

# **Há evidências de que o perfil sociodemográfico apresenta dependência significativa com depressão, adesão ao tratamento e controle pressórico em hipertensos?<sup>1</sup>**

Marina Mendes Soares<sup>2</sup>  
Suely Maria Rodrigues<sup>3</sup>  
Carlos Alberto Dias<sup>4</sup>

## **Resumo**

Este estudo tem por objetivo verificar se o perfil sociodemográfico exerce influência sobre a ocorrência de sintomas depressivos, adesão ao tratamento e controle pressórico de hipertensos. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo, com dados coletados em entrevista domiciliar com 641 hipertensos de Governador Valadares-MG. A partir do grupo estudado levantou-se evidências de que fatores sociodemográficos interferem na ocorrência de sintomas depressivos. Atenção especial deve ser dada aos indivíduos de meia idade, mulheres, solteiros, das classes D-E, mais sujeitos a sintomas depressivos. A melhoria da adesão ao tratamento e controle pressórico pressupõe a promoção do bem estar físico e emocional.

**Palavras-chave:** perfil sociodemográfico, hipertensão, adesão ao tratamento, depressão, controle pressórico.

**Sessão Temática:** Demografia

---

<sup>1</sup> Este artigo é um recorte da pesquisa “Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais, qualidade de vida e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”, apoiada pelo CNPq Processo 401288/2013-7, pela FAPEMIG com concessão de Bolsas de Iniciação Científica, pela CAPES com concessão de Bolsa de Mestrado (PROSUP), pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) e pela Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE).

<sup>2</sup> Mestre em Gestão Integrada do Território pela Universidade Vale do Rio Doce. Professora da Faculdade Mantense dos Vales Gerais.

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora da Universidade Vale do Rio Doce.

<sup>4</sup> Doutor em Psicologia pela Université de Picardie Jules Verne. Professor da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

## INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde no mundo e no Brasil denuncia a existência de um crescimento das condições crônicas no quadro epidemiológico (GONZAGA; QUEIROZ; MACHADO, 2009). Dentre os principais fatores que influenciam este aumento estão: mudanças demográficas, mudanças nos padrões de consumo e hábitos de vida e urbanização acelerada (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010).

Contrário ao que ocorria no passado, na atualidade as enfermidades crônicas não levam fatalmente a óbitos devido aos avanços da Medicina e da Farmacologia. Apesar de muitos casos serem passíveis de cura quando tratados em estágios iniciais, o aumento da sobrevida do paciente não garante uma melhor qualidade de vida ou eliminação do sofrimento. Nesse sentido, tem-se que fatores econômicos, sociais e psicológicos comprometem ainda mais as condições debilitantes às quais ficam submetidos os pacientes (GUIMARÃES, 1999).

As mudanças de estilo de vida adotadas pela população na segunda metade do século XX, decorrentes do processo de urbanização e industrialização crescentes, foi o marco que tornou evidente a massificação do consumo de bens materiais, eletroeletrônicos e automóveis. Estas transformações mudaram o modo de vida, valores e a cultura das sociedades. Como consequência, observou-se um aumento progressivo do sedentarismo, que favorece o sobrepeso e a obesidade; consumo de álcool; tabagismo; mudanças de hábitos alimentares associados ao consumo de alimentos industrializados e ricos em gorduras e calorias. Todas essas mudanças, associadas ao rápido aumento da longevidade populacional, traduzem-se na crescente exposição da população às doenças crônico-degenerativas (CESSE, 2007).

Estudos demonstram que a HAS tem alta prevalência no Brasil, variando entre 14 e 34% nos adultos (LESSA et al., 2006; NUNES FILHO et al., 2007). O número estimado de indivíduos com HAS é de aproximadamente 18 milhões, sendo que apenas 30% destes possui a PA sob controle. De acordo com dados apresentados pelo Ministério da Saúde, em 2012, ocorreram 154.919 internações relacionadas à hipertensão, ocasionando gastos consideráveis ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além das questões relacionadas ao bem estar dos indivíduos, os custos financeiros gerados por esta doença corroboram para que a HAS seja considerada um problema de Saúde Pública. A alta prevalência e baixas taxas de controle da Pressão Arterial (PA) fazem desta doença um dos principais fatores de risco para complicações renais, cardiovasculares e cerebrovasculares (MIRANZI et al., 2008).

