

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO**

THATIANE DANTAS DIAS LUCCA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: percepção de pacientes com baixa adesão ao tratamento
medicamentoso assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Diamantina/MG**

GOVERNADOR VALADARES – MG

2020

THATIANE DANTAS DIAS LUCCA

HIPERTENSÃO ARTERIAL: percepção de pacientes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Diamantina/MG

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Território, Sociedade e Saúde

Orientadora: Prof. Dr^a. Marileny Boechat Frauches Brandão

Governador Valadares – MG

Dezembro - 2020

Ficha Catalográfica - Biblioteca Dr. Geraldo Vianna Cruz (UNIVALE)

L934h Lucca, Thatiane Dantas Dias
Hipertensão arterial : percepção de pacientes com
baixa adesão ao tratamento medicamentoso assistidos
pela estratégia saúde da família de Diamantina/MG
/ Thatiane Dantas Dias Lucca. - Governador
Valadares, MG : UNIVALE, 2020.
101 f.: 31 cm

Dissertação (Mestrado) - Universidade Vale do Rio
Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão
Integrada do Território - GIT, 2020.
Orientador: Profa. Dr^a. Marileny Boechat Frauches Brandão.

1. Hipertensão Arterial. 2. Estratégia Saúde da Família -
Diamantina (MG). 3. Território. I. Brandão, Marileny Boechat
Frauches. II. Título.

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

**ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
THATIANE DANTAS DIAS LUCCA**

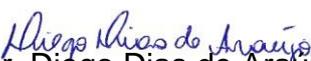
Matrícula Nº 77.731

Ao primeiro dia do mês de dezembro de dois mil e vinte (01/12/2020), às 14 (quatorze) horas, por meio de tecnologias de reunião à distância, utilizando como recurso o Google Meet, sob a coordenação do Prof.^a Dr.^a Marileny Boechat Frauches Brandão, Professora Orientadora, reuniram-se os membros efetivos da Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada: "**Hipertensão Arterial: percepção de pacientes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Diamantina/MG**", elaborada pela discente **Thatiane Dantas Dias Lucca**, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – GIT/Univale – Nível Mestrado Acadêmico, Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde. A Banca Examinadora foi composta pelos(as) professores(as): Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva (GIT/Univale) e Dr. Diego Dias de Araújo (Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES). A professora orientadora iniciou a sessão informando que a reunião seria gravada, depois fez a apresentação dos componentes da Banca Examinadora e informou que a discente atendeu as exigências do Art. 82 do Regulamento do Programa. Em seguida, apresentou a discente, leu o título da dissertação e lhe passou a palavra. Feita a apresentação por parte da mestrande, os avaliadores fizeram questionamentos e comentários. Em todos os momentos foi dado o direito à discente de responder aos questionamentos. Por fim, a Banca se reuniu sem a participação da discente e do público, decidindo pela: (x) Aprovação; () Aprovação com solicitação das revisões, constantes nas "observações", no prazo máximo de 60 dias; () Reprovação. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Banca. **OBSERVAÇÕES:**

Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Banca Examinadora.


Dr.^a Marileny Boechat Frauches Brandão
Professora Orientadora


Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Avaliador


Dr. Diego Dias de Araújo

Avaliador



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

THATIANE DANTAS DIAS LUCCA

“Hipertensão Arterial: percepção de pacientes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Diamantina/MG”

Dissertação aprovada em 01 de dezembro de 2020, pela banca examinadora com a seguinte composição:

Dr.^a Marileny Boechat Frauches Brandão
Orientadora – Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva Examinador –
Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE.

Prof. Dr. Diego Dias de Araújo
Examinador – Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Dedico esta dissertação àquela que sempre esteve ao meu lado, que nunca me deixou desamparada nem desanimar nos momentos mais difíceis, além de me conceder o dom de gerar uma vida nesta reta final em bom estado de saúde, Maria, mãe de Deus! Que a fé permaneça me guiando e dando a sabedoria necessária para prosseguir.

AGRADECIMENTO

Escrever uma dissertação de Mestrado é uma experiência enriquecedora de plena superação. Assim, este é um momento difícil no qual tenho que agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para minha trajetória acadêmica.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por ser a fonte da minha existência e meu sustento a cada dia.

A minha família que, mesmo de longe, sempre torceu pelo meu sucesso e me apoiou durante esta jornada, em especial o meu irmão Alexandre.

À família Lucca, em especial Dr. José Lucca e Heloísa, que sempre me incentivou e nunca me deixou desistir desta difícil missão.

Ao meu marido José Lucca pelo incentivo, suporte e por compartilhar tempo e angústias no desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pelas críticas, pelo apoio emocional, ainda, pelo amor e consolo.

A minha orientadora, Professora Dra. Marileny Boechat, que no seu tempo dedicado a este trabalho me norteou no amadurecimento na pesquisa; por sua intensa dedicação, correções concisas e por me conduzir sempre de forma correta.

Ao Professor Carlos Alberto Dias, por ceder o banco de dados para que esta pesquisa pudesse ser realizada de forma precisa.

Aos professores do GIT, em especial Leonardo Oliveira e Eunice Nonato, pelos ensinamentos, amizade, respeito e suporte neste período.

Aos meus colegas do mestrado, em especial Letícia Vilete e Giselly Rodrigues, pela amizade e motivação frente às dificuldades.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desta obra, fruto de muito trabalho, perseverança e dedicação.

Que seu remédiao seja seu alimento, e que seu alimento seja seu remédiao.

(Hipócrates)

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade no Brasil e a Hipertensão Arterial (HA) está entre os seus principais fatores de risco. A HA é um problema de saúde pública, com altas taxas de morbimortalidade cardiovascular, e seu controle está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento. A não adesão ao tratamento medicamentoso é uma das principais causas das baixas taxas de controle da HA e se constitui num dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais da saúde que atuam nas Estratégias Saúde da Família. O objetivo desta pesquisa foi analisar a percepção de pacientes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, assistidos pela Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Diamantina/MG em relação à HA. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 135 indivíduos hipertensos de baixa adesão ao tratamento medicamentoso, de ambos os sexos, que fazem uso de anti-hipertensivos por pelo menos seis meses, com idade superior a 40 anos, e função cognitiva preservada. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista guiada por um roteiro estruturado. As análises das variáveis do estudo foram processadas com o uso do *software* R (versão 3.2.2) e expressas por meio de estatística descritiva. Os resultados foram apresentados por meio de frequência absoluta e relativa das respostas, medidas de posição/tendência central (média) e de dispersão/variabilidade (desvios padrão). Os resultados evidenciam, quanto ao perfil sociodemográfico e econômico, maior prevalência (60,7%) do sexo feminino, idade entre 51 a 70 anos (65,9%); declararam ser de cor parda (58,5%), casados/união consensual (66,6%), baixa alfabetização/analfabetos (26,7%), apresentaram renda inferior a um salário mínimo (66,7%) e, quanto à ocupação, 42,2% eram aposentados. Quanto às vivências e percepções sobre a HA, 58,5% dos entrevistados associaram o que é pressão alta a aspectos físicos, sintomas e causas; 67,4% relataram receber orientações dos profissionais da saúde para controle da HA, especialmente do médico; 33,1% não se sentem incomodados de serem hipertensos e 31,6% começaram o uso do medicamento com a descoberta do diagnóstico da HA. Mesmo com necessidade do uso contínuo do medicamento, relataram que na vida não houve modificações e não apresentaram dificuldades na adaptação ao tratamento. Assim, esses fatores sozinhos ou associados podem desestimular o tratamento de forma correta, ocasionando baixa adesão ao tratamento medicamentoso, portanto, é importante readequar as estratégias de orientação sobre a doença e o tratamento de acordo com as características sociodemográficas e econômicas, além de considerar os sentimentos e vivências de cada hipertenso em relação à HA. O adequado controle da HA deve ser uma prioridade na ESF, com o objetivo de reduzir a prevalência dessa doença. A equipe de saúde deve estabelecer uma relação de vínculo com o hipertenso de baixa adesão ao tratamento medicamentoso, de modo que esse se sinta acolhido pelos profissionais.

Palavras-chave: HA. Adesão ao tratamento medicamentoso. Estratégia Saúde da Família. Território.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of morbidity and mortality in Brazil and Arterial Hypertension (AH) is among its main risk factors. AH is a public health problem, with high rates of cardiovascular morbidity and mortality, and its control is directly related to the degree of patient compliance with treatment. Non-adherence to drug treatment is one of the main causes of low rates of control of AH and is one of the most important problems faced by health professionals working in the Family Health Strategies. The aim of this research was to analyze the perception of patients with low adherence to drug treatment, assisted by the Family Health Strategy in the urban area of Diamantina / MG in relation to AH. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The sample consisted of 135 hypertensive individuals with low adherence to drug treatment, of both sexes, who use antihypertensive drugs for at least six months, aged over 40 years, and preserved cognitive function. Data collection was carried out through an interview guided by a structured script. The analysis of the study variables were processed using the software R (version 3.2.2) and expressed through descriptive statistics. The results were presented by means of absolute and relative frequency of responses, measures of central position / tendency (mean) and dispersion / variability (standard deviations). The results show, regarding the socio-demographic and economic profile, a higher prevalence (60.7%) of the female gender, age between 51 to 70 years (65.9%); declared to be brown (58.5%), married / consensual union (66.6%), low literacy / illiterate (26.7%), had an income below one minimum wage (66.7%) and, occupation, 42.2% were retired. As for the experiences and perceptions about AH, 58.5% of the interviewees associated high blood pressure with physical aspects, symptoms and causes; 67.4% reported receiving guidance from health professionals to control AH, especially from the doctor; 33.1% do not feel uncomfortable about being hypertensive and 31.6% started using the drug with the discovery of the diagnosis of AH. Even with the need for continuous use of the medication, they reported that there were no changes in life and did not have difficulties in adapting to the treatment. Thus, these factors alone or associated can discourage treatment correctly, causing low adherence to drug treatment, therefore, it is important to readjust the strategies of guidance on the disease and treatment according to sociodemographic and economic characteristics, in addition to considering the feelings and experiences of each hypertensive person in relation to AH. Adequate control of AH should be a priority in the FHS, with the aim of reducing the prevalence of this disease. The health team must establish a bonding relationship with the hypertensive patient with low adherence to drug treatment, so that he feels welcomed by the professionals.

Keywords: Arterial hypertension. Adherence to drug treatment. Family Health Strategy. Territory.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da Pressão Arterial em adultos com mais de 18 anos.....	18
Tabela 2 – Distribuição da frequência (absoluta e percentual) das variáveis: sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, renda e condição de trabalho dos hipertensos de baixa adesão. Diamantina/MG (n=135)	46
Tabela 3 – Distribuição da frequência (absoluta e percentual) das variáveis referentes as vivências e percepções dos hipertensos de baixa adesão. Diamantina/MG (n=135.....	53

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNDSS – Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CV – Cardiovascular

DAC – Doença Arterial Coronariana

DAP – Doença Arterial Periférica

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovascular

DM – Diabetes *Mellitus*

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

FR – Fatores de Risco

HA – Hipertensão Arterial

HIPERDIA – Programa de HA e Diabetes

GIT – Gestão Integrada do Território

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Insuficiência Cardíaca

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

JNC-7 – *Joint National Committee on Prevention Detection Evolution Treatment of High*

MAPA – Monitorização Ambulatorial de PA

MEV – Modificação do Estilo de Vida

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – PA

PAD – PA Diastólica

PAS – PA Sistólica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPSUS – Programa de Pesquisa para o SUS

PH – Pré-HA

PSF – Programa Saúde da Família

QV – Qualidade de Vida

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMG – Teste *Morisky-Green*

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Conceito e epidemiologia da Hipertensão Arterial	14
2.2 Fatores de risco, diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial	17
2.3 Tratamento da Hipertensão Arterial	19
2.4 Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial	21
2.5 Adesão ao tratamento medicamentoso na Hipertensão Arterial	21
2.6 O hipertenso e sua inserção no território da Estratégia Saúde da Família	25
2.7 Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa	32
3 APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo Geral	36
3.2 Objetivos Específicos	36
4 METODOLOGIA	37
4.1 Aspectos éticos	37
4.2 Tipos do estudo e abordagem	37
4.3 Universo do estudo	38
4.4 Amostra	39
4.5 Critérios de inclusão/exclusão	40
4.6 Projeto piloto	40
4.7 Coleta de dados	41
4.8 Entrevista	41
4.9 Análise dos dados coletados	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 Perfil socioeconômico e demográfico dos hipertensos de baixa adesão pesquisados .	44
5.2 Vivências e percepções de hipertensos de baixa adesão ao tratamento medicamentoso em relação à HA	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO	74
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	89
APÊNDICES	97

1 INTRODUÇÃO

A HA é considerada um grave fator de risco para as doenças cardiovasculares, representando riscos de morbimortalidade, sendo um problema de saúde pública pela cronicidade, elevados custos para o sistema de saúde, alta prevalência e baixo índice de controle (RADOVANOVIC et al., 2014).

Apesar da redução da prevalência de HA nas últimas décadas, Radovanovic *et al.* (2014) ressaltaram que essa doença ainda acomete grande parte da população adulta brasileira, especialmente a idosa. Direta ou indiretamente, a HA é responsável por uma grande parcela das mortes por doença cardiovascular (DCV), como, por exemplo, o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE). É considerada a principal causa de morte no país e responsável por um número elevado de internações, o que gera altos custos socioeconômicos.

Destaca-se que a HA apresenta diferentes causas e diversos fatores etiológicos, algumas vezes é assintomática e requer orientação da equipe multiprofissional de saúde. Esses fatores podem estar relacionados à baixa taxa de sucesso e de adesão ao tratamento (BARROSO et al., 2020).

Por se tratar de uma doença crônica, o autocuidado deverá ser contínuo no decorrer da vida. No entanto, a aceitação e adesão ao tratamento somente ocorrerão quando o hipertenso conhecer e considerar o real processo saúde-doença, tratamento, além das possíveis complicações caso não tenha controle adequado e satisfatório da PA, com possíveis impactos em sua qualidade de vida (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010) salientam que a adesão ao tratamento medicamentoso merece particular destaque, pois se observou que, quando há uma adequada adesão a esse tratamento, há uma diminuição da mortalidade, redução de consultas de emergência e internações muitas vezes desnecessárias, economia com honorários médicos e melhora na qualidade de vida.

Assim, Abreu e Moreira (2014) ressaltam que, para que ocorra uma redução da morbimortalidade dos pacientes com HA, é indispensável a adesão ao tratamento com anti-hipertensivos. Além disso, as mudanças no estilo de vida e os medicamentos permitem a redução dos níveis pressóricos e complicações associadas às doenças.

Segundo Marshall, Wolfe e McKevitt (2012), a baixa adesão ao tratamento da HA é um fator-chave que impede um bom controle da PA (PA). Diferentes fatores como falta de tempo para tomar os medicamentos ou para a consulta médica, custo do tratamento e necessidade de

adoção de uma dieta saudável, falta de plano de saúde e esquecimento contribuem para a não adesão.

Ressalta-se a importância de organizar estratégias com participação ativa do paciente na melhora da sua qualidade de vida, com o intuito de minimizar ou evitar o aumento da PA. A não adesão ao tratamento medicamentoso para a HA é um agravante para o sucesso dos objetivos terapêuticos e esse problema deve ser enfrentado por todos os envolvidos, paciente, familiares e profissional da saúde. Assim, a não adesão ao tratamento medicamentoso é um desafio para a saúde pública, principalmente, para os profissionais atuantes na atenção primária à saúde (APS) e que têm contato diretamente com o tratamento de hipertensos (FERREIRA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, este estudo visa analisar as percepções e vivências de hipertensos com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, assistidos pela Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Diamantina/MG. Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para propor reflexões e implementação de estratégias mais humanizadas, que permitirão melhor interação entre hipertenso e equipe de saúde, com vistas à eficácia do tratamento medicamentoso frente ao uso de anti-hipertensivo, além de desenvolver ações de educação em saúde com o propósito de orientar hipertensos, considerando suas vertentes culturais, simbólicas e sociais.

Malachias *et al.* (2016) reportam que, para uma decisão de abordagem terapêutica para um tratamento eficiente da HA, medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos devem ser instituídos com o objetivo de reduzir a PA (PA), proteger os órgãos alvo e prevenir desfechos cardiovasculares e renais. Essa decisão para o tratamento deve se basear não apenas nos níveis da PA, mas também considerar a presença dos fatores de risco (FR) e conhecer a percepção que os pacientes possuem sobre a doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito e epidemiologia da Hipertensão Arterial

A pressão arterial (PA) é definida como a pressão que o sangue exerce na parede do vaso sanguíneo e tem como finalidade permitir as trocas metabólicas. Essa pressão resulta do débito cardíaco, que corresponde ao volume de sangue bombeado pelo coração (frequência cardíaca vs. volume sanguíneo) e da resistência periférica, que é o grau de resistência dos vasos ao fluxo sanguíneo, correspondendo a: $\text{Pressão} = \text{Débito cardíaco} \text{ vs. Resistência Periférica}$ (OLIVEIRA; BERTOLDI, 2006; GOLDMAN; AUSIELLO, 2009).

Esse aumento no débito cardíaco e na resistência periférica pode provocar o aumento da PA, gerando um quadro de HA. O débito cardíaco pode ser alterado por vários fatores, porém, os principais são a frequência cardíaca e o volume intravascular. Com o aumento da resistência periférica, as funções e estruturas vasculares podem sofrer alterações, elevando a resistência. Dessa maneira, o aumento da resistência periférica torna-se o principal fator na manutenção da HA (IRIGOYEN, 2009).

Aronow (2012) reporta que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um grande desafio de saúde para o desenvolvimento global. A ausência de dieta balanceada, sedentarismo, tempo prolongado do tabagismo e aumento do etilismo explicam a maior parte das mortes por DCNT. Salienta-se que a HA e a Diabetes *Mellitus* (DM) estão relacionadas às transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas em vários casos.

Entre as DCNTs, Andrade (2002) destaca que a geradora do maior número de doentes é a HA, mesmo essa sendo uma condição clínica tratável e, se controlada, pode evitar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Diante desse cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015) estimou uma redução de mortalidade por essas doenças em 25,0% até 2025, considerando o tratamento medicamentoso como objetivo principal para o alcance da meta. No Brasil, as políticas públicas da atenção primária incluem o aumento gratuito dos medicamentos, sendo considerado exemplo de intervenção e controle para as DCNTs.

A HA é uma doença silenciosa, segundo Torres e Santiago (2015), assintomática na sua fase inicial, e diagnosticada na maioria dos casos apenas com o aparecimento das complicações, sendo mais comum quando já está mais elevada e até mesmo mais grave, e detectada nas unidades de urgência/emergência, causando perda na qualidade de vida do hipertenso e aumento nas taxas de morbidade, internações e mortalidade.

A HA apresenta uma etiologia multifatorial e é caracterizada por níveis superiores e diários de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg. Geralmente é associada a distúrbios patológicos, sendo agravada pela existência de outros fatores de risco (FR), como o colesterol alto, obesidade e sobrepeso, intolerância à glicose, resistência à insulina e à DM. Além disso, relaciona-se com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No relatório da *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High BP* (JNC-8), definiram-se novas orientações para a prevenção e detecção da HA. Destacou-se que o seu diagnóstico é tão importante quanto a detecção da pré-HA (PH) uma vez que, embora não seja uma classificação da doença, tem uma chance elevada de se transformar em HA e aumentar o risco cardiovascular quando comparado aos pacientes normotensos. A PH é caracterizada quando se tem uma PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Para Silva, Petroski e Peres (2012), é importante investigar a prevalência da HA e os fatores de risco associados, mas também se deve analisar a PH, pois esse diagnóstico, quando precoce, é favorável para evitar que o paciente evolua para a HA. Essa é considerada, de acordo com Ferreira *et al.* (2019), um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido à alta prevalência, o que causa maior número da morbimortalidade, além de gerar grandes dificuldades para reduzir os níveis da PA de forma correta. Desse modo, os problemas provocados pela HA são caracterizados por uma redução da qualidade e expectativa de vida da população.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014), utilizando informações autorreferidas, registraram uma prevalência de 21,4% de hipertensos em todo o país. Mills *et al.* (2016) consideram que a prevalência da HA é mais alta em países de baixa e média renda e menor em países com renda mais alta, isso se deve ao crescimento populacional ser maior nos países de menor renda, além de possuir recursos limitados para a prevenção e promoção de saúde.

A 8ª Diretriz de HA (BARROSO *et al.*, 2020) registrou que a HA acomete mais homens e não há uma diferença significativa entre negros e brancos. Malta *et al.* (2017) ressaltaram que no Brasil ainda existem poucos estudos comparativos sobre a prevalência da HA, uma vez que as metodologias são diferentes e os estudos limitados ao local de realização da pesquisa, também, ausência de uma pesquisa de base nacional com a população geral.

A prevalência da HA no mundo tem como referência a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018), que destaca que a HA afeta de 20,0 a 40,0% da população adulta, sendo mais prevalente no sexo masculino e nos países de baixa e média renda. De acordo com Scala, Magalhães e Machado (2015), países em desenvolvimento possuem maior prevalência em zona urbana em relação à zona rural.

Nos países ocidentais, as políticas públicas de saúde possibilitam e estimulam uma mudança no estilo de vida, adotando uma atitude mais saudável desde a década de 1980, o que fez com que se reduzisse a morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) causadas pela HA; como exemplo, a incidência do AVC tem diminuído após o uso regular de medicações anti-hipertensivas. Entre os anos de 1965 e 2000, a mortalidade por DCV relacionada à HA diminuiu em torno de 50,0% na Austrália, Canadá, França e Estados Unidos. Em alguns países em desenvolvimento, a prevalência da HA continuou bastante elevada e o tratamento não foi eficaz para toda a população.

No Brasil, conforme Malachias *et al.* (2016, p. 1), a HA atinge aproximadamente 32,5% dos indivíduos adultos e mais de 60,0% dos idosos, o que contribui em grande parte para o alto índice de DCV. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) registrou uma alta prevalência e morbidade de hipertensos no Brasil, com aproximadamente 23 mil casos. Destacou-se, então, a necessidade de maior e mais adequada atenção à prevenção da HA com o objetivo de evitar o aparecimento de novos casos ou que os casos já existentes se agravem, complicando ainda mais a saúde do paciente e do país.

Em Minas Gerais, 34.646 tiveram óbitos decorrentes por doenças cardiovasculares, em um total de 135.695 no ano de 2018, de acordo com o DATASUS (BRASIL, 2020). Em relação à saúde em Diamantina/MG, Corassa *et al.* (2017) destacam que os óbitos por causas externas representam 9,5% dos registros no município, superadas pelas doenças cardiovasculares (22,3%), neoplasias (13,7%), doenças respiratórias (10,4%) e causas mal definidas (22,6%), as quais não constituem causa de óbito. Observa-se que essas causas de mortalidade apresentadas representam um grave problema de saúde pública para o município em estudo nesta pesquisa.

Atualmente, segundo Santiago *et al.* (2019), a HA ainda é considerada a patologia mais comum registrada na Atenção Primária à Saúde (APS), e responsável por, aproximadamente, 9,4 milhões de mortes por ano no mundo. Trata-se não apenas de um dos maiores fatores de risco para outros tipos de doenças cardiovasculares, mas de uma síndrome de manifestações e características próprias de etiologia multifatorial.

2.2 Fatores de risco, diagnóstico e classificação da Hipertensão Arterial

Segundo Malachias *et al.* (2016), para que se tenha promoção e prevenção em saúde de forma satisfatória na HA é necessário que todos os envolvidos conheçam de fato a doença e seus fatores de risco. Posto que podem contribuir para um tratamento mais eficaz, auxiliados pelos profissionais da saúde, e até mesmo para uma redução da gravidade, por meio de mudanças do estilo de vida (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

O desenvolvimento da HA não ocorre de forma rápida, relacionam-se diversos fatores à evolução e gravidade no decorrer do tempo. Entre os principais fatores de risco, segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Cardiologia de HA (MALACHIAS *et al.*, 2016, p.4-5), estão a genética, idade, etnia, sexo, fatores socioeconômicos, consumo excessivo de sal, ganho de peso, ingestão de álcool e sedentarismo. Além desses, Mano e Pierin (2005); Gusmão e Mion (2006); Lessa (2006) acrescentaram o tabagismo e a não adesão ao tratamento.

Segundo Lessa (2006, p. 45), “é importante enfatizar que muitos fatores de risco para HA são modificáveis, o que torna essa patologia evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente”. O sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são modificáveis com mudança no estilo de vida durante o tratamento; todavia, são de difícil modificação, ou seja, fatores não modificáveis, a etnia, idade, sexo, genética e os fatores socioeconômicos, de acordo com Machado, Pires e Lobão (2012).

Nesse sentido, a população deve ser informada e educada sobre a importância da prevenção, considerando os fatores de risco para evitar a ocorrência de novos casos de HA e doenças cardiovasculares. Torna-se necessário que a população e o hipertenso saibam como os fatores de risco podem iniciar o aumento da PA para, então, optarem por uma vida mais saudável e com melhor qualidade.

Barroso *et al.* (2020) asseguram que a avaliação inicial de um paciente depende da confirmação do diagnóstico, da suspeita que levou à investigação e identificação de alguma causa secundária, além da avaliação de risco cardiovascular (CV). Fazem parte dessa avaliação a aferição da PA no consultório ou fora dele, utilizando técnica correta e equipamentos validados, anamnese, exame físico e investigação clínica e laboratorial.

