferecido um espaço para que cada participante possa avaliar se, na sua rotina, é possível colocar tais dicas em prática, caso não seja será trabalhado as dificuldades encontradas por cada um.

- Caminhada pelo bairro (atividade elaborada pela pesquisadora).

Objetivo: proporcionar um momento de descontração para os participantes e ressaltar a importância da atividade física

Os participantes serão convidados a fazer um passeio nas proximidades do Núcleo. Quando retornarem pede-se que digam como se sentiram durante a atividade e se acharam interessante a companhia dos colegas durante a caminhada.

- *Rodada de Sentimentos* (técnica adaptada do Programa de Habilidades de Vida no Ambiente de Trabalho realizado pelo Programa de Promoção de Saúde na Comunidade do HCFMRP-USP)

Objetivo: Refletir sobre o estado emocional e sua relação com a hipertensão arterial

Papel e canetas são distribuídos aos participantes para que escrevam dois sentimentos em duas tiras de papel para que em seguida classifiquem-nos em sentimentos positivos e sentimentos negativos, conforme o julgamento pessoal. Na discussão, a coordenadora convida o grupo a refletir sobre os critérios utilizados por eles para classificar os sentimentos e sobre o quanto as emoções podem interferir na saúde, mais especificamente, sobre a PA de cada um deles.

- *Tempestade de Idéias “brainstorming”* – crenças (técnica adaptada do Programa de Habilidades de Vida no Ambiente de Trabalho realizado pelo Programa de Promoção de Saúde na Comunidade do HCFMRP-USP)

Objetivo: Identificar as crenças dos participantes sobre a hipertensão arterial.

É oferecido o espaço para os participantes falarem quais são as crenças que lhes vêm a cabeça e que estão associados a hipertensão arterial. A coordenadora escreve na lousa todas as crenças destacadas pelos participantes. Na discussão, deve-se para cada uma das crenças, levantar dados da realidade que possam auxiliá-los a identificar as crenças disfuncionais a respeito da hipertensão. Em seguida a coordenadora deve auxiliar os participantes a construir novas crenças que sejam mais coerentes com a realidade.

- *Dinâmica: “Troca de Experiências”* (técnica elaborada pela pesquisadora)

Objetivo: possibilitar a troca de experiências entre os participantes

Pedir para que cada participante escreva individualmente, sem se identificar, “o que considera uma dificuldade encontrada por ele para aderir ao tratamento da hipertensão”. Em seguida, pede-se que dobrem os papéis e ao som de uma música andem pela sala trocando os mesmos uns com os outros, até que a música pare. Estando com o papel na mão, ao participante, é pedido que apresente o “problema” e pense em uma maneira de resolvê-lo. O grupo também pode contribuir com sugestões. A coordenadora deve sempre fazer pontuações sobre a importância da adesão ao tratamento, retomando temas como alimentação saudável, atividade física e uso de medicamento.

- *Dinâmica de Confraternização – “Mensagem nos balões”* (técnica adaptada de NETTO; GORAYEB, 1999).

Objetivo: possibilitar a elaboração do momento da despedida

Pede-se aos participantes que escrevam uma mensagem positiva para alguém do grupo. Um balão é entregue para cada um, e a mensagem escrita é colocada nele. A coordenadora incentiva o grupo a movimentar-se pela sala, brincando com os balões. Para isso utiliza-se uma música alegre e que também contenha uma mensagem de otimismo. Depois de brincar por alguns minutos, cada participante deve ficar com um balão. A coordenadora faz a contagem e

todos os balões são estourados ao mesmo tempo. Cada participante lê para o grupo a mensagem recebida.

BIBLIOGRAFIAS:

CABALLO, V.E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2ª Edição, São Paulo: Editora Santos, 2002.

Dinâmica de Grupo Online. Disponível em:< <http://www.formador.com.br>>. Acesso em: 13 ago. 2008.

JACOBSON, E. *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, 1938

NETTO, J.R.C; GORAYEB, R. Descrição de uma intervenção psicológica com mulheres no climatério. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n.31, p. 277-285, 2005.