De acordo com Diaz (2002), a adesão ao tratamento da HAS é um processo complexo influenciado por fatores ambientais, individuais e pela assistência prestada pelos profissionais de saúde. Isto porque o tratamento envolve as dimensões biológicas, sociológicas, psicológicas e culturais. Entende-se que os pacientes que possuem a PA controlada são aqueles que mantêm uma boa aderência ao tratamento medicamentoso. Aqueles que não têm a sua PA sob

controle são os que têm uma adesão ao tratamento passível de questionamentos (SILVA, 2008).

Há evidências de que pacientes com diagnóstico de doenças crônicas têm maior probabilidade de desenvolver formas patológicas de estresse, ansiedade e depressão. Estudos sugerem que esses indivíduos, ao serem expostos a situações aversivas, apresentariam dificuldades no manejo da doença comprometendo a adesão ao tratamento e conseqüentemente, sua qualidade de vida. De acordo com a literatura, a HAS é uma doença que, independentemente da faixa etária e da etiologia, causa impacto negativo na vida do indivíduo (TREVISOL et. al., 2008).

Concomitante a terapêutica medicamentosa para o controle da HAS, os indivíduos devem adotar um estilo de vida saudável, eliminando hábitos que constituam fatores de risco para a doença. Entretanto, no acompanhamento à saúde dos pacientes, segundo se observa, é grande a dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessários, constitui-se em uma decisão pessoal (BRITO et. al., 2008).

Simonsick et. al., (1995) afirmam que a depressão em indivíduos hipertensos está relacionada ao declínio das condições de saúde. Todavia, não se pode determinar se os sintomas depressivos constituem-se em potenciais causas ou conseqüências das complicações. Da mesma forma, Cohen et. al., (2001) verificaram que pacientes hipertensos deprimidos, apresentaram maior taxa de infarto agudo do miocárdio quando comparados com aqueles não deprimidos. Dessa forma, o modo como o paciente avalia, percebe e cuida da doença afeta sua condição emocional, que por sua vez interfere na saúde e em outros aspectos gerais da vida pessoal.

Evidências sugerem que os serviços públicos de saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), podem funcionar como um facilitador deste cuidado em saúde. Este espaço favorece a mitigação de diferenças socioeconômicas e etárias no acesso a serviços de saúde (ANDRADE et al., 2014). Portanto, faz-se necessário compreender a ESF como ferramenta de enfrentamento dos problemas de saúde pública (HAS, por exemplo), em prol da ampliação de oportunidades de cuidado integral adequado.

Neste sentido, este trabalho objetiva verificar a interferência do perfil sociodemográfico sobre a ocorrência de sintomas depressivos, adesão ao tratamento e controle pressórico de indivíduos hipertensos.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo de modelo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, que apresenta resultados obtidos a partir de dados coletados junto a 641 hipertensos, funcionalmente independentes, de ambos os sexos, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da zona urbana do município de Governador Valadares – MG.

Este município está localizado na região leste do Estado de Minas Gerais, cuja população é de 278.363 habitantes. Foram consideradas para a presente

pesquisa as 39 Estratégias de Saúde da Família (ESFs) e os 3 Programas de Agentes Comunitários da Saúde (PACSS) situados na zona urbana do município, existentes no período em que a coleta de dados foi realizada (março a dezembro de 2014). Foram excluídas desse estudo as UBSs localizadas na zona rural. Atualmente, a população é atendida por 57 ESFs e 1 PACSS.

Foram incluídos no estudo os hipertensos com idade de 40-59 anos (Meia Idade) e 60 anos ou mais (Idosos), que fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos por período superiores a seis meses, sorteados aleatoriamente. Para a ocorrência do sorteio fez-se um levantamento do número de pacientes cadastrados nas UBSs, distribuídos nas cinco faixas etárias, a saber: 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 e 80 anos ou mais.

Em seguida procedeu-se ao cálculo proporcional por UBS de sujeitos de cada faixa etária incluídos na amostra. O número de participantes por faixa etária de cada UBS foi determinado conforme o quadro 1.

Foram realizadas visitas às UBSs participantes para levantar dados dos usuários hipertensos cadastrados e sorteados para compor a *Amostra*, em conformidade com as seguintes variáveis: Nome, Endereço, Idade, Sexo e UBS de cadastro. Uma vez identificados os participantes da pesquisa, realizou-se visita domiciliar para a coleta dos dados. Neste ambiente foi identificado um local que garantisse maior privacidade e sigilo ao entrevistado.