Para o acompanhamento e controle da HA, é importante o diagnóstico iniciado pela aferição da PA durante alguns dias consecutivos, ou mesmo pelo exame de Monitorização Ambulatorial da PA (MAPA), que faz a aferição da PA no período determinado de 24 horas, enquanto o indivíduo realiza suas atividades diárias e habituais e durante o sono. A investigação da PA elevada deve ser realizada por profissionais da saúde capacitados, preferencialmente um

cardiologista. Esse simples procedimento pode identificar a presença da HA mesmo em pacientes assintomáticos, permitindo o início precoce do tratamento, medicamentoso ou não (LILLY, 2017).

A PA deve ser aferida nas consultas realizadas a cada dois anos para adultos com $PA \leq 120/80$ e anualmente para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg. Ainda, quando os valores da PA forem fornecidos pela MAPA, recomendam-se várias medições com o paciente sentado ou deitado em ambiente calmo, tranquilo e confortável para aproximar os dados desse exame (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Ferreira, Barreto e Giatti (2014) afirmam que a HA autorreferida, que é o conhecimento do paciente quanto à HA e sua capacidade de se referir a ela, é um indicador que pode ser utilizado quando a medição da PA não é viável – como exemplo, a ausência dos membros superiores – esse critério, porém, pode não ter um resultado confiável para o diagnóstico. A HA autorreferida é utilizada na maioria dos estudos em âmbito nacional, pela simplicidade e baixo custo na coleta de dados. O uso de aparelhos para mensuração da PA demanda padronização de técnicas de medidas e de critérios de diagnóstico, qualidade de equipamentos e capacitação da equipe de coleta de dados, o que ocasiona maior custo para a pesquisa (MALTA *et al.*, 2016).

Uma classificação inicial proposta para a HA foi descrita por Chobanian *et al.* (2003), em que são agrupadas as categorias normal e normal alto em um estágio caracterizado como pré-hipertensivo, e unidos os estágios I, II e III, já considerados como HA. O objetivo, no primeiro caso, é destacar que indivíduos no estágio denominado pré-hipertensivo já estão com risco aumentado de se tornarem hipertensos em pouco tempo. Cabe ressaltar que essa padronização norte-americana não se adapta à realidade da população brasileira, por isso, não é adotada no Brasil.

Tabela 1 - Classificação da Pressão Arterial em adultos com mais de 18 anos.

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
PA ótima	≤ 120	≤ 80
PA normal	120-129	80-84
Pré-hipertensão	130-139	85-89
HA estágio 1	140-159	90-99
HA estágio 2	160-179	100-109
HA estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA.

Fonte: Barroso *et al.*, 2020, p. 25.

Atualmente, Barroso *et al.* (2020) propuseram a classificação da PA para adultos com mais de 18 anos (Tabela 1), os adultos devem ser classificados no estágio apontado pelo componente mais elevado entre a PAS e a PAD. Apesar de não ser uma classificação fundamentada em estudos de risco, tornou-se prática e de uso difundido. O tratamento da HA tem como objetivo reduzir a morbimortalidade cardiovascular e pode ser medicamentoso ou não, ambos com meta de redução gradual da PA em níveis pressóricos abaixo de 140 mmHg de PAS e 90 mmHg de PAD.

2.3 Tratamento da Hipertensão Arterial

O tratamento medicamentoso, associado a uma mudança no estilo de vida, deve ser iniciado de forma imediata para os indivíduos que apresentam PA $\geq 160/100$ mmHg e/ou que apresentam elevados riscos cardiovasculares. Em situações especiais, com presença de doenças pré-existentes, como a DM que compromete a função cardíaca ou renal, é recomendado obter níveis ainda mais baixos, isto é, menores que 130 mmHg para sistólica e 80 mmHg para diastólica.

O emprego de estratégias para aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HA é o grande desafio para os profissionais da área da saúde. As evidências científicas mostram que as alterações no estilo de vida já reduzem de 2 a 20 mmHg na PAS, e que pequenas reduções na PA têm forte expectativa na diminuição da mortalidade cardiovascular, tanto por doenças cerebrovasculares quanto pela Doença Arterial Coronariana (DAC) (MACHADO; KAYANUMA, 2010).

Observa-se que a HA é uma doença multifatorial e envolve orientações voltadas para a população hipertensa e familiares, e seu tratamento será mais efetivo com o apoio de profissionais da saúde de várias especialidades. Distintos objetivos determinam diferentes estratégias, sendo necessária a formação de uma equipe multiprofissional com o intuito de proporcionar uma ação diferenciada, buscando uma qualidade de vida maior em relação ao controle da doença e aos fatores de risco cardiovasculares. Prevenir e tratar a HA envolvem conhecimento adequado para saber lidar com a doença, implicando, na maioria das vezes, a introdução de mudanças de hábitos de vida no momento da descoberta ou suspeita da doença (BARROSO *et al.*, 2020).

O tratamento não medicamentoso, ou seja, a mudança no estilo de vida é recomendada como primeira escolha terapêutica, pois é fundamental no controle da HA (BRASIL, 2013). De acordo com Malachias *et al.* (2016), esse tratamento tem alcançado grande eficiência na

redução da PA, apesar de limitado pela perda de adesão em médio e longo prazo. Há mais ações eficazes para a redução da PA e dos fatores de riscos relacionados à mudança de estilo de vida para o controle da PA, que devem incluir atividade física regular, redução do peso, controle do percentual de gordura, alimentação saudável e balanceada, controle do estresse, redução do consumo de sal, álcool e tabagismo durante toda a vida.

O tratamento da HA é a junção de medicamentos anti-hipertensivos com mudança no estilo de vida, sendo ambos de grande importância para o controle da PA e dos FRs associados. O tratamento medicamentoso destina-se não apenas à redução dos níveis pressóricos, mas, principalmente, à prevenção de riscos cardiovasculares e à redução da taxa de mortalidade (IBRAHIM; DAMASCENO, 2012; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Métodos para prevenção da ocorrência de novos casos e agravamento dos casos existentes da HA requerem políticas públicas de saúde associadas a planos médicos e meios de comunicação para atingir toda a população. O objetivo principal é realizar o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo seja medicamentoso ou não de forma imediata, o controle da PA e dos FRs associados a cada paciente, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou o uso regular dos medicamentos anti-hipertensivos contínuos (BARROSO *et al.*, 2020).

As principais classes de medicamentos anti-hipertensivos que são utilizadas na prática clínica do tratamento medicamentoso são os betabloqueadores, diuréticos, antagonistas dos canais de cálcio, bloqueadores do receptor AT₁ da angiotensina (DUARTE *et al.*, 2014). O benefício do uso desses medicamentos é observado com a redução da PA independente da classe de medicamento utilizada (BARROSO *et al.*, 2020).

Para Gewehr *et al.* (2018), um dos problemas mais significativos para tratamentos na área da saúde é a falta de compreensão das instruções sobre o uso correto das medicações, o que interfere no resultado do tratamento e com consequente perda de efetividade desse. Dessa maneira, o profissional da saúde deve promover uma adequada orientação ao paciente para mitigar essas situações.

Em suma, o tratamento da HA objetiva a redução da morbimortalidade cardiovascular, a abordagem terapêutica que estimule o uso de fármacos anti-hipertensivos para reduzir de forma significativa a PA para valores abaixo de 140 mmHg para a PAS e 90 mmHg para a PAD, a proteção de órgãos alvo e prevenção de eventos CVs. Entretanto, como ressaltam Rocha *et al.* (2015), um dos principais problemas que a saúde pública brasileira enfrenta com os pacientes hipertensos é o abandono ou a falta de adesão ao tratamento que é protocolado pelo Ministério da Saúde (MS). E a não adesão ao tratamento da HA é um desafio para profissionais da saúde.

2.4 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial

Segundo Freitas (2015), o conceito de adesão gera dúvidas dadas as definições de alguns autores, entre os quais se destacam Haynes, Taylor e Sacket (1970, p. 357), que conceituaram a adesão como “*as the extent to which a person’s behavior (in terms of taking medications, following diets or executing lifestyle changes) coincides with medical care or health advice*”. Duas décadas depois, a OMS (2003, p. 18) reproduziu na íntegra esse conceito: “adesão é o grau em que o comportamento de uma pessoa em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta ou mudanças no estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional da saúde”.

Rezende (2011, p. 76) percebeu que a tradução resultou em uma frase cujo sentido na língua portuguesa não está adequado, e, então, definiu adesão como “o comportamento de um paciente diante das recomendações médicas ou de outros profissionais da saúde quanto ao uso de medicamentos, adoção de dietas ou mudanças do estilo de vida”.

Pierin *et al.* (2011, p. 1390) afirmaram que a adesão ao tratamento pode ser considerada como “o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a PA em níveis normais”. Dessa forma, a adesão que existe quando o paciente segue todas as orientações e prescrições médicas, sendo medicamentosa ou não, é considerada uma adaptação ao tratamento.

A OMS (2004, p.45) adotou uma definição para adesão ao tratamento como “o grau em que o comportamento de uma pessoa, de tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e executar mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas por um prestador de assistência sanitária”. Corroborando essa ideia, Malachias *et al.* (2016) afirmam que a adesão ao tratamento medicamentoso pode ser definida como a relação existente entre a prescrição dos medicamentos, após o diagnóstico, e a mudança de comportamento do hipertenso.

Um dos fatores para a alta taxa de não adesão, segundo Pucci *et al.* (2012), é a falta de entendimento dos pacientes quanto à gravidade da doença. O fato de a HA ser, na maioria das vezes, assintomática contribui para a falta de entendimento e conhecimento. Dessa forma, muitos pacientes acabam acreditando que a doença é passageira e pode ser tratada exclusivamente com terapias não farmacológicas, muitas vezes apenas com remédios caseiros. Assim, Leão e Silva *et al.* (2013) destacam que aderir ao tratamento está diretamente relacionado à importância que as pessoas atribuem à saúde, associando, às vezes, ao simples ato de fazer uso das medicações diárias.

Para que haja uma redução da morbidade e mortalidade associada aos riscos cardiovasculares dos pacientes com HA é importante conciliar a adesão ao tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos e mudança no estilo de vida, já que a doença hipertensiva é considerada um grave problema de saúde pública. Essa mudança do estilo de vida e os medicamentos anti-hipertensivos devem ocasionar redução dos níveis pressóricos e das complicações relacionadas à doença.

2.5 Adesão ao tratamento medicamentoso na hipertensão arterial

O principal objetivo do tratamento medicamentoso, destacado por Moura *et al.* (2015), é a redução da morbimortalidade das DCVs que estão com índices elevados devido ao grande número de fatores de risco existentes comumente em pacientes hipertensos. O tratamento medicamentoso se inicia quando é prescrito para o paciente um ou mais anti-hipertensivos que devem ser usados de modo contínuo e até mesmo associados a outros fármacos de forma gradual. O uso contínuo desses medicamentos e a manifestação pequena de sintomas da HA fazem com que, muitas vezes, a adesão seja prejudicada (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Apesar das evidências de que o tratamento medicamentoso é eficaz para diminuir a mortalidade cardiovascular, os resultados do controle da PA satisfatória são pequenos devido à pouca adesão ao tratamento (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Tavares *et al.* (2015) dividem a adesão terapêutica em três níveis: (1) caracterizado como elevado, constituído por pacientes que fazem adesão completa, ou seja, aqueles que seguem o tratamento descrito da maneira como deve ser, sem fazer qualquer alteração; (2) pacientes desistentes que abandonam o tratamento sem nenhuma explicação decisiva; e (3) pacientes que participam do grupo dos que não aderem ao tratamento de forma adequada, mas comparecem às consultas de rotina.

Gusmão *et al.* (2009) reportaram que os métodos para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso podem ser diretos, como a dosagem do princípio ativo do medicamento ou os ensaios biológicos; ou indiretos, como a contagem de comprimidos, relato do paciente ou de terapia de observação direta. Entretanto, ressalta Hamilton (2003) que a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso não é algo padronizado nos estudos, o que dificulta qualquer tipo de comparação entre esses.

Entre os métodos indiretos, tem-se o teste de *Morisky-Green* (TMG), que é um instrumento mais simples e validado para estimar a adesão ao tratamento medicamentoso,

determinando a frequência com que o paciente tem retornado às consultas de acompanhamento e o comportamento de acordo com o uso dos fármacos prescritos (MORISKY; GREEN, 1986).

O TMG é um instrumento composto por perguntas que identificam as atitudes e comportamentos referentes ao seguimento das recomendações dos profissionais da saúde, sendo constituído por quatro questões que devem ser respondidas com “sim” ou “não”. Mesmo não sendo o método mais ideal e confiável, o TMG tem sido o mais utilizado em estudos quando se refere à adesão do tratamento medicamentoso em doenças crônicas e é aceito como teste de referência em estudos de alto impacto (BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012). Contudo, Ben, Neumann e Mengue, (2012) destacam que o TMG é um teste eficaz para identificar pacientes hipertensos que não aderem ao tratamento medicamentoso.

Inicialmente, o TMG foi constituído por quatro perguntas: 1) Você, às vezes, tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação? 2) Você, às vezes, se descuida de tomar seu medicamento? 3) Quando está se sentindo melhor, você, às vezes, para de tomar seu medicamento? 4) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la? Considerou-se que cada resposta “sim” equivalia a zero ponto, enquanto cada resposta “não”, um ponto. De acordo com o protocolo do TMG, é considerado aderente ao tratamento (máxima adesão) o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos; moderada adesão, quando totaliza três pontos, e não aderente (baixo grau de adesão), quando obtém de um ou dois pontos (MORISKY; GREEN, 1986).

A falta de correlação do TMG com os resultados clínicos fez com que *Morisky-Green* acrescentassem mais quatro perguntas ao questionário original. Com esse novo instrumento, encontraram uma associação entre baixa adesão e o não controle da PA para facilitar a utilização na prática clínica do dia a dia.

Como reporta Pasquali (2009), o uso dos instrumentos que são validados na literatura para avaliar a adesão possui maior precisão sobre os dados subjetivos no cuidado do dia a dia com a HA. Dessa forma, quando se usam esses instrumentos validados para medir a adesão, está-se lançando mão dos resultados fidedignos que poderão ser utilizados por gestores de equipes de saúde como forma de melhoria nos serviços para garantir melhor adesão ao tratamento da doença.

Uma das maiores dificuldades dos pacientes hipertensos na adesão ao tratamento medicamentoso é compreender o motivo de fazer uso diário de medicação, normalmente, até mais de um comprimido por dia, dependendo do grau da doença, e sofrer os efeitos colaterais que podem surgir com o decorrer do tempo para controlar um problema que não ocasionou, anteriormente, sintomas em sua vida (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Apesar dos altos investimentos com medicações para o tratamento das doenças crônicas como a HA, a falta de adesão ao tratamento ainda ocorre. Mesmo que haja disponibilidade e variedade dos medicamentos anti-hipertensivos na atenção primária para o tratamento da HA, menos de 1/3 dos pacientes adultos que são hipertensos tem a sua pressão controlada nos níveis normais (JESUS *et al.*, 2008). Apesar das evidências de que o tratamento medicamentoso é eficaz para diminuir a mortalidade cardiovascular, os resultados do controle da PA satisfatória são pequenos devido à pouca adesão ao tratamento (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A adesão ao tratamento medicamentoso pode ser influenciada por fatores internos que são relacionados com o próprio paciente, como a falta de conhecimento sobre a doença, falta de motivação para fazer o tratamento de forma adequada, o baixo nível socioeconômico, baixa autoestima, tempo prolongado do tratamento. Também por outros fatores como sexo, idade, nível de escolaridade, raça, renda, inadequação em relação ao profissional de saúde, ser assintomática, entre outros (SILVA *et al.*, 2014).

Motta *et al.* (2014) reportaram que o processo de adesão ao tratamento medicamentoso envolve diversas situações, tendo o sujeito como principal fator, relacionando também a doença, abordagem terapêutica, serviços e profissionais da saúde disponíveis. É importante também considerar o meio social e cultural em que o hipertenso e sua família estão inseridos. Nesse processo, para atuarem de forma harmônica, os profissionais da saúde precisam ser capacitados a identificar os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento. Para isso precisam conhecer os pacientes de forma integral e programar ações efetivas que supram as necessidades desses pacientes de modo que o tratamento seja realizado de forma correta.

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso está associada, segundo Rocha *et al.* (2015), a maiores índices de morbimortalidade. O acompanhamento do tratamento medicamentoso pelo profissional propicia maior segurança para o hipertenso, melhora a sua qualidade de vida e maior eficácia do tratamento (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Segundo Amaral e Gonçalves (2018), o termo adesão ao tratamento se define por seguir as indicações propostas de forma correta. Quando relacionado à prescrição farmacológica, o parar de fazer o uso da medicação por conta própria, uso de forma incorreta, não seguir corretamente os horários, não seguir os intervalos entre as doses, ou até mesmo alterar alguma dose sem indicação do profissional são sinais indicativos de não adesão ao tratamento medicamentoso.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é uma grande barreira aos objetivos propostos para a redução da PA, no entanto, esse problema deve ser enfrentado juntamente com todos os envolvidos no caso, sendo o paciente, a família e a equipe de saúde responsáveis pela

assistência. Estratégias são necessárias buscando a participação ativa do paciente para uma crescente melhora da qualidade de vida, com o objetivo de reduzir ou evitar problemas mais graves futuramente. A não adesão ao tratamento é um desafio para o serviço de saúde pública, principalmente para os profissionais que atuam na atenção primária, que estão ligados diretamente a esses pacientes que necessitam de uma ajuda maior em um primeiro momento (FERREIRA *et al.*, 2019).

Rabetti e Freitas (2011) ressaltam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) ganhou força para remodelar os serviços de saúde quando tornou mais fácil o acesso à população. Assim, desmitificou que a ESF trata apenas a doença, mas que cuida do indivíduo antes mesmo que essa aconteça. Os planos de ações de saúde que são oferecidos pela ESF requerem melhor organização da assistência primária. O direcionamento da vigilância à saúde das famílias e dos seus entornos propõe aumentar o vínculo entre pacientes com HA e as unidades de saúde, buscando maior adesão ao tratamento proposto. Ressalta-se que o atendimento de modo sistemático, humanizado e organizado deve prevalecer sobre os emergenciais.

2.6 O hipertenso e sua inserção no território da Estratégia Saúde da Família

Haesbaert (2004a, p. 82) assegura que o termo território pode ser ligado a duas ancestralidades; a primeira “significa “terra pertencente a”, ou seja, “*terri*” (terra) e “*torium*” (pertence a), de origem latina; já a segunda é relacionada com a primeira “*terreo-territor*” (aterrorizar – aquele que aterroriza)”, indicando a geração política de quem aterroriza para conhecer e de quem é aterrorizado pelo domínio de uma determinada porção do espaço.

Diversas propostas são relacionadas ao território e sua assimilação pelo sistema de saúde. Para facilitar o entendimento do estudo, foi necessário resgatar as principais perspectivas existentes sobre o conceito de território, escolhendo a visão de Raffestin (1993) para o ponto de partida, uma vez que esse ressalta que o mais importante do território é o poder que se relaciona a ele.

Segundo Raffestin (2009), o território é o espaço modificado, limitado, construído e nomeado de acordo com as relações sociais. Falar de território é falar das formas de comunicação entre os sujeitos que utilizam um mesmo espaço físico. Para que aconteça a apropriação de um espaço, a pessoa o territorializa.

De acordo com Little (2002), a territorialidade é a condição e qualidade de um grupo social, ou seja, o indivíduo toma posse para territorializar um espaço e se sente como parte constituinte do território, principalmente quando se envolve com a forma de lidar no dia a dia

no ambiente. E a territorialidade estaria ligada à maneira como as pessoas utilizam a terra, a forma de como é organizada no espaço e como é o significado daquele lugar. Toda relação é uma relação de poder e tem uma verdadeira intenção (RAFFESTIN, 2009).

Igualmente, Haesbaert (2004b) afirmou que, nesse espaço, ocorrem trocas afetivas e relacionamentos entre diversas pessoas, influenciadas não apenas por relações que se estabelecem no presente, mas também por pensamentos e ações do passado que são transmitidas e acumuladas na comunidade. Portanto, a dimensão simbólica é comparada aos valores e sentidos dados à existência por meio do modo social de produzir as relações de poder.

Sintetiza Claval (2003), assegurando que viver em um lugar não é somente perceber o local, mas também fazer escolhas entre o certo e errado, ter uma ideia das circunstâncias que podem modificar sua vida enquanto permanecer nesse local.

Quanto à saúde, com base em Barcellos *et al.* (2002), o território seria o resultado de uma acumulação de fatos para iniciar as doenças. O sentimento de pertencimento e identidade da população ao seu território contribui para a implementação de mudanças na tentativa de promover a prevenção dessas doenças e responsabilidade pela saúde e que, para ser realizado, os serviços de saúde devem estar envolvidos e divididos por especialidade e área de abrangência.

A importância do entendimento no processo saúde-doença nos espaços geográficos é destacada por Barcellos (2008), ao alegar que o trabalho da saúde quando considera um território, a junção dos diversos saberes como cultura, histórico social e estilo de vida, é de grande importância para entender a vulnerabilidade de uma população. Além disso, o território é a base para os trabalhos na saúde quando se considera a territorialidade dos indivíduos.

A interpretação do território nesse contexto ampliado é fundamental, de acordo com Barcellos *et al.* (2002), que destacam a necessidade de auxiliar na assistência à saúde, englobando as questões sociais, econômicas e culturais, que são relacionadas diretamente com o estado de saúde de cada pessoa, pois, segundo Monken e Barcelos (2007), cada indivíduo ao procurar uma rede de assistência à saúde, considera as necessidades e singularidades de atenção e cuidado. Comportamento relevante para os profissionais elaborarem estratégias esperadas para garantir melhor qualidade de vida para o indivíduo, família e sociedade.

As divisões territoriais utilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como município, distrito sanitário, microárea, área de cobertura das unidades de saúde, são estruturadas no espaço e acabam criando seus próprios territórios os quais, na maioria das vezes, são regidos pelo poder.

Conforme Mendes (1993), os sistemas de saúde são propostos numa base territorial, em que as divisões do serviço de saúde definem um sentido para a demarcação das áreas que deve ser de acordo com cada complexidade que as ESFs oferecem naquele local. As regras do SUS detêm uma grande autoridade na definição do território. A esfera municipal é considerada o nível mais baixo de onde emana o poder e argumentos sobre as decisões das políticas públicas no processo de descentralização.

Nesse território específico, a incorporação das ações de atenção à saúde é refletida por meio das práticas de saúde, tanto na promoção quanto na prevenção, de maneira que o parecer referente aos problemas seja também sobre as condições de vida daquela população. A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização regidos pelo SUS, em que se determina que a base territorial é formada por meio de várias reuniões sobre a área de atuação de cada membro da equipe de saúde e da abrangência dos postos de saúde (MENDES, 1993).

Unglert (1993) mostrou que, muito além de ser um espaço político-operativo do sistema de saúde, o território é espaço de contato da população local, principalmente por ser uma população específica, vivendo em espaço delimitado, com problemas de saúde específicos, com as diversas unidades de saúde que prestam serviço a essa população. Monken e Barcellos (2005) destacam que, nesse território, é apresentado, além da extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, o que o caracteriza como um território em construção.

Dessa maneira, no setor saúde, as ações cotidianas são desenvolvidas pelos profissionais ligados aos cuidados primários da saúde, por meio da educação continuada. A ESF deve propor um modelo para estabelecer vínculo entre os profissionais da saúde e a população, visando alcançar toda a família com esses benefícios, a partir da área geográfica em que vive, da responsabilidade de uma população adscrita e uma intervenção em saúde que ultrapasse esses interesses. Mas que também resolva os principais problemas de saúde dessa população, desenvolvendo ações integrais de saúde para os indivíduos, famílias e ambiente em que vivem e trabalham (BRASIL, 1997).

Starfield (2002) assegura que o acesso de hipertensos à rede deve ocorrer por meio de uma porta de entrada, ou seja, para que se sucedam as ações de saúde, é necessário o estabelecimento de um primeiro contato entre usuários hipertensos e profissionais da saúde. Esse encontro deve ocorrer, principalmente, na atenção básica, tornando-se essa uma das principais portas para assistência à saúde. Tal arranjo é apontado como um caminho para a consolidação do SUS e tem sido apoiada e influenciada pela OMS. De certa forma, essa

realidade é determinante para a organização do SUS, mas, para que ocorra, há que se garantir acessibilidade e acesso aos serviços.

No Brasil, a implantação do SUS representou uma consolidação da organização dos serviços de saúde. A política de saúde voltada para a atenção primária, como o Programa de Saúde da Família (PSF), tornou-se um referencial na incorporação da atenção primária brasileira (ESCOREL *et al.*, 2007). O PSF, criado em 1994, tornou-se uma inovação para os serviços de saúde e, posteriormente, passou a ser designado como ESF, tendo a família como centro da atenção, passando do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo centrado no usuário/família (BRASIL, 2006a).

A ESF foi organizada como estratégia de posicionamento ao modelo assistencial que se fundamenta no trabalho entre as equipes multiprofissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população cadastrada pelo órgão municipal, em uma determinada área, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação de doenças e agravos que ocorrem com maior frequência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

No Brasil, os serviços de saúde especializados na APS estão em constante crescimento desde a implantação da ESF, em 2006, com o objetivo de garantir e melhorar o atendimento a toda a população realmente necessitada, diminuindo as desigualdades de acesso e de atendimento. Além disso, a ESF favorece o crescimento e estabilização da APS, sendo considerada a porta de entrada dos pacientes para a confirmação do diagnóstico, das necessidades de saúde geral e responsável por completar as ações de saúde e o acesso à continuidade do plano terapêutico em que as ações resolvam as necessidades relacionadas à saúde de toda a população assistida (LIMA *et al.*, 2015).