Programa de Promoção de Saúde na Comunidade: habilidades de vida no ambiente de trabalho – HCFMRP/USP. Descrição dos encontros, 2006. Não publicado.

SILVA, R.C. **Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania**. São Paulo: Vetor, 2002.

VILELA, J. C. **Efeitos de um intervenção cognitiva-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida em pacientes cardíacos**. 2008. 140 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2008.

APÊNDICE H – Definição das categorias da questão 49 do Roteiro de Entrevista de Reavaliação relacionada aos motivos dos sujeitos que não aderiram ao tratamento para a não participação nos encontros

As categorias e subcategorias relacionadas à questão X do Roteiro de Entrevista de Reavaliação estão definidas abaixo, de acordo com a ordem em que aparecem na Tabela 21.

Falta de Tempo: esta categoria reúne verbalizações que descrevem como motivo para a não participação a ausência de tempo disponível para freqüentar os encontros devido ao surgimento de atividades que fossem concorrentes ao horário do grupo.

Demandas do Trabalho: reúnem-se aqui verbalizações que relacionem a não adesão ao grupo devido ao fato dos participantes trabalharem (possuírem serviço) e não poderem deixar suas atividades laborais para participar dos encontros.

Limitação de Saúde: incluem-se nessa categoria verbalizações referentes a problemas de saúde, tais como dificuldade de locomoção ou qualquer outro tipo de doença que impedisse o comparecimento aos encontros.

Estrutura do Grupo: esta categoria engloba verbalizações que justifiquem a não adesão devido a estruturação do grupo. Estão incluídas aqui duas subcategorias: local e horário.

Local: reúnem-se aqui verbalizações que apontem o local de realização dos encontros como empecilho para a participação, devido à distância da casa do paciente.

Horário: incluem-se aqui verbalizações que apontem que o horário de realização das sessões não favoreceu o comparecimento ao grupo.

Pouca Disponibilidade do Participante: englobam-se aqui relatos que dêem como justificativa para a não participação nos grupos a falta de vontade, a preguiça e o desânimo do participante.

Percepções Quanto ao Grupo: esta categoria contempla verbalizações referentes às percepções que os participantes têm em relação ao grupo. Estão incluídas nesta categoria duas subcategorias: chato e cansativo.

Encontros Chatos: reúnem-se nesta subcategoria verbalizações em que os participantes relacionem a não participação nos encontros ao fato de os considerarem chatos.

Cansativo: incluem-se nesta subcategoria verbalizações que indiquem que a não participação se deu devido ao fato dos sujeitos considerarem que participar do encontro seria cansativo, ou que não teriam paciência para permanecer no grupo pelo período de uma hora e meia.

APÊNDICE I – Definição das categorias da questão 50 do Roteiro de Entrevista de Reavaliação referentes às opiniões dos participantes da pesquisa sobre a baixa participação aos grupos propostos

As categorias e subcategorias relacionadas à questão X do Roteiro de Entrevista de Reavaliação estão definidas abaixo, na ordem em que aparecem na Tabela 22.

Desinteresse com a Própria Saúde: nesta categoria encontram-se verbalizações dos participantes relacionando a não adesão à falta de interesse dos indivíduos com a sua própria saúde. A categoria encontra-se subdividida em quatro subcategorias: Falta de Interesse, Não se Preocupa com o Problema, Acha Bobeira e Indisciplina.

Falta de Interesse: esta subcategoria engloba verbalizações relacionando a não participação ao fato das pessoas demonstrarem pouco interesse com a própria condição de saúde.

Não se Preocupa com o Problema: incluem-se aqui relatos que justifiquem à baixa adesão devido a pouca importância e preocupação que os indivíduos demonstram com a sua saúde.

Acha Bobeira: nesta subcategoria observam-se verbalizações apresentadas pelos participantes que indicam que a não participação se dá devido ao fato dos sujeitos acharem que os encontros são bobagem, pouco importantes ou não funcionarem para resolver o problema de saúde.