Buscando testar o método de trabalho e as fontes de informações aplicáveis à pesquisa, um estudo piloto foi realizado. Aplicou-se os instrumentos de coleta em dez hipertensos que possuíam as faixas etárias delimitadas no estudo. Foram utilizados todos os critérios de inclusão, não sendo os dados coletados nessa etapa considerados para o estudo principal. Segundo Gil (2002) a importância do Estudo Piloto consiste na possibilidade de verificar se os dados a serem levantados apresentam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Foram excluídos da pesquisa sujeitos que possuíam algum déficit cognitivo bem como os indivíduos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais cujo estado funcional se enquadrava na categoria parcialmente independente e totalmente dependente. Foram também excluídos os pacientes que embora tivessem aceitado participar da pesquisa, se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista guiada por um Roteiro Estruturado de Entrevista. Este se constituiu em um conjunto de questões agrupadas sobre os seguintes temas: perfil sociodemográfico, avaliação da adesão ao tratamento, ocorrência de sintomas depressivos e controle da Pressão Arterial (PA).

Para avaliação da adesão ao tratamento, foi utilizado o questionário de Morisky Green (1986). Este consiste em um instrumento contendo quatro questões que verificam se o paciente esqueceu-se de administrar seu medicamento, se administrou na hora prescrita e se deixou de administrar por sentir-se melhor ou pior. As respostas foram pontuadas em sim e não, sendo atribuído o valor

de 1 para cada resposta afirmativa (em relação à não-adesão) e zero para as negativas (em relação à adesão). Escore zero indica máxima adesão, de 1 a 2, moderada adesão e de 3 a 4, baixa adesão. Contudo, para o presente trabalho, realizou-se o agrupamento dos hipertensos classificados como de baixa e moderada adesão (Baixa adesão), para melhor compará-los com aqueles classificados como indivíduos de máxima adesão (Alta adesão).

Quadro 1 – Números amostrais dos hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da zona urbana do Município de Governador Valadares – 40 anos ou mais, em 2014

<b>Números amostrais dos Hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Zona Urbana do Município de Governador Valadares - 40 anos ou mais</b>												
ESF e PACS	Faixas etárias										Sub-Total	
	40-49	n	50-59	n	60-69	n	70-79	n	80 e +	n	Populaç	Amostra
ESF Altinópolis 1	60	2	113	4	98	3	84	3	37	1	392	13
ESF Altinópolis 2	51	2	94	3	106	4	103	4	33	1	387	14
ESF Altinópolis 3	73	3	119	4	152	5	105	4	50	2	499	18
ESF Altinópolis 4	49	2	94	3	123	4	109	4	53	2	428	15
ESF Atalaia	68	2	121	4	123	4	75	3	27	1	414	14
ESF Azteca	58	2	141	5	131	5	85	3	34	1	449	16
ESF Bela Vista	40	1	91	3	97	3	65	2	22	1	315	10
ESF Caic 1	59	2	92	3	97	3	69	2	33	1	350	11
ESF Caic 2	49	2	90	3	80	3	58	2	25	1	302	11
ESF Carapina 1	69	2	91	3	109	4	77	3	38	1	384	13
ESF Carapina 2	22	1	26	1	36	1	23	1	30	1	137	5
ESF Fraternidade	58	2	109	4	113	4	79	3	43	2	402	15
ESF Ipê	49	2	93	3	139	5	80	3	32	1	393	14
ESF Jardim do Trevo	46	2	90	3	111	4	63	2	32	1	342	12
ESF Jardim Primavera	42	1	95	3	96	3	97	3	45	2	375	12
ESF Mãe de Deus 1	33	1	84	3	85	3	59	2	23	1	284	10
ESF Mãe de Deus 2	41	1	69	2	85	3	82	3	17	1	294	10
ESF Nova JK 1	54	2	86	3	87	3	55	2	25	1	307	11
ESF Nova JK 2	44	2	100	4	82	3	71	3	36	1	333	13
ESF Novo Horizonte	63	2	112	4	100	4	62	2	23	1	360	13
ESF Santa Efigenia	33	1	77	3	65	2	53	2	29	1	257	9
ESF Santa Helena 1	40	1	78	3	101	4	83	3	36	1	338	12
ESF Santa Helena 2	46	2	83	3	143	5	106	4	47	2	425	16
ESF Santa Paula	66	2	105	4	87	3	91	3	42	1	391	13
ESF Santa Rita 1	79	3	128	5	127	5	98	3	71	3	503	19
ESF Santa Rita 2	86	3	155	6	167	6	149	5	103	4	660	24
ESF Santa Rita 3	50	2	89	3	59	2	56	2	22	1	276	10
ESF Santa Rita 4	49	2	71	3	58	2	40	1	19	1	237	9
ESF Santa Teresinha	69	2	167	6	171	6	143	5	109	4	659	23
ESF Santos Dumond	80	3	97	3	112	4	80	3	30	1	399	14
ESF São Pedro	26	1	57	2	80	3	74	3	45	2	282	11
ESF Sir 1	60	2	138	5	120	4	74	3	34	1	426	15
ESF Sir 2	55	2	162	6	135	5	105	4	53	2	510	19
ESF Turmalina 1	63	2	125	4	100	4	81	3	32	1	401	14
ESF Turmalina 2	37	1	58	2	53	2	42	1	15	1	205	7
ESF Turmalina 3	47	2	72	3	68	2	60	2	26	1	273	10
ESF Vila do Sol	60	2	111	4	88	3	80	3	25	1	364	13
ESF Vila dos Montes	44	2	115	4	113	4	82	3	30	1	384	14
ESF Vila Park Ibituruna	40	1	103	4	111	4	110	4	62	2	426	15
PACS N. S. das Gracias	83	3	249	9	334	12	339	12	212	8	1217	44
PACS São Paulo	104	4	214	8	286	10	235	8	143	5	982	35
PACS Jardim Perola	117	4	285	10	396	14	309	11	177	6	1284	45
<b>Sub-Total</b>	<b>2362</b>	<b>84</b>	<b>4649</b>	<b>165</b>	<b>5024</b>	<b>178</b>	<b>3991</b>	<b>142</b>	<b>2020</b>	<b>72</b>	<b>18046</b>	<b>641</b>