Sendo edificações fixas, as ESFs constituem-se em território-lugar, em que há ligação de relações entre pessoas, a partir da oferta de serviços de assistência primária à saúde (MONKEN *et al.*, 2008). A territorialização é um dos trabalhos básicos que a ESF realiza. Esse trabalho adquire pelo menos três formas diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do local, da população; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com os centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Segundo Haesbaert (2004a), pode-se imaginar que está ocorrendo uma multiterritorialidade, pois se está unindo a territorialidade do setor da saúde, como prestador de serviços, cujo objetivo é a atenção, promoção e prevenção da saúde, com outras territorialidades locais que podem gerar uma prestação de serviço. Assim, Monken (2003) assegura que, na

perspectiva de atuação do SUS, abordar o território apenas como espaço físico não é suficiente para compreender a complexidade do processo saúde-doença, uma vez que, na visão do território, o espaço geográfico não é apenas um espaço de terra, mas um local onde pode e deve se realizar uma avaliação simbólica.

Mesmo que sejam consideradas duvidosas essas abordagens, Hasbaert (2004b) ressalta que o conceito de território vem sendo usado pelo senso comum e pela ciência, sendo necessário observar a relação de poder territorial para incluir a territorialidade. Nas ESFs existem territórios que são vivenciados pelas pessoas ao se relacionarem umas com as outras e se envolverem com os programas e atividades que são ofertados para toda a comunidade. As unidades de ESFs existentes nos bairros e instaladas próximo ao local de moradia das pessoas, do trabalho, do estudo e da vivência diária contribuem para a garantia do acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade.

Gomes e Santos (2010) afirmam que a ESF, por meio das equipes multidisciplinares, estabelece estratégias de atuação, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde, o que interfere favoravelmente no acesso e na adesão ao tratamento de doenças. Nessas unidades é que acontecem os atendimentos destinados aos hipertensos, como atividades de educação em saúde, prevenção e promoção. Assim, é imprescindível que sejam levadas em consideração as vivências e percepções dos hipertensos, a partir das quais se torna possível identificar as territorialidades que influenciam a vida social, os seus problemas e necessidades de saúde.

De acordo com Ferreira, Penteadado e Silva (2013), a ESF possui diversos territórios e territorialidades sobrepostos e articulados no mesmo espaço geográfico, para que haja melhor sintonia entre os profissionais da saúde e a população. Assim, o trabalho dos profissionais da saúde é efetivado nesse local, em que as informações são processadas e as relações de poder e interesse se relacionam de maneira natural.

Entretanto, os diversos conceitos de território e territorialidade que foram apresentados demonstram que a ESF pode ser analisada a partir das relações que compõem e transformam o território. Essas características de promover e prevenir doenças ganham importância no momento da possibilidade de obter um território digno de mistura de identidades ou ainda do acréscimo de identidades, de forma organizada e manifestada no cotidiano da ESF, e a organização dos pensamentos e desejos de diferentes identidades que são estabelecidas no território em que sua territorialidade é manifestada (FERREIRA; PENTEADO; SILVA, 2013).

Soares (2015) destaca que os estudos em saúde são inseridos em um contexto dos processos sociais, uma vez que, quando se trata da relação saúde/território, deve-se levar em

conta a percepção, vivência, identidade e a interação entre os sujeitos com diagnóstico de HA. Deve-se pensar não apenas no fator biomédico, em que o foco são a biologia humana e a fisiopatologia, que veem a doença como um processo biológico. As discussões mais recentes em saúde questionam o modelo biomédico e concebem a saúde e doença como processos psicobiológicos e socioculturais, resultantes das relações de poder que se estabelecem no território.

Um dos termos usualmente utilizados para descrever a relação serviço-território da população é a adscrição, que diz respeito às responsabilidades das ESFs em relação ao território a que pertence, uma vez que trata da organização do programa, em que cada equipe tem a responsabilidade de cuidar de uma área que tem entre 600 e 1.000 famílias (BRASIL, 1994). Além disso, recomenda-se considerar “diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços”, entre outros fatores, na adscrição da população e delimitação de áreas (BRASIL, 1997, p.12).

Como afirmam Monken e Barcellos (2005, p. 122), esse reconhecimento é realizado por meio da observação das condições criadas no espaço para “produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como melhor condição de vida”. O território resulta de uma união de situações históricas, ambientais, sociais, que articulam em casos especiais para o reconhecimento de doenças. O conhecimento desse território é um passo básico para o conhecer a população e os problemas de saúde local, bem como para a avaliação do objetivo dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

A HA é considerada uma enfermidade prevalente no território da ESF, sendo, sem dúvida, um grave problema enfrentado pela equipe e usuários daquela. A HA é uma doença crônica que, se não tratada ou acompanhada de forma correta, causa morbimortalidade, piora na qualidade de vida, alto custo com internação e tratamentos, além de forte impacto na relação social e familiar (BRASIL, 2013).

São preconizadas pelo MS mudanças na organização dos serviços de saúde, de forma que as atividades de promoção, prevenção, recuperação, diagnóstico precoce e tardio da HA sejam iniciadas na atenção primária. Assim, a equipe de saúde responsável (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de saúde, fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo e assistente social) deve orientar normas e rotinas, além de realizar procedimentos com o objetivo de reduzir a HA. Portanto, o hipertenso deve ter na Atenção Básica (AB) acesso garantido aos medicamentos da doença de base, recomendações sobre o tratamento, forma correta da utilização dos medicamentos e o diálogo frequente com os profissionais da saúde (BRASIL, 2006b).

A ESF, segundo Sales, Tamaki (2007), deve proporcionar acompanhamento longitudinal e atenção integral à saúde dos hipertensos, de forma que as práticas em saúde sejam utilizadas para estabelecer novas relações entre os profissionais da saúde, paciente, família e comunidade.

As equipes multidisciplinares específicas para o tratamento da HA deveriam ter diferentes profissionais da área da saúde. O trabalho em conjunto, de dois ou mais desses profissionais de áreas distintas, pode resultar em melhor adesão e resultados mais satisfatórios no tratamento do paciente hipertenso. Para a formação da equipe não é necessário contar com todos os tipos de profissionais da área da saúde, mas aqueles disponíveis em cada realidade local, desde que tenham os mesmos objetivos no atendimento em favor do paciente. É importante que a unidade de saúde e os profissionais sejam capacitados para obter um resultado mais satisfatório (JARDIM; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2007).

Diante desses fatos, o esforço em conjunto da equipe multidisciplinar, no sentido de compreender melhor os pacientes e o esforço na mudança do estilo de vida, pode resultar num melhor controle da HA e uma redução do risco cardiovascular (SILVA; LOPES, 2008). Além disso, o MS (2013) recomenda um cuidado cada vez maior com os pacientes de doenças crônicas como a HA, preconizando ações de educação continuada, palestras, grupos de apoio à população, pela equipe de profissionais da saúde das ESFs, visando evitar ou diminuir a prevalência e custos com a doença, além de incentivar a participação de toda a população na prevenção e no controle da doença.

O acompanhamento ativo de indivíduos hipertensos deve ser realizado preferencialmente na AB. Para garantir essa integralidade do cuidado, é necessário um apoio do médico com especialidade em Cardiologia, preferencialmente, com apoio diagnóstico e terapêutico como o eletrocardiograma, teste ergométrico, ecocardiograma e MAPA. Entende-se que esse acompanhamento proporciona a realização da integralidade da atenção voltada aos hipertensos, por meio da conscientização da linha de cuidado direcionada para o caso (BRASIL, 2013).

O controle da PA exige tanto a participação individual quanto a assistência da equipe dos profissionais da saúde para fortalecer suas ações para que a ESF seja eficiente em relação às orientações aos hipertensos que procuram atendimento na AB. A equipe deve avaliar e entender que diversos fatores podem interferir no controle correto dos níveis pressóricos do hipertenso. Além da cronicidade da doença, falta de sintomas na maior parte dos casos, as crenças e experiências pessoais com medicamentos devem ser consideradas (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016).

A elaboração de estratégias para HA na ESF se faz necessária como forma de garantir o acesso ao tratamento adequado, tornando possível a redução da quantidade de medicamentos prescritos e doses diárias. Ter no SUS uma base eficaz em forma de estratégia de ação para implementar esse processo é um método válido. Em contrapartida, podem ser desenvolvidas ações educativas que envolvam toda a equipe multidisciplinar, abordando o sujeito de forma integral, aliando a abordagem da avaliação de risco, promoção à saúde e atendimento específico aos usuários do atendimento ambulatorial (GEWEHR *et al.*, 2018).

Apesar de fácil diagnóstico e tratamento disponível pelo SUS, a HA ainda é uma doença pouco diagnosticada e com insuficiente sucesso no controle e tratamento. As informações que se têm sobre prevalência, diagnóstico, tratamento e controle em países em desenvolvimento necessitam de acompanhamento e estratégias corretas para o controle dessa doença (SOUSA *et al.*, 2019).

2.7 Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa

O tratamento da HA inclui a utilização de medicamentos para auxiliar na redução da PA, além de requerer mudança do estilo de vida. Assim, alterar esses hábitos envolve mudanças na forma de viver no dia a dia e no próprio conceito de saúde que o indivíduo possui. A ideia de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal, tendo uma relação menor com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos (JARDIM *et al.*, 1996).

Ao analisar o comportamento no território, é possível definir três eixos essenciais. Primeiro eixo, o poder, com ênfase no Estado-Nação (apropriação do espaço por um grupo específico), em que a questão de autoridade e do controle do Estado e as várias escalas da territorialidade se enquadram. O segundo eixo é a realidade social, com abordagem do espaço. No terceiro eixo, o enfoque principal relaciona-se com as percepções consideradas na dimensão simbólica do território (CLAVAL; PIMENTA; PIMENTA, 1999).

Castro e Car (2000) reportaram sobre as possíveis mudanças que acontecem na vida dos hipertensos após o início do tratamento. Usualmente, quando a doença se agrava ou gera complicações, o paciente começa a dar mais importância ao tratamento medicamentoso. O comportamento em saúde é consequência da presença de motivações, porém, o que acontece no diagnóstico da HA é a ausência do fator motivador, pois a inexistência de sintomas é constante, e a presença desses, quando acontece, já é indicadora de agravos mais sérios

relacionados à doença. Assim, Sousa (2004) considera que os sintomas de doenças, ameaça à vida ou o medo de incapacitações podem funcionar como motivadores.

Marinoff (2001) afirma que os pacientes são levados a supor que as experiências vividas relacionadas à HA, ocorridas com o próprio indivíduo ou pessoas próximas, têm um potencial de ampliar o seu conhecimento sobre a realidade de ser hipertenso, podendo influenciar o seu modo de vida. Também, poderia supor que quando o indivíduo descobre de maneira traumática que é portador da HA, como após um infarto ou AVC, teria uma compreensão maior do problema, sensibilizando e facilitando a adesão ao tratamento.

Para Machado, Pires e Lobão (2012), a percepção de hipertensos sobre a HA é muito pessoal e depende da vivência desses em relação à doença. Assim conhecer sua percepção, a partir de informações fornecidas por esses indivíduos pode contribuir para promoção de melhor e maior adesão ao tratamento da HA. Corroborando esse pensamento Renovato e Dantas (2005), asseveram que o conhecimento da percepção do hipertenso sobre saúde, sobre HA e, principalmente, como enfrenta e convive diariamente com essa doença crônica constitui-se de ferramentas de grande valor para estabelecer estratégias que promovam maior efetividade do tratamento. É necessário reconhecer os saberes do hipertenso, pois esse carrega consigo um conjunto de crenças, vivências e esquemas que devem ser considerados.

O uso contínuo de medicamentos não exige mudanças tão radicais no estilo de vida. Além disso, a maioria dos medicamentos disponíveis na rede do SUS atende a necessidade dos pacientes hipertensos e causa poucos efeitos colaterais (SCHOLZE; SILVA, 2005). No caso da HA, Manfroi e Oliveira (2006) reportam que há um envolvimento do paciente com o uso de medicamentos, coincidindo muitas vezes com a orientação dada pelos profissionais da saúde. Dessa maneira, o controle inadequado da PA pode estar relacionado com a baixa adesão do paciente ao tratamento indicado.

De acordo com Moreira, Santos e Caetano (2009), cada pessoa acometida pela HA é incomum e adota um estilo de vida adequado a suas crenças, percepções e conhecimentos. Dessa maneira, Cruz *et al.* (2011) reportam que o modelo de crença em saúde pode ser utilizado pelos profissionais da saúde como referencial teórico para explicar o comportamento humano quando relacionado ao processo saúde-doença. Esse modelo auxilia na compreensão de mudanças e manutenção dos comportamentos dos pacientes, possibilitando investigar benefícios e barreiras para adoção de medidas preventivas.

Segundo Langdon e Wiik (2010), a HA modifica a relação do próprio indivíduo com o mundo em que vive, o que reflete no reestabelecimento de sua identidade. A HA muda a vida das pessoas de forma geral pelo fato de ser uma doença crônica, seja no modo de pensar, na

forma de conviver com familiares e amigos, seja no financeiro. Essas transformações reforçam que a doença não deve ser analisada de forma única e exclusiva na vida de um hipertenso, mas pelo modo como o indivíduo lida com a situação no decorrer do seu tratamento, de forma que não altere tanto a sua rotina diária.

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelos hipertensos é aderir satisfatoriamente ao tratamento medicamentoso, entendida como o grau de coincidência entre o comportamento do paciente e a recomendação do profissional de saúde diante do regime terapêutico, para que esse e os hábitos de vida não interfiram negativamente no outro (GUIRADO *et al.*, 2011).

Verifica-se que os indivíduos hipertensos que têm acesso a diversas informações sobre a doença compreendem que essa patologia precisa ser levada a sério, devido às consequências da não realização do tratamento adequado, mas, segundo Almeida, Paz e Silva (2013), há uma distância entre a percepção sobre a HA e o cuidado desenvolvido pelo indivíduo. Apesar de considerarem a HA uma doença grave, que produz limitações à vida, esses não conseguem associar esse conhecimento à prática de cuidados em saúde. Assim conhecer a percepção do indivíduo sobre a doença, partindo de seu próprio relato e vivência, pode contribuir para condutas mais eficazes no controle da HA.

Segundo Fava *et al.* (2013), no cuidado com os hipertensos, os profissionais da saúde precisam participar ativamente de capacitações e atualizações propostas para o conhecimento das doenças crônicas, no sentido de converter e utilizar as inovações em favor dos resultados positivos, tanto tecnológicas quanto humanísticas, de forma equilibrada, para dedicar condições favoráveis para o desenvolvimento do autocuidado durante a vida. A equipe multidisciplinar que cuida de hipertensos enfrenta vários desafios, entre eles a complexidade do ser humano com doenças crônicas, apresentando características próprias que influenciam a percepção e convivência das pessoas com a doença.

Percebe-se que as formas de pensar e agir dos hipertensos podem ser alteradas pela gravidade da doença; ainda, segundo Fava *et al.* (2013), isso é pouco valorizado e compreendido pelos profissionais da saúde. A busca pelo tratamento da HA depende do modo como o paciente quer viver a partir do momento da descoberta do diagnóstico, se pretende ter qualidade de vida ou não. Reconhecer que conviver com HA é uma experiência complexa e única, uma vez que necessita da exigência da medicalização, de renúncias do dia a dia e da necessidade de ligação com os subsistemas de cuidado à saúde ao longo da vida, para tratamento da doença ou para o cuidado intrínseco de sua condição de vida.

A percepção do paciente hipertenso é guiada por questões particulares e isso ocorre com as pessoas a ele relacionadas. A não aceitação do diagnóstico da HA, assim como a vontade de

recusar o tratamento podem ser um reflexo de outras dificuldades encontradas na vida desse paciente, como exemplo, citam-se a falta de comunicação com os profissionais da saúde, o sentimento negativo de ser hipertenso e ser portador de uma doença crônica, as dificuldades encontradas no decorrer do tratamento medicamentoso (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Para promover melhor e mais qualificada assistência aos hipertensos é necessário conhecer as características dos territórios em que esses estão inseridos e as múltiplas territorialidades que possam interferir no acompanhamento do tratamento medicamentoso (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Marin, Santos e Moro (2016) evidenciam também no tratamento medicamentoso da HA a relevância de conhecer a forma de agir e pensar de hipertensos, considerando seu contexto cultural e social. Para os autores compreender a não adesão de hipertensos ao uso de medicamentos vai muito além de saber o conhecimento que esses têm sobre aquele, e do reconhecimento da necessidade de seguir corretamente a prescrição recomendada. Envolve além de desconstruir junto com esses indivíduos hábitos que foram estabelecidos ao longo da vida, investir em estratégias inovadoras de cuidados, cabendo aos profissionais de saúde detectar e valorizar os conhecimentos, crenças, valores e dificuldades desses hipertensos.

3 APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de pacientes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Diamantina/MG em relação à Hipertensão Arterial.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico de hipertensos com baixa adesão ao tratamento medicamentoso.
- ✓ Identificar a percepção e os sentimentos desses hipertensos em relação à doença.
- ✓ Descrever as dificuldades encontradas por esses hipertensos em relação à adesão ao tratamento medicamentoso.

4 METODOLOGIA

4.1 Aspectos éticos

Esta dissertação constitui-se em um recorte dos dados coletados na pesquisa intitulada “HA sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (CEP/UFVJM) sob parecer 2.515.050 (ANEXO A). Para sua execução, recebeu recursos financeiros da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), sob o registro APQ-03932-17.

Para realização deste estudo, foram respeitadas as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, a fim de garantir ao participante da pesquisa o respeito a sua dignidade, o direito a ter sua identidade e privacidade preservadas, e a livre escolha a participar, permanecer ou desistir da pesquisa em qualquer fase desta (BRASIL, 2012).

Para assegurar os cuidados éticos desta pesquisa, cada participante foi orientado em relação aos objetivos do estudo e à importância dela no contexto social. Destarte, participaram adultos acima de 40 anos e idosos (60 anos ou mais) que manifestaram expressamente seu interesse e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.2 Tipos do estudo e abordagem

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, que utiliza uma abordagem quantitativa. É um estudo que descreve as características da população investigada, sendo fundamental descobrir como um fenômeno ocorre sem manipulá-lo (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007). No estudo descritivo, os dados são levantados, observando os fatores e procedendo o registro, com o objetivo de identificar a correlação entre as variáveis (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Enquanto o modelo transversal é adequado, de acordo com Sampieri *et al.* (2006) e Sassi e Cervantes (2011), para descrever as características da população quanto a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, além de que a coleta de dados pode ser executada com um ou mais grupos de indivíduos de uma única vez. Como não há necessidade de

acompanhamento do grupo de estudo, é caracterizado como simples, de baixo custo e rápido. A vantagem de utilizar o estudo transversal descritivo para pesquisar a HA, de acordo com Kelsey *et al.* (1996), é que essa é uma doença crônico-degenerativa, com início lento e de longa duração, em que o cuidado médico é buscado apenas quando os sintomas se tornam mais graves ou que já ocorreram complicações cardiovasculares.

A abordagem quantitativa, por sua vez, trabalha com variáveis que são expressas com dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificar e analisar. Tem como objetivo descobrir a relação de causa e efeito que envolve o que é mais predominante, a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno. Normalmente, quantificam relações entre variáveis e, geralmente, quantificam o quanto elas são fortes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.3 Universo do estudo

O universo deste estudo constitui-se de 6.608 hipertensos cadastrados nas dez Estratégias Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Diamantina, no estado de Minas Gerais. Esse município brasileiro está localizado na Serra do Espinhaço, região do Jequitinhonha, servido pelas bacias do rio São Francisco e do rio Jequitinhonha. Distante 282 km da capital Belo Horizonte, possui uma população estimada de 47.723 habitantes (IBGE, 2019). Com quase três séculos de fundação, passando de povoado a arraial até chegar a município, Diamantina é uma cidade rica em histórias e tradições; mantém um patrimônio arquitetônico, cultural e natural rico e preservado. A formação do município está intimamente ligada à exploração do ouro e do diamante.

Apesar de ser uma cidade no Vale do Jequitinhonha, Diamantina é atualmente considerada a terceira cidade de Minas Gerais com maior custo de vida para se morar, devido ao turismo; e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹ é de 0,716, sendo considerado, portanto, um município de médio desenvolvimento. Esse IDH representa uma importante medida para avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população. O perfil do município teve rápida mudança devido à implantação e expansão da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), na primeira década de 2000, que se tornou o motor da economia do município (IBGE, 2017).

¹ O IDH é uma medida usada para avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população, e pode variar de 0 a 1, sendo consideradas de baixo desenvolvimento as localidades que atingem menos de 0,499 pontos; de médio desenvolvimento as que possuem notas de 0,500 até 0,799; e de alto desenvolvimento as que atingem pontuação superior a 0,800.

Em Diamantina, a rede de serviços públicos de APS consta de doze equipes de ESF, sendo dez na zona urbana e duas equipes na zona rural, com cobertura para quase 100% da população. A Atenção Primária à Saúde da zona urbana é realizada pelas UBSs Centro e Viver Melhor/Rio Grande; e pelas ESFs Vila Operária, Jardim Imperial, Bom Jesus, Arraial dos Forros, Bela Vista, Cazuza, Renascer/Rio Grande, Viver Melhor/Rio Grande, Palha (BRASIL, 2020; PREFEITURA DE DIAMANTINA, 2020).

4.4 Amostra

A amostra da pesquisa “HA sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento” foi constituída por indivíduos hipertensos na faixa etária de 40 a 59 anos (meia idade) e acima de 60 anos ou mais (idosos), de ambos os sexos, cadastrados na ESF da zona urbana do município de Diamantina/MG. Para o estabelecimento do n amostral, foi realizado um cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção. Admitiu-se um erro padrão na proporção de 3,0%, um intervalo de confiança de 97,0% e uma proporção de 13,7%.

O resultado do cálculo, após correção do n amostral final, feita com base no total de hipertensos cadastrados nas ESFs da zona urbana, incluído o percentual de 10,0% referentes às possíveis perdas, foi de 562 hipertensos. Desses 562 hipertensos, o teste de *Morisky-Green* identificou que 254 (45,2%) apresentavam máxima adesão ao tratamento medicamentoso; 173 (30,8%) moderada adesão e 135 (24,0%) baixa adesão (MORISKY; GREEN, 1986).

A seleção dos hipertensos participantes de cada ESF em conformidade com sexo e faixa etária foi realizada por meio de sorteio aleatório intragrupos a partir das listas fornecidas pelas ESF, contendo o nome, data de nascimento, idade e sexo dos assistidos. Assim, a amostra para esta dissertação foi constituída pelos indivíduos hipertensos de baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

O teste de *Morisky-Green* MM-8 é um instrumento simples validado para estimar a adesão ao tratamento medicamentoso (MORISKY; GREEN, 1986). Esse teste foi validado nos Estados Unidos da América em hipertensos, utilizando o controle da PA como padrão ouro e, no Brasil, passou a ser o mais utilizado em pesquisas para medir a adesão do tratamento de doenças crônicas (BORGES *et al.*, 2012).

O teste de *Morisky-Green* – MM8 é composto por oito perguntas e, a partir da somatória das respostas, pode-se classificar a adesão ao tratamento medicamentoso. As respostas de um a sete são pontuadas em “sim” e “não”, sendo atribuído os valores de um ponto para cada resposta

afirmativa e de zero para as negativas; e a pergunta oito, com as opções “às vezes”; “frequentemente” e “sempre”, em que fora atribuído o valor zero; e “quase nunca” e “nunca”, atribuído o valor de um ponto. A somatória de escore abaixo de seis pontos indica baixa adesão; escore de seis a sete pontos, moderada adesão; e escore de oito pontos indica máxima adesão (BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012).

4.5 Critérios de inclusão/exclusão

Como critério de inclusão foram considerados hipertensos que fazem uso de anti-hipertensivos por pelo menos seis meses, com idade superior a 40 anos, com função cognitiva preservada e que aceitaram participar da pesquisa assinando o TCLE. Hipertensos com estado funcional parcialmente independente e totalmente dependente foram excluídos. Todas essas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados nas ESFs com o auxílio dos profissionais da saúde (enfermeiro e agente comunitário de saúde) que nelas atuam.

4.6 Projeto piloto

Ressalta-se que o pesquisador responsável pelo projeto selecionou dois bolsistas de apoio técnico (BAT)² para a coleta de dados, sendo um nutricionista e um farmacêutico. Para tal procedimento, esses bolsistas foram treinados e calibrados por um período de 20 horas, dividido em cinco encontros. Em preparação para os encontros, a equipe foi orientada a estudar a 7ª Diretriz Brasileira de HA (MALACHIAS *et al.*, 2016) a fim de direcionar as discussões durante o treinamento e calibração.

Para avaliar o instrumento de coleta de dados e sua aplicação, preenchimento do roteiro estruturado e o tempo gasto para a entrevista, foi realizado um estudo piloto com 10 hipertensos cadastrados na ESF que atendiam aos critérios de inclusão/exclusão, escolhidos aleatoriamente. Os dados obtidos nesta etapa não foram incluídos no estudo principal.

² Bolsa de Apoio Técnico para profissional técnico especializado, engajado no desenvolvimento de atividades técnicas de projeto de pesquisa. Destina-se a profissionais com formação superior e que, no desenvolvimento de pesquisas, deverão exercer atividades técnicas que exigem conhecimentos compatíveis com esse nível de formação; e técnicos com formação profissional de nível médio e que, no desenvolvimento de pesquisas, deverão exercer atividades técnicas de nível intermediário e de média complexidade.