Preferem ficar Ignorantes: esta subcategoria engloba verbalizações em que os participantes justificam a não participação dos convidados devido ao fato de que eles preferem não tomar consciência das limitações da doença para assim não

precisarem fazer qualquer mudança comportamental que esteja diretamente relacionada com a HAS.

Indisciplina: englobam-se nesta subcategoria verbalizações que sugerem que o não comparecimento está relacionado à falta de compromisso ou indisciplina dos participantes que não freqüentaram os grupos.

Dificuldades Pessoais: nesta categoria incluem-se verbalizações de que a não participação nos encontros acontece devido às limitações do próprio participante. Estão incluídas nesta categoria três subcategorias: Medo de se Expor, Medo de Cobrança e Necessidade de Companhia.

Medo de se Expor: reúnem-se aqui verbalizações que relacionem a não participação à dificuldade de compartilhar os problemas pessoais com o grupo.

Medo de Cobrança: englobam-se aqui opiniões de que a não adesão ocorre pelo fato das pessoas acreditarem que serão pressionadas e cobradas para que mudem seus comportamentos.

Necessidade de Companhia: incluem-se nesta subcategoria relatos relacionando o não comparecimento ao grupo com a necessidade e ter um amigo/colega que acompanhe o participante ao grupo.

Aspectos Relacionados à Saúde: nesta categoria incluem-se verbalizações que indiquem que, na opinião dos entrevistados, o que favorece a não adesão ao tratamento são questões relacionadas à própria HAS. Fazem parte desta categoria três subcategorias: Falta de Informação, Ausência de Sintoma e Não Aceitação da Doença.

Falta de Informação: esta subcategoria refere-se a verbalizações que sugerem que a não participação ocorra devido ao fato de os participantes não terem conhecimento sobre a gravidade da HAS.

Ausência de Sintomas: nesta subcategoria incluem-se relatos de pacientes que consideram que o fato da HAS ser uma doença silenciosa e não apresentar sintomas faz com que as pessoas não vejam necessidade de participar de intervenções como as propostas neste estudo.

Não aceitação da Doença: incluem-se nesta subcategoria verbalizações em que indiquem que a não participação está relacionada à dificuldade dos indivíduos em aceitarem que apresentam uma doença crônica que necessita de acompanhamento sistemático e prolongado.

Pouca Motivação do Participante: englobam-se aqui relatos que dêem como justificativa para a não participação nos grupos a falta de vontade, a preguiça e o desânimo do participante.

Falta de Tempo: esta categoria reúne verbalizações que justificam como motivo para a não participação a ausência de tempo disponível para frequentar os encontros, devido ao surgimento de atividades que fossem concorrentes ao horário do grupo.

Percepções Quanto ao Grupo: esta categoria contempla verbalizações referentes às percepções que os participantes têm em relação ao grupo. Estão incluídas nesta categoria duas subcategorias: chato e cansativo.

Encontros Chatos: reúnem-se nesta subcategoria verbalizações em que os participantes relacionem a não participação nos encontros ao fato de o considerarem chato.

Cansativo: incluem-se nesta subcategoria verbalizações que indiquem que a não participação se deu devido ao fato dos sujeitos considerarem que participar do encontro seria cansativo, ou que não teriam paciência para permanecer no grupo pelo período de uma hora e meia.

Não Compreensão dos Objetivos do Grupo: reúnem-se nesta categoria relatos dos entrevistados que relacionem a não participação aos encontros com a não compreensão por parte dos convidados da finalidade e serventia do grupo.

Estrutura do Grupo: esta categoria engloba verbalizações que justifiquem a não adesão devido à estruturação do grupo. Estão incluídas aqui duas subcategorias: local e horário.

Local: reúnem-se aqui verbalizações que apontem o local de realização dos encontros como empecilho para a participação devido a distância da casa do paciente.

Horário: incluem-se aqui verbalizações que apontem que o horário de realização das sessões não favoreceu o comparecimento ao grupo.

Não Saber o Resultado Final: nesta categoria incluem-se relatos que relacionam a não participação nos grupos ao fato de os convidados de pesquisas nunca saberem qual foi a conclusão final do trabalho.