Fonte: Pesquisa de campo

Para avaliação da depressão, foi utilizado o teste psicológico denominado BDI (Beck Depression Inventory) em sua versão traduzida e validada para o

português. O instrumento contém 21 itens, incluindo os sintomas e as atitudes, cuja intensidade varia de zero (0) a três (3). O total possível para a escala varia de zero a 63. Quanto mais elevados os valores obtidos pelo entrevistado, maior é a probabilidade da ocorrência de sintomas depressivos. Também para melhor análise da situação dos participantes da pesquisa, foi realizado o agrupamento dos indivíduos por proximidade de categorias formando, em decorrência, dois grupos: 1) Deprimidos; 2) Não deprimidos.

Para avaliação do controle pressórico foi utilizado um Esfigmomanômetro Aneróide devidamente calibrado (instrumento utilizado por profissionais de saúde para aferição de PA), sendo a PA classificada conforme e Eighth Joint National Committee - JNC 8.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se do software *Sphinx Lexica* versão 5.1.0.4.

O desenvolvimento deste estudo respeitou todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Neste sentido, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (Parecer nº 002/2010) e, para sua execução foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Governador Valadares, responsável pelas UBSs participantes.

## RESULTADOS

Como apresentado na Tabela 1, a maioria dos participantes do presente estudo possui idade a partir de 60 anos (61,6%); constituída por mulheres (76,3%); casada (59,8%) e parda (58,3%). Quanto à classe socioeconômica, predominam os pertencentes à classe D-E (36,5%).

A partir do BDI foi evidenciado que a maioria dos entrevistados apresenta sintomas característicos de depressão (53,7%). Da mesma forma, o teste de Morisky Green revelou que a maioria é altamente aderida ao tratamento (51,6%) embora o número daqueles com baixa adesão (48,4%) seja elevado.

Ao se avaliar o controle da doença mediante aferição da PA, verificou-se existir prevalência daqueles que estavam na meta pressórica (56,5%), sendo elevado o percentual de indivíduos fora da meta (43,5%).

Conforme indicado na Tabela 2, a maioria dos indivíduos de meia idade apresenta sintomas depressivos (52,4%), assim como a maioria dos sujeitos idosos (54,4%). O teste do Qui<sup>2</sup> revelou existir significativa dependência entre faixa etária e adesão ao tratamento (Qui<sup>2</sup> = 5,20, gl = 1, 1-p = 97,74%). Efetivamente a frequência real de indivíduos de meia idade com baixa adesão ao tratamento é superior à frequência teórica (esperada). Já na comparação da faixa etária com sintoma depressivo e meta pressórica, o teste do Qui<sup>2</sup> não evidenciou dependência significativa entre a primeira variável e as demais.