4.7 Coleta de dados

Para a coleta de dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com o Secretário Municipal de Saúde de Diamantina/MG e Coordenador da Estratégia Saúde da Família, cujo objetivo foi explicar o desenvolvimento da pesquisa e a metodologia a ser utilizada a fim de obter a autorização (ANEXO B).

Posteriormente, realizaram-se visitas às dez ESFs da zona urbana do município de Diamantina/MG para apresentar o projeto, seus objetivos, obter apoio da equipe e solicitar a lista dos hipertensos assistidos pelas ESFs para realizar um levantamento desses conforme sexo e idade, a fim de compor a amostra da pesquisa “HA sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento”. Destacou-se que a pesquisa não iria interferir no funcionamento da ESF nem nos serviços prestados pelos profissionais.

A partir das listas disponibilizadas pelas ESFs com o nome, idade, sexo e contato dos participantes, fez-se o sorteio daqueles que deveriam participar da amostra, obedecendo aos critérios de inclusão/exclusão. Uma vez sorteados os membros da amostra, foram elaboradas as listas para acompanhamento de campo a serem entregues aos entrevistadores.

Os bolsistas responsáveis pela coleta de dados, de posse das listas dos possíveis participantes, visitaram os hipertensos em seus domicílios para lhes informar o objetivo da pesquisa e procedimentos de coleta de dados, verificando o interesse do hipertenso em participar desta.

4.8 Entrevista

A partir da concordância com a participação na pesquisa e assinatura do TCLE, iniciou-se uma entrevista guiada por um roteiro estruturado (APÊNDICE B).

O roteiro possui questões referentes a: (1) identificação: caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes, (2) questões que abordam suas vivências e percepções em relação à HA, (3) adesão ao tratamento-medicamentoso e (4) aferição da PA.

A entrevista foi realizada no domicílio dos participantes, sendo sugerido um ambiente tranquilo e confortável, visando maior privacidade e sigilo das informações, ficando, contudo, a critério do entrevistado a escolha do local.

Inicialmente, foi realizado um *rapport*³ entre o hipertenso e o bolsista de apoio técnico. Destaca-se que, nas entrevistas, manteve-se uma atitude informal para que o hipertenso se sentisse à vontade para relatar suas opiniões.

O registro das entrevistas foi realizado diretamente em um *tablet*, e as questões abertas foram gravadas eletronicamente e, *a posteriori*, transcritas na íntegra para análise. Os textos com fragmentos do discurso dos entrevistados não sofreram correção linguística, preservando o caráter espontâneo das falas. As entrevistas duraram, em média, 60 minutos e foram realizadas no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019.

4.9 Análise dos dados coletados

As informações obtidas no roteiro estruturado (APÊNDICE B) foram digitadas em uma planilha do *Microsoft Excel 97-2003* e agrupadas, tendo em conta as variáveis consideradas para a pesquisa (QUADRO 1). Após esse procedimento, foram processadas e analisadas com o uso do *software R* (versão 3.2.2, <https://www.r-project.org>).

³ *Rapport* é o processo de aproximação cordial entre terapeuta e paciente, objetivando facilitar o diálogo durante a coleta de dados.

Quadro 1 - Variáveis do estudo

1 – Identificação dos Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidade de Saúde Cadastrada ✓ Identificação do Paciente ✓ Sexo ✓ Idade / Nascimento ✓ Cor ✓ Estado civil ✓ Condição de trabalho ✓ Renda ✓ Escolaridade
2 – Vivências e Percepções em relação à HA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O que é pressão alta? ✓ O que você sente quando a pressão está alta ✓ Como você sabe que esses sintomas são por causa da pressão alta ✓ Orientações recebidas dos profissionais da saúde para controlar a pressão ✓ De quem você normalmente recebe tais orientações ✓ Qual sentimento o fato de ser hipertenso provoca em você ✓ O que mudou em sua vida depois de ter sido diagnosticado como hipertenso ✓ Como se sente com o fato de ter que tomar medicação por toda a vida ✓ Há quantos anos você foi diagnosticado como tendo pressão alta ✓ Nos últimos anos, o que alterou no seu tratamento para pressão alta ✓ Que dificuldades você encontrou para se adaptar a essa alteração ✓ Quais dificuldades você tem encontrado, em cuidar da sua pressão alta conforme orientado
3– Adesão ao Tratamento	✓ Classificação da adesão – Morisky-Green MM-8
4 – Classificação da PA	✓ Classificação da 7ª Diretriz Brasileira de HA

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

As análises das variáveis do estudo destacadas no Quadro 1 foram realizadas por meio de estatística descritiva e os resultados expressos por meio de frequência absoluta e relativa das respostas, medidas de posição/tendência central (média) e de dispersão/variabilidade (desvios padrão).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A adesão ao tratamento medicamentoso da HA depende de diversos fatores, pois há distintos elementos envolvidos: características socioeconômicos e demográficos, percepção da doença e suas consequências, meio social e cultural do hipertenso, entre outros. Entende-se que os indivíduos são diferentes, nem todos são iguais, cada um possui uma visão de mundo, cada um vive de modo diferente, tem uma ocupação, escolaridade, renda, vivência social e uma relação com o ambiente em que vivem. No mesmo lugar, existem diferentes atores sociais que têm diferentes interesses e comportamentos.

[...] o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita (UNGLERT, 1999, p. 222).

Assim, considerando que a adesão ao tratamento medicamentoso na HA destina-se não apenas à redução dos níveis pressóricos, mas, principalmente, à prevenção de riscos CVs e à redução da taxa de mortalidade, esta pesquisa procurou conhecer, analisar e discutir um grupo de 135 hipertensos de baixa adesão ao tratamento medicamentoso, assistidos pelas Estratégias Saúde da Família na zona urbana no município de Diamantina/MG, considerando os seguintes aspectos desses: (1) identificação: caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes, (2) questões que abordam suas vivências e percepções em relação à HA e (3) aferição da PA.

De acordo com Monken (2008), a compreensão de um território implica uma coleta sistemática de dados que informam sobre as situações problemas de uma população e do território em que vivem, contribuindo para o reconhecimento dessa população, identificando suas vulnerabilidades e ajudando a selecionar problemas prioritários para possíveis intervenções. Destarte, auxilia na escolha de ações e estratégias mais adequadas e viabiliza o uso da Epidemiologia para auxiliar no planejamento por meio da microlocalização dos problemas de saúde.

5.1 Perfil socioeconômico e demográfico dos hipertensos de baixa adesão pesquisados

Segundo Gondim *et al.* (2008), o território resulta de uma acumulação de circunstâncias históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de saúde/doença. A compreensão do território é um passo básico para a caracterização de uma

determinada população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto desses. O território se apresenta muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracterizam e se expressam num território em permanente construção.

As características sociodemográficas e econômicas são variáveis de importância a serem consideradas durante a observação e estudo de uma população, já que aquelas podem exercer influência na adesão ao tratamento pelo hipertenso (OLIVEIRA, 2007).

A Tabela 2 apresenta os dados socioeconômicos e demográficos da amostra estudada.

Tabela 2 - Distribuição da frequência (absoluta e percentual) das variáveis: sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, renda e condição de trabalho dos hipertensos de baixa adesão. Diamantina/MG (n=135).

Variáveis	N	%
SEXO		
Feminino	82	60,7
Masculino	53	39,3
IDADE		
40 – 50	31	22,9
51 – 60	46	33,9
61 – 70	43	31,8
71 - 80	15	10,9
COR		
Amarela	4	3,0
Branca	19	14,1
Parda	79	58,5
Negra	33	24,4
ESTADO CIVIL		
Casado	79	58,5
Separado	8	5,9
Solteiro	26	19,3
União Estável	11	8,1
Viúvo	11	8,1
ESCOLARIDADE		
Baixa Alfabetização/Analfabetos	36	26,7
Ensino Fundamental Incompleto	33	24,4
Ensino Fundamental Completo	25	18,5
Ensino Médio	26	19,3
Superior Completo	15	11,1
RENDA		
< 1 Salário Mínimo	90	66,7
De 1 a 2 Salários Mínimos	25	18,5
De 2 a 3 Salários Mínimos	13	9,6
De 3 a 4 Salários Mínimos	2	1,5
Mais de 4 Salários Mínimos	5	3,7
CONDIÇÃO DE TRABALHO		
Afastado	6	4,4
Aposentado	57	42,2
Desempregado	27	20,0
Em Exercício	41	30,4
Pensionista	4	3,0

Fonte: Banco de Dados, 2020.

Conforme apresentado na Tabela 2, a maior parte dos hipertensos pesquisados pertence ao sexo feminino (60,7%). Há de se considerar, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) (IBGE, 2019), que o número de mulheres no Brasil é superior ao dos homens; e a partir dos 25 anos de idade, a proporção de mulheres é maior em todos os grupos de idade. A população brasileira é composta por 48,2% de homens e 51,8% de mulheres. Provavelmente, essa predominância do sexo feminino nos pesquisados se deva a esse maior contingente feminino na população brasileira. Assim, além de considerar esse dado, observa-se que as mulheres possuem uma sobrevivência maior que a dos homens, estando, então, mais sujeitas a doenças crônicas por maior período de tempo.

Gewehr *et al.* (2018), ao estudarem a adesão ao tratamento farmacológico da HA na Atenção Primária à Saúde em duas ESFs em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, encontraram também um maior número (67,3%) de hipertensos de baixa adesão no sexo feminino. No estudo de Santos (2012), os dados apresentados estão em concordância com o Programa de controle de tratamento de HA e diabetes (HIPERDIA) no sistema DATASUS, compreendido no período de 2007 a 2012, apontando maior predominância do sexo feminino nos casos de baixa adesão ao tratamento da HA no estado do Amapá. A prevalência do sexo feminino também foi observada no estudo de Custódio *et al.* (2011), com 79,2% dos entrevistados sendo mulheres.

A maior prevalência no número de mulheres relacionada à HA, segundo Mochel *et al.* (2006) e Dutra *et al.* (2016), pode estar relacionada a uma percepção maior dessas em relação à gravidade da doença, assim possuem uma predisposição maior ao autocuidado, buscando assistência médica com mais frequência que os homens, o que contribui para um diagnóstico precoce e tratamento da doença.

Malachias *et al.* (2016) afirmam que os homens, geralmente, têm mais probabilidade de serem diagnosticados com HA do que as mulheres com até 50 anos de idade. As mulheres apresentam menos chance de serem hipertensas até antes da menopausa, por uma questão hormonal, porém, a partir de 60 anos aumentam as chances de essas desenvolverem a HA. Silva, Oliveira e Pierin (2016) observaram que, com a queda do estrógeno na menopausa, ocorrem mudanças no perfil lipídico, aumento do peso e sedentarismo, que são fatores de risco para HA em mulheres durante a menopausa, com exceção daquelas que ainda não iniciaram esse período.

Certamente, pode-se, ainda, inferir que a inserção da mulher no mercado de trabalho cada vez mais frequente pode dificultar sua adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que não possui mais a mesma assiduidade a consultas e horários flexíveis.

Observou-se que a maioria (65,7%) dos pesquisados encontra-se na faixa etária de 51 a 70 anos. A média de idade da população estudada foi de 58 anos (DP=9,87), sendo que para as mulheres foi de 58,5 anos (DP=9,6) e, para os homens, 59,3 anos (DP=10,4). Seguramente a idade é um fator que pode interferir na adesão ao tratamento medicamentoso, pois se verifica que os indivíduos mais velhos se preocupam mais com a saúde, buscando aderir mais ao tratamento como forma de prolongar a vida e melhorar a qualidade dessa.

Segundo Aiolfi *et al.* (2015), os idosos mais jovens, na faixa etária de 60 a 70 anos, apresentam maior independência e autonomia quando comparados com idosos mais velhos, pelo fato de não precisarem tanto da ajuda de terceiros para se cuidar. Assim, esses fatores podem contribuir para que o hipertenso se sinta mais confiante, não seguindo à risca todas as orientações dos profissionais quanto ao tratamento medicamentoso, favorecendo ainda mais o abandono a esse tratamento.

Entre os pesquisados, observou-se, na faixa etária acima de 71 anos, menor proporção de indivíduos (10,9%) com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, o que sugere com esses resultados encontrados que com o passar da idade ocorre uma maior adesão ao tratamento medicamentoso. Busnello *et al.* (2001) encontraram resultados similares estudando 945 indivíduos hipertensos, em que verificaram que o aumento da idade se associou com a maior possibilidade de seguimento do tratamento para HA. Resultados semelhantes também foram evidenciados por Araújo e Garcia (2006), os quais observaram que hipertensos de idade mais avançada são mais susceptíveis a aderir ao tratamento, uma vez que os mais jovens não se sentem ameaçados pela doença, enquanto faixas etárias mais avançadas se preocupam mais com a saúde, executando o tratamento de maneira correta, como alternativa de melhor qualidade de vida.

Todavia Aquino *et al.* (2017), estudando os fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em 423 idosos que utilizavam anti-hipertensivos em Juiz de Fora/MG, observaram resultados diferentes, em que, com o aumento da idade, ocorreu também um aumento do número de não adesão ao tratamento medicamentoso. O que também foi comprovado por Gewehr *et al.* (2018). Além disso, Zavatini, Obreli e Cuman (2010) asseguram que os idosos possuem mais vulnerabilidade, como o declínio das capacidades física, mental e cognitiva, o que dificulta a compreensão e a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso que foi prescrito pelo profissional da saúde.

A maior parte dos pesquisados (58,5%) se autorreferiu parda, seguida de negra (24,4%). Resultados semelhantes foram reportados por Dourado *et al.* (2011), estudando hipertensos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde em João Pessoa/PB, em que 48,0% dos hipertensos

de baixa adesão também eram pardos. Em contraste com os achados deste estudo, a Sociedade Brasileira de HA (MALACHIAS *et al.*, 2016) registra que a HA é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor branca.

Em relação à raça, pode-se inferir que os pacientes pardos ou negros podem estar mais expostos a não adesão ao tratamento medicamentoso, o que possivelmente esteja relacionado a outras características socioeconômicas, como baixo nível de escolaridade, baixa renda, menor oportunidade de trabalho e acesso aos serviços de saúde.

Quanto ao estado civil, observou-se que 66,6% dos hipertensos deste estudo são casados ou vivem em união estável; enquanto 33,4% não possuem cônjuges por serem solteiros, separados ou viúvos. Pode-se concluir que o indivíduo casado ou em união estável apresenta melhores condições de receber assistência à saúde, uma vez que tem apoio do cônjuge nas práticas em saúde e melhor autocuidado.

Kim *et al.* (2008) salientaram que a presença do cônjuge influencia positivamente na adesão ao tratamento medicamentoso da HA devido ao incentivo do parceiro para seguir as recomendações dadas pela equipe de saúde. Marques, Petuco e Gonçalves (2010) comungam dessa opinião, pois, segundo esses, familiares, como um cônjuge, são importantes na adesão ao tratamento medicamentoso da HA e na adaptação quando se refere às modificações do estilo de vida para tratamento da doença. Resultados semelhantes também foram destacados por Bastos-Barbosa *et al.* (2012), estudando hipertensos na saúde pública, em que 63,3% dos pesquisados tinham um companheiro.

No que tange à escolaridade, verificou-se que 26,7% apresentaram baixa escolaridade/analfabetos e 24,4% apresentaram ensino fundamental incompleto. Presumivelmente, o nível de escolaridade influencia na assimilação das orientações relacionadas ao tratamento da doença, assim, quanto mais baixa a escolaridade mais difícil a aceitação do diagnóstico, devido ao entendimento do que é a doença e suas possíveis consequências.

De acordo com Veras e Oliveira (2009), a escolaridade pode influenciar na assimilação das orientações passadas pelos profissionais de saúde sobre a doença, portanto, quanto mais baixa a escolaridade, mais difícil é a compreensão do diagnóstico e menor adesão ao tratamento. Sousa (2003) reportou ainda que a escolaridade pode influenciar na avaliação sobre as situações de risco da HA, salientando que a exposição aos fatores de risco é dominante em indivíduos com baixa escolaridade.

De forma semelhante Menezes *et al.* (2016) reportaram que a baixa escolaridade do hipertenso pode refletir em dificuldade para o entendimento da HA e dos fatores de risco

associados a ela, bem como a adesão ao tratamento e medidas de controle. Mendes, Moraes e Gomes (2014) afirmam ainda que a baixa escolaridade influencia no controle de forma satisfatória da PA, portanto, o grau de instrução é considerado um fator determinante na adesão ao tratamento medicamentoso. Igualmente, Pinotti, Mantovani e Giacomozzi (2008) constataram que os pacientes com baixa escolaridade podem ter dificuldade em compreender as orientações que são fornecidas pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, não aderirem ao tratamento de forma correta.

Dessa maneira, Lamarca e Vettori (2013), citando dados da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) ressaltaram que, num estudo realizado entre os anos de 2006 e 2010, nas macrorregiões do Brasil, observou-se que pessoas com 12 anos ou mais de escolaridade apresentavam maiores chances de diagnóstico da HA.

Melo *et al.* (2016) ainda reforçam que indivíduos com menor nível de escolaridade tendem a aderir ao tratamento medicamentoso com menos frequência devido à falta de entendimento sobre a HA, visto que a maioria das campanhas promocionais sobre a doença é realizada por meio de *folder* explicativo, gerando dúvidas quanto ao entendimento para um tratamento adequado, devido à maneira como são expostas as dicas de saúde.

De acordo com Weber, Oliveira e Colet (2014), ainda em relação à escolaridade, a compreensão das informações também é uma dificuldade enfrentada pelos hipertensos, sendo que a maioria das campanhas de tratamento da HA é veiculada por meio de folhetos ou cartilhas explicativas, o que dificulta a adesão ao tratamento medicamentoso de forma correta e satisfatória, sendo necessário, na maioria das vezes, ajustar melhor a estratégia de vínculo com os pacientes e reconhecer quais são as limitações, para organizar táticas mais eficazes no que se refere à adesão ao tratamento medicamentoso.

Presume-se que o nível de escolaridade está associado à adesão ao tratamento medicamentoso. A doença é mais susceptível em indivíduos com escolaridade mais baixa, pois a chance de abandonar o tratamento por falta de conhecimento e entendimento sobre a doença em questão é bem maior. As campanhas de educação em saúde deveriam ser elaboradas com *folders* mais ilustrativos, propiciando um entendimento mais simples e eficiente, destacando a importância do controle da HA. Na entrega desses *folders*, o profissional deveria reforçar ao hipertenso o que está escrito, explicando de maneira mais objetiva, como ilustrar para que fique mais objetivo a forma correta de tomar a medicação, os horários adequados, desenhando “sol”, “lua” representando dia e noite, talheres e prato de comida representando almoço e jantar, procurando proporcionar melhor entendimento, buscando obter maior e melhor adesão ao tratamento medicamentoso.

As ações de educação em saúde, de acordo com Monken e Barcellos (2007), discutem as intervenções que são expressas em determinadas condições de saúde. Essas ações geralmente são intersetoriais, uma vez que são estabelecidas por meio de processos de trabalho, que caracterizam os espaços sociais em que vivem as pessoas. Assim, a abordagem territorial se mostra útil para descrever estratégias e propor ações de promoção da saúde, em que é importante destacar o espaço das cidades e das comunidades em geral e outros ambientes institucionais de encontros formais das pessoas, como o trabalho e as escolas, sendo os locais mais frequentes para atuação da promoção em saúde.

Os achados deste estudo apontam que 66,7% dos hipertensos pesquisados recebem menos de um salário mínimo, seguidos de 18,5% com até dois salários mínimos. Esses dados demonstram que a população estudada possui baixa renda. Provavelmente, o fator econômico está associado à adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que a baixa renda pode dificultar o tratamento e melhora no estilo de vida, pois a doença é capaz de estar associada ao lazer, alimentação adequada, problemas familiares, mesmo considerando a disponibilidade de forma gratuita de muitos medicamentos para tratamento da HA pelos programas do governo. As pessoas que necessitam da ESF para um tratamento de saúde são mais vulneráveis, não possuem um plano de saúde privado, essa população merece uma atenção diferenciada.

Conforme ressaltado por Monken e Barcellos (2007), ainda persiste no Brasil muita desigualdade de renda, o que gera consequências negativas para as condições de saúde. Essa diferença normalmente se reflete no perfil epidemiológico da população (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Os dados encontrados nesta pesquisa são semelhantes aos reportados por Dourado (2011), estudando a adesão do tratamento dos hipertensos em João Pessoa/PB, em que 84,0% dos entrevistados apresentavam renda mensal de 1 a 3 salários, portanto, a HA é inversamente proporcional à renda, isto é, quanto menor a condição econômica, maior a incidência devido ao menor nível de cuidados com a saúde. Rodrigues (2012) e Machado (2012) corroboram esses resultados, afirmando que o baixo nível socioeconômico pode ser identificado como um fator dificultador para o controle efetivo da adesão ao tratamento medicamentoso da HA.

Daniel e Veiga (2013) demonstram que hipertensos com renda familiar de até três salários mínimos apresentam dificuldade na adesão ao tratamento para HA, além de serem mais faltosos em consultas médicas de rotina. Soares *et al.* (2012) ainda reforçam que a renda familiar mensal *per capita* do hipertenso de até um salário mínimo prejudica a adesão ao tratamento da HA. Quanto pior a condição socioeconômica, menor a taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois menor é o conhecimento sobre a doença e mais difícil o

acesso ao serviço de saúde. Os rendimentos e a condição de trabalho, segundo Carvalho *et al.* (2013), são importantes, pois podem interferir no estado físico e mental, uma vez que promovem o acesso à terapêutica, além de proporcionarem uma vida melhor em relação à aquisição dos bens.

Barroso *et al.* (2020) registram que a condição socioeconômica é um importante dado ao considerar o hipertenso. Ressalta que não é um problema exclusivo dos hipertensos que pagam seus próprios medicamentos, pois, nos países em desenvolvimento, há uma parcela significativa da população hipertensa que não dispõe de recursos financeiros adequados nem de Política de Saúde para atender suas reais necessidades. Assim, a condição socioeconômica deve ser avaliada em diversas situações, pois influencia em algumas questões particulares.

Quanto à condição de trabalho, observou-se que 42,2% dos entrevistados eram aposentados. Infere-se que o paciente, possivelmente, teria maior adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que possui um tempo mais livre para cuidar de sua saúde; teria melhores hábitos de vida e, ainda, que muitos são os medicamentos fornecidos gratuitamente para a HA na ESF.

Vancini-Campanharo *et al.* (2015), pesquisando 116 pacientes em um serviço de emergência, constataram que os pacientes aposentados tinham uma menor adesão ao tratamento medicamentoso, o que corrobora os achados deste estudo. Em contrapartida, Ramalinho (1994) assevera que os pacientes aposentados possuem mais tempo livre e se preocupam mais com a doença e com a terapêutica do que os que possuem uma vida mais ativa e têm dificuldade de integrar o tratamento às atividades diárias. Ainda, segundo Strelec, Pierin e Mion (2003), os pacientes aposentados e do lar foram os que mais apresentaram controle da PA, pois tinham mais tempo livre para seguir o tratamento de maneira correta.

Segundo Araújo e Garcia (2006), pacientes economicamente ativos apresentam maior adesão ao tratamento da HA do que os aposentados, pois, ao se aposentarem, esses indivíduos sofrem perdas financeiras, o que normalmente contribui para o abandono do tratamento. Ainda em relação à ocupação, a aposentadoria geralmente é a ocupação mais frequente nos estudos sobre adesão ao tratamento da HA (CALIXTO, 2010; PIERIN *et al.*, 2011; CAVALARI, 2012).

Embora o nível socioeconômico não seja um índice independente da baixa adesão, alguns aspectos são significativos, como o analfabetismo, escolaridade, desemprego, mudança no estado civil (GUSMÃO *et al.*, 2009). De acordo com Gewehr *et al.* (2018), entre as variáveis socioeconômicas e demográficas, a renda de um a dois salários mínimos é impactante na não adesão ao tratamento. Indivíduos com menor renda apresentaram razão de prevalência de 4,777 (IC 95%: 2,067-11,039) de serem não aderentes ao tratamento da HA.

Nesse contexto, Monken *et al.* (2008) acrescentam que, no território da saúde coletiva, em que atuam principalmente as ESFs, devem ser desenvolvidas ações preventivas voltadas às características demográficas e epidemiológicas da população, permitindo espaço de troca que vise melhoria contínua da qualidade de vida. Dessa forma, estudos diagnósticos e caracterização da população servem de subsídios para a gestão de saúde pública no planejamento de ações.

5.2 Vivências e percepções de hipertensos de baixa adesão ao tratamento medicamentoso em relação à HA

Segundo Monken *et al.* (2008), na construção de um espaço geográfico, a vivência e a percepção são dimensões essenciais e complementares, como se fossem fenômenos que consolidam os aspectos subjetivos e associados a esse território. A percepção do espaço é marcada pela afetividade e referências de identidades socioculturais. A Tabela 3 apresenta os dados das vivências e percepções dos hipertensos de baixa adesão ao tratamento medicamentoso em relação a HA.

Tabela 3 - Distribuição da frequência (absoluta e percentual) das variáveis referentes as vivências e percepções dos hipertensos de baixa adesão. Diamantina/MG (n=135).