Demandas do Trabalho: reúnem-se aqui verbalizações que relacionem a não adesão ao grupo devido ao fato dos participantes trabalharem (possuírem serviço) e não poderem deixar suas atividades laborais para participar dos encontros.

APÊNDICE J – Definição das categorias da questão 51 do Roteiro de Entrevista de Reavaliação referentes às sugestões dos participantes da pesquisa para a maior participação dos pacientes nos grupos propostos

As categorias e subcategorias relacionadas à questão X do Roteiro de Entrevista de Reavaliação estão definidas abaixo, na mesma ordem em que aparecem na Tabela 23

Mudar Estrutura do Grupo: inclui-se nesta categoria verbalizações que dão como sugestão para maior participação dos pacientes a realização de mudanças na estruturação do grupo. Esta categoria é subdividida em quatro subcategorias: Duração, Horário, Local e Nome do Grupo.

Horário: aqui englobam-se as verbalizações que sugerem que mudar o horário de realização dos encontros seria uma alternativa para que mais pessoas pudessem participar dos grupos.

Nome do Grupo: nesta subcategoria surgiram verbalizações de que a mudança do nome do grupo poderia ser uma estratégia para atrair mais pessoas, uma vez que muitos indivíduos têm dificuldades em aceitar que possuem uma doença como a HAS.

Duração: nesta subcategoria surgiram as verbalizações que davam como sugestão modificação no período de duração dos encontros, podendo ser quinzenais ou de meia hora.

Local: esta subcategoria inclui opiniões de que mudar o local de realização dos encontros poderia ser uma alternativa que ajudaria na maior adesão aos grupos.

Conversar com a pessoa: englobam-se aqui sugestões dadas pelos entrevistados dizendo que para maior adesão o ideal seria que fosse realizada uma conversa franca com os pacientes para que eles fossem conscientizados sobre os malefícios da HAS e as vantagens de participarem de um trabalho como o proposto.

Não Mudaria Nada: incluem-se aqui relatos dos participantes de que, na opinião deles, a forma como o trabalho foi conduzido parecia boa, sendo que eles não teriam nenhuma sugestão para mudança. Esta categoria engloba duas outras subcategorias: Está Bom Desse Jeito e Depende da Pessoa.

Está Bom Desse Jeito: nesta subcategoria incluem-se verbalizações de que a estruturação do grupo era boa e não necessitava de qualquer modificação.

Depende da Pessoa: incluem-se nesta subcategoria opiniões de que a participação no grupo independe do que a equipe ofereça. A participação está, na opinião dos entrevistados, relacionada ao interesse dos pacientes convidados.

Não Sabe: nesta categoria incluem-se verbalizações de entrevistados que dizem não saber que tipo de sugestões poderiam dar e que ajudariam a melhorar a participação nos encontros.

Oferecer Algo em Troca: incluem-se nesta categoria verbalizações que indiquem que o oferecimento de algum tipo de reforçador (por exemplo: comida ou remédio) poderia atrair mais pacientes para os grupos.

Divulgar: incluem-se nesta categoria opiniões de que a melhor forma de recrutar mais pessoas para o trabalho proposto seria através de divulgação ou propaganda, seja por email, faixa ou palestras informativas.