Tabela 1 - Caracterização da amostra de hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da zona urbana do Município de Governador Valadares – 40 anos ou mais, em 2014

Variáveis	Geral	
	Freq.	%
<b>Faixa etária</b>		
Meia idade	246	38,4
Idosos	395	61,6
<b>Sexo</b>		
Feminino	489	76,3
Masculino	152	23,7
<b>Estado civil</b>		
Casado	383	59,8
Solteiro	100	15,6
Viúvo	158	24,6
<b>Cor</b>		
Branca	153	23,9
Preta	101	15,8
Parda	374	58,3
Amarela	13	2
<b>Classe socioeconômica</b>		
A	10	1,6
B1	10	1,6
B2	49	7,6
C1	123	19,2
C2	215	33,5
D-E	234	36,5
<b>Sintomas depressivos</b>		
Deprimido	344	53,7
Não deprimido	297	46,3
<b>Adesão ao tratamento</b>		
Alta adesão	331	51,6
Baixa adesão	310	48,4
<b>Meta pressórica</b>		
Na meta	362	56,5
Fora da meta	279	43,5

Fonte: Pesquisa de campo, 2014

Analisando-se os dados em relação às variáveis sexo e sintomas depressivos, o teste do Qui<sup>2</sup> revelou existir significativa dependência entre elas (Qui<sup>2</sup> = 8,41, gl = 1, 1-p = 99,63%). Isto porque a frequência observada de indivíduos do sexo masculino é superior em relação a frequência teórica para não deprimidos e inferior para deprimidos.

Já na comparação do sexo com classificação da adesão e meta pressórica, o teste do Qui<sup>2</sup> não evidenciou dependência significativa entre estas variáveis.

A maioria dos indivíduos classificados como D-E apresentam sintomas depressivos (60,7%), havendo dependência significativa entre as variáveis

classificação socioeconômica e depressão ( $Qui^2 = 12,47$ ,  $gl = 5$ ,  $1-p = 97,11\%$ ). Isto porque o nível de depressão encontrado entre os indivíduos pertencentes à classe D-E é superior quanto à frequência teórica para deprimidos e inferior para não deprimidos. Diferentemente, os indivíduos pertencentes à classe C1 apresentaram frequência inferior à esperada para deprimidos e superior para não deprimidos. Já na comparação da classe socioeconômica com adesão ao tratamento e meta pressórica o teste do  $Qui^2$  não evidenciou dependência significativa entre a primeira variável e as demais.

Analisando-se os dados em relação ao estado civil e sintomas depressivos o teste do  $Qui^2$  evidenciou existir dependência significativa entre estas variáveis ( $Qui^2 = 6,65$ ,  $gl = 2$ ,  $1-p = 96,41\%$ ). Isto porque a frequência observada de casados não deprimidos é superior a frequência teórica e a frequência observada para os solteiros deprimidos é superior à esperada. Na comparação do estado civil com adesão ao tratamento e meta pressórica o teste do  $Qui^2$  não evidenciou dependência significativa entre a primeira variável e as demais.

Na comparação da variável Cor/Etnia com sintomas depressivos, adesão ao tratamento e meta pressórica o teste do  $Qui^2$  não evidenciou dependência significativa entre a primeira variável e as demais.

Tabela 2 - Interferência de fatores sociodemográficos sobre a ocorrência de sintomas depressivos, adesão ao tratamento e meta pressórica da amostra de hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da zona urbana do Município de Governador Valadares – 40 anos ou mais, em 2014

VARIÁVEIS	Sintomas depressivos				Adesão ao tratamento				Meta pressórica			
	Deprimido		deprimido		Alta adesão		adesão		Na meta		Fora da meta	
Faixa etária	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Meia idade	129	52,4	117	47,6	113	45,9	133	54,1	131	53,3	115	46,7
Idosos	215	54,4	180	45,6	218	55,2	177	44,8	231	58,5	164	41,5
<b>Sexo</b>												
Feminino	278	56,9	211	43,1	252	51,5	237	48,5	279	57,1	210	42,9
Masculino	66	43,4	86	56,6	79	52	73	48	83	54,6	69	45,4
<b>Classificação socioeconômica</b>												
A	5	50	5	50	5	50	5	50	5	50	5	50
B1	3	30	7	70	5	50	5	50	7	70	3	30
B2	22	44,9	27	55,1	21	42,9	28	57,1	33	67,3	16	32,7
C1	55	44,7	68	55,3	66	53,7	57	46,3	77	62,6	46	37,4
C2	117	54,4	98	45,6	108	50,2	107	49,8	115	53,5	100	46,5
D-E	142	60,7	92	39,3	126	53,8	108	46,2	125	53,4	109	46,6
<b>Estado civil</b>												
Casado	190	49,6	193	50,4	192	50,1	191	49,9	221	57,7	162	42,3
Solteiro	62	62	38	38	50	50	50	50	59	59	41	41
Viúvo	92	58,2	66	41,8	89	56,3	69	43,7	82	51,9	76	48,1
<b>Cor/etnia</b>												
Branca	77	50,3	76	49,7	91	59,5	62	40,5	85	55,6	68	44,4
Preta	57	56,4	44	43,6	53	52,5	48	47,5	60	59,4	41	40,6
Parda	203	54,3	171	45,7	182	48,7	192	51,3	209	55,9	165	44,1
Amarela	7	53,8	6	46,2	5	38,5	8	61,5	8	61,5	5	38,5

Fonte: Pesquisa de campo, 2014

Nota: As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.