Variáveis	N	%
CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL		
Hipertensos	80	59,3
Normotensos	55	40,7
O QUE É PRESSÃO ALTA		
Aspectos físicos e sintomas	78	58,5
Não sabem.	27	20,0
Sentimentos negativos de tristeza	16	11,1
Hábitos inadequados	14	10,4
O QUE VOCÊ SENTE QUANDO A PRESSÃO ESTÁ ALTA		
Sentem algum sintoma.	101	74,8
Não sentem nada.	34	25,2
SINTOMAS SÃO POR CAUSA DA PRESSÃO ALTA		
Fazem aferição da PA.	44	32,5
Acho que é.	38	28,6
Sinto isso quando a PA está alta.	17	12,7
A pressão é que traz esses problemas.	13	9,5
Tomo o remédio e melhora.	8	5,6
Outros	15	11,1
ORIENTAÇÕES RECEBIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
Fazer uso de medicação.	26	19,0

Reduzir o sal.	24	17,8
Fazer exercício físico.	22	16,2
Melhorar alimentação.	18	13,7
Reduzir gordura.	17	12,4
Outros	28	20,9
DE QUEM NORMALMENTE RECEBE ESSAS ORIENTAÇÕES		
Médicos	91	67,4
Enfermeiros	21	15,5
Outros	23	17,1
QUAL SENTIMENTO DE SER HIPERTENSO PROVOCA		
Não sentem nenhum incômodo.	45	33,1
Preocupação	16	12,2
Tristeza	13	9,4
Nervosismo	12	8,8
Ansiedade	11	8,3
Outros	38	28,2
O QUE MUDOU NA SUA VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO		
Começou a tomar remédio.	43	31,6
Nada mudou.	17	12,9
Aumentou a preocupação	16	12,0
Alimentação	14	10,0
Reduzir sal e gordura.	11	8,1
Outros ⁱ	34	25,4
COMO SENTE EM TOMAR MEDICAÇÃO A VIDA TODA		
Muito ruim	31	23,0
Não sente nada.	22	16,8
Já se acostumou.	18	13,0
Obrigação	17	12,4
Me deixa aborrecido.	15	11,2
Outros	32	23,6
QUAL TEMPO FOI DIAGNOSTICADO COM HA		
Mais de seis anos	101	74,8
Menos de três anos	34	25,2
O QUE ALTEROU NO SEU TRATAMENTO		
Nada foi modificado.	43	32,2
Troca de medicamento	34	25,0
Troca de médicos	28	20,6
Outros	30	22,2
DIFICULDADE ENCONTRADA PARA ADAPTAR A ESSA ALTERAÇÃO		
Nenhuma	94	70,0
Dificuldades de adaptação ao novo medicamento	13	10,0
Surgiram complicações.	11	7,5
Insegurança quanto ao novo medicamento	03	2,5
Sentindo coceira na garganta.	03	2,0

Outros	11	8,0
QUAIS DIFICULDADES TEM ENCONTRADO EM CUIDAR DA PA COMO ORIENTADO		
Nenhuma	54	40,0
Adaptação ao novo medicamento	14	10,0
Outros	67	50,0

Fonte: Banco de Dados, 2020.

Quando questionados sobre o que é pressão alta, 58,5% dos entrevistados associaram a aspectos físicos e sintomas, como batimentos acelerados, descontrole do organismo, dificuldade na circulação sanguínea, coração disparado; 11,1% associaram a sentimentos negativos de tristeza, ansiedade e morte; enquanto 10,4% associaram a hábitos inadequados, como excesso de sal ou gordura na comida. Ressalta-se, ainda, que 20,0% dos entrevistados afirmaram não saberem o que é pressão alta. Certamente, a percepção dos hipertensos de baixa adesão ao tratamento medicamentoso sobre o que é pressão alta é particular para cada indivíduo e está diretamente ligada às suas vivências, por isso é importante ouvir as considerações desses sobre essa doença. Observou-se que a maioria dos entrevistados define o que é pressão alta de acordo com os sintomas que se manifestam, do que é palpável para esses perceberem, como descrito abaixo:

Batimentos acelerados, fora do normal (Entrevistado 1, sexo feminino, 65 anos).

Dificuldade, força que o sangue faz para chegar nas artérias e no coração, vômito, enxerga um tanto de estrelinha (Entrevistado 23, sexo feminino, 50 anos).

Aceleração dos batimentos cardíacos, aumento da velocidade da circulação sanguínea (Entrevistado 90, sexo masculino, 54 anos).

Pode-se inferir que a maioria dos entrevistados desconhece o verdadeiro significado da HA, mesmo que tenha sido explicado no momento do diagnóstico por algum profissional da saúde, relacionam o conceito com os sintomas.

Nas doenças crônicas, segundo Castro e Var (2000); Saraiva *et al.* (2007), a percepção do paciente em relação ao atual estado de saúde e a relação entre sinais e sintomas e o controle da doença pelo tratamento medicamentoso pode facilitar ou dificultar a adesão ao esquema terapêutico determinado pelos profissionais da saúde.

Helman (2003) afirma que os sintomas assumem um sentido que esteja relacionado a estados fisiológicos que muitas vezes são interpretados como reflexos dos sintomas. De acordo com Silva (2004), ao vivenciar um diagnóstico de HA o usuário é capaz de atribuir um novo significado, não apenas com informações, mas também com experiências concretas de

vivenciar alguns momentos relacionados aos sinais e sintomas da doença. Adoecer significa estar em contato com a possibilidade de ter a doença, mesmo sem ter confirmado o diagnóstico.

Para alguns pacientes, a doença foi descoberta por causa de mal-estar e devido a outros problemas de saúde, demonstrando que o diagnóstico foi feito em circunstâncias em que já estavam presentes os sintomas (SILVA; DOMINGOS; CARAMASCHI, 2018).

Verificaram-se, na amostra pesquisada, relatos de entrevistados que declararam não saber o que é pressão alta.

Não sei explicar (Entrevistado 4, sexo feminino, 63 anos).

Não sei o que é pressão alta, só sei que é uma doença no coração (Entrevistado 24, sexo feminino, 78 anos).

Eu não sei o que significa, eu achava que era um descontrole cardíaco só que meu coração dá tudo normal nos exames (Entrevistado 46, sexo feminino, 62 anos).

Pode-se supor que o fato de não saber o significado de pressão alta está relacionado com a característica de a doença ser assintomática e muitas vezes o hipertenso não saber que aquele sintoma é, de fato, de uma pressão alta. Leão e Silva *et al.* (2013) reportam que cabe ao profissional de saúde orientar de forma simples e esclarecedora ao hipertenso o que é a pressão alta e suas consequências, contribuindo assim para um melhor entendimento e adesão do indivíduo ao tratamento da HA, gerando uma melhora na qualidade de vida desses.

Dessa maneira, Castro e Car (2000) reportaram que a cronicidade da HA envolve a compreensão da doença por meio do significado dado pelos hipertensos, de acordo com suas percepções de saúde/doença, alterações emocionais e físicas. Os hipertensos, de acordo com Alves (1998), não se sentem capazes de definir a HA. Eles atribuem esse significado a outras pessoas, como sendo uma atribuição específica do profissional da saúde, quando se utiliza a técnica correta de aferir a PA.

Silva, Domingos e Caramaschi (2018) relacionam o fato de os pacientes não saberem o que é pressão alta com o caráter silencioso que a doença tem como característica, o que remete ao fato de que a descoberta ocorreu por meio de exames de rotina ou ligado a outros sintomas em que a percepção não esteve ligada à HA.

Para Goes e Marcon (2002), a HA é percebida pelos hipertensos como uma doença que provoca preocupação, medo e até mesmo revolta. O que pode também ser confirmado nesta pesquisa, conforme os relatos a seguir:

É uma coisa muito difícil (Entrevistado 13, sexo feminino, 67 anos).

Doença que piora quando está preocupada (Entrevistado 32, sexo feminino, 41 anos).

Doença cardíaca muito séria (Entrevistado 54, sexo feminino, 53 anos).

Provavelmente a percepção da pressão alta está relacionada à gravidade, evolução e a vários aspectos que envolvem a doença, que são elementos que podem interferir na aceitação da adesão ao tratamento medicamentoso. A percepção e o conhecimento da doença trazem a especificidade e peculiaridade da vivência do paciente. Percepção que além da teoria, precisa também ser compreendida pelos profissionais da saúde. Ao relatar o que é pressão alta, os indivíduos reavivam o seu modo de ver, sentir e viver; e cada um traz a compreensão dessa vivência de um modo diferente.

Almeida, Paz e Silva (2013), pesquisando hipertensos usuários de um serviço básico de saúde no município de Juiz de Fora/MG, observaram que esses reconhecem a HA como uma patologia grave, que causa medo e pode trazer sérias consequências quando não tratada, além disso, pode produzir sequelas e limitação à vida. O paciente portador de doença crônica, de acordo com Mantovani e Mendes (2014), no seu dia a dia, assume um papel de protagonista no controle da doença, pois lida com essa e se responsabiliza pelo seguimento e administração dos medicamentos prescritos, tomando decisões em relação à sua doença e tratamento.

Assim, Barcellos (2000) afirma que a doença é uma manifestação de cada paciente e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e os diversos contextos sociais em que são inseridos, dentro de uma região, são resultados de acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças.

Deve-se considerar, segundo Adan e Herslich (2005 *apud* GAZZINELLI *et al.*, 2001), o que o doente pensa sobre a sua doença, pois há um envolvimento de fatores socioculturais inerentes ao indivíduo. Os seres humanos possuem percepções diferentes em relação ao adoecer, e essas são independentes do saber médico. Vivenciar uma doença traz conflitos, pois o doente irá se sentir realmente doente quando deixar de realizar atividades que não lhe deixam pertencer ao contexto social em que está inserido. Mas, por outro lado, segundo os autores, o conhecimento da doença leva o indivíduo a enfrentá-la de forma mais consciente.

O diagnóstico da doença traça um perfil de território de abrangência, expondo as questões sociais de risco ou situações de vulnerabilidade, permitindo ações interdisciplinares da gestão pública para resolver os problemas que são encontrados (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Cavalcante *et al.* (2007) compreendem que os problemas do cotidiano, somados a outras intercorrências que surgem a partir da doença crônica, necessitam ser tratados nos aspectos que refletem a interação e a adaptação do indivíduo à doença e ao meio, tendo como objetivo melhor qualidade de vida.

Machado, Pires e Lobão (2012), buscando verificar as percepções de hipertensos quanto ao aumento da PA, em um Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares na cidade de Salvador/BA, observaram que a percepção do aumento da pressão está relacionada à história de vida de cada indivíduo. Segundo os autores, as orientações quanto à doença que são transmitidas ao hipertenso têm que levar em conta o contexto socioeconômico e cultural em que esses estão inseridos. As informações devem ser transmitidas de forma clara e objetiva para que o entendimento possa contribuir para o controle da doença.

Há de se considerar que a HA exige mudanças nos hábitos de vida, com a instituição de uma dieta alimentar adequada, com a redução de sal e gorduras, e prática de exercícios físicos regulares. Existiram alguns relatos relacionando a pressão alta a hábitos inadequados de vida.

É o sal que faz (Entrevistado 57, sexo masculino, 45 anos).

O café, sal e gordura fazem aumentar, além da química dos alimentos (Entrevistado 97, sexo masculino, 54 anos).

Não sei, deve ser sal mesmo (Entrevistado 129, sexo masculino, 76 anos).

A presença de novos hábitos na vida do indivíduo impõe drásticas mudanças e adaptações no seu dia a dia. O tratamento não medicamentoso envolve mudanças como o controle do peso, estilo alimentar, redução do sal, prática de atividade física (ULBRICH *et al.*, 2012).

O estilo de vida das pessoas com diagnóstico de HA deve ser alvo de modificações de caráter não curativo, mas, principalmente, preventivo. Assim, as mudanças no estilo de vida controlam os níveis pressóricos, podendo diminuir a mortalidade cardiovascular. Entre as principais recomendações para a promoção, prevenção e tratamento juntamente com o medicamento, está a alimentação saudável, consumo controlado do sal, combate ao sedentarismo (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Quando indagados sobre o que sentem quando a pressão está alta, 74,8% dos entrevistados relataram sentir algum sintoma, como abafamento, dor de cabeça, mal-estar, tontura, dor na nuca, nervosismo; enquanto 25,2% relataram não sentir nada.

Dor na nuca; mal-estar; tonteira (Entrevistado 4, sexo feminino, 63 anos).

Agitação; dor na nuca; insônia; nervosismo; tonteira; tremura (Entrevistado 11, masculino, 56 anos).

Dor de cabeça; nervosismo (Entrevistado 30, sexo feminino, 63 anos).

Provavelmente, para os hipertensos, a doença também significa as causas e sintomas da HA. Muitos são os pacientes que só procuram ajuda dos profissionais da saúde quando apresentam algum sintoma mais grave, é nesse momento que o associam com a PA e procuram um tratamento na tentativa de melhorar os sintomas presentes naquele momento.

Sadala e Mendes (1996) informam que os hipertensos relatam ter sintomas como tonturas, dores de cabeça e pelo corpo, nervosismo, arritmia, cianose, perda da memória, confusão mental, sudorese o que pode elevar ainda mais a PA.

A experiência clínica é mostrada por Romano (1999) quando o paciente hipertenso faz imediatamente a ligação entre as alterações do seu estado emocional, situações cotidianas e problemas familiares com relação à elevação da PA. Também pode usar a doença para justificar sintomas ou situações que vivencia no dia a dia, o que não tem nenhuma relação de fato com a HA, alegando que tudo o que ocorre em sua saúde/doença é causada pela HA.

Vale ressaltar a importância de registrar que a HA pode não manifestar sintomas ou desconforto físico, o que aumenta a chance de o portador de HA não aderir ao tratamento para o controle adequado da doença. Isso se torna uma das razões para o paciente hipertenso não se comprometer de forma adequada com o tratamento e controle da doença. As pessoas percebem que estão doentes quando qualquer alteração na qualidade de vida as impede de trabalhar, comer, dormir ou executar atividades do dia a dia (SANTOS *et al.*, 2005).

Outro fator que interfere na sintomatologia da HA é a existência dos efeitos colaterais de algumas medicações. Coelho e Nobre (2006) explicam que, em razão da HA ser uma doença predominantemente assintomática, não existe uma relação forte entre o sucesso terapêutico e o desaparecimento dos sintomas com o uso dos medicamentos.

Para compreender os sintomas da doença e suas práticas no dia a dia, Monken e Barcellos (2007) identificam como a vida acontece a partir do local onde iniciam os sintomas; indicam como os hábitos e comportamentos que são considerados como fatores causais ou protetores a HA podem ocorrer de forma diferente em grupos populacionais.

A ausência de sintomas também representa uma dificuldade para um tratamento de forma mais rápida e eficaz, uma vez que o paciente não apresenta nenhum sintoma, ele não procura um serviço de saúde para melhor promoção e prevenção de doenças. Dessa maneira, o

diagnóstico não é realizado precocemente, ou é executado de forma tardia (ALMEIDA; PAZ; SILVA, 2013).

Aiolfi *et al.* (2015) e Leão e Silva *et al.* (2013) reportaram que a não adesão ao tratamento medicamentoso pode estar relacionada ao fato de o paciente relatar não “sentir nada”, ou até mesmo na percepção dos efeitos adversos dos medicamentos. Contrapondo, Antunes, Camargo e Bousfield (2019) afirmam que a presença dos sintomas é destacada e que, apesar da característica de ser assintomática, o aumento da PA pode gerar alguns sintomas, como dor de cabeça e dor na nuca.

De acordo com os sintomas relatados, os entrevistados sabem que a pressão está alta porque 33,3% fazem aferição da PA, enquanto o restante mostrou não saber ao certo quando realmente a PA encontrava-se fora do controle normal. Pode-se inferir que a aferição da PA auxilia no diagnóstico precoce e no tratamento de forma mais adequada, além de ajudar a diminuir o risco de ataque cardíaco, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. Assim, o hipertenso deve ter prioridade na ESF, e essa deve estar preparada para recebê-lo, reforçando o vínculo de confiança e resolutividade dos problemas de saúde. A ESF deve promover ações de informação e orientação numa perspectiva de também ressaltar a importância do cuidado diário no tratamento da HA.

Pollock *et al.* (2000) e Oliver *et al.* (2001) reportam que a aferição da PA é considerada adequada e aconselhável aos pacientes mesmo que sejam aparentemente saudáveis ou portadores de doenças crônicas, como forma de promoção e prevenção de doenças cardíacas, em virtude da sua contribuição para melhor qualidade de vida.

Castro e Var (2000) afirmam que, pelo fato de a HA ser considerada, algumas vezes, uma doença assintomática, pode ocorrer uma baixa adesão ao seu tratamento, devido à ausência de sintomas severos. Para Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010); Karakurt e Kasikçi (2012), a HA pode apresentar-se como uma doença assintomática, e requerer um tratamento contínuo. Assim, o fato de não haver sintomas que chamem atenção dos pacientes pode contribuir para a não adesão ao tratamento medicamentoso.

Dessa maneira, Monken e Barcellos (2005) reportam que os problemas de saúde se apresentam de diversas formas, fazendo com que as propostas de resolução sejam baseadas em diferentes estratégias para melhor prevenção. Conclui-se que o conhecimento popular, às vezes, se torna mais fácil para entendimento da doença, além das ações voltadas para promoção e prevenção da saúde.

O ato de fazer a aferição da PA de maneira correta em um paciente está destacado como um dos cuidados mais importantes pelas diversas implicações clínicas que ocorrem em

pacientes com doenças cardiovasculares. A incapacidade de detectar níveis de PA elevados pode expor um paciente ao risco para várias complicações, como insuficiência cardíaca (IC), aterosclerose, entre outros (MESQUITA, 2017).

Quando perguntados sobre quais orientações têm recebido dos profissionais da saúde para controlar a PA, 19,0% dos entrevistados se referiram a fazer uso do medicamento da forma correta, enquanto o restante relatou receber orientações voltadas para mudança de hábitos comportamentais, como reduzir sal, gordura e realizar atividade física. Dessa maneira, pode-se inferir que o cuidado prestado pelos profissionais da saúde contribui de forma significativa para o apoio na adesão ao tratamento de forma correta, com mudanças nas atitudes comportamentais, como, por exemplo, seguir corretamente a prescrição dos medicamentos, ter hábitos de vida saudáveis e estabelecer cuidados com a saúde, não só considerando as questões biológicas. Seguramente a criação de um vínculo dos hipertensos com a equipe de saúde é fundamental para promover o tratamento adequado da HA.

Matos, Alfonso e Vea (2007) notificam que o paciente deve acreditar que o tratamento de forma eficaz traz benefícios para a sua saúde. Para isso, Waidman *et al.* (2012) afirmam que em alguns momentos é necessário que o profissional se disponha a explicar a importância do tratamento, mesmo quando o paciente é resistente e descrente.

Assim, quando o paciente já está acostumado com os sintomas da doença que possui habitualmente, passa a não considerar esse sintoma tão importante quanto deveria e que, de fato, esteja precisando de ajuda com urgência. Os hipertensos de baixa adesão precisam de uma abordagem diferenciada, que permita cuidar de todas as complicações possíveis no decorrer da doença para estimular hábitos de vida mais saudáveis (WAIDMAN *et al.*, 2012).

Silva (2006) reporta que as orientações fornecidas sobre a HA pelos profissionais da saúde estão voltadas para os aspectos biológicos, epidemiológicos, econômicos, sendo pouco priorizados os aspectos sociopsicológicos e culturais. Chunhua (2018) salienta que a equipe multidisciplinar que atende o hipertenso deve conhecer suas crenças comportamentais em relação ao uso de anti-hipertensivos; deve ainda orientar os pacientes de acordo com o plano terapêutico instituído pelo médico. Caso o paciente não tenha se adaptado ao tratamento proposto inicialmente, os profissionais devem analisar a necessidade de alteração desse, principalmente, em caso de algum evento adverso ocasionado pelo uso do medicamento.

Quando perguntados de quem recebem as orientações em relação ao controle da HA, os profissionais mais citados foram os médicos, em 67,4% dos casos; seguido dos enfermeiros, em 15,5% dos casos; sendo que o restante declarou ter recebido as informações de profissionais como farmacêuticos, agente comunitário de saúde e estagiários do posto.

Pode-se inferir que o envolvimento de uma equipe multidisciplinar contribui de maneira mais ativa na adesão e na continuidade do tratamento da HA, o que pode gerar melhores resultados e controle da doença e seu tratamento. O profissional médico presente nessa equipe multidisciplinar é sempre uma figura de referência para o hipertenso que, por sua vez, valoriza muito o saber médico. O médico deve conhecer a história de cada paciente e assim promover orientações quanto aos cuidados em saúde com mais especificidade e direcionamento, usando uma linguagem simples e objetiva, evitando termos técnicos. O médico, conhecendo melhor seu paciente, pode indicar o melhor tratamento a ser seguido para a HA e acompanhar de fato a doença, podendo fazer alterações necessárias de acordo com a evolução da patologia.

Bultman e Svarstad (2000) verificaram que a postura colaborativa e de acolhimento do médico contribui para a adesão ao tratamento medicamentoso e satisfação do paciente, esse sente-se mais valorizado pelo profissional. Cunha e Gandini (2009) reportam que o estilo da comunicação inicial do médico encoraja a participação do paciente no tratamento.

Dessa maneira, Herrera e Moncada (2017); Long, Ponder e Bernard (2017) asseguram que o profissional médico promove um incentivo maior junto ao paciente hipertenso quanto à adesão ao tratamento. E com o apoio da família, gera um sentimento de gratidão nos pacientes com diagnóstico de HA, uma vez que esses hipertensos se configuram como sujeitos importantes no apoio e bem-estar e escolhas saudáveis em saúde.

Ressalta-se que a presença do enfermeiro na equipe multidisciplinar é também de grande importância na promoção da adesão do hipertenso ao tratamento. Quando o paciente permanece em conjunto com a equipe, principalmente o enfermeiro, os resultados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso parecem ser mais satisfatórios. Esse vínculo pode se constituir como uma ferramenta auxiliar na abordagem terapêutica, com o objetivo de reverter crenças negativas em positivas e alavancar a adesão ao tratamento com uso de anti-hipertensivos.

A atuação do enfermeiro é importante na assistência ambulatorial oferecida aos pacientes com HA. A consulta de enfermagem é um instrumento de ação que permite o levantamento de fatores que interferem no processo de adesão ao tratamento medicamentoso, quando esse está relacionado aos aspectos biopsicossociais, crenças e conhecimentos sobre a doença, os hábitos, o estilo de vida (PIERIN *et al.*, 2016).

O enfermeiro é o profissional que vai identificar a necessidade da busca ativa aos pacientes que não aderem ao tratamento, ou não comparecem às consultas. O enfermeiro designa o ACS para realizar a visita domiciliar, para saber o motivo da ausência e estimular o tratamento contínuo. Além das ações de planejar, gerenciar e coordenar as atividades da ESF,

o enfermeiro deve implementar estratégias de promover educação em saúde aos pacientes, de forma que favoreça o conhecimento e contribua para maior participação e adesão ao tratamento medicamentoso (NEGREIRO *et al.*, 2016; SILVA; SILVA; MAIA, 2017).

Com isso, Souza *et al.* (2018) verificaram a necessidade que os profissionais de saúde têm em assistir os pacientes com HA de maneira holística, verificando todo o contexto social, os compromissos e projetos de vida. Devem também conhecer o significado da doença para cada paciente, de forma que encontrem alternativas que favoreçam a adaptação do hipertenso à essa nova realidade, e de inserir a HA em sua vida.

Assim, é importante frisar que os profissionais da saúde que auxiliam os pacientes com HA devem conhecer melhor a doença e abordar de forma clara os fatores que sejam mais inerentes ao tratamento, em especial, quanto ao comportamento em relação ao uso dos medicamentos, uma vez que a não adesão inviabiliza o gerenciamento eficaz da doença (ALMEIDA *et al.*, 2019).

No que se refere a qual sentimento o fato de ser hipertenso provoca em sua vida, pôde-se observar que entre os pesquisados, 33,1% não sentem nenhum incômodo em ser hipertenso, enquanto outros mostram sentimentos negativos, como preocupação e tristeza. Dessa maneira, infere-se que a HA sendo, em alguns casos, uma doença assintomática, muitos pacientes não sabem que são hipertensos ou não apresentam nenhum sintoma referente à HA. Provavelmente, quando a HA é assintomática, não apresentando sintomas graves aparentes que comprometam a qualidade de vida do paciente, esse não se sente incomodado em ter a doença, apesar de saber da possibilidade de essa, em algumas situações promover sequelas, como IC, AVC e IAM.

Os profissionais da saúde precisam conscientizar os hipertensos de que a HA deve ser levada a sério, que o tratamento precisa ser contínuo, caso queiram evitar os agravos que essa pode ocasionar em suas vidas. Verifica-se uma distância entre a percepção sobre a pressão alta e o cuidado que deve ser seguido pelo hipertenso. Assim os profissionais de saúde devem discutir com o hipertenso sobre o caráter assintomático da HA, sensibilizando-o sobre a necessidade do controle da doença.

A ausência de sintomas também leva o hipertenso a ter dificuldades de aceitar a doença, assim, destaca-se a importância de uma equipe multiprofissional para obter melhores resultados em relação à adesão ao tratamento, pois o paciente que é hipertenso saberá que possui um apoio sempre necessitar (FERREIRA *et al.*, 2013; MALACHIAS *et al.*, 2016).

A preocupação foi um incômodo destacado pelos entrevistados em relação a ser hipertenso. Pode-se supor que a preocupação é um fator que interfere quando o paciente imagina que a PA esteja alta mesmo, sem estar apresentando nenhum sintoma, dessa maneira,

aumenta a angústia de não saber o valor da PA, se está alta ou baixa, gerando preocupação, o que muitas vezes pode até elevar realmente ainda mais a PA.