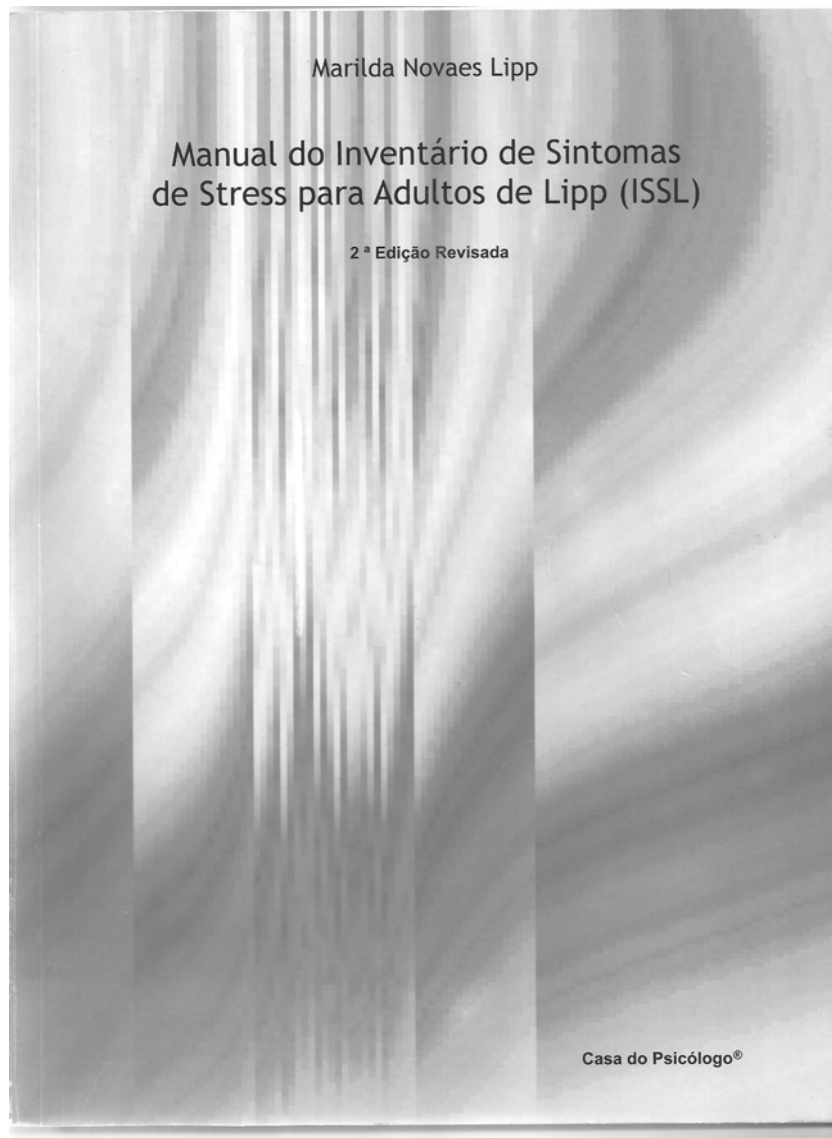
Conseguir respaldo da instituição: esta categoria só se aplicou para os relatos dos pacientes do SAMSP. Incluem-se aqui verbalizações que dêem como sugestão para a maior participação dos convidados aos grupos que os responsáveis pelo trabalho que será realizado entre em contato com os chefes de cada sujeito e os deixe a par sobre a ausência do funcionário do setor de trabalho naquele horário devido a participação no grupo.

Indicação Médica: fazem parte desta categoria verbalizações que sugiram que o médico do local onde o trabalho será realizado deveria contribuir na seleção dos participantes, oferecendo uma lista dos pacientes que na opinião dele deveriam participar da intervenção em grupo.