## DISCUSSÃO

Segundo a literatura, características relacionadas ao paciente, como faixa etária, sexo, estado civil, cor/etnia e situação socioeconômica podem interferir na adesão ao tratamento da HAS e controle pressórico. A avaliação por meio de instrumentos que possam mensurar estes dados reveste-se de importância para estudos das condições de saúde dos indivíduos.

No presente estudo, verificou-se que a maioria dos entrevistados situa-se na faixa etária de 60 anos ou mais (idosos). Sabe-se que apesar de idade elevada não ser sinônimo de doença, os idosos são relativamente mais vulneráveis do que o restante da população no que se refere à sua condição de saúde. Esse grupo apresenta maior número de doenças, geralmente crônicas (ANDRADE, et al., 2013).

Observa-se que nessa amostra a dependência estatística entre baixa adesão ao tratamento e faixa etária mostrou-se muito significativa, evidenciando uma correlação entre essas variáveis para o grupo estudado. O fato de indivíduos de meia idade estarem inseridos no mercado de trabalho pode contribuir para que possuam maiores dificuldades no cuidado com a própria saúde. As condições impostas no ambiente de trabalho e as exigências do aumento de produtividade são fatores comuns na atualidade em todas as classes profissionais. Tais exigências somadas às relações de poder entre as equipes podem submeter os profissionais a situações de contínuo estresse.

Os estressores organizacionais, segundo Tamayo e Paschoal (2004), compreendem dois grandes grupos: aqueles de natureza física (ruídos, poluição, ventilação, iluminação e outros); e os psicossociais que incluem as funções desenvolvidas, a autonomia/controle no trabalho, relacionamento interpessoal, fatores intrínsecos ao trabalho e ao desenvolvimento da carreira.

Todas essas condições estressantes, aliadas a uma gama de outras variáveis, podem desencadear diversas reações e patologias, dentre as quais o estresse e conseqüentemente, o descuido com a própria saúde. O estresse desenvolve-se quando o indivíduo avalia as dificuldades corriqueiras ou eventuais que vivencia como excessivas a sua capacidade em dominá-las e/ou superá-las, impossibilitando-o de resistir e criar estratégias para lidar com as adversidades do trabalho. Essa discrepância percebida entre as demandas do ambiente e os recursos biológicos, psicológicos e sociais de que dispõe para resistir ao estímulo estressor pode trazer prejuízos ao indivíduo, alterando sua qualidade de vida e diminuindo a motivação necessária nas atividades diárias, inclusive aquelas que objetivam o tratamento de uma condição crônica de saúde, tal como a HAS (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2007).

Quanto ao sexo, observou-se alta porcentagem de mulheres no grupo que compõe a amostra. Tal fato está de acordo com os achados de Brasil (2002), onde afirma que a elevação da PA acima dos limites definidos é mais frequente entre as mulheres do que entre os homens com idade acima de 40 anos. Apesar da alta prevalência de mulheres, não foi observada dependência estatística entre adesão ao tratamento, controle pressórico e sexo.

Embora biologicamente as mulheres estejam mais predispostas a desenvolver a HAS, esse dado corrobora para afirmar que as mulheres se inserem mais facilmente no processo de cuidado com a própria saúde. Dessa forma, a procura pela UBS tende a ser maior entre o sexo feminino. A menor tendência dos homens em se cuidar pode ser explicada pela baixa preocupação destes com os problemas de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007). Portanto, a menor prevalência e menor diligência com relação à saúde e, muitas vezes, o diagnóstico tardio da HAS, contribuem para o baixo percentual de homens participantes desta amostra.

Os dados revelam ainda que, neste grupo, os homens possuem menos sintomas depressivos que as mulheres. Estudos relatam que mulheres têm uma pior pontuação no domínio “estado mental”, quando avaliado qualidade de vida. A maior frequência e intensidade de sentimentos como insatisfação e frustração, podem ocasionar nas mulheres uma maior vulnerabilidade a desenvolver quadros depressivos. Além disso, homens têm melhor capacidade para tolerar doenças crônicas sem serem afetados emocionalmente (YOUSSEF et al., 2005).