Ainda que, muitas vezes, a HA seja uma doença silenciosa e assintomática, as pessoas possuem uma preocupação em saber como lidar com ela, ou seja, o que fazer e como fazer o tratamento da HA de forma correta. Nota-se que a falta do conhecimento da doença está relacionada com o seu caráter silencioso, o que pode acontecer é que a descoberta dessa aconteceu devido a exames de rotina ou com algum sintoma que o paciente pode ter sentido em algum momento da vida que fez a ligação com a HA (SILVA; DOMINGOS; CARAMASCHI, 2018).

Dessa maneira, o tratamento da HA é considerado como um problema que exige esforço e dedicação do paciente, participação ativa de familiares e uma preocupação dos profissionais de saúde em melhorar a maneira de atender e oferecer orientações aos pacientes no decorrer de toda a doença. Por esse motivo, o foco é o paciente como pessoa, com todas as suas particularidades e dificuldades (SOUZA *et al.*, 2018).

Um estudo realizado com 100 pacientes no Rio de Janeiro indicou a importância do apoio social para o equilíbrio psicológico da pessoa com doença crônica. Quanto menos apoio social os pacientes possuem, mais sintomas psicológicos de estresse apresentam, o que mostra a necessidade de que o apoio social precisa ser estimulado e desenvolvido para que os sintomas possam ser reduzidos. Intervenções que ensinem os pacientes com doenças crônicas a buscarem apoio social pode contribuir para a redução do sofrimento psicológico, como a preocupação, ansiedade e depressão (QUEVEDO *et al.*, 2019).

A tristeza também foi um sentimento destacado pelos entrevistados em relação a serem hipertensos. Nesse contexto, é importante que os profissionais da saúde que cuidam desses indivíduos promovam uma atenção maior e mais direcionada para com esses, acolhendo-os e compartilhando de suas aflições. Assim, possivelmente esses profissionais podem estimular esses hipertensos a se sentirem apoiados em suas angústias e se sintam mais fortalecidos para seguir o tratamento adequado para o controle da doença.

Muitos são os hipertensos que não demonstram emoções, como se estivessem dispostos a tudo para controlar seus sentimentos e não pudessem mais experimentar as emoções da vida. O sentimento de falta de poder sobre a HA, associado ao sentimento de raiva, negação e revolta, constitui parte de um processo gradual de se conscientizar e aceitar a doença da forma como é, seja ela mais tranquila ou com um prognóstico pior. Com isso, surge outro sentimento, o medo de outras consequências da HA, como IAM ou AVC (SADALA; MENDES, 1996).

Um fator importante, de acordo com Costa, Silva e Moura (2011), é a mudança na vida diária, quando refletida principalmente nas restrições a dita vida “normal”, provocando sentimentos negativos diante do tratamento proposto.

Em relação a ser uma doença crônica e ser para toda a vida, Silva e Bousfield (2016), em uma pesquisa em Florianópolis, observaram que os pacientes revelaram sentimento de tristeza no momento da descoberta da doença e de que essa seria por toda a vida. Em contrapartida, outros pacientes acreditavam na possibilidade de parar a medicação um dia, com esperança de cura da doença, o que corrobora a pesquisa de Mantovani *et al.* (2008), na qual alguns pacientes hipertensos acreditavam na cura da doença se a adesão ao tratamento fosse eficaz e bem-sucedida.

A descoberta de uma doença na vida das pessoas pode ser compreendida, de acordo com Laplatine (1991), como uma condição de superação de si, com oportunidade de se autorrevelar com as possibilidades de exploração e potencialidades. De acordo com Magro, Silva e Riccio (1999), indivíduos portadores de HA percebem essa doença de forma negativa, pois, sendo uma condição crônica, pode ocasionar várias perdas nos relacionamentos sociais, nas atividades de lazer, na situação socioeconômica, na capacidade física e alterar os hábitos alimentares. Todas essas perdas podem acarretar, de alguma forma, em desânimo, tristeza, depressão, frustração, sendo fatores que agravam no momento de mudança, de adaptação ao novo tratamento para melhorar a saúde.

Ao expor sua experiência sobre “ser hipertenso”, o paciente altera o seu modo de ver, sentir, viver e trazer percepções dessa vivência de forma única, individual, em que as manifestações e a descoberta de ser hipertenso encontram-se associadas ao acaso, sem queixa específica, dificultando o diagnóstico (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

O conhecimento sobre o que o hipertenso pensa quando se refere aos conceitos saúde, sobre sua doença e, principalmente, como enfrenta e convive diariamente com uma desordem crônica, como a HA, constituem ferramentas de grande utilidade para implementar estratégias com o objetivo de tornar o tratamento mais eficaz (RENOVATO; DANTAS, 2005).

Cada paciente vive de uma maneira, tem um tipo de trabalho, uma relação com o ambiente. No mesmo lugar, existem diferentes atores sociais que têm diferentes interesses e forças políticas, por isso, existem conflitos entre sentimentos dos diversos pacientes, e o lugar é sempre o resultado desses conflitos (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituir em espaços de trocas e pactos para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar (MONKEN *et al.*, 2008).

Um fator importante a se considerar é a mudança diária na vida do paciente hipertenso, principalmente nas restrições de uma vida normal, provocando sentimentos negativos frente ao tratamento. Dessa maneira, é necessário iniciar uma reflexão sobre como é viver com uma doença crônica, com características restritivas. Outro fator importante é o emocional, configurando uma influência sobre a adoção de práticas de controle da doença (COSTA e SILVA *et al.*, 2008; MANTOVANI *et al.*, 2008; COSTA e SILVA; MOURA, 2011).

Almejando uma assistência mais qualificada, Haesbaert (2004b), no sentido de estabelecer melhores vínculos de comunicação e melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde, destacou ser importante considerar não somente a característica dos territórios em que os indivíduos estão inseridos, mas também as múltiplas territorialidades que podem interferir no acompanhamento do tratamento. Nesse contexto, as ações coletivas devem ser direcionadas às territorialidades da população assistida, considerando suas necessidades, vivências e cultura para que seja possível compreender os contextos sociais e ambientais que contribuem para o surgimento de agravos à saúde (MONKEN *et al.*, 2008).

Assim, conhecer a percepção dos hipertensos sobre a doença e os fatores de risco associados é de grande importância para que os profissionais da saúde delimitem o tratamento de maneira adequada de acordo com cada caso, ou até mesmo para reduzir os danos que possam ser causados, por meio de medidas que minimizem o impacto da HA na vida dos acometidos com melhoria da condição de vida a fim de preservar os órgãos alvos (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Quando indagados sobre o que mudou em sua vida após o diagnóstico da HA, 31,6% dos entrevistados relataram ter começado a tomar remédio; 12,9% afirmaram não ter ocorrido nenhuma alteração; 12,0% tornaram-se mais preocupados e 10,0% afirmaram ter alterado a alimentação. Pode-se inferir que a prevenção e o tratamento da HA ocorrem de forma lenta, pois é necessário ensinar os pacientes a cuidarem da saúde da melhor maneira, enfatizando a mudança no estilo de vida e a necessidade de tomar os medicamentos de forma correta, da maneira como foi prescrito pelos profissionais da saúde, destacando a importância de aceitar a adesão ao tratamento.

Rosenstock (1990) reporta que, no processo saúde, o paciente precisa ter comportamentos preventivos em relação à doença, necessita acreditar que ele é susceptível àquela doença. Para realizar ações preventivas ou modificar comportamentos, o paciente precisa acreditar nos benefícios que essas mudanças vão trazer, ou seja, que essas mudanças são capazes de reduzir a sua susceptibilidade à doença.

Trentini, Silva e Leimann (1990) cientificam que as pessoas com HA enfrentam mudanças muitas vezes denominadas como “novas incumbências”, como o seguimento de uma ou mais formas do tratamento, conhecimento da doença, aprendizagem de como lidar com sintomas. Outras mudanças ocorreram devido ao fato de esses pacientes terem enfrentado experiências de perdas nas relações sociais, financeiras, capacidade física e social.

A necessidade de mudanças é um importante fator na determinação do comportamento do paciente, Moreira, Santos e Caetano (2009) reportam que quanto maiores forem as alterações que necessitam fazer na sua vida para se adaptar ao tratamento, menor será a possibilidade de adesão ao tratamento de forma correta. Além disso, podem-se observar mudanças comportamentais nos pacientes, quando relacionadas à aceitação da HA, principalmente quando relacionadas ao esquema medicamentoso e à adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

É importante que o tratamento da HA seja valorizado pelo próprio hipertenso, segundo Almeida, Paz e Silva (2013). Os autores ressaltam que a prevenção dos agravos da HA necessita do controle efetivo da doença, e um dos principais recursos para isso é a terapêutica medicamentosa.

Quando perguntados como se sentem com o fato de terem que tomar medicação por toda a vida, 23,0% afirmaram ser muito ruim; enquanto 16,8% relataram não sentir nada; 13,0% já se acostumaram; 12,4% acreditam ser uma obrigação. A HA é uma doença crônica, o que muitas vezes torna necessário o uso contínuo de medicação, como também, com o passar do tempo, essa medicação pode ser reduzida e até mesmo extinta, dependendo do grau da HA, adesão ao tratamento e mudança no estilo de vida. Então, a equipe multiprofissional deve incentivar cada vez mais o paciente a aderir ao tratamento de forma correta, pois assim terá melhor qualidade de vida.

O tratamento medicamentoso normalmente é iniciado com um ou mais anti-hipertensivos, podendo ser associado a outros medicamentos, além da mudança do estilo de vida, o que pode contribuir para diminuir a adesão ao tratamento, como foi verificado em um estudo realizado com 206 hipertensos cadastrados em uma UBS em Porto Alegre/RS (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

O acesso aos medicamentos tem sido gratuito em vários programas do governo, mas mesmo assim muitos são os hipertensos que possuem acesso a esses medicamentos e não sabem como utilizar corretamente, o que coloca em risco a efetividade do tratamento prescrito e adesão do tratamento de forma correta (MOTTER *et al.*, 2013).

Entre as maiores dificuldades encontradas com uso da medicação no decorrer do tempo, Pierin *et al.* (2016) afirmam se tratar de quando há necessidade de o paciente comprar o medicamento e/ou esquecer de tomar os medicamentos prescritos.

Além disso, o uso de associação de vários medicamentos para o controle da HA se mostra relacionado com os maiores níveis pressóricos, posto que o aumento do número de medicamentos contribui para a diminuição da adesão, além de as comorbidades e não adesão de forma correta aos medicamentos podem não ser eficazes no controle da PA (GEWHER *et al.*, 2018).

De acordo com o tempo de diagnóstico dos pacientes entrevistados, 74,8% têm mais de seis anos de descoberta do diagnóstico, o que leva a inferência de que o tempo que levou para descobrir a doença pode interferir na qualidade de vida do paciente. O indivíduo que possui um tempo maior de diagnóstico da HA, geralmente, apresenta uma melhora na qualidade de vida, pelo fato de ser no presente mais controlado e ter aprendido a conviver com as mudanças diárias. Ressalta-se que são necessárias práticas de educação em saúde constantes com os pacientes considerados grupo de risco ou que tenham alguma patologia associada.

O diagnóstico da HA pode ocorrer de forma mais atrasada, considerando o fato de a doença ser assintomática, assim a adesão se torna mais difícil. A educação em saúde deve atuar como reforço às atividades que favoreçam a adesão ao tratamento, de forma que devem ser desenvolvidas com os pacientes como estratégias de incentivo, como exemplo, elaborar folhetos adequados com a linguagem de forma mais clara e fácil entendimento. Essa ação precisa ser contínua, com o objetivo de aumentar o conhecimento dos hipertensos em relação à importância do tratamento medicamentoso, mesmo nos casos assintomáticos (FALCÃO; GUEDES; SILVA, 2006).

Magnabosco *et al.* (2015) reportam que os hipertensos com menor tempo de diagnóstico de HA (até três anos) apresentam índices de não adesão maiores do que aqueles com maior tempo (mais de três anos). Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010) reiteram que quanto menor o tempo de diagnóstico da doença e de tratamento medicamentoso, maior o índice de não adesão.

Mantovani *et al.* (2015) informam que, em um estudo realizado em Curitiba/PR com 100 adultos hipertensos, o tempo de tratamento não influenciou na adesão e não apresentou qualquer risco de agravamento para o paciente. Observaram que os hipertensos com maior tempo de diagnóstico e tratamento foram menos aderentes, o que também foi confirmado pela Diretriz Brasileira de HA. Dessa maneira, possivelmente, com a diminuição da adesão ao tratamento da HÁ, haverá aumento do tempo de tratamento, devendo isso ao caráter crônico da

doença, reforçando a necessidade de um acompanhamento mais rígido aos hipertensos, independentemente do tempo de diagnóstico.

Quando se refere ao que alterou no tratamento para pressão alta, 32,2% revelaram que nada foi modificado; 25,0% mencionaram a troca de medicamentos e 20,6% a troca de médicos. Dessa maneira, pode-se deduzir que o tratamento da HA tem como objetivo principal a redução da morbimortalidade cardiovascular e pode ser alterado diversas vezes e de diversas formas, isso vai depender de como o paciente está seguindo-o, como é a adesão ao tratamento no dia a dia, dos resultados de exames e das consultas de rotinas.

De acordo com Castro e Car (2000), o início do tratamento da HA nem sempre é o mesmo da descoberta do diagnóstico. Esse tratamento pode causar modificações na vida do paciente, ou no seu estilo de vida, ingestão de medicamentos corretos e com mais rigor, aparecimento de algum sintoma, além disso pode ocasionar uma vida social menos ativa ou até mesmo necessidade de internação por algum período.

A adesão ao tratamento medicamentoso e o controle das medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas. A equipe multidisciplinar deve atuar de forma integrada, na abordagem de avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos pacientes de HA (BRASIL, 2006a).

A HA modifica o cotidiano dos pacientes, ocasionando alterações no modo de pensar, relacionar e agir no dia a dia. O auxílio no enfrentamento dessas mudanças, especialmente no controle e tratamento, vai além do individual, nesse sentido, a equipe multidisciplinar contribui para a melhora na adesão ao tratamento medicamentoso (MOURA *et al.*, 2015).

De acordo com as dificuldades encontradas para se adaptar, em relação à HA, 70,0% dos hipertensos entrevistados não tinham nenhuma dificuldade e 10,0% possuíam dificuldade de adaptação ao novo medicamento. Infere-se que as orientações dos profissionais de saúde, as ações de promoção de educação em saúde voltadas aos hipertensos e familiares foram fatores que contribuiriam para os hipertensos se adaptarem ao tratamento da HA de forma mais fácil e tranquila. Uma maneira mais simples de adaptar às mudanças comportamentais que são exigidas durante o tratamento é sensibilizar os pacientes sobre a importância da adesão a esse para obter melhor qualidade de vida.

Monken e Barcellos (2007) reportam que as transformações afetam todos os lugares, mas que elas não são feitas por todos e para todos. Existem mudanças que beneficiam um grupo específico de pessoas, mas que prejudicam outras. Dessa maneira, os lugares estão sempre se transformando e essas transformações podem ser mais harmoniosas ou mais conflituosas, isso porque nem todos são iguais.

Existem outras dificuldades para a adesão ao tratamento, entre as quais a aceitação em ser hipertenso, o desconhecimento em relação à doença e as consequências, além da necessidade de apoio para as mudanças diárias nos hábitos de vida (FRANCELI; FIGUEIREDO; FAVA, 2008).

Os pacientes, na maioria das vezes, demonstram ter dificuldade em entender o significado da HA. Muitas vezes a falta de conhecimento em relação à doença é um obstáculo para que as pessoas possam realizar de forma adequada o controle da patologia, tornando assim, mais vulneráveis à determinação da condição da doença (GUEDES *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2013).

As mudanças de comportamento, que muitas vezes são necessárias para o controle da PA, são desafiadoras para os hipertensos e serviços de saúde. É importante identificar as prevalências de adesão às diferentes modalidades de tratamento, principalmente o medicamentoso e os grupos mais vulneráveis à não adesão, para direcionar ações individuais e coletivas de atenção à saúde (GIROTTI *et al.*, 2013).

Diante de algumas dificuldades enfrentadas, Dias *et al.* (2016) salientam que é necessário reforçar a estratégia de educação em saúde para que possa ajudar de maneira mais fácil as pessoas com HA a vencer os desafios que são impostos no dia a dia para o tratamento da doença, principalmente, quando se refere às orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde.

Quanto às dificuldades que tem encontrado em cuidar da pressão alta conforme orientado, 40,0% relataram não ter nenhuma dificuldade; 20,1% de lembrar de tomar o medicamento, ao que se observou que a maioria dos entrevistados relatou não ter dificuldade para controlar sua PA. Possivelmente, o apoio e as orientações da equipe multiprofissional podem ter contribuído para melhor adesão ao tratamento, uma vez que possuem o apoio necessário para estimular e conscientizar sobre a importância do tratamento e de melhor qualidade de vida. Ainda que apoiados, pôde-se observar que não houve uma adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso como é esperado.

Mas observou-se ainda que alguns hipertensos relataram dificuldade em tomar a medicação de forma correta. Pode-se supor que os pacientes que não tiveram uma orientação adequada e satisfatória, de forma clara e objetiva de como tomar a medicação correta, ou até por não serem alfabetizados ou não terem quem os ajude e os oriente diariamente fazem com que não tomem os medicamentos corretamente.

Peacock e Krousel-Wood (2017) reportam que a adesão ao tratamento está vinculada com a regularidade do paciente ao uso contínuo dos medicamentos, consultas médicas e hábitos

de vida. Assim, Mata, Godoi Filho e Cesarino (2020) afirmam que seguir as recomendações dos profissionais de saúde quanto aos horários pré-estabelecidos para o uso das medicações pode estabelecer uma rotina de cuidado que facilita a adesão e a continuidade do tratamento medicamentoso para a HA.

As ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades de cada território da vida cotidiana que define de forma mais prática e adequada as singularidades, garantindo maior aproximação com a produção social dos problemas de saúde nos diversos locais onde a HA aparece. Assim, pode-se considerar que cada território possui sua população, mas isso não obriga que ela esteja uniformemente distribuída nesse território, isto é, as pessoas nessa área vivem de forma diferente uma das outras (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Finalmente, quando se refere à classificação da PA, de acordo com Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), 59,3% dos entrevistados foram classificados como hipertensos; enquanto 40,7% apresentaram adequado controle pressórico ou foram considerados como normotensos no momento da aferição da PA durante a entrevista. Assim, os valores que classificam a PA em adultos foram realizados por meio de três aferições da PA com aparelho de pressão digital no momento da entrevista, além do reforço das orientações das práticas comportamentais.

HA é quando a PAS é maior ou igual a 140 mmHg e a PAD maior ou igual a 90 mmHg (BRASIL, 2006c). Porém, dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) consideram que a PA pode ser considerada normal quando atinge, chega a ver o termo melhor ... até 130 mmHg para PAS e de até 85 para PAD.

Segundo a OMS (2012), a PA elevada é condição de alto risco que responde mundialmente por 51,0% das mortes por AVE e 45,0% das mortes por doença arterial coronariana, muitas delas resultam em complicações agudas da HA. Destaca-se que a HA afeta de 20% a 40% da população adulta (BRASIL, 2017).

Na análise realizada por Mills *et al.* (2016) em 135 estudos populacionais, com um milhão de indivíduos, verificaram que 31,1% da população adulta é hipertensa, com valor estimado em 28,5% e 31,5% nos países de maior e menor condição econômica, respectivamente. O controle pressórico varia conforme as condições socioeconômicas, chegando a 28,4% nos países mais desenvolvidos e apenas 7,7% nos países com menor grau de desenvolvimento. Scala, Magalhães e Machado (2015) afirmam que, no Brasil, a taxa de controle varia de 10,4% a 35,2% na população estudada no país.

Malachias *et al.* (2016) reportam que a alta proporção de pacientes com HA que não atingem as metas terapêuticas adequadas tem impacto direto sobre a morbimortalidade, a

incapacidade e os custos de saúde. Whelton *et al.* (2018) afirmam que, mesmo com o uso adequado de medicamentos anti-hipertensivos, um número significativo de pacientes ainda permanece com a PA elevada. Silva *et al.* (2014), pesquisando 139 indivíduos, verificaram que 67,2% apresentaram um controle pressórico adequado com a adesão ao tratamento medicamentoso.

Assim, não se devem desprezar os saberes do paciente, pois esse carrega consigo um conjunto de crenças que deve ser considerado no momento em que o profissional de saúde conversa com ele, para que possa tornar uma forma mais fácil o entendimento sobre a atual situação em que vive. Na prática, o paciente deve ser o centro do processo de cuidar e o hipertenso deve ser visto como um todo.

Monken e Barcellos (2005) ressaltam que a identificação com o local e as relações afetivas dos indivíduos com o ambiente em que vivem irão influenciar as condições socioeconômicas e vivência dos pacientes. O chamado território da saúde efetiva-se a partir de uma visão ampliada, que busca caracterizar a população e montar estratégias de ações com a realização de análises do meio social, político, econômico, epidemiológico e administrativo, trabalhando, assim, os determinantes que irão influenciar no adoecimento das pessoas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle da PA é um fator imprescindível para a melhoria dos indicadores de saúde pública no tocante a internações e ocorrência de complicações decorrentes da HA, o que exige cada vez mais que os pacientes apresentem adesão ao tratamento medicamentoso de forma correta.

Considerando o perfil sociodemográfico e econômico dos pesquisados, observa-se certa vulnerabilidade em relação a fatores como escolaridade e renda. É preciso que os profissionais da saúde tenham um olhar diferenciado sobre esse grupo, considerando suas características. As orientações quanto à doença e à importância de seu tratamento devem ser realizadas o mais precoce possível, considerando um expressivo número de hipertensos de baixa adesão na faixa etária de 40 a 60 anos. Uma estratégia efetiva, além de estabelecer um vínculo com os pesquisados durante as atividades de educação em saúde, utiliza uma linguagem conectada com sua realidade.

Quanto às vivências e percepções dos pesquisados, ressalta-se que é necessário focar no hipertenso como pessoa com suas singularidades, dificuldades, disposições, perspectivas e sonhos. O saber do paciente depende das vivências que esse experimenta no dia a dia em relação à doença, razão pela qual não se deve menosprezar nem desmerecer os sentimentos que ele relata. É muito importante que as orientações para os hipertensos de baixa adesão ao tratamento medicamentoso sejam dadas as mais claras possíveis, para que aconteça entendimento e compreensão mais tranquilos e ocorra melhor adesão ao tratamento. As informações e orientações devem ser específicas para cada paciente e conectadas com a vida da pessoa e sua percepção sobre a HA. Uma forma que pode ser eficaz é utilizar a própria linguagem dos pacientes para transmitir essas informações e evitar termos técnicos, assim, facilitando a comunicação.

Deve-se atentar para o fato de que os hipertensos de baixa adesão não se sentem incomodados por possuírem HA, mas atribuem diferentes significados quanto a esse diagnóstico. Essa percepção indica a necessidade de reavaliação das orientações dadas pelos profissionais de saúde; não basta apenas informar que a HA é uma doença crônica e assintomática, mas que é importante a adesão de forma correta ao tratamento medicamentoso.

Portanto, as estratégias para uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso e abordagem dos profissionais da saúde são essenciais para que haja uma adesão de forma mais eficaz; também se ressalta a ampliação do controle e do conhecimento da PA e dos fatores que estão relacionados diretamente à HA.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

A presente pesquisa apresentou algumas limitações, como, por exemplo, o caráter regional. Todos os pacientes pesquisados eram das ESFs da zona urbana de Diamantina/MG e seria de grande importância conhecer as percepções de hipertensos de baixa adesão de outras localidades para verificar a cultura, sentimentos, crença, perfil epidemiológico que cada local oferece de modo distinto. Outro aspecto ainda destacado consiste em que todos os pacientes residiam em Diamantina/MG o que excluiu hipertensos de outros municípios.

Também se sabe da importância de avaliar a adesão ao tratamento da HA como um todo, pois o sucesso desse depende não só da adesão ao tratamento medicamentoso, mas também de outros fatores, como mudança no estilo de vida do paciente, o conhecimento sobre suas necessidades e seus sintomas. A amostra deste estudo foi composta por pacientes de baixa adesão ao tratamento medicamentoso, assim, ressalta-se a necessidade de avaliar o serviço na perspectiva dos demais usuários como com máxima e moderada adesão, para se obter uma avaliação geral da percepção desses hipertensos na perspectiva de todos os usuários. Há de se esperar que indivíduos de máxima, moderada e baixa adesão tenha percepções distintas de um mesmo tratamento ou ainda encontrem limitações relacionadas às suas territorialidades.

Sugere-se o desenvolvimento de outras pesquisas com o objetivo de conhecer a percepção dos pacientes de baixa adesão ao tratamento medicamentoso para saber a forma como esse paciente se comporta em relação ao tratamento em outros locais, com culturas diferentes, de acordo com regiões diferentes do país.