ANEXO

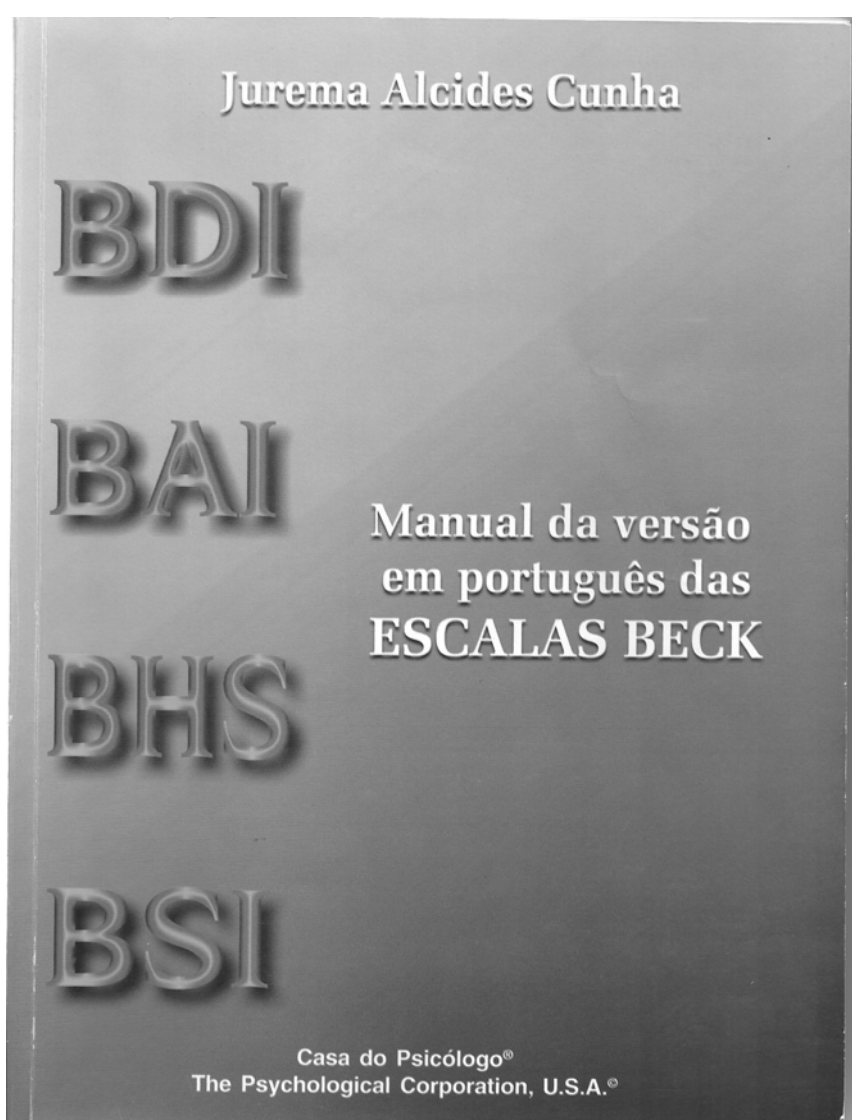
ANEXO A – Cópia da primeira página do caderno de respostas do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL)

O instrumento não foi reproduzido respeitando os critérios éticos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Art. 18 do Código de Ética Profissional, o qual proíbe a divulgação de instrumentos e técnicas psicológicas a leigos, que permitam ou facilitem o exercício ilegal da profissão e respeitando-se os direitos autorais da editora responsável pela publicação dos instrumentos.

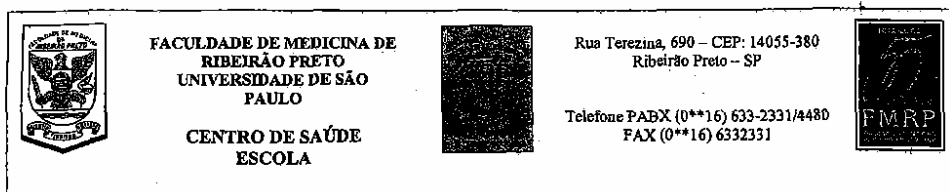


ANEXO B – Cópia da capa do manual da versão em português das Escalas Beck para o Inventário de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI)

Os instrumentos não foram reproduzidos respeitando os critérios éticos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Art. 18 do Código de Ética Profissional, o qual proíbe a divulgação de instrumentos e técnicas psicológicas a leigos, que permitam ou facilitem o exercício ilegal da profissão e respeitando-se os direitos autorais da editora responsável pela publicação dos instrumentos.



ANEXO C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

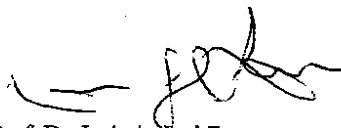
Of. Nº.142/09/COORD./CEP-CSE-FMRP-USP.16/07/2009.

Senhor Professor,

Esta coordenação se manifesta favorável à realização do projeto de mestrado intitulado: *“Efeitos de uma intervenção psicológica com pacientes hipertensos atendidos em Núcleos de Saúde da Família”*, sob a orientação de V.Sª e da pesquisadora responsável Ana Cristina Zordam Rani, considerando atendidas as alterações sugeridas por este Comitê.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Ricardo Garayeb
Professor Associado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.
Responsável pelo Serviço de Psicologia do HC-Campus