Estudos indicam existir maior comprometimento da condição de saúde de indivíduos do sexo feminino em todos os domínios. As hipóteses explicativas para tais achados estão relacionadas primeiramente aos novos papéis assumidos pelas mulheres na sociedade e na família, que podem influenciar na forma como elas percebem sua condição de saúde.

Com relação ao estado civil, tem-se que a maioria é casada. Verifica-se dependência estatística entre estar casado e não possuir sintomas depressivos. A prevalência de pacientes sem companheiro pode refletir, de um lado maior independência, e de outro, uma lacuna no cuidado das pessoas que necessitam de ajuda para realizar suas atividades diárias. Indivíduos que apresentam dificuldades na realização dessas atividades, seja pelas limitações próprias da idade avançada, seja por restrições causadas pela HAS ou outra patologia, precisam de monitoramento e cuidados diários (ANDRADE, et al., 2013). A ausência de parceiro pode, portanto, favorecer maior exposição a riscos e descuidos com a saúde (alimentação inadequada, sedentarismo, falta de preocupação consigo mesmo), contribuindo para um baixo controle pressórico e autorrelato negativo em um significativo número do grupo.

Oigman (2006) atribui a falta de adesão ao tratamento e baixo controle pressórico aos aspectos socioeconômicos, ou seja, quanto mais baixos os níveis socioeconômicos, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (encontrou-se dependência significativa entre classe social D-E e ocorrência de sintomas depressivos). A alta prevalência de sintomas depressivos na amostra estudada é preocupante, uma vez que desvantagens no desenvolvimento social e precárias condições econômicas constituem, de um modo geral, maior risco de adoecer e morrer precocemente, por qualquer causa, em todas as idades, em ambos os sexos (VERAS, 2003). Em contraposição aos dados, a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) afirma que o nível socioeconômico dos pacientes não está relacionado

de maneira relevante ao processo de adesão. Ela considera que outros fatores, dentre eles a forma como o paciente representa sua doença e seu nível de escolaridade, podem estar diretamente associados.

Verifica-se que a baixa escolaridade é um fator relevante nas discussões referentes à classe econômica e vulnerabilidade social. Considerada uma das questões mais preocupantes quando se avalia os elementos que impedem o Brasil de se desenvolver plenamente, a deficiência educacional aparece ora como causa ora como consequência das enfermidades que assolam a população brasileira (KAGEYAMA; HOFFMANN, 2006).

Estudos ainda indicam que a baixa escolaridade pode estar associada a dificuldade de lidar com questões emocionais, podendo incidir mais facilmente em quadros depressivos. A literatura aponta o baixo nível intelectual como um importante preditor de depressão em indivíduos idosos, bem como de outros transtornos afetivos, tais como a ansiedade. Contrariamente, idosos de melhor escolaridade possuem melhor acesso a cuidados médicos, a atividades implicadas no estímulo das funções cognitivas e mentais, além de terem maior nível de participação social e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida (VERAS, 2003).

Segundo Lipp et al. (2002), um dos principais motivos que ocasionam a depressão em sujeitos com doenças crônicas, tais como a HAS pode ser o estresse. Este é um fator de risco para a adesão ao tratamento, trazendo grande probabilidade de adoecimento físico e emocional.

A angústia, manifestada por muitos entrevistados, pode estar associada à presença de limitações físicas geradas pela doença, a dificuldade para realizar atividades da vida diária e ingestão de vários medicamentos. Ressalta-se que alguns fatores podem contribuir para o afastamento social do paciente e conseqüente sentimento de solidão já que o indivíduo pode tornar-se recluso em seu domicílio. Essas mudanças ocasionam efetivas reduções na capacidade funcional e podem agravar-se mediante condições ambientais e sociais inadequadas.

Assim, o incentivo à educação é de grande relevância, não como uma forma de buscar subsídios para que a doença não se estabeleça (uma vez que no hipertenso ela já se instalou), mas como estratégia de conscientização desses indivíduos de que é possível minimizar as adversidades provocadas pela doença a partir da adesão ao tratamento e promover maiores habilidades em lidar com questões emocionais (COTTA et al., 2009).