REFERÊNCIAS

- AIOLFI, C.R. *et al.* Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 397-404, 2015.
- ALMEIDA, G. B. S; PAZ, E. P. A; SILVA, G. A. Representações sociais de portadores de HA sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan.-mar. 2013.
- ALMEIDA, T. C. F. *et al.* Crenças de Indivíduos com HA Sistêmica Relacionadas ao Tratamento Medicamentoso. **Rev. Rene**, v. 20, 2019.
- ALVES, M.G.M. **A voz do hipertenso**: representações sociais da HA – Estudo de caso em Jurujuba, Niterói/ RJ. 1998. 171f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.
- AMARAL, S. S.; GONÇALVES, M. Diagnóstico e Controle da HA: a importância do MAPA, dos fatores de risco e das comorbidades. **Rev. Portuguesa e HA e Risco Cardiovascular**. v. 64, n. 1, p. 20-27. mar., 2018.
- ANDRADE, J. P. *et al.* Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq Bras Cardiol**, v. 79, n. 4, p. 380-384, 2002.
- ANTUNES, L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais da HA e do tratamento para profissionais da saúde, pessoas que vivem com HA e seus familiares. **Investigação Qualitativa em Saúde**. v. 2, 2019.
- AQUINO, G. A. *et al.* Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 111-22, fev., 2017.
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletr Enferm.**, v. 8, n. 2, p. 259-72, 2006.
- ARONOW, W.S. Treatment of systemic hypertension. **Am J Cardiovasc Disease**. v. 2, n. 3 p.160-70, 2012.
- BARCELLOS, C. C. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Inf. Epidem. SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, jul./set. 2002.
- BARCELLOS, C.C. Organização espacial, saúde e qualidade de vida. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, 2000, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.2. p.27-34, 2000.
- BARCELLOS, C.C. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: MIRANDA, A. C. *et al.* (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 43-55.

BARRETO, M. S.; MATSUDA, L.M.; MARCON, S.S. Fatores Associados ao Inadequado Controle Pressórico em Pacientes da Atenção Primária. Rio de Janeiro: **Esc. Anna Nery**. v. 20, n 1, p. 114-120. Jan. 2016.

BARROSO, W. K. S. *et al.* 8ª Diretriz Brasileira de HA. **Arq Bras Cardiol.**, 2020.

BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da PA em idosos com HA. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 636-641, July, 2012.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-289, Apr. 2012.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 550-555, ago., 2014.

BORGES, J.W.P. *et al.* Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da HA: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 487-494, Apr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado com doença crônica: HA sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 130 p., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HA sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. (Cadernos de Atenção Básica n.16). 58 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 88p., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Residências Multiprofissionais em Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 10, 415 p. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de saúde: dados de morbidade**. Brasília: MS; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Módulo de Doenças Crônicas**. HA [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 56 p., 2009.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 12 p., 2012.

BULTMAN, D. C.; SVARSTAD, B. L. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. **Patient Education and Counseling**, v.40, p.173-185, 2000.

BUSNELLO, R. G. *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol**, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao tratamento**: estudo entre portadores de HA internados em um hospital privado no interior paulista. 2010. 109 F. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Pós-graduação em Enfermagem fundamental, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

CARVALHO, M. V. *et al.* A influência da HA na qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol.**, v. 100, n. 2, p. 164-74, 2013.

CASTRO, V.D.; CAR, M.R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 145-153, 2000.

CAVALARI, E. *et al.* Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de HA em seguimento ambulatorial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, n. 20, v. 1, p.67-72, 2012.

CAVALCANTE, M. A., *et al.* Qualidade de Vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. **Arq Bras Cardiol**, v. 89, n. 4, p. 245-50, 2007.

CHOBANIAN, A.V. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. **JAMA**. v.21; 289(19) p. 2560-2572, May, 2003.

CHUNHUA, M. C. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. **Heart Lung.**, v. 47, p. 136-141, 2018.

CLAVAL, P. La géographie du XXI siècle. Paris: L' Harmattan. **Cahiers de géographie du Québec**, v. 49, n. 137, 244–245, 2003.

CLAVAL, P.; PIMENTA, L. F.; PIMENTA, M. C. A. **A geografia cultural**. Buenos Aires: Eudeba, 1999.

COELHO, E. B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hiperten.**, v. 12, n. 1, p. 51-54, 2006.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. (Org.) **Territorialização como Instrumento do Planejamento Local na Atenção Básica**. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016.

CORASSA, R. B. *et al.* Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro. v. 25. n. 3, p. 302-314, July, 2017.

COSTA e SILVA, M. E. D. *et al.* As representações sociais de mulheres portadoras de HA. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 500-507, 2008.

COSTA e SILVA, M. E. D.; MOURA, E. B. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre HA: Contribuições para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 75-82, 2011.

CRUZ, E. D. A. *et al.* *Staphylococcus aureus* detection in the mouth of housekeepers. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 90-6, 2011.

CUNHA, M. F.; GANDINI, R. C. Adesão e Não Adesão ao Tratamento Farmacológico para Depressão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 25, n. 3, p. 409-418, Jul.-Set., 2009.

CUSTÓDIO, I. L. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de HA. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 18-24, jan.-fev. 2011.

DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E, V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**. v. 11, n. 3, p. 331-337, 2013.

DIAS, J. A. A. *et al.* Desafios vivenciados por clientes com HA para adesão ao tratamento dietético. **Rev. Enferm. UFPE online**. Recife, v. 10, n. 10, p. 3825-32, out., 2016.

DOURADO, C. S. *et al.* Adesão ao tratamento de idosos com HA em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Sci. Health Sci.**, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

DUARTE, M. T. C. *et al.* Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de HA: a perspectiva do sujeito. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p. 2.603-2.610, 2010.

DUARTE, O. de O.; FARIA, W.R. de C.; PINTO, F.M. *et al.* Tratamento ambulatorial da HA sistêmica – Revisão de literatura. **Revista UNINGÁ**, v. 17, n. 2, p. 22-29, 2014.

DUTRA, D. D. *et al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **Rev Fundam Care Online** [Internet], v. 8, n. 2, p. 4501-09, Apr/June, 2016.

- ESCOREL, S. *et al.* Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, DC, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, fev./mar. 2007.
- FALCÃO, L. M.; GUEDES, M. V.C.; SILVA, L. F. Portador de HA: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, out., 2003.
- FAVA, S. M. C. L. *et al.* Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com HA sistêmica: um estudo etnográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 5, set.-out., 2013.
- FERREIRA, A. E. *et al.* Fatores Associados à não Adesão ao Tratamento da HA Sistêmica em Clientes Idosos. **Id OnLine Rev. Mult. Psic.** v. 13, n. 44, p. 865-876, 2019.
- FERREIRA, F. M. *et al.* Fatores relacionados à adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos acolhidos na estratégia de saúde da família. **Rev APS**, v. 16, n. 3, p.258-68, jul-set., 2013.
- FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. HA referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 815-826, abr., 2014.
- FERREIRA, S. M. I. L.; PENTEADO, M. S.; SILVA, M. F. J. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 804-814, set., 2013.
- FRANCELI, A. B.; FIGUEIREDO, A. S.; FAVA, S. M. C. L. HA: desafios e possibilidades na adesão ao tratamento. **Rev. Mineira de Enfermagem**. v. 12, n. 3, 2008.
- GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da HA na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 179-190, jan., 2018.
- GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da HA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, jun., 2013.
- GOES, E.; MARCON, S. S. A convivência com a HA. **Acta Scientiarum**., v. 24, n. 3, p. 819-29, 2002.
- GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil Medicina**. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- GOMES, T. J. O.; SANTOS, A. A. Controle da PA em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.
- GONDIM, G. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In. Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p.237-255, 2008.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da HA. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 6, p. 1038-42, 2011.

GUIRADO, A. M. *et al.* Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gac Sanit**, v. 25, n. 1, p. 62-67, 2011.

GUSMÃO, J. L. *et al.* Adesão ao tratamento em HA sistólica isolada. **Rev. Bras. Hiperten.** v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

GUSMÃO, J. L.; MION, J. Adesão ao tratamento conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 13, n.1, p. 23-25, 2006.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, Alexandre Domingues; SPÓSITO, Eliseu Savério; SAQUET, Marcos Aurélio. **Território e desenvolvimento: diferentes abordagens.** Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 22 p., 2004b.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade.** Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 396 p., 2004a.

HAMILTON, G.A. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. **Eur J Cardiovasc Nurs.** v. 2, n.3, p. 219-228, 2003.

HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKET, E. D. **Compliance in Health Care.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1979.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** 4. ed. Porto Alegre: Artemed; 408p., 2003.

HERRERA, P.A.; MONCADA, L.; DEFEY, D. Understanding non-adherence from the inside: hypertensive patients' motivations for adhering and not adhering. **Health Res.**, v. 27, n. 7, p. 1023-34, 2017.

IBRAHIM, M.M.; DAMASCENO, A. Hypertension in developing countries. **Lancet**, v. 380, n. 9841, p. 611-9, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades – Minas Gerais – **Diamantina 2019.** Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/diamantina/panorama>> Acesso em 10 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de trabalho e rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2019.**

IRIGOYEN, M. C. Fisiopatologia da HA. In: C. V. SERRANO JR.; A. TIMERMAN; E. STEFANINI. **Tratado de Cardiologia SOCESP.** São Paulo: Manole, p. 636-659, 2009.

JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina.** v. 29, p. 232-238, 1996.

JARDIM, R. BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Condições de Trabalho, Qualidade de Vida e Disfonia entre Docentes. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2439-2461, out. 2007.

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

KARAKURT, P.; KASIKÇI, M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. **J Vasc Nurs.**, v. 30, n. 4, p. 118-126, 2012.

KIM, M. M. *et al.* Predicting medication use in an elderly hypertensive sample: revisiting the Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly Study. **J Natl Med Assoc.**, v.100, n. 12, p. 1386-93, 2008.

LAMARCA, G.; VETTORI, M. HA: o que influencia a utilização de consultas médicas em ambiente urbano e rural? **Determinantes Sociais da Saúde** [Internet]. Jul., 2013.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Anthropology, health and illness: na introduction to the concept of culture applied to the health sciences. **Rev. Latino Am. Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 459-466, maio-jun., 2010.

LEAO E SILVA, L. O. *et al.* "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 227-242, 2013.

LEAO E SILVA, L. O. *et al.* "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis** [on-line]. 2013, vol.23, n.1, pp.227-242.

LEAO E SILVA, L. O. *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. Saúde Colet.** [on-line]. 2013, vol.21, n.2, pp.121-128.

LESSA I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da HA. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

LILLY, L S.: **Perguntas e Respostas Braunwald** tratado de doenças cardiovasculares. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

LIMA, E. F. A. *et al.* Na assessment of primary care attributes from the perspective of healthcare users. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 553-559, 2015.

LITTLE, P. E. **Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil**: por uma antropologia da territorialidade. Brasília, DF: UnB, 2002.

LONG, E.; PONDER, M.; BERNARD, S. Knowledge, attitudes, and beliefs related to hypertension and hyperlipidemia self-management among African American men living in the southeastern United States. **Patient Educ Couns.**, v. 100, p. 1000-6, 2017.

MACHADO, C. A.; KAYANUMA, E. Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da HA. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 17, n. 2, p. 111-116, 2010.

MACHADO, C. R. Prevalência de HA e fatores associados, Cambé – PR, 2012. 33 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família). Centro Universitário Filadélfia. Londrina – PR, 2012.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 5, p. 1357-1363, maio, 2012.

MAGNABOSCO, P. *et al.* Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da HA sistêmica em população urbana e rural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 20-27, fev., 2015.

MAGRO, M. C. S.; SILVA, E. U.; RICCIO, G. M. G. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. **Rev. Soc. Cardiol.**, v. 9, n. 1, p. 1-10, jan-fev, 1999.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de HA. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3, 83 p., 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 134, n. 2, p. 163-170, Apr. 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados com HA autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 2017.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na HA sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, 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 Paul. Enferm.** v. 18, n. 3, p. 267-275, 2005.

MANTOVANI, M. F. *et al.* O significado e a representação da doença crônica: Conhecimento do portador de HA acerca de sua enfermidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 13, p. 336-342, 2008.

MANTOVANI, M. F. *et al.* Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. **Rev enferm UFPE**, v. 9, n. 1, p. 84-90, 2015.

MANTOVANI, M. F.; MENDES, F. R.P. A condição crônica de saúde: do diagnóstico a gestão cotidiana da situação. In: Trentini, M.; Paim, L.; Guerreiro, D, editoras. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Atheneu, P. 11 – 26, 2014.

MARINOFF, L. **Mais Platão, menos Prozac**: a filosofia aplicada ao cotidiano. Rio de Janeiro: Record; 2001.

MARQUES, E.I.W.; PETUCO, V.M.; GONÇALVES, C.B.C. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. **RBCEH**, v. 7, n. 2, p. 267-279, 2010.

MARSHALL, J; WOLFE, CDA; McKEVITT, C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. **BMJ**[Internet]. 2012.

MATA, J. G. F.; GODOI FILHO, M. B.; CESARINO, C. B. Adesão ao Tratamento Medicamentoso de Adultos Autorreferidos com Diagnóstico de HA. **Saúde e Pesquisa**. v. 13, n. 1, p. 31-39, jan.-mar., 2020.

MATOS, Y. L. R.; ALFONSO, L. M.; VEA, H.B. Adherencia terapêutica y factores psicosociales em pacientes hipertensos. **Rev Cubana Med Gen Integr** [periódico na Internet]. v. 23, n. 1, 2007.

MELO, J. D. *et al.* HA sistêmica e fatores associados na Estratégia de Saúde da Família em Imbituba SC. **Rev AMRIGS**, v. 60, n. 2, p. 108-14. abr./jun. 2016.

MENDES, E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário. Brasília: OPS. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**. v.10, n. 10, p. 7-19, 1993.

MENDES, G.S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de HA sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 9, n. 32, p. 273-8, 2014.

MENEZES, T. N. *et al.* Prevalência e controle da HA em idosos: um estudo populacional. **Rev Port Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 117–24, 2016.

MESQUITA, C. T. A Acurácia da Medida da PA. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 98-99, abr., 2017.

MILLS, K. T. *et al.* Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: a systematic analysis of Population-bases studies from 90 countries. **Circulation**, v. 134, n. 6, p. 441-450, 2016.

MOCHEL, E. G. *et al.* HA sistêmica. **Revista do Hospital Universitário/ UFMA.**, v. 7, p. 30-7, 2006.

MONKEN, M. **Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde**, 2008.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. 2003. 170f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, M. *et al.* **O território da Saúde: construindo referências para a análise da saúde em saúde e ambiente**, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Fonseca A, organizador. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; p. 177-224, 2007.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MOREIRA, A. K. F.; SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis**, v. 19, n. 4, p. 989-1006, 2009.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**. v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

MOTTA, P. G. *et al.* Adesão Medicamentosa ao Tratamento da HA de Pacientes do Hiperdia em Ipatinga e Timóteo, Minas Gerais. Maringá: **Revista Uningá**. v. 40, n. 1, p. 91-103. Abr. 2014.

MOTTER, F. R. *et al.* Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de HA Sistêmica. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 18, n. 8, p.2263-2274, 2013.

MOURA, S. L. O. *et al.* Adesão Ao Tratamento Farmacológico Da HA Sistêmica: análise de um grupo de hipertensos. **Revista de Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 683-691, fev., 2015.

OLIVEIRA, E. C. T. **HA**: fatores que interferem no seguimento do regime terapêutico. 2007. Monografia. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa (PB), 2007.

OLIVEIRA, P. P.; BERTOLDI, E. G. HA sistêmica. In: L. Fochesatto Filho & E. Barros. **Medicina Interna na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artmed. p. 38-43, 2006.

OLIVER, D. *et al.* Acute cardiovascular responses to leg-press resistance exercise in heart transplant recipients. **Int J Cardiol.**, v. 81, p. 61-74, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos**. Genebra, 19 de janeiro de 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Adherencia a lostratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Washington: OMS, 199 p., 2004.

PASQUALI, L. Psychometrics. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43 (esp), p. 992-999, 2009.

PEACOCK, E.; KROUSEL-WOOD, M. Adherence to antihypertensive therapy. **Med Clin North Am.**, v. 101, n. 1, p. 229-45, 2017.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. v.2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de HA: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 5, abr./maio, p. 635-42, 2003.
PIERIN, A. M. G. *et al.* Controle da HA e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 16, supl.1, 2011.

PIERIN, A.M.G. *et al.* Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. v. 50, n. 5, p. 764-71, 2016.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M. F. GIACOMOZZI, L.M. Percepção sobre a HA e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm.*, v. 13, n. 4. p. 526-34, 2008.

POLLOCK, M. *et al.* Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription. *Circulation.*, v. 101, p. 828-33, 2000.

PUCCI, N. *et al.* Conhecimento sobre HA Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo em Idosos. *Rev. Bras. Cardiol.* v. 24, n. 4, p. 322-329, 2012.

QUEVEDO, Y. *et al.* Episódios de mentalização em psicoterapia de adolescentes com difusão de identidade. *Rev. psicol.*, Santiago, v. 28, n. 1 pág. 42-55, junho. 2019.

RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* HA e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-553, ago. 2014.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 2009.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão a terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva: contributo para o estudo**. 1994. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

RENOVATO, R. D.; DANTAS, A. O. Percepção do paciente hipertenso sobre o processo saúde doença e a terapêutica medicamentosa. *Infarma*. v. 17, nº 3/4, 2005.

REZENDE, J. M. **Linguagem Médica**. São Paulo: Velpes, 2011.

ROCHA, C.H. *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 13 (suppl.), p. 703-710, 2008.

ROCHA, T. P. O. *et al.* Estudo comparativo entre diferentes métodos de adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. *Int J Cardiovasc Sci.*, v. 28, n. 2, mar.-abr., p. 122-129, 2015.

- RODRIGUES, M. T. P. **Adesão ao tratamento da HA sistêmica**: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI) 2012. 163 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2012.
- ROMANO, B. W. Aspectos psicológicos do paciente coronariopata portador de HA. **HiperAtivo.**, v. 6, n. 1, p. 57-60, jan./mar., 1999.
- ROSENSTOCK, I.M. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: GLANZ, K., LEWIS, F.M., RIMER, B.K. (Ed.). **Health behavior and health education: theory, research and practice**. San Francisco: Jossey-Bass., p. 39-62, 1990.
- SADALA, M. L. A.; MENDES, I. M. Vivenciando a HA. **Rev Soc Cardiol.**, v. 14, n. 3, p. 332-40, jul./set., 1996.
- SALES, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da HA sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enferm.** v. 12, n. 2, p. 157-63, 2007.
- SANTA HELENA, E. T. de; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com HA em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 614-626, set., 2010.
- SANTIAGO, E. R. C. *et al.* Prevalência e Fatores Associados a HA Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, **Brasil. Arq. Bras. Cardiol.**, v. 113, n. 4, p. 687-695, 2019.
- SANTOS, Z. M. S. A. *et al.* Adesão do cliente ao tratamento; análise com abordagem multidisciplinar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 332-40, jul./set., 2005.
- SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. Aspectos relacionados com a HA. In: **HA**: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: Unifor; p.15-25, 2012.
- SARAIVA, K. R. O. *et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão ao usuário hipertenso ao tratamento. **Texto & contexto enferm.** v. 16, n. 1, p. 63-70, 2007.
- SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da HA sistêmica. In: Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Livro texto da SBC**. 2. ed. São Paulo: Manole: p. 780-5, 2015.
- SCHOLZE, A. S.; SILVA, Y. F. Riscos Potenciais à Saúde em Itinerários de Cura e Cuidado. **COGITARE ENFERM.**, v. 10, n. 2, p. 9-16, 2005.
- SILVA, C. M. S.; SILVA, D. A. N.; MAIA, L. F. S. M. The role of nurses in family health strategy: focusing on hypertensive patients. **Revista Remecs**, v. 2, n. 3, p. 7-17, 2017.
- SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E L; PERES, M A. Pré-HA e HA em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 988-998, Dec. 2012.

SILVA, G.A. **Da aparência à essência**: o cuidado no cotidiano do portador do HIV. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2004.

SILVA, K. S.; LOPES, A. S. Excesso de Peso, PA e Atividade Física no Deslocamento a Escola. Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n. 2, p. 93-101. Abr., 2008.

SILVA, L. F. R. S. *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. **Rev. Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 35, n. 2, p. 271-78, 2014.

SILVA, M. E. D. C. As representações sociais da HA. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí. Teresina (PI), 2006.

SILVA, M. G. C.; DOMINGOS, T. S.; CARAMASCHI, S. HA e cuidados com a saúde: concepções de homens e mulheres. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 2, p. 435-452, ago. 2018.

SILVA, M. L. B.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais da HA. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 895-909, set., 2016.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. O controle da HA em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n. 1, p. 50-8, 2016.

SOARES, M. M. *et al.* Adesão do idoso ao tratamento da HA arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 1, p. 144-150, 2012.

SOARES, M. M. **Representações sociais de pacientes a respeito da HA sistêmica e sua influência na adesão ao tratamento e controle da PA**. 2015. 121f. Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território) - Univale. Governador Valadares, 2015.

SOUSA, A. L. L. Educando a pessoa hipertensa. In. PIERIN, A. M. G. HA: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004.

SOUSA, A. L. L. *et al.* Prevalência, Tratamento e Controle da HA em idosos de uma Capital Brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 112, n. 3, p. 271-278, 2019.

SOUSA, E. R. F. Vivência de hipertensos no município de Nazarezinho no que concerne ao seu tratamento. 2003. Monografia. (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa (PB): 2003.

SOUZA, R. C. *et al.* Particularidades de idosos hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso. **Rev. Enferm. UFPE online**. V. 12, n. 1, p. 216-223, jan., 2018.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da HA. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Uso de Medicamentos para Tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. Brasília, DF. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 24, n. 2, p. 315-323, abr., 2015.

TORRES, G. M. C.; SANTIAGO, E. S. Adesão ao tratamento em pessoas com HA. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. v. 3, n. 3, p. 189-193, 2015.

TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V.; LEIMANN, A.H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enf.**, v.11, n.1, p.18-28, 1990.

ULBRICH, A. Z. *et al.* Probabilidade de HA a partir de indicadores antropométricos em adultos. **Arq Bras Endocrinol Metabol.**, v. 56, n. 6, 2012.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: Mendes, EV (org) **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R. *et al.* HA Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1149-56, nov./dez., 2015.

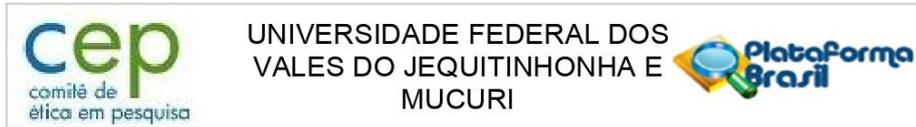
VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos Sócio-Demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Rene, Fortaleza**, v. 10, n. 3, p. 132-138, jul./set., 2009.

WAIMAN, M. A. P. *et al.* Assistência à pessoa com HA na ótica do profissional de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 445-453, jun. 2012.

WHELTON, P. K. *et al.* Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pr. **Hypertension.**, v. 71, n. 6. P. 13-115, 2018.

ZAVATINI, M. A.; OBRELI, P. R.; CUMAN, R. K. N. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev Gaúcha Enferm.** [internet]. 2010.

ANEXO A - Parecer Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Hipertensão arterial sistêmica: práticas comportamentais e representações sociais de pacientes a respeito da doença e seu tratamento

Pesquisador: CARLOS DIAS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80221517.9.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.515.050

Apresentação do Projeto:

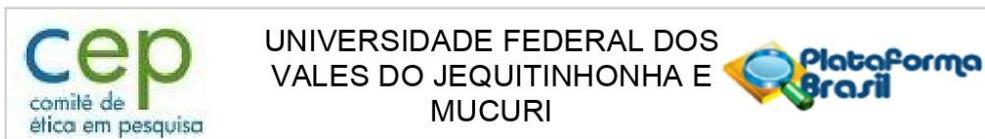
O projeto de pesquisa intitulado "Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): representações sociais, práticas comportamentais e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da doença de pacientes cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Diamantina-MG" trata-se de uma pesquisa longitudinal, plurimetodológica, de abordagem quantitativa e qualitativa sob a perspectiva da Teoria das Representações Sociais, realizada nos domicílios de 566 pacientes hipertensos sorteados aleatoriamente, dentre os 6.608 assistidos pelas 7 Estratégias de Saúde da Família (ESF) situados na zona urbana de Diamantina. Serão utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2. Roteiro Estruturado de Entrevista; 3. Questionário de Morisky Green MMAS-8); Utilizado para verificação do nível de Adesão ao Tratamento; 4. Esfigmomanômetro Aneróide e Estetoscópio: Utilizado para a Aferição da Pressão Arterial. 5. Balança e Fita métrica para avaliação do IMC

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores apontam como objetivo primário: "Identificar as representações sociais e práticas comportamentais de pacientes assistidos pelas ESF de Diamantina (MG) e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da HAS."

Como Objetivos Secundários, citam-se: 1) Caracterizar o perfil dos hipertensos atendidos pelas ESF da cidade de Diamantina (MG); 2) Classificar os hipertensos conforme nível de adesão ao

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

tratamento da doença: (G1) Máxima Adesão; (G2) Moderada Adesão e (G2) Baixa Adesão;3) Identificar ocorrência de comorbidades que interferem na adesão ao tratamento e controle da HAS;4) Enumerar práticas comportamentais adotadas pelos hipertensos e efetividade destas no controle da HAS;5) Analisar o histórico de hipertensão e adesão desses pacientes segundo seus prontuários.6) Propor estratégias para melhorar a adesão ao tratamento e controle da HAS com o auxílio de pictogramas, a serem utilizadas pelos hipertensos sob orientação das equipes das ESF

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

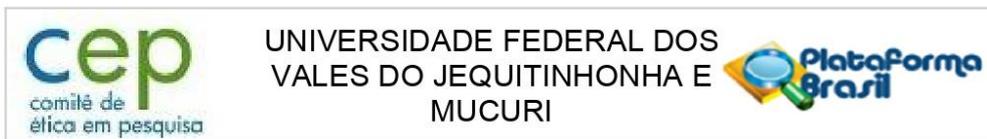
Riscos: os hipertensos participantes estarão sujeitos aos seguintes riscos: 1. Ficar triste ou emotivo devido suas experiências com a doença; 2. Ficar preocupado por não entender alguma pergunta feita pelo entrevistador; 3. Não saber responder alguma das perguntas feitas pelo entrevistador; 4. Sentir-se desconfortável caso ache que está demorando a terminar a entrevista; 5. Sentir que não deseja mais continuar participar da pesquisa. 6. Ser identificado por terceiros como participante da pesquisa ou fornecedor de informações. Como formas de minimizar tais riscos serão tomadas as seguintes providências: 1. Dar uma pausa na entrevista até que se sinta tranquilo e menos triste ou emotivo; 2. Tirar o máximo de dúvidas caso não consiga entender bem alguma pergunta; 3. Pedir para pular para a próxima pergunta caso não saiba como responder; 4. Pedir para continuar a entrevista em outro momento; 5. Pedir para terminar e não continuar a entrevista caso não queira mais responder; 6. Anotar no roteiro de entrevista apenas o número do entrevistado e seu primeiro nome. Por se tratar de pesquisa longitudinal, o nome completo, endereço e telefone só constarão no tcle juntamente com o número do entrevistado, pois estas informações serão necessárias para a 8ª etapa da pesquisa (estudo complementar).