## **CONCLUSÕES**

Com base nos dados coletados e submetidos ao teste do  $Qu^2$  pode-se inferir que os fatores sociodemográficos (faixa etária, sexo, estado civil, classificação socioeconômica) possuem correlação principalmente com a ocorrência de

sintomas depressivos nos indivíduos estudados. Portanto, a melhoria da adesão ao tratamento e controle pressórico dos hipertensos pressupõe a redescoberta do sentido da vida a partir da qual se desenvolve recursos pessoais para o enfrentamento de sintomas depressivos e estabelecimento de um autocuidado positivo em relação à saúde.

Compreende-se que os problemas do cotidiano somados a outras intercorrências que surgem a partir da doença crônica, necessitam ser trabalhados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio, objetivando uma melhor qualidade de vida.

Atenção especial deve ser dada aos indivíduos de meia idade, mulheres, solteiros, pertencentes às classes D-E, considerando que estes possuem maiores evidências de sintomas depressivos. Seja como causa ou consequência da baixa adesão ao tratamento e conseqüentemente, controle pressórico, a depressão gera custos sociais e de saúde significativos, sendo uma dos principais agravantes da saúde pública na atualidade.

Considerando a multiplicidade de variáveis que incidem sobre a saúde dos sujeitos, oferecer subsídios para uma assistência profissional de qualidade é fundamental para a mitigação de problemas existentes no campo da saúde. Principalmente em contextos de vulnerabilidade socioambiental, ocasionada por fatores sociais ou individuais, as UBSs se configuram em espaços de proximidade entre a realidade do senso comum e a realidade científica, profissional. Sua inserção geográfica na comunidade deve possibilitar um diálogo horizontalizado entre comunidade e os diversos níveis de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M.V. et al. **Equidade na saúde: o Programa de Saúde da Família em Minas Gerais**. Secretaria da Saúde de Minas Gerais, Mônica Viegas Andrade (org.) Belo Horizonte : SES-MG, UFMG, 2013.

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. **Rev. Bras. epidemiol.**, v. 17, n. 1, 215-226, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus: Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2002.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública.**, v.24, n.4, pp. 933-940, 2008.

CESSE, E. A. P. **Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.** 268f. Tese. Programa de Doutorado em Saúde Pública. Fiocruz, Recife, 2007.

COHEN, H. W., et al. History of treatment for depression: risk factor for myocardial infarction in Hypertensive patients. **Psychosom Med.**, v. 63, n. 2, p. 203-209, 2001.

COTTA, R. M. M. et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Rev. Nutr.**, v.22, n.6, p. 823-835, 2009.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 4, 1251-1260, 2009.

DIAZ, R. B. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos. In: Netto (org.), **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão global**. São Paulo. Editora Atheneu. pp. 230-24, 2002.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, 2010.

GAZZANIGA, M. S.; HEATHERTON, T. F. **Ciência psicológica: Mente, cérebro e comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, 565-574, 2007.

GONZAGA, M. R.; QUEIROZ, B. L.; MACHADO, C. J. Compressão da mortalidade: um estudo da variabilidade da idade à morte na população do Estado de São Paulo, Brasil, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n. 7, 1475-1485, 2009.

GUIMARÃES, S. S. Psicologia da saúde e doenças crônicas. **Comportamento e saúde: explorando alternativas**, 22-45, 1999.

KAGEYAMA, Â.; HOFFMANN, R. Pobreza no Brasil: uma perspectiva multidimensional. **Economia e Sociedade**, v. 15, n. 1, 79-112, jan./jun. 2006.

LESSA, Í. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 6, 2006.

LIPP, M. E. N. **O stress do professor**. São Paulo: Papyrus, 2002.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto enferm.**, v.17, n. 4, 672-679, 2008.

MORISKY D. E. et al. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24, n. 67-74, 1986.

NUNES FILHO, J. R. et al. Prevalência de Fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 5, 2007.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, 30-34, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília, 2010.

SILVA, K. S.; LOPES, A. S. Excesso de peso, pressão arterial e atividade física no deslocamento à escola. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n. 2, 2008.

Simonsick EM, et al. Depressive symptomatology and hypertension-associated morbidity and mortality in older adults. **Psychosom Med.**, v. 57, n. 5, p. 427-35, 1995.

TAMAYO, A., PASCHOAL, T. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, 45-52, 2004.

TREVISOL, D.J.; MOREIRA, L.B.; FUCHS, S. C. Qualidade de vida e hipertensão arterial. **Hipertensão**, v. 11, n. 4, p. 138-142, 2008.

VERAS, R.P. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. **Rev A Terceira Idade**, v.14, n.23, p. 6-29, 2003.

YOUSSEF, R.M; MOUBARAK I.I.; KAMEL, M.I. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. **East Mediterr Health J.** v. 11, p.109-18, 2005.