Benefícios: Os pacientes hipertensos receberão orientações ao final de cada entrevista sobre melhorias na guarda e uso dos medicamentos. Os identificados como aderidos ao tratamento mas sem controle da PA serão convidados a fazer parte do Estudo Complementar. Se estiverem de acordo serão acompanhados individualmente e receberão orientações para melhor uso e guarda de medicamentos tendo por mote auxiliá-los a manter a PA sob controle. Além disso, aqueles cuja PA estiver alterada serão prontamente encaminhados aos serviços de saúde mais próximo para avaliação e orientação médica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Pesquisa longitudinal, plurimetodológica, de abordagem quantitativa e qualitativa sob a perspectiva da Teoria das Representações Sociais (AXINN & PEARCE, 2007; ABRIC, 1998). LOCAL: A pesquisa será realizada na cidade de Diamantina-MG. Pertencente a Macrorregião

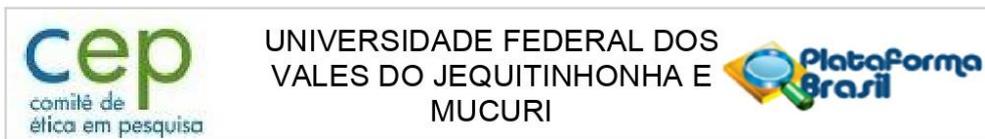
Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

do Vale do Jequitinhonha e Mucuri o município de Diamantina, situado no Alto Jequitinhonha, conta com uma população estimada de 48.230 pessoas. Embora o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,716 seja o melhor da mesorregião do Vale do Jequitinhonha, 38.4% dos residentes vivem em domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa (IBGE, 2017). POPULAÇÃO E AMOSTRA: A população do estudo é de 6.608 hipertensos residentes na zona urbana e cadastrados em 7 ESF do município de Diamantina. Destes, serão convidados a fazer parte do estudo 576 SUJEITOS (10 ESTUDO PILOTO; 566 ESTUDO PRINCIPAL) de ambos os sexos de Meia Idade (40-59 anos) e Idosos (60 anos e mais), conforme cálculo do tamanho amostral mínimo com população conhecida. Para o estabelecimento deste tamanho amostral admitiu-se um erro-padrão da proporção de 3%, um intervalo de confiança de 97%, e uma proporção de 13,7%. ETAPAS: 1ª ETAPA: Pesquisa bibliográfica. Nesta serão levantados livros e artigos relativos à Teoria das Representações Sociais; Práticas Comportamentais relativas à doença e ao Tratamento; e sobre a HAS propriamente dita. Serão consideradas pelo menos as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and retrieval Sistem on-line (MEDLINE). 2ª ETAPA: Estudo bibliográfico: levantamento, leitura e fichamento. A bibliografia levantada passará inicialmente por uma leitura exploratória. Serão alvo de estudo aprofundado as obras que contribuirão efetivamente para discussões referentes aos temas acima identificados. 3ª ETAPA: Objetivando a uniformidade nos procedimentos aplicáveis à investigação, os pesquisadores, participarão da revisão das fontes de informação, instrumentos, procedimentos e de um treinamento coletivo para padronização dos procedimentos empregados na coleta de dados. 4ª ETAPA: visita as sete ESF para apresentar o projeto e seus objetivos; obter apoio da equipe e levantar dados dos usuários hipertensos cadastrados e sorteados para compor a AMOSTRA ANALÍTICA (OU SEJA, 576 SUJEITOS), em conformidade com as seguintes variáveis: Nome, Endereço, Idade, Sexo e UBS de cadastro. No sorteio, utilizar-se-á a proporção de sujeitos cadastrados por unidade básica, garantindo a representatividade final da coleta básica. 5ª ETAPA: Estudo piloto junto a 10 (DEZ) HIPERTENSOS para avaliação dos procedimentos e instrumentos de coleta de dados. Os dados coletados não serão considerados para análise junto aos da 6ª etapa. 6ª ETAPA: Estudo principal. Visita e coleta de dados no domicílio junto a 566 hipertensos selecionados. Após apresentar a pesquisa, informar os procedimentos, verificar se estão de acordo em participar e assinarem o TCLE a coleta será realizada imediatamente na residência dos participantes com o seguinte procedimento: a) Entrevista guiada por um Roteiro Estruturado; b) Realizar três Aferições da

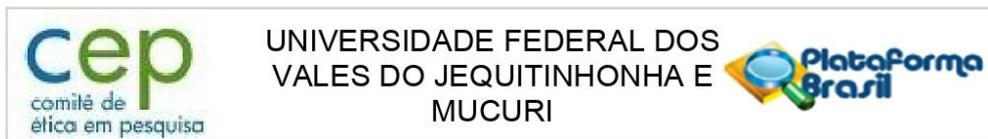
Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

Pressão Arterial ao longo da Entrevista conforme recomendações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (pág. 7 12); c) Solicitar permissão para consulta ao prontuário nos arquivos da ESF. 7ª ETAPA: Análise do prontuário do hipertenso participante. Condicionada à permissão do hipertenso entrevistado. Esta será solicitada ao final da entrevista domiciliar. 8ª ETAPA: Estudo Complementar perfazendo três visitas domiciliares aos hipertensos identificados como Altamente Aderidos mas com Pressão Arterial fora da Meta, identificados conforme a média das três aferições da Pressão Arterial (PA). Etapa condicionada ao aceito do entrevistado. 9ª ETAPA: Processamento e Análise dos dados. Os dados quantitativos serão processados e analisados conforme os objetivos do estudo com o auxílio dos softwares: Sphinx Léxica; Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Évocations (EVOC); Grade of Membership (GoM) Stata: Data Analysis and Statistical Software e R Project for Statistical Computing. Além de análises descritivas serão realizados testes de consistência interna das respostas, correlações múltiplas, Testes de dependência como o qui-quadrado, análise multifatorial entre outros. Na análise qualitativa dos dados, tomar-se-á como referência fragmentos dos discursos dos participantes nos quais irão expressar as representações sociais sobre a HAS e seu tratamento. Esses serão obtidos através das questões abertas da coleta de evocações constante do Roteiro Estruturado de Entrevista, sendo coletados através da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e processados através do software Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Évocations (EVOC). Com os dados subjetivos coletados, far-se-á a "Análise de Conteúdo" (BARDIN, 1999), agrupando os dados em categorias para análise, dentro dos temas identificados. Os textos não sofrerão correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo das falas. Esta técnica de análise consiste em um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo segue os seguintes passos: 1. Os discursos coletados são, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes; 2. Pré-análise, na qual faz-se uma leitura flutuante, a partir da qual emergem impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes; 3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias; 4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que serão reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais; 5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema. As informações presentes nas entrevistas serão agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

textos não sofrerão correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos. Esses são pontos de partida para a análise, sejam eles verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2006)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A carta da Instituição Co-partícipe foi apresentada conforme Resolução 466/12.

Recomendações:

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

- Relatórios parcial deve ser apresentado ao CEP no dia 30/07/2019 e o relatório final ao término do estudo em 30/07/2020. Considerase como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

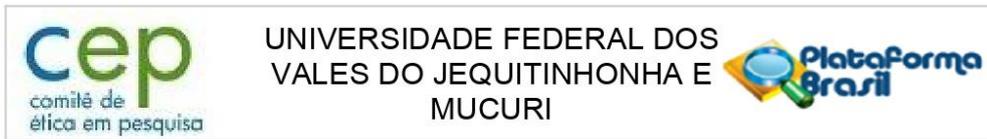
O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1023532.pdf	21/02/2018 22:16:12		Aceito
Outros	CoordenacaodaAtencaoPrimariadeDiamantina.pdf	21/02/2018 22:15:06	CARLOS DIAS	Aceito
Outros	SecretariodaSaudeDeDiamantina.pdf	21/02/2018 22:12:37	CARLOS DIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7_Anuencia_Formal_de_Participacao_Pesquisadores.pdf	30/12/2017 15:29:25	CARLOS DIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	6_Termo_de_Compromisso_UFVJM.pdf	30/12/2017 15:28:17	CARLOS DIAS	Aceito
Orçamento	5_Orcamento_HAS_Diamantina.pdf	30/12/2017 15:27:21	CARLOS DIAS	Aceito
Outros	4_Roteriro_de_Entrevista_HAS_Diama	30/12/2017	CARLOS DIAS	Aceito

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.515.050

Outros	ntina.pdf	15:25:56	CARLOS DIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3_TCLE_HAS_Diamantina.pdf	30/12/2017 15:24:47	CARLOS DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_HAS_Diamantina.pdf	30/12/2017 15:24:28	CARLOS DIAS	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_Rosto.pdf	30/12/2017 15:23:36	CARLOS DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIAMANTINA, 27 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Lilian Simone Godoy Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br

ANEXO B - Termo de parceria com secretária municipal de saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Edital 07/2017 – Programa de Pesquisa par o SUS-PPSUS
MS/CNPq/FAPEMIG/SES

TERMO DE COMPROMISSO INSTITUCIONAL

Pelo presente Termo de Compromisso, declaro estar ciente e de acordo com a participação da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina (SMD) representada pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Projeto "Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): representações sociais, práticas comportamentais e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da doença de pacientes cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Diamantina, MG", na condição de instituição colaboradora.

O projeto será coordenado por Carlos Alberto Dias, professor adjunto da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, contando ainda com a participação da Enfermeira Luciana Maria Lauer de Almeida, responsável pela Unidade Básica de Saúde – Centro/Diamantina. O apoio da PMD/(APS) à pesquisa não implica em desembolso financeiro. Este consiste em permitir o acesso ao cadastro de hipertensos assistidos pelas Estratégias de Saúde da Família, sob a orientação dos gestores das ESF's, para que os pacientes possam conhecer o projeto de pesquisa e decidirem sobre sua participação.

Atenciosamente,

Rogério Geraldo Pontes
Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Diamantina

Diamantina, 22 de setembro de 2017

Anexo C - Termo de parceria com atenção primária

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Edital 07/2017 – Programa de Pesquisa par o SUS-PPSUS
MS/CNPq/FAPEMIG/SES

TERMO DE COMPROMISSO INSTITUCIONAL

Pelo presente Termo de Compromisso, declaro estar ciente e de acordo com a participação da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina (SMD) representada pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Projeto "Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): representações sociais, práticas comportamentais e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da doença de pacientes cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Diamantina, MG", na condição de instituição colaboradora.

O projeto será coordenado por Carlos Alberto Dias, professor adjunto da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, contando ainda com a participação da Enfermeira Luciana Maria Lauer de Almeida, responsável pela Unidade Básica de Saúde – Centro/Diamantina. O apoio da PMD/(APS) à pesquisa não implica em desembolso financeiro. Este consiste em permitir o acesso ao cadastro de hipertensos assistidos pelas Estratégias de Saúde da Família, sob a orientação dos gestores das ESF's, para que os pacientes possam conhecer o projeto de pesquisa e decidirem sobre sua participação.

Atenciosamente,

Flávia Karla Cruz Mota

Coordenadora da Atenção Primária em Saúde
Prefeitura Municipal de Diamantina

Diamantina, 22 de setembro de 2017

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): representações sociais, práticas comportamentais e efetividade dos processos de adesão ao tratamento da doença de pacientes cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Diamantina-MG”.

Este convite está sendo feito a você porque depois de levantarmos todas as pessoas que possuem hipertensão e são atendidas pelas ESF de Diamantina, fizemos um sorteio aleatório para selecionar os 566 possíveis interessados em participar da pesquisa. Você é uma das pessoas sorteadas.

A sua participação não é obrigatória. Você participa só se quiser. Mesmo estando de acordo em participar, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com as Equipes de Saúde da Estratégia de Saúde da Família.

Esta pesquisa é coordenada pelo Professor Carlos Alberto Dias com a participação dos professores da UFVJM Fernanda Fraga Campos, Maria Letícia Costa Reis, Magnania Cristiane Pereira da Costa; Mestrando Marcelo Robert Amorim de Araújo; Professor Gilvan Ramalho Guedes (UFMG) e Enfermeira Luciana Maria Lauer de Almeida (PMD).

Os objetivos desta pesquisa são:

1. Conhecer o perfil dos pacientes hipertensos atendidos pelas ESF da cidade de Diamantina (MG);
2. Classificar os hipertensos conforme nível de adesão ao tratamento da doença: (G1) Máxima Adesão; (G2) Moderada Adesão e (G2) Baixa Adesão;
3. Identificar ocorrência de comorbidades que interferem na adesão ao tratamento e controle da HAS;
4. Enumerar as práticas comportamentais adotadas pelos hipertensos e efetividade destas no controle da HAS;
5. Analisar o histórico de hipertensão e adesão desses pacientes segundo seus prontuários.
6. Propor estratégias para melhorar a adesão ao tratamento e controle da HAS com o auxílio de pictogramas, a serem utilizadas pelos hipertensos sob orientação das equipes das ESF.

Caso você decida aceitar o convite, será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos:

1. Assinar e rubricar este documento;
2. Participar de uma entrevista com questões abertas e fechadas;
3. Ter sua Pressão Arterial aferida três vezes.
4. Caso sua Pressão Arterial esteja elevada o encaminharemos para o serviço de saúde mais próximo.

O tempo da entrevista será aproximadamente de 50 minutos. Todas as suas respostas serão anotadas diretamente no roteiro de entrevista. Se você permitir, suas evocações sobre a Hipertensão e sobre o Tratamento da Hipertensão serão registradas eletronicamente com o uso de um gravador de voz digital.

Os riscos relacionados com sua participação são:

1. Ficar triste ou emotivo devido suas experiências com a doença;
2. Ficar preocupado por não entender alguma pergunta feita pelo entrevistador;
3. Não saber responder alguma das perguntas feitas pelo entrevistador;
4. Sentir-se desconfortável caso ache que está demorando a terminar a entrevista;

5. Sentir que não deseja mais continuar participar da pesquisa;
6. Ser identificado como participante da pesquisa ou fornecedor de informações.

Caso ocorra alguma destas situações poderá ser tomada as seguintes providências:

1. Dar uma pausa na entrevista até que se sinta tranquilo e menos triste ou emotivo;
2. Tirar o máximo de dúvidas caso não consiga entender bem alguma pergunta;
3. Pedir para pular para a próxima pergunta caso não saiba como responder;
4. Pedir para continuar a entrevista em outro momento;
5. Pedir para terminar e não continuar a entrevista caso não queira mais responder
6. Objetivando guardar o anonimato dos participantes no Roteiro de Entrevista serão lançados apenas o Número do Entrevistado e seu Primeiro nome. Nome completo, endereço e telefone só constarão no TCLE, uma vez que serão necessários por se tratar de pesquisa longitudinal

Você não terá nenhum benefício financeiro ou outro em participar da pesquisa. Os benefícios a serem obtidos com a sua participação é de se saber o que pensam os pacientes a respeito da Hipertensão e do Tratamento, bem como receber orientações sobre cuidados importantes sobre a guarda e uso de medicamentos. Estão previstos como forma de acompanhamento deste projeto fornecer relatórios com os resultados desta pesquisa à Secretaria de Saúde de Diamantina e Sistema Único de Saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os nomes das pessoas que participarem serão confidenciais e sigilosos, para que você não seja identificado. Não há remuneração com sua participação, bem como a de todas as partes envolvidas. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenador (a) do Projeto: Professor Carlos Alberto Dias
Endereço: Rua Princesa Isabel, 421, aptº 202 – Diamantina - MG
Telefone: (33)99948-1996

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

<p>Nome do Entrevistado: _____</p> <p>Assinatura do Entrevistado: _____</p> <p>Código: _____ Data: ____/____/2019.</p>	<p>Identificação Digital</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
--	--

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
 Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
 Diamantina/MG CEP39100000
 Tel.: (38)3532-1240 –
 Coordenador: Prof. Disney Oliver Sivieri Junior
 Secretária: Ana Flávia de Abreu
 Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

APÊNDICE B – Roteiro estruturado de entrevista

Identificacao_do_Entrevistado

Identificação do Entrevistado

1. USaude

Em qual Unidade de Saúde você está cadastrado? ESF Arraial dos Forros ; ESF Bela Vista ; ESF Bom Jesus ; ESF Cazuza ; UBS Centro ; ESF Guinda ; ESF Jardim Imperial ; ESF Renascer/Rio Grande ; ESF Sopa ; ESF Vila Operaria ; ESF Palha ; UBS Viver Melhor/Rio Grande

A resposta é obrigatória.

2. Nome

Qual é o seu nome?

A resposta é obrigatória.

3. Sexo

Sexo do

Informante:

Feminino ;

Masculino A resposta é obrigatória.

4. Nascimento

Em que dia, mês e ano você nasceu?

A resposta é obrigatória. "dd/mm/aaaa".

5. Cor

Qual sua cor (grupo étnico)?

Amarela ; Branca ; Indígena ; Parda ; Preta ; Não quis se declarar

A resposta é obrigatória.

6. Idade

Quantos anos você tem?

A resposta é obrigatória. A variável é automaticamente calculada. A resposta deve ser compreendida entre 18 e 99.

Age(Nascimento,Data,"aa")

7. EstCiv

Qual é atualmente seu estado civil?

Casado ; Divorciado/Desquitado/Separado ; Solteiro ; União Estável/Amasiado/Convivente ; Viúvo

A resposta é obrigatória.

8. SituInfor

Qual é a sua atual condição de trabalho?

Afastado ; Aposentado ; Desempregado ; Em exercício ; Pensionista ; Outro, indique...

A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.

Marque entre 1 e 2 casas.

9. Renda

Aproximadamente, quantos REAIS você obtém de Renda Mensal com seu trabalho?

A resposta é obrigatória.

10. Escolaridade

Qual é seu grau de instrução?

Analfabeto/Fundamental incompleto = Analfabeto/

Primário Incompleto ; Fundamental I Completo/

Fundamental II Incompleto = Primário Completo/

Ginásio Incompleto ; Fundamental

Completo/Médio Incompleto = Ginásio

Completo/Colegial Incompleto ; Médio

Completo/Superior Incompleto =

Colegial Completo/Superior Incompleto ; Superior

Completo = Superior Completo

A resposta é

obrigatória. Escala:0 ;

1 ; 2 ; 4 ; 7

VivHiper

Vivências e percepções em relação à Hipertensão

11- DefHA

O que é Pressão Alta para você?
A resposta é obrigatória.

12. VSenPA

O que você sente, quando sua pressão está alta? NADA ; Abafamento ; Agitação ; Dor de cabeça ; Dor na nuca ; Dor no peito ; Fadiga ; Falta de ar ; Insônia ; Mal estar ; Nervosismo ; Vontade de chorar ; Tonteira ; Outro, indique...
A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.
Marcar no mínimo 1 casas.

13. SinPA

Como você sabe que estes sintomas são por causa da Pressão Alta e não de outro problema de saúde?
A pressão é que trás esses problemas ; Acho que é ; As enfermeiras falam ; As pessoas falam ; Escuto Falar ; Faço aferição ; Médico falou ; Sinto isto quando a PA está alta ; Tomo o remédio e melhora ; Outro, indique...
A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.
Marcar no mínimo 1 casas.
A questão somente é pertinente se VSenPA não é dentre "Não respostas;NADA".

14. OriPS

Quais orientações você tem recebido dos profissionais de saúde para controlar sua pressão?
Aferir pressão diariamente ; Beber muita água ; Fazer Exames de Rotina ; Fazer exercício físico ; Não Beber ; Não Fumar ; Melhorar alimentação ; Reduzir sal ; Reduzir gorduras ; Ter Lazer ; Tomar remédio corretamente ; Nenhuma ; Outro, indique...
A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.
Ordene no mínimo 1 respostas.

15. RecOri

De quem você normalmente tem recebido tais orientações?
NINGUÉM ; Agente Comunitário de Saúde ; Enfermeiro ; Farmacêutico ; Fisioterapeuta ; Grupo de hipertenso ; Médico ; Nutricionista ; Outro, indique...
A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.
Marcar no mínimo 1 casas.

16. SentHiper

Qual sentimento o fato de ser hipertenso provoca em você?
NENHUM ; Aborrecimento ; Acha muito ruim depender de remédios ; Angústia ; Ansiedade ; Arrependimento de não ter cuidado da saúde ; Desânimo ; Medo de complicações ; Nervosismo ; Preocupação ; Procuo ignorar ; Raiva ; Tristeza ; Vontade de chorar ; Outro, indique...
A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.
Marcar no mínimo 1 casas.

17. Mudancas

O que mudou em sua vida depois de ter sido diagnosticado (a) como hipertenso (a)?
NADA MUDOU ; Acabou a minha vida ; Alimentação ; Atrapalha dirigir ; Aumentou a preocupação ; Comecei a fazer exercícios físicos ; Comecei a tomar remédio ; Minha vida se tornou mais saudável ; Passei a ter medo ; Reduzi sal e gordura ; Surgiu outras doenças ; Tornou-se necessário controlar tudo ; Outro, indique...
A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.
Marcar no mínimo 1 casas.

18. Sentimentos

Como se sente com o fato de ter que tomar medicamento por toda a vida?
SINTO NADA ; Dá baixo astral ; É uma obrigação ; É muito ruim ; Indiferente ; Já me acostumei ; Sinto vontade de parar ; Me deixa aborrecido (a) ; Outro, indique...
A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.
Marque entre 1 e 7 casas.

19. AnDiaPA

Há quantos anos você foi diagnosticado como tendo pressão alta?

A resposta é obrigatória.

20. AlterTrat

Nos últimos anos, o que alterou no seu tratamento para Pressão Alta (Hipertensão Arterial)?

NADA ; Acréscimo de medicamentos ; Alterações nas dosagens de medicamentos ; Mudanças de médicos ; Redução no número de medicamentos ; Troca de medicamentos ; Outro, indique...

A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.

Marque entre 1 e 6 casas.

21. DifAdapTrat

Que dificuldades você encontrou para se adaptara esta alteração?

NENHUMA ; Acesso aos novos medicamentos ; Demorei acertar nas dosagens ; Dificuldades de adaptação ao novo medicamento ; Insegurança quanto ao novo medicamento ; Surgiram complicações ; Outro, indique...

A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.

Marque entre 1 e 6 casas.

A questão somente é pertinente se AlterTrat não é dentro "Não respostas;NADA".

22. DifConPA

Quais dificuldades você tem encontrado, em cuidar da sua Pressão Alta conforme foi orientado? NENHUMA ; Aferir a pressão ; Mudar a alimentação ; Lembrar de tomar o medicamento ; Obter o medicamento na farmácia ; Reduzir temperos ; Ter sempre medicamento em casa ; Tomar medicamento apenas com água ; Outro, indique...

A resposta é obrigatória. Uma questão "Se Outro, indique" está associada à esta questão.

Marque entre 1 e 5 casas.

Adesao_ao_tratamento_Morisky_Green_MM-8

Adesão ao tratamento-Morisky(MM-8)

23. ClasAdesao

Classificação da Adesão ao Tratamento Medicamentoso segundo o Questionário de Morisky Green:

Baixa Adesão (< 6 pontos) ; Moderada Adesão (6 e 7 pontos) ; Máxima Adesão (8 pontos)

A resposta é obrigatória. A variável é automaticamente calculada.

```
If Pontos < 6
  Then V = 1
Elseif Pontos >=6 and Pontos <8
  Then V = 2
Elseif Pontos >=8
  Then V = 3
Endif
```

ClassifPA

Classificação da Pressão Arterial e do Índice de Massa Corporal

24. ClassfPABrasil_S

Classificação da Pressão Arterial segundo as VII

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. A CLASSIFICAÇÃO DEVE SER AUTOMÁTICA UTILIZANDO-SE OS CRITÉRIOS INDICADOS NO ARQUIVO ANEXO

Normal (≤ 120 e ≤ 80) ; Pré-hipertensão (121–139 e 81–89) ; Hipertensão Estagio 1 (140–159 e 90–99) ;

Hipertensão Estagio 2 (160–179 e 100–109) ; Hipertensão Estagio 3 (≥ 180 e ≥ 110)

A resposta é obrigatória. A variável é automaticamente calculada.

```
Escala:1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5
If MedAfPAer <= 120
  Then v = 1
Elseif MedAfPAer > 120 and MedAfPAer < 140
  Then V = 2
Elseif MedAfPAer >= 140 and MedAfPAer < 160
  Then V = 3
Elseif MedAfPAer >= 160 and MedAfPAer < 180
  Then V = 4
Elseif MedAfPAer >= 180
  Then v = 5
Endif
```